

“A PSICOLOGIA E A PSICOTERAPIA DO GRUPO FAMILIAR”

Antonios TERZIS*
PUCCAMP

RESUMO

TÉRZIS, A. A Psicologia e a Psicoterapia do Grupo Familiar. *Estudos de Psicologia*, 9(2): 80-91, 1992

O presente trabalho é uma síntese dos nossos estudos centrados no Funcionamento Intrafamiliar de Pacientes Esquizofrênicos internados em doze hospitais psiquiátricos. Em seguida, desenvolvemos a idéia de que a participação da família no processo terapêutico, constitui um fator essencial para que o paciente possa manter o vínculo terapêutico e realizar um processo psicoterapêutico verdadeiro, até alcançar um crescimento satisfatório da sua personalidade.

INTRODUÇÃO

O presente estudo é uma síntese dos nossos estudos centrados no funcionamento intrafamiliar de pacientes psiquiátricos. Estes estudos sobre o grupo familiar, nos convencem cada vez mais, de como nossa atenção deve

voltar-se para o pequeno grupo, como uma unidade que adoce e de que o doente que é motivo de consulta ou internação, que nem sempre resulta ser o mais grave e de pior prognóstico, na maioria das vezes, se torna porta-voz da doença familiar. Assim, partimos de uma hipótese que a doença mental é impossível de ser encarada e enquadrada num plano individual. Para podermos ter maior compreensão, deve ser considerada, dentro de um âmbito grupal familiar.

PSICOLOGIA DO GRUPO FAMILIAR

Na realidade histórica, os estudos psicanalíticos sobre a família precederam os estudos referentes à psicologia do grupo familiar e sua relação na gênese e manutenção da doença mental.

A psicanálise, primeira teoria moderna do funcionamento psíquico, interessa-se pelos processos psíquicos e leva em consideração as relações do indivíduo com seu ambiente externo. Durante o século XX, a psicanálise trouxe algum substrato teórico ao problema. Ainda sem uma particularização nosográfica, S. Freud chamou a atenção sobre as experiências vividas nas relações pais-filhos. Nessas relações, a criança se encontrará com objetos amados, odiados e idealizados; objetos de identificação e de alienação; de crescimento ou de não crescimento; de passagem em direção à maturidade ou de regressão narcisista.

Bergeret (1975) resume a tese psicanalítica do desenvolvimento da doença mental, dizendo que ela é constituída pelas frustrações precoces que têm, habitualmente, sua origem no pólo materno. Um ego que tenha sofrido serias fixações ou importantes regressões, a esse nível, se reorganiza de maneira psicótica.

Apesar de vários estudos psicanalíticos darem ênfase às vicissitudes da relação bipessoal mãe-filho, como fator de saúde ou distúrbio mental, não devemos nos esquecer, entretanto, de que aquilo que ocorre ao nível desta relação de suas unidades, não é somente produto das disposições biológicas e psíquicas da mãe e da criança. É também produto do clima emocional básico da família, do modo como se estrutura o grupo e da rede de comunicação, tanto dentro da família, como entre esta e o meio social.

Vários autores lançaram uma ponte entre a abordagem individual dos pacientes e a abordagem familiar, tentando estudar o paciente no seio da família. Os estudos sobre pacientes psicóticos e seus familiares desenvolveram-se principalmente nos anos 1940. Não somente os distúrbios do paciente foram estudados e tratados, como também a própria família do paciente ou alguns de seus membros entraram num programa de tratamento terapêutico. Durante os primeiros estágios desse tratamento, era dado maior interesse aos familiares do paciente (Parloff, 1961).

A conclusão a que chegaram foi a de que, em uma proporção muito alta de casos, essa relação familiar é extremamente insatisfatória (Baxter, 1966).

Esses estudos centrados na família tentaram descrever o funcionamento intrafamiliar e os fatores específicos dentro do ambiente, que tornam confusa e irracional a comunicação entre os membros da família, impossibilitando o desenvolvimento psicológico.

Descrevem o funcionamento intrafamiliar, utilizando dois modelos diferentes, dos quais só podemos dar aqui, algumas diretrizes gerais. Um deles é o modelo transgeracional, que descreve as relações dinâmicas das gerações anteriores do paciente. Por exemplo, Bowen et alii (1975), baseando-se em observações clínicas de famílias de psicóticos

internados, introduziam a hipótese da gênese familiar da doença mental, através de três gerações.

O segundo modelo de funcionamento intrafamiliar é o **transacional**, o qual descreve as relações dinâmicas entre os membros da família.

Mencionamos os principais conceitos teóricos, tais como: o conceito dos **"Desvios maritais"**, descrito pela escola de Litz e Lidz (1949); o fenômeno da **"Pseudomutualidade"**, como foi descrito por Wynne e seus colaboradores (1958), e a teoria do **"Duplo vínculo"**, descrita pela escola de Palo Alto Bateson e colaboradores (1956). Agrupando todos esses estudos, tem-se a impressão de que os diferentes autores têm percebido a mesma gama de fenômenos no grupo familiar do paciente mental, enquanto cada um deles utiliza uma linguagem distinta.

Podemos mostrar aqui, os resultados dos nossos estudos, que confirmam estes fenômenos psicológicos do grupo familiar. Realizamos a primeira pesquisa no Centro de Consulta Familiar do Hospital Psiquiátrico Público da cidade de Atenas; a segunda, em seis clínicas psiquiátricas do Distrito Federal e arredores-Brasília; e a terceira em cinco hospitais psiquiátricos da área Metropolitana de São Paulo. Utilizamos métodos projetivos (Rorschach e T.A.T.; inventários bastante detalhados (formulários; questionários) e técnicas grupais (Técnica de Grupo para Psicodiagnóstico e Psicoterapia Familiar).

Apresentamos, em breve, algumas das principais observações clínicas em pacientes esquizofrênicos e internados e seus familiares. A limitação do presente tempo, impede detalhes ademais de fenômenos que vinculam o paciente com sua família. Estes estão ao alcance do interessado em trabalhos já publicados (Terzis, 1982, 1983, 1984a, 1984b, 1985, 1986a, 1986b, 1987).

SÍNTESE DOS RESULTADOS E O PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO DO GRUPO FAMILIAR

1. A relação paciente-família é desfavorável na maioria dos casos. Chamamos relação desfavorável aquela que, devido as razões de desagregação, privação, instabilidade, a família não deu um atendimento apropriado de segurança para satisfazer as necessidades básicas psicossociais do filho.

2. A maioria dos pacientes provêm de uma família de baixo nível sócio-econômico-cultural. Chamamos nível baixo os fatores como: vida precária, instabilidade de trabalho e limitada educação.

3. Observamos muitos dos fenômenos descritos pelos estudiosos da teoria do funcionamento intrafamiliar, tais como:

a) os pacientes psiquiátricos apresentam uma relação do tipo simbiótico. Chamamos relação simbiótica a dependência total do paciente à sua família;

b) o pai do paciente é passivo, dominado e desprezado por sua mulher;

c) clinicamente as famílias dos pacientes se distinguem por sua impermeabilidade; toda família está sempre de acordo sobre tudo. São famílias que não chegam a manifestar nenhuma divergência de opinião, nenhuma discussão. Os familiares têm sempre a mesma opinião e consideram isso como uma norma habitual. A individualidade de cada um deles está mergulhada na homogeneidade do bloqueio familiar;

d) o paciente se caracteriza pela perda da autonomia, da individualidade, da decadência das relações sociais, é incapaz de assumir suas responsabilidades, e encontra-se alienado;

e) as comunicações e estruturas da linguagem, por meio das quais e pelas quais o paciente mental se desenvolve, são paradoxais. Chamamos comunicação e conduta paradoxais, uma mensagem que possui uma contradição entre seus dois níveis - o nível mais superficial, informativo, que implica uma proibição (não tem que...), e o nível mais profundo, não verbal, da meta comunicação, que inverte esta proibição (tem que...). A mensagem carece de sentido lógico, ela é emitida em tal circunstância, que o receptor não pode dar resposta lógica apropriada, em vista do caráter contraditório do que lhe foi comunicado.

4. O membro paciente é o porta-voz e objeto depositário das ansiedades de seus familiares doentes. Chamamos doente, uma família que perdeu seu equilíbrio emocional, ou seja, que um grande conflito psicológico numa parte do grupo, não foi absorvido pelo resto, de tal maneira a resolvê-lo. Uma solução para estas famílias era, justamente, a de depositar em um de seus membros, a situação problemática e o desequilíbrio.

5. Outras vezes, as famílias costumam criar sérios obstáculos à recuperação de seus pacientes internados. A família intervinha freqüentemente no sentido contrário e parecia querer sabotar o tratamento, por mais absurda que fosse tal hipótese. Parece que o paciente aparentemente doente, constituía um disfarce atrás do qual se ocultava o distúrbio psíquico dos familiares, considerados sadios. Segundo Ramadam (1979) observou, quando essa relação por algum motivo é desfeita (por exemplo, o caso da psicoterapia do paciente), os familiares se descompensam, isto é, tornam-se visíveis os seus pensamentos paradoxais, suas representações estereotipadas e suas distorções perceptivas, configurando o quadro psicótico. Assim, pode-se compreender o por quê das dificuldades que muitos familiares colocam à psicoterapia do paciente.

Por essa razão, os terapeutas começaram a querer tratar de famílias inteiras, e não mais apenas de indivíduos. Assim, os terapeutas passaram a estudar o funcionamento da família no seu conjunto.

No campo de trabalho onde realizamos nossas pesquisas tínhamos a oportunidade de integrar vários recursos terapêuticos, trabalhar em equipe, e associar diferentes modalidades assistenciais. No presente estudo, através dessa experiência clínica, desenvolvemos a idéia de que a família representa um papel fundamental ao paciente, e à relação terapêutica.

Pensamos que todo processo psicoterapêutico científico, qualquer que seja a técnica empregada como tratamento, constitui uma qualidade de desenvolvimento num contexto familiar. Nesse sentido, além da psicoterapia da família, como técnica individual e grupal, pensamos que a família constitui, de uma ou de outra maneira, o contexto real de toda experiência psicoterapêutica, e que diretamente ou indiretamente, representa um papel fundamental em todo o processo psicoterapêutico.

No presente trabalho, sentimos a necessidade de diferenciar o conceito do tratamento, compreendido como técnica, do conceito de processo psicoterapêutico. Podemos dizer que o tratamento compreende tudo aquilo que sucede nas sessões desde o começo até o fim dos encontros entre paciente e terapeuta. Por sua parte o processo terapêutico poderia definir-se como o conjunto de transformações que pode experimentar um indivíduo através do tratamento. Então, podem existir vários tratamentos, mas o processo terapêutico propriamente dito constitui necessariamente uma unidade, que consiste numa sucessão de mudanças, que apresentam um sentido progressivo de desenvolvimento, até uma condição humana de maior integração da personalidade, maior maturidade e equilíbrio psíquico.

A psicoterapia em geral, estudou a relação paciente-terapeuta, mas não se tomou suficientemente em conta o conjunto de condições, fatores e circunstâncias que rodeiam o paciente, e a relação familiar, entre as quais encontramos principalmente a família e o meio social, e que constitui o contexto real da experiência psicoterapêutica. A realidade é que o paciente em psicoterapia se encontra incluído numa rede de situações e fatores atuantes direta ou indiretamente no campo psicológico da relação psicoterapêutica.

A experiência clínica nos hospitais psiquiátricos nos ajudou a perceber que, para os pacientes (em particular os psicóticos), os fatores externos exercem grande influência. Em primeiro lugar a **dependência econômica** do paciente que raramente paga o seu tratamento, por causa de sua incapacidade de ter recursos econômicos próprios. A esta dependência financeira se agregam outras formas de dependência, que respondem à sua condição patológica, e estão intimamente ligadas à mesma, através da incapacidade egóica para lidar-se com a realidade cotidiana. Assim, o paciente apresenta uma relação de dependência familiar, e em especial com relação a alguns de seus membros. Através das relações de **tipo simbiótico**, o paciente mental está ligado a uma rede familiar. O tratamento psicoterapêutico, através da mobilização afetiva da relação transferencial, e das mudanças emocionais que promove, cria modificações nos vínculos intrafamiliares, que geram uma série de reações e contrareações através das quais se procura manter a sua situação anterior num mecanismo homeostático. Haley (1961) descreve a família do paciente mental como um sistema estável: quando um membro familiar mostra uma mudança de relação a respeito de outro membro, este último atua de tal maneira, que modifica ou diminui essa mudança. Esses modos de interação são **mecanismos homeostáticos**.

Esses mecanismos atuam sobre o indivíduo encontrado em Psicoterapia, as vezes de uma forma poderosa, com o risco de impedir o processo psicoterapêutico.

Porém, compreendemos a doença mental como distorção do desenvolvimento no núcleo familiar, e a possibilidade de curar esta distorção seria através de um processo de reestruturação. A psicoterapia de base analítica seria o processo mais válido para o paciente psicótico, porque dispõe de condições mais adequadas para oferecer um processo terapêutico ao paciente mental. Paralelamente, seria necessário que a família participasse do mesmo processo terapêutico familiar e assim acompanhar o paciente em seu desenvolvimento. Desse modo, poderá, cada membro e a família como um todo, desenvolver relações interpessoais mais amadurecidas. Talvez, em todo esse processo psicoterapêutico, seja importante o desenvolvimento de um **insight familiar**, e de uma capacidade de tolerar a angústia e acompanhar alternativamente ao membro mais necessitado. Nestas condições, é possível manter uma melhor atitude frente às diferentes vicissitudes do tratamento, incluídas as recaídas, sem vê-las, necessariamente, como fracassos terapêuticos e sim como experiências através das quais o paciente adquire segurança e crescimento interior.

A participação dos familiares no processo terapêutico, pode acontecer de diferentes maneiras:

- temos feito experiências com reuniões da família nuclear de cada paciente, sem a presença desse último, e com o paciente incluído;
- temos reunido vários familiares dos pacientes esquizofrênicos internados, num grupo para a discussão e elaboração de problemas comuns;
- temos feito grande grupos de pacientes e familiares, formando uma grande reunião que chamamos grupo familiar de discussão.

Todos esses atendimentos psicológicos de estrutura multifamiliar, procuram favorecer mudanças no paciente, em seus familiares e no grupo familiar como totalidade, no sentido de um maior crescimento emocional - individual de cada um deles, uma maior individuação e personalização de seus membros dentro do grupo, e como conseqüência temos um resultado de relações interpessoais mais adequadas entre os mesmos. Sem dúvida, a participação da família, não é uma tarefa fácil, e a experiência nos mostra que, quando reunimos o paciente com seus familiares, mobilizam-se ansiedades profundas, tanto num como nos outros. Mas, na maioria dos casos a participação da família no processo terapêutico (através de uma Terapia Familiar simultânea à psicoterapia do paciente), constitui um fator essencial para que o paciente possa manter o vínculo terapêutico e realizar um processo psicoterapêutico verdadeiro, até alcançar um crescimento satisfatório da sua personalidade.

Summary

Group psychology and psychotherapy from a family point of view. The author presents a review of research on family relationships and structure in families of hospitalized schizophrenic patients. The importance of family participation in the therapeutic process is discussed and evaluated as being essential in the therapeutic process which will eventually lead to satisfactory personality growth.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATESON et alii. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sci.*, 01: 251-264, 1956.

- BAXTER, J. C. Family relationship variables in schizophrenia. *Acta Psych. Scand.*, 42: 362-391, 1966.
- BERGERET, J. *La personnalité normal et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes.* Paris, Dunod, 1975. v. 1.
- BOWEN, M. *Family therapy after twenty years.* American Hand book of Psychiatry. New York, Basic Books, 1975. v. 5.
- G.A.P. Report nº 78, vol. 07, march 1970: The field of family therapy, formulated by the Committes on the Family.
- HALEY, J. Researchon Family Patterns: Conjointe Family Therapy. *Psichiatria*, 24: 30-45, 1961.
- LIDZ, R. W. and LIDZ, T. The family environment of schizophrenic patients. *Amer.Jour.Psychiat.*, 106: 332-45, 1949.
- PARLOFF, M. B. The family in psychotherapy. *Arch.Gen.Psychiat.*, 4: 445-452, 1961.
- RAMADAM, Z. B. A. *Psicoses vinculadas: estruturas psicopatológicas inaparentes.* Tese de concurso à Livre-Docência. São Paulo, Clínica Psiquiátrica, USP, 1979.
- SZPILKA, J. I. *et alii.* *Psicoterapia de parejo y grupo familiar con orientación psicoanalítica.* Edit. Gorlerno, B.A., s/d.
- TERZIS, A. I. Estrutura da família e esquizofrenia. *Jornal Helênico*, 10: 15, 1982.
- TERZIS, A. I. Ordem de nascimento, tamanho da prole e esquizofrenia. *Estudos de Psicologia.* Campinas-SP, 01: 82-109, 1983.
- TERZIS, A. I. Motivos determinantes de desagregação familiar e esquizofrenia. *Estudos de Psicologia,* Campinas-SP, 02: 85-103, 1984.

- TERZIS, A. I. Epidemiologia da esquizofrenia e certas variáveis demográficas. **Estudos de Psicologia, PUCAMP, 3-4, 33-56, 1984.**
- TERZIS, A. I. Revisão bibliográfica: Psicologia do grupo familiar e sua relação no processo esquizofrênico. **Estudos de Psicologia, PUCAMP, 02 (01): 73-85, 1985.**
- TERZIS, A. I. Posição ordinal dos filhos, sexo e esquizofrenia. **Temas (SP), 28-29: 05-18, 1985.**
- TERZIS, A. I. Certas características da população atendida na Clínica de Pós-Graduação (PUCAMP). **Estudos de Psicologia. Campinas-SP, 3 (1-2): 112-127, 1986.**
- TERZIS, A. I. Estudos acerca da família do esquizofrênico. **Arquivos Bras. de Psicologia. Rio de Janeiro, 38 (3): 128-139, 1986.**
- TERZIS, A. I. Estudo da estrutura familiar: um modelo de entrevista clínico-familiar. **Estudos de Psicologia (PUCAMP), 4(1): 94-108, 1987.**
- WHITAKER, C. A.; FELDER, R. E. and WARKENTIN, J. **Countertransference in the family treatment of schizophrenia in intensive family therapy.** Boszor-Menyi-Nagy, Framo, Editors, 1965.