

# Questões sobre a técnica de atendimento a pais\*

TÂNIA WOLFF\*\*  
RACHEL SIVIERO CARON WAINBERG\*\*\*  
CAROLINA GOLDMAN BERGMANN\*\*\*\*  
FERNANDA AMORIM DA SILVA\*\*\*\*\*  
FERNANDA PORTO DA SILVA\*\*\*\*\*  
DANIELA HAHN LAJUS\*\*\*\*\*  
HELENA DA SILVEIRA RITER\*\*\*\*\*  
RENATA AXELRUD\*\*\*\*\*  
ALINE BRUSCHI\*\*\*\*\*  
LUÍSA STEIGER PIRES DE OLIVEIRA\*\*\*\*\*

---

RESUMO: O propósito deste trabalho é discorrer sobre a técnica que utilizamos no Setor de Atendimento a Pais do CEAPIA. Procuramos costurar aspectos da teoria da técnica, conceitos sobre a parentalidade e algumas vinhetas clínicas para ilustrar o trabalho terapêutico em questão. O Setor de Atendimento a Pais tem como um de seus pilares de sustentação o trabalho em equipe, a troca de experiências clínicas e discussões em grupo.

---

\* Trabalho realizado pelo Setor de Atendimento a Pais do CEAPIA.

\*\* Psicóloga com especialização em psicoterapia psicanalítica de adultos, crianças, adolescentes e pais (CEPdePA e CEAPIA), candidata em formação pela SPPA e coordenadora do setor de Atendimento a Pais (CEAPIA).

\*\*\* Psicóloga especialista em psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e adolescência pelo CEAPIA.

\*\*\*\* Psiquiatra.

\*\*\*\*\* Psicóloga especialista em psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e adolescência pelo CEAPIA.

\*\*\*\*\* Psicóloga especialista em psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e adolescência pelo CEAPIA, Psicóloga escolar.

\*\*\*\*\* Psicóloga especialista em psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e adolescência pelo CEAPIA, Psicóloga Hospitalar.

\*\*\*\*\* Psicóloga especialista em psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e adolescência pelo CEAPIA.

\*\*\*\*\* Psicóloga especialista em psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e adolescência pelo CEAPIA.

\*\*\*\*\* Psicóloga, aluna do terceiro ano do curso de especialização do CEAPIA.

\*\*\*\*\* Psicóloga, aluna do terceiro ano do curso de especialização do CEAPIA.

O presente escrito também é produto desta integração e foi, portanto, elaborado em conjunto.

PALAVRAS-CHAVES: Parentalidade. Atendimento a pais. Técnica. Psicanálise.

### **Technical questions about working with parents**

**ABSTRACT:** The purpose of this essay is to give an idea about the technique used in the Parent Service Sector at CEAPIA. We aimed to sew aspects of the technique theory, concepts about parenting and some clinical vignettes to illustrate the approach of the therapeutic work in question. The Parent Service Sector has one of its pillars of support in teamwork, in the exchange of clinical experiences and in group discussions. The present writing is also a product of this integration and has, therefore, been elaborated together.

**KEYWORDS:** Parenting. Working with parents. Technique. Psychoanalysis.

“Você me diz que seus pais não entendem, mas você não entende seus pais. Você culpa seus pais por tudo, isso é absurdo, são crianças como você.” Dado Villa-Lobos, Renato Russo, Marcelo Bonfá

## **1. Parentalidade**

O conceito de parentalidade no qual assentamos nosso trabalho como terapeutas de pais vai muito além dos laços biologicamente determinados. Carrega a noção de se tratar de um papel a ser assumido, antes de mais nada, no mundo mental de cada um. Tornar-se pai ou mãe depende muito mais da história individual dos sujeitos e de uma lógica do desejo, do que de um modelo de parentalidade apoiado na ideia de família determinada pelos laços de consanguinidade, como se considerava no passado (Solis-Ponton, 2004).

Neste enfoque, a parentalidade está diretamente ligada a um querer se comprometer a assumir um papel na família e a desempenhar funções específicas, o que necessita de um processo complexo e contínuo de amadurecimento intrapsíquico. É um “vir a ser” que mobiliza sentimentos e identificações inconscientes importantes em cada pessoa que se torna pai e mãe. Portanto, o papel parental inicia antes mesmo do nascimento dos filhos e se localiza na mente dos futuros pais.

Somos feitos de histórias, de narrações. Antes de vir a ser pais, há de se ter sido filho e ter vivido como um, para ter histórias a transmitir. Estes futuros pais e mães irão contar e recontar, seja resmungando, atuando e/ou escrevendo as suas histórias, suas fantasias, suas ficções, o que vivenciaram em dias bons e ruins na sua própria infância e ao seu modo (Gutfreind, 2010).

Carter e McGoldrick (1995) acrescentam a este entendimento que a transição para a parentalidade é uma das maiores modificações que o sistema familiar pode passar. É um processamento de natureza inter e intrapsíquicos, uma vez que modifica subjetivamente o indivíduo, bem como a dinâmica da família.

Nesta direção, o atendimento no setor procura resgatar a história destes

pais como filhos, a imagem que carregam de si próprios como pais, e de si mesmos enquanto filhos e tenta identificar os conflitos infantis inconscientes que podem estar presentes na relação parental atual. Por vezes, segredos, histórias com espaços em branco e feridas impedem ou dificultam o processo de se tornar pai e mãe. Neste contexto psíquico, os filhos podem ficar enredados, reféns dessa trama mental em que os pais projetam conflitos sobre eles, se identificando com tais aspectos e passando a carregar conflitivas que não são originariamente suas (Gutfreind, 2010).

*“Não adianta, ele tem que obedecer. É muito simples: pais só mandam e filhos só obedecem”*. Esta foi uma fala de um pai que já relatara, em sessões anteriores, ter tido muitas perdas importantes e ter apanhado muito de seu pai enquanto criança. Teve um modelo agressivo de relação parental e não compreende o porquê de seu filho não atender às suas expectativas de aceitar incondicionalmente sua autoridade.

A mãe, por sua vez, conta ter sempre obedecido aos seus próprios pais. Também descreveu seu pai como violento, alguém que agredia e traía a esposa. Relata que o filho é “igual ao avô” (sic), referindo-se às semelhanças físicas entre ambos. Fica claro para a terapeuta que a mãe coloca o filho, que tem como sintoma ser desafiador e agressivo, no lugar de seu pai, e que muito da raiva que sente no contato com ele é uma projeção de aspectos seus sobre a difícil relação com seu pai da infância.

O exemplo acima demonstra o quanto os pais tendem a reproduzir inconscientemente, quando em contato com seus filhos na vida atual, suas imagens parentais e as de si mesmos, enquanto crianças, no papel de filhos. Por vezes, são tomados por características desses pais da sua infância; noutras, percebem os filhos com necessidades que já foram suas e que permanecem vivas, com as mesmas demandas do passado. Portanto, os pais se vêem emocionalmente carregados de aspectos de sua própria vida infantil, um *modus operandi* já engatilhado e pronto para ser disparado quando estimulado, que traz com força identificações ora facilitadoras, ora perturbadoras para seu desempenho como pais. Ocorre, assim, um borramento na noção de quem é quem, quem sente o quê, quem precisa do quê, interferindo diretamente nos manejos que utilizam para resolver conflitos e situações do cotidiano com os filhos, na disponibilidade com que se oferecem como objetos cuidadores, na forma com que se disponibilizam, na transmissão de valores éticos, morais, os padrões afetivos que permeiam os vínculos familiares, tudo isto cerca a vida mental do pai e da mãe e está enraizado neste passado. Portanto, entrar em contato com conflitos inconscientes ligados à transmissão transgeracional faz parte do material a ser trabalhado nestes atendimentos.

## 2. Trabalhando com os Pais

### 2.1- Avaliação e Contrato Terapêutico

Nem todos os pais têm indicação para este tipo de trabalho. Por isso, consideramos de suma importância, no trabalho com psicoterapia focal na parentalidade, uma avaliação “suficientemente boa” para avaliarmos a psicodinâmica e demanda dos pacientes e indicar corretamente a modalidade de atendimento. Examinar as condições egóicas, identificar o nível predominante do funcionamento mental – se neurótico, borderline, psicótico ou perverso - qual a motivação manifesta e latente para incursionar num acompanhamento psicoterápico que transparece nas conversas iniciais, bem como se há demanda clínica para psicoterapia com foco na parentalidade, são questões básicas que avaliamos ao longo das sessões iniciais.

Para integrar melhor este primeiro momento avaliativo, conta-se com a possibilidade do contato direto do terapeuta encarregado pelo caso com o colega que, porventura, tenha encaminhado os pais para o tratamento da parentalidade. Isto ocorre tanto na chegada do paciente ao setor, como durante o processo psicoterápico, caso este aconteça e sempre que se faça necessário a uma das partes. A ideia central, aqui, é a tentativa de integração mental da equipe envolvida com os pacientes, de modo a tornar mais claro aos terapeutas o funcionamento psíquico de cada um dos membros da família, assim como o seu conjunto e trazer luzes sobre como poder auxiliá-los ainda melhor.

Há situações em que ocorrem dissociações importantes nestes as funcionamentos familiares e ou individuais, o que provoca uma tendência a compreensões dissociadas também na equipe profissional. A integração dos terapeutas responsáveis, nestes casos, se torna ainda mais imprescindível, pois promove capacidade de compreensão mais fidedigna das realidades psíquicas - e até materiais - dos pacientes implicados no trabalho terapêutico. Os vários aspectos soltos e cindidos dos pacientes, desordenadamente espalhados nos profissionais do caso, podem ser reunidos mentalmente por estes, em equipe, ampliando a capacidade de continência e dando melhores condições para o trabalho psíquico com os pacientes.

O ritmo dessas comunicações entre a equipe é dado pela necessidade dos profissionais envolvidos, ao longo da psicoterapia em curso. Importante salientar o aspecto do sigilo, contratado com os pacientes, nestas situações: é trazido à tona apenas aquilo que for útil para melhor integração cognitiva e afetiva por parte dos terapeutas, frente a cada caso, sendo dito aos pacientes, sempre, a troca que pode haver e com que objetivo ela é feita.

Josué e Catarina chegam ao setor de atendimento a pais tendo procurado o CEAPIA por conta própria. Na chegada, contaram que a família passava por dificuldades após uma briga com um conhecido próximo. O casal tem dois filhos pré-adolescentes, que já estavam com sintomas quando procuraram por ajuda: não conseguiam dormir sozinhos e ficavam muito ansiosos quando o pai saía de casa. Os pais se diziam assustados com o clima familiar, que estava tenso.

Nas sessões de avaliação, a impressão da terapeuta era de pais angustiados e querendo ajuda: *“Nós não sabemos como lidar com nosso filho. Ele me xinga, diz que eu não presto pra nada e eu não consigo fazer nada com isso. Eu fico chorando e aí ligo pro Josué”*, disse a mãe para a terapeuta.

No exemplo em questão, a terapeuta percebeu serem pais motivados, pois eles mesmos procuraram a Instituição. Demonstraram possuir condições de compreensão e de diálogo entre si e com ela, além de estarem num funcionamento mental predominantemente neurótico e parecerem trazer como demanda suas dúvidas sobre manejos com os filhos. Desta forma, o contrato terapêutico, então, foi feito após algumas sessões com o casal, nos moldes de uma psicoterapia focal de orientação analítica: baixa frequência semanal (uma vez por semana), focalização nos problemas deles como pais, fixação de honorários e forma de pagamento, combinações relativas a faltas, férias e tempo de sessão.

## **2.2 - A psicoterapia focal de orientação psicanalítica**

Faz-se notar, com os exemplos dados acima, que a psicoterapia focal de orientação psicanalítica trabalha com o material consciente e inconsciente trazido para a sessão, visando possibilitar o alcance de insights por parte dos pacientes. Na prática clínica, o paciente fala sobre o que quiser e o terapeuta escuta em duas dimensões: numa, com atenção flutuante para captar o todo do discurso e as associações espontâneas que o paciente faz na sua fala; noutra, com uma atenção seletiva, voltada ao foco do tratamento. A este modelo de escuta, chamamos de atenção seletiva e flexível.

Há um contínuo movimento entre estes tipos de atenção durante as sessões. É através da atenção flutuante que se dá o acesso a um nível mais inconsciente do material trazido pelo paciente e que permite compreendê-lo mais profundamente. Isto instrumentaliza a atividade pensante do terapeuta para receber o material trazido pelo paciente.

Na sequência, contudo, para poder intervir dentro da proposta de focalizar na problemática parental, o terapeuta precisa valer-se de uma escuta seletiva e compreender os possíveis significados da fala do paciente dentro da área eleita para o tratamento, no caso, a parentalidade. Observa-se, aqui, o uso de uma das regras básicas do método psicanalítico - atenção flutuante - aplicada nesta modalidade psicoterápica.

Do mesmo modo, a outra regra básica da técnica da psicanálise, a associação livre, também é utilizada com algumas adaptações: o paciente traz para a sessão o conteúdo que quiser, sem se preocupar se está saindo ou não do foco de tratamento. Permite-se que surjam materiais alheios ao foco, o que inclusive facilita o acesso a conteúdos inconscientes e ao consequente aprofundamento daquilo que o terapeuta pode compreender sobre o paciente. Entretanto, cabe a este saber conduzir o paciente a trabalhar emocionalmente a área previamente combinada como foco do trabalho terapêutico e eleger intervenções úteis com este fim. Constata-se, assim, que há um uso operativo deste método da associação livre, uma instrumentalização seletiva deste.

Pedro chegou ao atendimento a pais encaminhado pela terapeuta da filha, tendo ele uma história de abuso sexual intrafamiliar. Evidenciava muitas dificuldades de se relacionar com Mariana, sua filha adolescente, tendo com ela condutas erotizadas. Mariana tinha sintomas psicóticos e comportamento regressivo.

*Pedro: Este final de semana me senti mal, porque encontrei minha avó (a que abusou dele na infância). Ela tá muito doente, fico com pena. E a Mariana, tu não tem ideia, passou o final de semana todo vendo TV, não obedeceu nada do que pedi. É aquela coisa que tu sabe, se eu não ajudo no banho, ela não toma. Ela acaba me ocupando muito.*

*Terapeuta: Tu me falava do encontro com o tua avó, né, Pedro?*

*Pedro: Sim. tu sabe como não gosto de encontrar com ela.*

*T: Já falamos aqui, o quanto tudo que já aconteceu contigo tem impacto especialmente na tua relação com a Mariana. Fica confuso, depois que tu vê a tua avó, lembrares de alguns limites que precisa ter com tua filha.*

A terapeuta poderia intervir para seguirem conversando sobre vários aspectos da subjetividade de Pedro frente aos abusos sofridos. Entretanto, como existe um foco específico a ser trabalhado, escolheu falar de como estas vivências parecem interferir diretamente em seus manejos como pai. Procurou mostrar ao paciente como ele se sentiu confuso, abalado em suas fronteiras internas pelo contato com a avó (intrusiva) e, assim, não conseguiu manter os limites de forma eficaz com sua filha.

Foi uma intervenção que pôde abrir caminho para compreenderem o quanto Mariana explicita, através de sua sintomatologia desafiadora e agitada, as deformações intrapsíquicas e interfamiliares que existem relacionadas à discriminação pais-filhos, corpo de um - corpo de outro, desejo de um - desejo do outro. Abordou o tema do borramento das fronteiras psíquicas desta família e dentro do paciente, o que nos pareceu crucial para um crescente aprofundamento da trama inconsciente que existe entre pai-filha. Dentro da questão do tipo de escuta, vê-se que a terapeuta, mesmo tendo uma escuta ampliada para receber as dores do paciente, optou por assinalar as deformações que isto provocou no contato com a filha. Fez a seleção da escuta frente ao material trazido pelo paciente.

Esta modalidade terapêutica coloca o psicoterapeuta, como se pode depreender, numa posição mais ativa perante a função do que eleger para intervir e no que se atentar mais especificamente para criar sua intervenção. Há uma delimitação do que optar em trabalhar, já posta de antemão, independentemente deste vir a perceber conflitos mais densos e básicos de personalidade em seus pacientes.

Nesta direção, há um esforço no sentido de minimizar a ideia dos silêncios em sessão, evitando que se tornem muito longos. A questão não é provocar uma regressão da dependência do paciente ao terapeuta, como se busca em uma psicoterapia analítica de espectro mais amplo, ou de uma análise em si como método terapêutico.

Os tipos de intervenções terapêuticas à disposição do psicoterapeuta são muitos e vão desde a simples descrição e nomeação dos sentimentos percebidos, passando por confrontações, informações, assinalamentos até uma interpretação mais reconstrutiva, que inclua a historização daquele comportamento ou sentimento na vida do paciente ou de aspectos inconscientes presentes no desempenho de funções parentais. O objetivo, sempre que possível, é ajudar o paciente a perceber o que pode estar oculto, inconsciente, mas ativo nos modos de se desempenhar como pai/mãe.

João e seu filho (Giovani) têm brigas sérias que envolvem agressões físicas e verbais. O pai relata as situações que ocorreram no ambiente familiar demonstrando dificuldades em entender quais aspectos seus fazem com que a relação parental fique difícil. Numa sessão, contou sobre uma briga em que, propositalmente, levou o filho ao extremo, com o objetivo de “testá-lo” e avaliar se o tratamento psicoterápico de Giovani o estava ajudando a controlar as frequentes explosões de raiva. O que João ainda não conseguia perceber é que ele mesmo fez com que Giovani se desorganizasse, devido a um conflito de seu passado infantil, no qual teve uma relação muito pouco empática por parte de seu próprio pai. Sem chance de diálogo, de poder se expressar e ser minimamente compreendido, bem como de sofrer acusações e agressões, João internalizou uma relação pai-filho moldada em autoritarismo e falta de empatia, onde o contato acontece via provocações e luta pelo poder de dominação e sujeição do outro. Descrevendo e nomeando o que o pai sentiu e como se conduziu frente ao filho, a terapeuta pôde ir construindo com João um espaço mental para ele ir mapeando sua participação nos conflitos tão frequentes com o Giovani.

Um outro ponto importante sobre a modalidade da psicoterapia focal de cunho psicanalítico é que as intervenções devem se dirigir aos conflitos do sujeito com as pessoas da sua vida em geral, não com o terapeuta. Ou seja, trabalhar num nível extra-transferencial, procurando ajudar a compreender a natureza das situações de conflito para fora do vínculo transferencial. Se investiga e se trabalha o inconsciente e o que facilita ou atrapalha o desempenho dos papéis e das funções parentais, mas sem trazer para dentro da relação paciente-terapeuta.

Na vinheta acima, a terapeuta procurou evidenciar para o paciente o mecanismo de projeção dos aspectos impulsivos e agressivos dele, pai, deslocados para o filho. Percebeu ser um aspecto inconsciente do pai que gerava conflito e problemas entre eles. Focou as intervenções tanto no tema da parentalidade, como no vínculo extra-transferencial.

Ainda dentro deste tema sobre o manejo da transferência, há algumas poucas situações em que o trabalho deve se voltar para dentro do vínculo transferencial. São elas: quando as resistências surgem de modo mais intenso, produzindo entraves à continuação do processo terapêutico, ou quando há uma transferência erotizada, que também provoca grandes dificuldades para o paciente se manter no foco da tarefa terapêutica, centrando sua atenção no desejo de ter o terapeuta para si com outros fins - eróticos - e suas tentativas

são de convidá-lo a sair de seu papel terapêutico. Nestes casos, então, deve-se interromper temporariamente o trabalho focado na parentalidade e trabalhar a transferência. É uma questão de cuidar para que não se crie, ou para que se solucione, algum impasse importante dentro do processo terapêutico e minimize os riscos de uma interrupção do tratamento. De modo geral, evita-se interpretar o vínculo transferencial, pois não se pretende incentivar a regressão do paciente em sua dependência para com o terapeuta.

No processo de avaliação com o paciente Eduardo, este fez alguns movimentos que intimidavam e desconcertavam a terapeuta, propondo tirá-la do seu lugar, de uma atitude analítica (neutra e abstinente). Ocorreu de chamá-la por apelidos aparentemente infantis, ao invés de usar o nome próprio da terapeuta, referindo-se a alguma parte do seu corpo - criações do paciente - o que provocou desconforto contratransferencial importante, quase de paralisia da mente da terapeuta. Neste início de tratamento, a terapeuta recorda-se que Eduardo parecia não se assustar com a gravidade dos sintomas do filho. Amenizava e desmentia a conduta de risco de suicídio, que foi o motivo da busca de psicoterapia para o menino. Dava a ideia de iniciar esta nova relação com a terapeuta defendendo-se contra a intensa angústia que poderia sentir se entrasse em contato com o assunto primordial: a situação psíquica do filho. Eduardo parecia querer confundir os papéis entre ele e a terapeuta, borrando os limites, tentando colocar a terapeuta num lugar submisso a ele e tirando-a da função de ser aquela para quem ele vem recorrer para receber ajuda. Ao ser provocador - e intimidador - tinha a ilusão de que estaria dominando a terapeuta - tentando "encurrallá-la" psicologicamente, paralisando sua capacidade de pensar, tornando-a, quem sabe, menos potente sobre ele e, assim, tentando sentir-se "menos o paciente", defendendo-se da necessidade em relação a ela.

O manejo desta situação demandou tempo para que a terapeuta elaborasse mentalmente seu rechaço para com Eduardo e a dúvida em relação ao desejo do paciente em vir para se pensar enquanto pai. Contudo, conseguiu compreender o aspecto defensivo do funcionamento do paciente e, com isto, pôde tratar de se posicionar com mais segurança, sentir-se menos intimidada e comunicar para Eduardo que ficarem falando de como ele a via, tirava-o do real objetivo dele estar ali, que era ver como ele mesmo era. E quem sabe era exatamente isto que estava difícil para ele.

Outras questões que devem ser trabalhadas são ausências, atrasos nas sessões e no pagamento, problemas do paciente em focar no assunto alvo da terapia e uma transferência mais hostil, de cunho negativo. Além de destravar o caminho via transferencial, essas posturas e comportamentos do paciente para com seu terapeuta e/ou para com o setting podem ser elementos que demonstrem também aspectos de sua problemática focal, ou seja, jeitos de ser que também permeiam a maneira como se colocam enquanto pai/mãe. Portanto, podem ser assinalados ou interpretados, promovendo a conexão entre traços de personalidade inconscientes e a interferência destes na relação com os filhos e no desempenho parental.

Suzana, mãe de três meninos, é encaminhada para o Setor de Atendimento a Pais após solicitar uma indicação à psicoterapeuta do filho mais velho. Durante o início da avaliação, Suzana demonstrou ambivalência em trabalhar questões relacionadas à parentalidade e trouxe relatos de experiências ruins com antigos terapeutas. Além disso, a mãe relatou muita ansiedade e solicitou para a terapeuta um psiquiatra. Após encaminhamento para a psiquiatra do Setor de Atendimento a Pais, a paciente iniciou uma série de faltas, sem comunicar a terapeuta ou retornar seus contatos.

Neste ritmo de encontros e desencontros com a psicoterapeuta, a psiquiatra da equipe estabeleceu limites claros no que diz respeito à condição para atendê-la: estar ela, Suzana, vindo às sessões psicoterápicas. Assim, a paciente finalmente compareceu às sessões nas quais foi estabelecido o contrato terapêutico. A terapeuta percebia a necessidade premente de rever e explicitar as condições mínimas para trabalhar com Suzana e proteger o *setting*, sendo preciso organizar o espaço do atendimento e avaliar o comprometimento ou não da paciente para tal.

*Suzana* chegou ao final deste processo inicial de avaliação e falou: *“Eu já me decidi, sei que preciso muito vir. Antes eu não queria, mas agora eu quero. Acho que antes eu não estava entendendo que era um lugar pra falar das coisas com os guris, e falar de mim é muito mais difícil”*.

Mesmo com a paciente referindo estar motivada e combinando com a terapeuta a respeito do contrato terapêutico, os ataques ao *setting* persistiram. Em outra sessão, Suzana tentou desmarcar o atendimento, justificando estar sem dinheiro para pagar as sessões. Neste caso, a terapeuta pediu que Suzana comparecesse para trabalharem tais questões pessoalmente e, deste modo, retomarem as combinações e pensarem sobre a motivação da paciente.

Como se vê, a questão transferencial tomou conta de todo o espaço das sessões e da mente da terapeuta, pelos inúmeros ataques ao *setting*. Se interpu- seram entre elas resistências quase impeditivas para o prosseguimento do trabalho. Aqui, a relação transferencial não foi interpretada, mas manejada, sendo entendido que possivelmente este seja o modo de agir de Suzana, inclusive com seus filhos. Desta forma, a terapeuta pôde utilizar o que se revelou do funciona- mento, via transferência, para mostrar a ela suas dificuldades como mãe.

Por último, mas não menos importante, ressaltamos a possibilidade de tra- balhar com outros personagens ligados ao apoio com os filhos, que podem estar exercendo papéis fundamentais para sustentar cuidados básicos e emocionais para com estes. A chamada rede de apoio familiar é uma “carta na manga” neste tipo de atendimento parental focal, quando se percebe que os pais em questão não conseguem sustentar os cuidados parentais básicos, mesmo com o acompanhamento psicoterápico.

Ao avaliar o processo terapêutico em andamento e constatar-se que os filhos ainda seguem com pouco ou inadequado olhar por parte dos pais ou com riscos reais à sua integridade física ou mental, tem-se a possibilidade de agregar algum familiar ou alguém que seja uma referência afetiva para a criança/ado- lescente no acompanhamento psicoterápico. São situações em que se percebe

que não se pode esperar mais tempo do que já se esperou até que esses pais-pacientes produzam alguma mudança em si mesmos e, por conseguinte, na qualidade de seus cuidados parentais. Há riscos agudos e reais à saúde física e/ou mental dos filhos .

Lança-se mão, quando possível, de conhecer e trabalhar com pessoas da própria família, combinando isto previamente com os pais-pacientes. Por vezes, são apenas algumas sessões para avaliarmos o funcionamento destes familiares e nos assegurarmos de que se pode contar com eles para ajudarem no exercício da parentalidade dos nossos pacientes-pais. Noutras ocasiões, podem até vir a fazer parte do setting habitual, participando do tratamento junto com os pais.

No caso de Maria que, diante dos comportamentos disruptivos do filho com ataques de fúria e agressão às pessoas à sua volta, sentia-se paralisada e confusa, foi utilizado tal formato de atendimento. Ao mesmo tempo, relata que os familiares a criticam por sua postura pouco ativa e eficiente. Aparece, durante as sessões, o valor que Maria dá à percepção negativa que os familiares têm sobre ela, destacando-se a dificuldade dela em dar limites ao filho. Maria vem de uma família de origem muito aglutinada, na qual ocorrem, com frequência, condutas invasivas de um parente na vida do outro, com opiniões e críticas, nas quais se percebe claramente não haver discriminação mental suficiente para funcionar a capacidade empática entre os seus membros. Maria se mostra identificada com este funcionamento, não sendo autônoma para pensar nem se posicionar. Nas palavras de Maria: *“Vejo como é difícil eles entenderem que tenho o meu jeito, e que eles são diferentes de mim. E eu me sinto muito sozinha”*.

Aparece a faceta de uma mulher que se sente incompetente, incapaz de lidar com sua própria maternidade, conduzindo-se mais passivamente, de forma dependente, como uma filha de pais/familiares que lhe dão todo o suporte para sua sobrevivência. Não consegue sentir-se mãe com uma relação própria e com autoridade sobre o filho. Falta-lhe uma identidade primária mais consolidada, o que aparece no vínculo com seu filho.

Nesse sentido, pensa-se na possibilidade de incluir alguns membros da família no atendimento parental e tentar alavancar ajuda para que Maria possa, inclusive, manter seu tratamento na Instituição. As sessões com os familiares aconteceram e produziram um efeito muito positivo. Houve enlace maior com os tios que ajudam a pagar o atendimento de Maria, bem como uma melhor compreensão do funcionamento da família. Em relação ao vínculo com a paciente, não houve manifestações negativas. Pelo contrário, a paciente parece ter sentido um cuidado por parte da terapeuta para com as condições emocionais dela.

### **3. Considerações finais**

Diante de tudo que foi exposto, percebe-se o quanto o trabalho com pais é complexo e cheio de facetas específicas. A possibilidade de compreender com

os pais o quanto suas questões subjetivas podem estar atrapalhando a si mesmos e ao exercício das suas funções parentais é um dos objetivos primordiais da psicoterapia focada na parentalidade. Guerra (2017) trazia, em suas férteis ideias, a importância de se poder co-construir com os pais suas próprias histórias e emoções na vida parental, a cada sessão.

À medida que o trabalho terapêutico avança, espera-se que os pais possam se sentir mais contidos emocionalmente através da relação terapêutica e, com isto, se sentirem cuidados. O efeito dessa contenção psíquica exercida pelo terapeuta poderá ser vivido pelos pais na relação com os filhos, ao criarem novas identificações com um terapeuta/pai-mãe-cuidador. Deste modo, vai se esboçando a possibilidade de internalização de um objeto mais continente, mais compreensivo, mais empático às suas fragilidades, alargando caminho para poderem também empatizar com os aspectos frágeis, dependentes e desamparados de seus próprios filhos.

O auxílio para se discriminarem desses últimos, ou seja, para perceberem o que são sentimentos e problemas do seu psiquismo e quais são os sofrimentos e problemas dos filhos - que podem e são, com frequência, diferentes - aponta para a possibilidade de desenvolverem a capacidade empática. Como efeito, espera-se uma liberação dos filhos deste enrosco projetivo em que foram colocados, bem como uma melhora nos potenciais reflexivos dos pais para perceberem quem realmente são seus filhos, o que expressam através de atitudes e falas e em que lugar eles, pais, devem se colocar.

Concluimos, assim, a transmissão dos principais pilares da técnica de atendimento a pais usados clinicamente em nosso setor. Temos avançado e aperfeiçoado, com estudo e discussões em rounds clínicos semanais, nossa modalidade de tratamento psicoterápico. Desejamos seguir nos desenvolvendo e abrindo portas para trocas produtivas entre o Setor e colegas da área e afins que também trabalham e se aventuram nesta jornada humana de tentar compreender e minimizar sofrimentos afetivos.

## Referências

- Braier, E. A. (1986). *Psicoterapia Breve de Orientação Analítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1989).
- Guerra, V. (2017). *O ritmo, a musicalidade comunicativa e a lei materna na artesanaria da subjetivação humana*. Porto Alegre: Publicação Ceapia, n.26.
- Gutfreind, C. (2010). *Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade*. Rio de Janeiro: DIFEL.
- Solis-Ponton, L. (2004). *Ser Pai, Ser Mãe - Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.