

OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

FREDERICO, Larissa Fernanda Polinário; BERETA, Thaísa Angélica Déo da Silva.
Reflexo da dinâmica familiar no atendimento psicológico de crianças e adolescentes.
Omnia Saúde, v.12, supl., p.18-29, 2015.

ISSN versão Online 2236-188X
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 12/08/2016
Revisado em: 03/10/2016
Aceito em: 07/12/2016

REFLEXO DA DINÂMICA FAMILIAR NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

REFLECT OF FAMILIAR DYNAMIC IN PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF THE CHILD AN THE ADOLESCENT

Larissa Fernanda Polinário Frederico

Pós-Graduação lato sensu em Psicologia da Saúde (FAI)

Tháisa Angélica Déo da Silva Bereta

Mestre em Educação (FFC/UNESP)

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo analisar a dinâmica familiar e como a mesma pode refletir no atendimento psicológico da criança e do adolescente. A partir de uma revisão integrativa, viabiliza-se o esclarecimento sobre a função da família, do papel espelho da mãe ou principal cuidador, no desenvolvimento da personalidade da criança assim como o possível desenvolvimento de agravos a sua saúde mental e identificação de sintomatologia familiar, frente aos aspectos apresentados em atendimento clínico.

Palavras-Chave: Dinâmica Familiar; Atendimento Psicológico; Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

This article aims the analysis of the familiar dynamic and how it can reflect in the psychological treatment of the child and the adolescent. Using an integrative point of view, the clarification is possible through the family role, the mirror role of the mother or main caretaker, personality development of the child as well as the possibility of aggravations in his mental health and the identification of the familiar symptomatology when facing the aspects presented in the clinical treatment.

Keywords: Familiar dynamic; psychological treatment; child and the adolescent

INTRODUÇÃO

Objetiva-se com o presente artigo realizar uma reflexão acerca das expressões familiares na prática clínica, utilizando-se da técnica de revisão integrativa. Busca-se a concepção de família apresentando sua organização e sua expressão direta no desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo e discutindo tal inferência.

O interesse pelo seguinte tema surgiu a partir de uma experiência adquirida em estágio de Pós Graduação, efetuado em uma clínica escola do interior de São Paulo. Foram realizados atendimentos clínicos a partir da abordagem psicanalítica, com pacientes entre 8 e 13 anos, assim como acompanhamento com os pais ou responsáveis.

A proposta inicial foi dar continuidade na realização de atendimentos individuais, visando as queixas iniciais, a partir de encaminhamentos já realizados. No entanto, no decorrer dos atendimentos percebeu-se a necessidade de estreitar o contato com os responsáveis, identificando forte influência nas falas e comportamentos dos atendidos, por esses.

O olhar para os pais mostra que muitas vezes o interlocutor assume a postura do outro “abdicando-se” de sua real personalidade, trazendo para a sessão não só o que é seu, mas, principalmente o que é do “outro”.

A prática de estágio necessitou ser interrompida por decorrência do fim do ano letivo e da conclusão das atividades de estágio da Pós-graduação em Psicologia da Saúde, assim considera-se que um tempo maior de atendimento resultaria em conteúdos mais aprofundados e consequentemente, na possibilidade de um estado da arte sobre a temática.

A revisão integrativa

As revisões de literatura e das pesquisas já são feitas por todos os pesquisadores que, ao entrar em contato com um assunto ou questão, procuram levantar todas as informações existentes em bibliografia ou depoimentos pessoais com o objetivo de construir um corpo de conhecimentos. No entanto, a denominada Revisão Integrativa de Pesquisa é um método que estrutura essa tarefa e, portanto, aumenta a confiabilidade e profundidade das conclusões dessa revisão. Oferece um caminho metodológico a ser seguido, previne erros ou distorções e orienta na direção conhecida. Distingue os textos que têm o objetivo de divulgar ideias das pesquisas propriamente ditas priorizando estas últimas (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998, p. 109).

Trata-se de um tipo de revisão conhecida há muitos anos, mas precisamente, relatada como técnica de pesquisa desde 1980. A revisão integrativa é um dos métodos de pesquisa que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Possui a finalidade de reunir e personificar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo assim, para o aprofundamento do conhecimento no tema em questão.

Mendes et al. (2008), conceituam esse tipo de revisão apontando o seu auxílio na tomada de decisão assim como na melhoria da prática clínica, visando o resumo de um determinado assunto abordado, ainda, que este é considerado valioso para os profissionais que não obtêm tempo para a realização da leitura de todo o conhecimento científico disponível. Continuam determinando que o início da pesquisa para a elaboração de tal revisão deve seguir etapas descritas com clareza, para que o resultado final possa subsidiar a implementação de intervenções eficazes.

As etapas da revisão integrativa, segundo Mendes et al. (2008), são: identificar o tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento os critérios para inclusão e exclusão de estudos e amostragens ou busca na literatura; definir as informações a serem extraídas dos estudos selecionados e realizada a categorização dos estudos; realizar a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; discutir os principais resultados e interpretação desses; certificar-se que foram incluídas as informações suficientes e que essas irão permitir que o leitor avalie a pertinência dos procedimentos utilizados para a elaboração da revisão.

A FAMÍLIA E SUA EXPRESSÃO

O assunto formação familiar sempre foi interessantemente discutido e ganhou ênfase há alguns anos com a discussão e reconhecimento de novos núcleos familiares e identidades de gênero. Independente de como uma família é constituída, entende-se que esta influencia diretamente na formação da personalidade, desta maneira quando é realizada a indicação terapêutica a criança ou adolescente, não há como não recorrer e reconhecer suas relações interpessoais mais próximas, seus familiares.

Considerando que o desenvolvimento humano é permeado por um caminho que tem por início a dependência infantil, do meio e da família, direcionando-se a uma maior independência, entende-se que as questões emocionais apresentadas pelas crianças podem ter estreita relação com a dinâmica familiar.

Refletindo sobre esse grau de dependência ou independência, Winnicott (1963 apud SEI et al. 2008) descreve o processo de desenvolvimento emocional em estágios: o primeiro é a “dependência absoluta” do bebê em relação ao meio, sem percebê-lo como algo separado de si próprio. A ocorrência de falhas neste período são, sentidas pelo psiquismo humano, como invasões, sendo que o excesso de reações não provoca frustração, mas uma ameaça de aniquilação. Após, é ingressado no estágio de “dependência relativa”, caracterizado pela percepção que a criança tem de mundo e a maneira com que tolera a espera pelos cuidados disponibilizados pelo meio. A internalização gradual dos cuidados recebidos possibilita avançar para o último estágio “rumo à independência”, uma vez que, segundo Winnicott (1963 apud SEI et al. 2008), o ser humano nunca é completamente independente do meio.

A partir desses estágios, fica clara a importância do meio, fundamentado inicialmente pela família, para o desenvolvimento emocional. Na falta de adequadas condições ambientais, diversas patologias podem desenvolver-se e para Winnicott (1971, p. 16 apud SEI et al. 2008) “a sintomatologia da criança reflete a doença em um ou ambos os pais ou na situação social, sendo isso que necessita de atenção”.

Finkel (2009, p. 192), em um relato de experiência na saúde pública, com grupo de mães de crianças com indicação terapêutica, aponta que:

A família é considerada responsável por grande parte da problemática apresentada pela criança portadora do sintoma. Mas o elemento familiar que vem trazer a queixa, o sintoma, o problema que nos desafia e questiona, é a mãe. E nós, dos serviços de saúde mental, que recebemos a “criança problema” das mãos dessas mães, representantes da família, que, afinal de contas, foi quem gerou o problema, não tardamos a dizer: a culpa é da mãe.

A autora continua sua breve descrição apontando o florescimento de teorias que consideram o diagnóstico e tratamento infantil a partir de seus âmbitos interno e externo e que o trabalho inicialmente, apenas com a figura materna, possibilitou ao grupo, expresso em seu artigo, tomar consciência do grau de participação e possibilidades dispostas à figura paterna e a importância da mesma uma vez que, essa relação (figura paterna versus criança) é viabilizada, inicialmente, pela figura materna.

Preto e Langaro (2012, p. 1030), sobre o atendimento clínico de criança e a relação com os pais, indicam que:

(...) no momento em que a criança nasce, não há qualquer característica, traço ou condição biológica que, antes de sua inserção no mundo, seja capaz de determinar de que modo o sujeito irá se constituir. Apesar disso, ao nascer, a criança é lançada em um espaço social já permeado pelas relações – de expectativas, de sentimentos, de emoções – que as pessoas dela pertencentes já estabeleciam com ela antes mesmo de nascer. Assim, a maneira como sua mãe experiencia a gravidez e a forma como os sujeitos que participam direta ou indiretamente de sua gestação se relacionam com a criança delinearão as condições existenciais do início de seu processo de subjetivação/objetivação.

As autoras prosseguem com a observação, afirmando que, se a condição familiar na qual a criança / indivíduo está inserida for, tomada por impasses e contradições, isso inviabilizará seu processo de construção de ser um ser único e responsável por suas escolhas. Na maior parte das vezes, não existe a possibilidade de a família oferecer mediações que proporcionem que essa criança / indivíduo esteja preparada para enfrentar as adversidades do meio e realizar reflexões críticas sob suas escolhas diante das várias possibilidades, assim impõe-se a necessidade de escolha e conseqüentemente, a ação.

Dentro do contexto da falta de condição de realizar mediações a criança / indivíduo poderá, eventualmente, desenvolver uma complicação psicológica, onde independente das variáveis escolhas dispostas, a realizada comprometerá seu ser.

O PAPEL ESPELHO E A FUNÇÃO DA FAMÍLIA

A partir da abordagem winnicottina, Franchini e Campos (2008), em um estudo da função espelho no atendimento psicossocial, determinam que o processo de maturação do bebê depende, quase que exclusivamente, de sua tendência inata ao amadurecimento e da existência contínua de um ambiente facilitador. As condições ambientais suficientemente boas, irão permitir que o bebê chegue à integração, que nada mais é reconhecer-se como ser existente, separando o “não-eu” do eu, como ser e habitante do mundo real.

Quando ocorre uma boa maternagem, é realizado o contato com o bebê a partir de seus gestos espontâneos que tem por fonte o seu verdadeiro “eu”, o que permite que o bebê sinta que sua existência é real. Por outro lado, quando a resposta da mãe é adaptativa, frente ao gesto espontâneo, o bebê pode experienciar a criação do que encontra, possibilitando-o iludir-se que é ele quem cria o mundo de que necessita. O mundo do pequeno, neste momento é subjetivo e requer previsibilidade e confiança, uma vez que algo imprevisto pode interromper a continuidade de ser.

Em contrapartida, quando o bebê tenta interagir e a mãe se encontra ausente, ocorre uma frustração, pois existe ali a espera de algo que não ocorreu. Ou ainda, quando a mãe age de maneira “egoísta” há uma intrusão e o bebê reage à invasão, quebrando o processo de ser do bebê. Quando o último caso ocorre, a mãe passa a substituir os gestos do bebê pelos seus aos quais o mesmo deve se submeter. Têm-se assim o processo inicial de formação do falso ser / falso *self* decorrente das falhas de um padrão de cuidados que devem ser recebidos. É construído, através da imitação um conjunto de relacionamentos falsos.

Segundo Winnicott (1990, apud FRANCHINI e CAMPOS, 2008), são constituídos dois tipos de relacionamento, sendo o primeiro, secreto e silencioso com um mundo interno e pessoal, permeado de fenômenos subjetivos íntimos em que predomina a espontaneidade. O segundo baseia-se no falso *self*, predominado pela submissão.

Winnicott (1960/1983 apud FRANCHINI e CAMPOS, 2008), segue explanando que, quando o processo de capacitação do bebê em tolerar situações frustrantes ocorre de maneira saudável, deve-se ao amadurecimento mental e por consequência, a ativa adaptação da mãe frente as suas necessidades deve diminuir, auxiliando no rompimento da relação mãe-bebê como seres indiferenciados e encaminhando ao processo de integração de um “eu” único capacitado para se relacionar, ou não, com o mundo externo.

Depois de o bebê viver em um mundo subjetivo, ele transita para a forma intermediária de realidade, em um espaço potencial que permite a transicionalidade, esse pertence ao espaço entre o subjetivo e o objetivo. Segue esse caminho direcionado a constituição do “eu” como identidade integrada permitindo que passe a experienciar a objetividade do mundo externo.

O PAPEL ESPELHO E A FUNÇÃO MATERNA

Winnicott (1967/1975 apud FRANCHINI e CAMPOS, 2008), presumiu que durante a amamentação o bebê olha para o rosto de sua mãe, mas o que realmente vê, neste período, é o seu próprio rosto, desta forma quando a mãe olha para o seu bebê reflete algo que se relaciona diretamente com a impressão que tem do mesmo. O olhar da mãe transmite sua visão do bebê e a satisfação contida naquele momento, ele confirma a existência deste bebê constituído de potencial para autonomia e para a espontaneidade. Assim, “ser visto pelo olhar da mãe é uma das bases fundamentais do sentimento de existir”, segundo Dias (2003, p. 224 apud FRANCHINI e CAMPOS, 2008, p.621). Ainda para os autores, a integração das partes e a harmonia psicossomática do bebê depende, quase que invariavelmente, da solicitude da mãe (ou cuidador), que o segura e cuida com firmeza, integrando-o no colo e na maneira de olhá-lo como um ser totalizado.

Para Winnicott (1967/1975 apud FRANCHINI e CAMPOS, 2008), em algumas situações a mãe não é capaz de interagir como espelho refletindo assim seu próprio humor e rigidez, suas próprias defesas, inviabilizando que o bebê possa se ver nela, o que pode acarretar em um definhamento da capacidade de criar, encaminhando-o à busca de si por outros meios, no ambiente. Se quando o bebê olha para sua mãe e vê apenas o rosto dela, parte-se para uma alteração, desta maneira, ao invés de **apercepção** passa a existir a **percepção** (como defesa), que é o seu olhar de retribuição com o mundo. Em alguns casos os bebês instauram o estudo do rosto de sua mãe objetivando a previsão de seu estado de humor e visando um estado de adaptação, movimento esse que impende a espontaneidade do bebê tendo como consequência uma existência puramente reativa.

Se a mãe não reflete o bebê e ele vê o rosto da mãe, então um dado da realidade externa viola sua experiência de onipotência. Com isso o bebê não poderá formar o objeto subjetivo, o que leva à submissão e ao falso si-mesmo patológico, enquanto o verdadeiro si-mesmo permanece isolado e protegido, até que encontre uma situação em que possa manifestar-se e desenvolver-se (DIAS, 2003 apud FRANCHINI; CAMPOS, 2008, p.622).

A FUNÇÃO PATERNA

Ogaki e Sei (2015) utilizam-se dos estudos de Winnicott (1944/1982) para a definição do papel paternal no desenvolvimento da criança. Denotam, primeiramente que, ser pai é ser o fornecedor de um ambiente suficientemente bom, partindo de cuidados efetivos e manifestos por atitudes concretas nas relações familiares, capaz de propagar segurança e apoio à mãe

possibilitando a dedicação ao seu bebê e o bom desempenho de sua função como cuidadora. O pai pode não aparecer diretamente como desenvolvedor de um grande papel nos cuidados do filho, mas atua como coadjuvante para que esses cuidados possam acontecer, sustentando o ambiente.

Winnicott (1993/1999 apud OGAKI e SEI, 2015), elucida a importância em dizer **não** aos filhos e pontua que a introdução da negativa ocorreria antes mesmo do uso da palavra, onde os pais devem criar um ambiente que transmita segurança negando aos possíveis perigos externos que podem afetar a criança. A partir do momento em que é permitido que a criança experimente situações externas, cabe aos pais, responsáveis, dizer **não** ao que pode prejudicar certificando sua segurança. Neste momento a figura paterna aparece como apoio moral, sustentando a negativa da mãe.

Para que a negativa possa ser inserida na realizada da criança é necessário que os pais já tenham adquirido o direito de um posicionamento firme com o filho. Para o pai, é necessário que se faça presente, direcionando apoio e afeto para que, posteriormente, possa ser rígido, pois “as crianças gostam de ouvir “não” e não apenas de lidar com as coisas amenas da vida” (WINNICOTT, 1960/1990 apud OGAKI e SEI, 2015, p. 299).

Ogaki e Sei (2015), ampliam para um segundo papel vinculado à figura paterna, referindo-se à relação construída no núcleo familiar. Desta forma, o pai deve assegurar seus direitos enquanto esposo, auxiliando na introdução do filho ao mundo e aos poucos ter sua esposa de volta, mesmo que nesse processo seja necessário excluí-lo em alguns momentos, pois é de extrema importância que os pais mantenham um bom relacionamento conjugal causando impacto na relação desses com os filhos. “Também são importantes os momentos entre pai e filho, em que dessa vez é a mãe quem fica excluída, sendo necessário, assim, que haja harmonia na família para lidar com todos os afetos que possam gerar essas exclusões” (WINNICOTT, 1993/1999 apud OGAKI e SEI, 2015, p. 300).

De acordo com Ogaki e Sei (2015), a figura paterna é retratada como um “terceiro” que tem por função separar, como esposo, o filho de sua mãe quando a mesma encontra-se, inicialmente, numa posição de total dependência por parte do bebê. Assim, posiciona-se o pai, também, como quem interliga o núcleo familiar a sociedade em geral por ser quem dirige-se a ele para trabalhar e prover segurança e sustento familiar, ressaltando que, essa é uma proposição pautada em outra época, atualmente nem todas as famílias mantêm essa configuração.

Outra função do pai é ser aquele a quem é dirigida a agressividade do filho. A mãe poderia fazer essa função, mas como já carrega muitas tarefas, é preciso poupá-la, ao mesmo tempo em que para o filho é apazível ter outro a quem dirigir os impulsos agressivos enquanto à mãe é dirigido todo afeto positivo. O pai pode se defender dos ataques da criança e, dessa forma, também ensinar a se defender, mostrando que é possível sobreviver e controlar essa agressividade, que é inerente ao ser humano, sendo uma das fontes de energia do indivíduo. (WINNICOTT, 1939/1982 apud OGAKI e SEI, 2015, p. 300).

A SINTOMATOLOGIA DA CRIANÇA E A DINÂMICA FAMILIAR

O atendimento psicoterápico de crianças e adolescentes é considerado importante, pois tem a função de interagir como medida preventiva auxiliando na construção de bases mais sólidas para o desenvolvimento sadio da integração mental e prevenir possíveis complicações ou perturbações psíquicas, como denota Motta (2008 apud SEI et al. 2008).

Como revelado, em conteúdo já expresso, percebe-se uma supervalorização do papel familiar como semeador da saúde mental ou do desenvolvimento de perturbações entre seus membros. Em alguns casos, faz-se desnecessária a expressão verbal, provocando assim, que os comportamentos assumam a posição mediadora para transmissão e comunicação de conteúdos. Para identificação desses conteúdos Arzeno (1995 apud SEI et al. 2008), propõe a inserção da entrevista familiar diagnóstica no psicodiagnóstico infantil ao constatar que o sintoma apresentado pela criança é resultado de um sistema intrapsíquico participativo no esquema familiar já adoecido, propiciando identificar elementos que contraindicam o tratamento individual. Esses elementos são considerados quando: a condição de mudança da família adoecida não é viabilizada e a criança é considerada como a única culpada pelo desajuste ou ainda; a melhora pode ocasionar um movimento descompensatório de algum outro membro da família; ou quando os pais reforçam, de maneira inconsciente, o sintoma do filho (ARZENO, 1995 apud SEI; SOUZA e ARRUDA, 2008).

Em outros casos, quando a doença da família aflora por meio da sintomatologia infantil é defendida a inclusão de um segundo terapeuta que estará se encarregando do cuidado com os pais (FERRO, 1995 apud SEI, SOUZA e ARRUDA, 2008). Em contrapartida, Zornig (2001 apud SEI, SOUZA e ARRUDA, 2008), pontua a impossibilidade de excluir os pais da análise de seus filhos, uma vez que o seu sintoma desenrola-se nos intervalos dos discursos parentais. Desta maneira é considerado que o desenvolvimento do sintoma, na criança, tem impresso a marca da função simbólica dos pais, contudo, não pode-se reduzir apenas a esta.

No que diz respeito a relação entre os sintomas infantis e as questões dos pais, Zornig (2001 apud SEI et al. 2008), defende a preservação da individualidade e desse espaço dos pais e da criança em questão. Desta forma, orientar os cuidadores da criança sintomática pode ser uma possibilidade de intervenção, juntamente com o atendimento individual desta.

Ao se buscar atendimento para o filho, os pais podem esperar críticas e acusações, devido ao alto valor dado pela sociedade ao atendimento infantil e aos cuidados parentais adequados, “culpados em relação a um dano real ou imaginário causado à criança, mas também com um sentimento de vergonha em relação ao que expor” (HALTON e MAGAGNA, 1994 apud SEI; SOUZA e ARRUDA, 2008, p.199).

Nota-se a importância dos pais em continuarem explorando as dificuldades, mesmo após a indicação terapêutica individual, pois, como demonstra Motta (2008 apud SEI et al. 2008), no que se refere às propostas interventivas com os pais de crianças em acompanhamento terapêutico, o psicólogo, além de orientar os pais, age na contenção de angústias de ambos. E, a partir desta contenção e elaboração os responsáveis podem, então, auxiliar no acompanhamento do filho contendo suas angústias. Em caso negativo desse processo identificatório dos pais para com o psicólogo e de acolhimento de angústias, a psicoterapia individual é indicada e tem a função de alicerçar tal processo.

Martinez (2014), sobre a sintomatologia infantil enfatiza as concepções de Freud sobre as zonas erógenas e o investimento dela, defende que a intensidade que essa será investida, pela criança, condiz com o modo como a primeira cuidadora investiu libidinalmente, sendo possível questionar o mundo fantasmático infantil, constituído pelo inconsciente materno e familiar, mas não só por ele. Continua considerando, juntamente com outros autores, que o inconsciente familiar, expectativas e demandas familiares frente a criança, é transferido pelo discurso.

Neste sentido, faz-se tarefa do terapeuta frente à criança e aos pais, oferecer uma escuta continente do mundo interno e das comunicações inconscientes que podem revelar o lugar fantasmático que a criança ocupa em seu núcleo familiar.

RELATO DE CASOS

Para uma compreensão mais aprofundada de cada situação faz-se importante ter ciência sobre o princípio da vida do indivíduo. Entretanto, nem sempre, para o terapeuta, é fácil acessar tais informações. Em casos onde os pais participam do acompanhamento terapêutico do filho não é diferente. Nas entrevistas, percebe-se que informações importantes podem ser omitidas por serem consideradas desnecessárias, conteúdos que remetem ao relacionamento dos pais ou cuidadores, expectativas quanto ao nascimento da criança, dificuldades enfrentadas na gestação ou desenvolvimento infantil, podem sim fundamentar ou basear comportamentos apresentados pelo menor, ou seja, auxiliam na identificação da sintomatologia familiar ou infantil.

Caso A

Considerações

A, de sexo masculino, apresentava 13 anos de idade quando os atendimentos foram realizados. Seu encaminhamento se deu por queixas de ansiedade e medo excessivo em perder sua mãe, assim como por relatos de alucinação. A, era acompanhado por médico psiquiatra e fazia uso de medicamentos antipsicóticos.

O atendimento consistiu em escuta terapêutica e outros recursos mediadores da comunicação no *setting* terapêutico, como o desenho livre e os jogos de tabuleiro.

No decorrer dos atendimentos percebeu-se uma melhora quanto as alucinações e controle do medo da perda da mãe. Houve também o maior exercício de reconhecimento de seu “espaço”. No final dos atendimentos, foi observado que a postura de A mudou frente as verbalizações quanto as suas vivências, seus sentimentos frente as suas dificuldades e relacionamento com sua agressividade.

Discussão

O caso A não se difere de muitos, em decorrência de omissões. As revelações, nos últimos atendimentos, da mãe do mesmo sobre uma gravidez planejada e frustrada, anteriormente, aliada a expectativa depositada em uma segunda gestação, embasam seu comportamento funcionalmente espelhado ao de sua mãe (única participante das entrevistas), a perda de um “objeto” estimado e idealizado. A apatia e a superproteção da mãe juntamente com o comportamento ansioso apresentado por A reforçam-se dificultando o processo de “quebra” de uma relação simbiótica e de reconhecimento de “eu” e “não-eu”. O pai funciona como objeto coadjuvante na relação e visivelmente é anulado nas falas da mãe que relata com serenidade e compreensão a sua “falta de tempo” para acompanhamento terapêutico do filho.

Entendendo que neste caso não existe apenas uma sintomatologia infantil, indicou-se acompanhamento terapêutico individual à mãe, justificado por tais fatos e visto como desnecessário pela mesma.

Caso B

Considerações

B é de sexo feminino, com 08 anos de idade quando os atendimentos foram realizados. Seu encaminhamento se deu por falas e tentativa suicidas.

O atendimento consistiu em escuta terapêutica e outros recursos mediadores da comunicação no *setting* terapêutico, como o desenho livre, os jogos de tabuleiro e, para colaboração de vínculo terapêutico, foi dada abertura para brincadeiras com seus próprios brinquedos.

No decorrer dos atendimentos foi possível viabilizar B com um maior contato com suas emoções. Sua postura e espontaneidade foram mudadas e evidenciaram-se. Foi exercitado a “frustração” e a possibilidade da “perda” em jogos, por exemplo.

Discussão

No caso B, os pais demonstraram-se bastante ativos e solícitos as suas necessidades o que pode ser analisado, considerando que sua mãe alfabetizou-a e utilizava-se de recursos pedagógicos e psicológicos em seu cotidiano e que B cresceu entre adultos num comércio dos pais. Tal dinâmica pôde ter tido como consequência uma forte pressão sobre ela e desencadeado sentimentos depressivos e suicidas.

Vale ressaltar que Winnicott não considerava a depressão como algo completamente ruim, pois esse é um indicativo de que o indivíduo se tornou uma unidade.

A depressão nos indivíduos saudáveis, geralmente é um estado de humor passageiro, que se relaciona com o luto, com a capacidade de sentir culpa e com o processo de maturação. A depressão sempre implica força do ego; assim, tende a sumir e a pessoa deprimida tende a se recuperar para a saúde mental (WINNICOTTI 1963/1999, p. 62 apud VERCEZE, SEI e BRAGA, 2013, p.97).

No início dos atendimentos, B não se permitia perder ou abrir mão de atividades escolhidas por ela, não agia espontaneamente, cuidando meticulosamente das suas falas e ações, “escondia-se” atrás de suas habilidades intelectuais forçando-se a se provar “melhor”. O estabelecimento do vínculo terapêutico foi dificultoso, pois B evitava entrar em contato com seus sentimentos ou demonstrá-los.

No decorrer dos atendimentos, foram incluídos jogos de tabuleiro, leitura de histórias e propostas de atividades dirigidas, viabilizando uma maior “abertura” na sessão. O uso de tinta em pinturas e brincadeiras possibilitaram um maior contato com sua agressividade assim como no reconhecimento de seus sentimentos e em como lidar com esses, numa breve reflexão ao final dos atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi exposto inicialmente, o objetivo do presente estudo foi de analisar a dinâmica familiar e como esta pode refletir no atendimento psicológico de uma criança ou de um adolescente. No momento é possível concluir que as queixas principais trazidas como justificativa para a realização de atendimentos agregam muitas outras questões que se evidenciam no decorrer do contato terapêutico através de cada gesto, atividades, palavras ditas e não ditas. Entende-se que a preocupação caracteriza-se de maneira muito concreta, quando condições subjetivas possuem grande influência nesta.

A identificação de uma sintomatologia familiar e a indicação terapêutica, essencial, nesses casos se torna prejudicada pois a proposta de “olhar para dentro de si” não é gratificante uma vez que o sintoma já foi “depositado”, ou seja, já foi caracterizado por um componente do núcleo familiar.

Contudo, conclui-se que a função dos pais e familiares no desenvolvimento infantil assim com o oferecimento de espaço e autonomia é de extrema importância e necessária para o desenvolvimento sadio da personalidade. Reconhecer os filhos e a si mesmo, como seres particulares e diferentes, que merecem atenção e educação sem que sejam pressionados a essa, compreender as limitações, as dificuldades, fases e características pessoais faz parte do processo de individuação e autoconhecimento. Faz-se importante também, distinguir as expectativas de vida depositadas no filho das criadas por ele e respeitar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FINKEL, L. A. O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.29, n.1, p.190-203, 2009.

FRANCHINI, C. B.; CAMPOS, E. M. P. O papel de espelho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, v.13, n.3, p.619-627, 2008.

MARTINEZ, A. L. M. Ressonâncias do inconsciente materno e familiar na sintomatologia infantil e no setting analítico à luz de um caso clínico. *Estilos da Clínica*, v.19, n.1, p.91-110, 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

OGAKI, H. A.; SEI, M. B. A função paterna na clínica infantil. *Estilos da Clínica*, v.20, n.2, p.269-309, 2015.

PRETTO, Z.; LANGARO, F. Pais e filhos em psicoterapia: o atendimento clínico com uma criança. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.32, n.4, p.1028-1037, 2012.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v.3, n.2, p.109-112, 1998.

SEI, M. B.; SOUZA, C. G. P.; ARRUDA, S. L. S. O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo*, v. 5, n. 2, p. 194-207, dez. 2008.

SOUZA, C. G. P.; SEI, M. B.; ARRUDA, S. L. S. Reflexões sobre a relação mãe-filho e doenças psicossomáticas: Um estudo teórico-clínico sobre psoríase infantil. *Boletim de Psicologia*, v.60, n.132, p.45-59, 2010.

VERCEZE, F. A.; SEI, M. B.; BRAGA, C. M. L. A demanda por psicoterapia na adolescência: a visão dos pais e dos filhos. *Revista de Psicologia da UNESP*, v.12, n.2, p.92-102, 2013.

WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 79-87.

WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

ZORNIG, S. A. J. Da criança-sintoma (dos pais) ao sintoma da criança. *Psicologia Clínica*, v.13, n.2, p.119-127, 2001.