

A Troca de Terapeutas na Instituição: Reflexões Sobre os Vínculos e Repercussões no Processo Terapêutico¹

Débora de Souza Machado²

Marli Kath Sattler³

Paula Centeno Hintz Baginski⁴

Resumo

Este trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciada no período de formação no Curso de Especialização em Terapia de Família no DOMUS – Centro de Terapia de Casal e Família. Em cursos como esse, a troca de terapeutas tem sido utilizada com frequência, de acordo com as necessidades da instituição e dos próprios terapeutas. Este trabalho objetivou associar a troca de terapeutas com as repercussões que surgiram no processo. Para tanto, partiu-se de duas situações de troca de terapeuta de uma mesma família, sendo uma primeira troca com planejamento e adaptação ao novo profissional e a segunda sem tal manejo. Percebeu-se que a interrupção dos vínculos entre as terapeutas anteriores e a família acionou sentimentos fortes em todos. A despeito, concluiu-se que há a possibilidade de absorção da mudança pela família em decorrência das características pessoais do terapeuta, entre as quais de estabelecer um vínculo afetivo de qualidade.

Palavras-chave: troca de terapeuta; vínculo; perda; terapia familiar.

The Exchange of Therapists in the Institution: Reflections on Bond and Repercussions in the Process Therapeutic

Abstract

This study is a report of an experience of a training period of the Specialist Course in Family Therapy in DOMUS – Center Therapy of Couple and Family. In courses like that, the change of therapeutics is a

¹Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Terapia de Família do DOMUS - Centro de Terapia de Casal e de Família.

²Psicóloga e aluna do Curso de Especialização em Terapia de Família do DOMUS.

³Psicóloga, coordenadora, professora, supervisora e orientadora do Curso de Formação de Terapia de Casal e Família do DOMUS.

⁴Psicóloga, supervisora e co-orientadora do Curso de Formação de Terapia de Casal e Família do DOMUS.

usual and necessary practice. The aim of this study was to associate the change of therapeutics with the repercussion around the process. Two procedures with the same family were done: first, planning and adaption to a new therapeutics, and second, without such management. The results of this study show that the interruption of bonds between the previous therapists and the family triggered strong feelings in all. It is concluded that there is a possibility of absorption of the change by the family due to the therapist's personal characteristics, including establishing a bonding quality.

Keywords: *change of therapeutics; bond; loss; family therapy.*

Introdução

Em instituições de formação de terapeutas, a troca destes é prática usual e necessária, sendo frequentemente realizada. Partindo-se da experiência inicialmente de observação de uma família que buscou terapia, e, posteriormente, da substituição dos terapeutas, acredita-se ser relevante discutir e atentar para este processo, pois há um rompimento de vínculo alheio à vontade da família e apesar da reação inicial da perda, pode gerar uma repercussão positiva, posteriormente, frente à situação. Desta forma, este trabalho aborda, qualitativamente, conceitos inerentes à psicoterapia de família, como a troca de terapeutas, perdas e vínculo, procurando realizar uma associação entre a troca de terapeutas e as repercussões que surgiram no processo.

Psicoterapia familiar

A psicoterapia, em seus primórdios, era centrada somente no indivíduo e em seus problemas intrapsíquicos. Aos poucos, frente à visão sobre a doença mental como uma dificuldade de comunicação, a psicoterapia passou a contemplar o sistema familiar e a rede social. A observação do esquizofrênico dentro do seu contexto familiar trouxe a compreensão de uma comunicação particular própria, inevitável e necessária a sua realidade. Assim, emergiu um modelo de terapia familiar que tornou possível o entendimento do indivíduo e o modo como este tece suas relações dentro do contexto em que vive a partir dos vínculos estabelecidos e modo particular de comunicação. As causas dos sintomas dos indivíduos são entendidas como resultados das relações estabelecidas dentro do ambiente nos quais estão inseridos, uma vez que os comportamentos da pessoa são produtos de seus relacionamentos (Nichols & Schwartz, 2007). Atualmente foi incorporada a influência da genética e de experiências individuais entre as

causas dos sintomas.

A intervenção terapêutica familiar tem o objetivo de abordar as relações disfuncionais e a sua repercussão nos membros da família de forma a agir e modificar as interações improdutivas. A estrutura familiar é constituída por padrões de interação desenvolvidos através do tempo pelos membros da família. Estes padrões regem o funcionamento dos membros, delineando uma série de comportamentos e facilitando sua interação (Minuchin & Fishman, 1990).

A estrutura da família deve ser considerada com o objetivo de reestruturação (Rodrigues, 2009), o que vem ao encontro da posição de Whitaker e Bumberry (1990) os quais apontaram que “o objetivo da terapia é ajudar as famílias a alcançar níveis mais adaptativos e satisfatórios da vida” (p. 41) e que a remissão de sintomas é efeito simultâneo de uma terapia produtiva e não o seu objetivo.

O sistema familiar flexível consegue se adaptar às modificações de regras e mantém a coesão em um espaço que favorece o crescimento psicológico dos membros, com uma estrutura funcional e transformadora (Andolfi, 1984). O terapeuta familiar pode ser exigido a coparticipar do processo terapêutico juntamente à família: “é um agente de trocas que abre as regras do sistema familiar, com modalidades de intervenções possíveis à família em particular e se destina a criar um modo de vida diferente e mais produtivo” (Minuchin, 1990, p. 38).

No ambiente terapêutico, a escuta do terapeuta, as suas sensações e emoções têm fundamental importância, pois integram e tornam o processo mais acessível ao paciente. Pensar desta forma é incluir o terapeuta no sistema familiar e ir além da inter-relação entre o observador e o sistema observado; é interrogar-se sobre as sensações que emergem no processo e tratá-las como parte integrante deste processo (Elkaïm, 2000).

No processo terapêutico circulam sensações importantes que o terapeuta deve compreender o que permitirá um novo olhar, com uma leitura diferenciada no que diz respeito a tais sentimentos. Emoções são sentidas a partir do silêncio, gestos, toque, postura, tom de voz, aceitação, tensão, etc. Com esta nova leitura o terapeuta vai explorar diversos e novos caminhos para criar um espaço de intimidade único que permitirá ao paciente deixar emergir o que não é falado, o desconhecido, “o estranho, o novo” (Scarpato, 2001, p. 108). Desta forma, será concebida uma abertura confiável favorecida pelo vínculo para enfrentar situações adversas, angustiantes e com falta de sentido (Scarpato, 2001).

As ressonâncias são sentimentos que emergem na relação entre o terapeuta e o sistema familiar: “é apenas um caso particular de reunião

constituída pela intersecção de diferentes sistemas em torno de um mesmo elemento. As ressonâncias são elementos redundantes que ligam os universos mais divergentes, enquanto que as singularidades, apesar de autorreferenciadas, permanecem únicas” (Elkaïm, 1990, p. 175). O elemento comum, “ponto único e singular” (Elkaïm, 2000, p. 81), entre terapeuta e paciente, com circunstâncias históricas diferentes para cada um, deve ser utilizado pelo terapeuta a fim de não impedir a evolução do sistema terapêutico (Elkaïm, 2000).

Os sentimentos despertados no terapeuta - no processo terapêutico - estão ligados à sua própria história, à família, à instituição na qual a família está sendo atendida, ao grupo de supervisão e ou a outros sistemas sociais relacionados e são considerados pontos importantes de compreensão e intervenção (Elkaïm, 2000). Segundo o referido autor, terapeutas são pessoas que pertencem a vários contextos, sendo, desta forma, impossível separar suas vidas como pessoas no mundo de sua profissão. O terapeuta escuta as histórias dos pacientes a partir das suas próprias experiências e emoções como profissionais e também como pessoas no mundo com a rede de significados pertencente (Grandesso, 2000). Neste sentido, Whitaker e Bumberry (1990) falam que “a psicoterapia deve ser realmente um encontro humano, requerendo um terapeuta que, antes disso, tenha retido a capacidade de ser pessoa” (p. 29), olhando para si mesmo e conhecendo seus próprios conflitos. O profissional precisa estar consciente de suas emoções, tornando-as um recurso para ser utilizado no processo terapêutico, e a supervisão é uma das maneiras desta tomada de consciência para que o terapeuta possa ver e aproveitar ao máximo suas singularidades e sua subjetividade no processo da psicoterapia (Elkaïm, 1988).

Há uma diferenciação entre contexto de atendimento sistêmico à família e de terapia de família, o que exige capacitação profissional e diferentes ações. Contexto é “um conjunto de regras de relação que são estabelecidas pelo (s) profissional(ais) e pelo(s) cliente(s), de formas implícitas e explícitas” (Aun, 2006, p. 63). O contexto de terapia de família diz respeito ao atendimento que ocorre em consultório particular ou em uma instituição, cuja procura origina-se pelo próprio paciente ou por encaminhamento de um profissional. O atendimento é caracterizado e definido como terapia de família após acordo entre terapeuta e paciente sobre a demanda da procura. Neste contexto terapêutico, o profissional é parte integrante e está diante de diversas dificuldades que se apresentam, pois há uma variedade de famílias e tipos de problemas que exige dele aptidão para diferenciar, criar hipóteses diagnósticas, encaminhar e usar uma linguagem técnica específica (Aun, 2006).

O contexto de atendimento começa a se constituir após a família e a rede relacionada aceitarem a demanda restrita ao próprio ambiente, seja hospitalar, pedagógico, e concordarem em coparticipar, iniciando acordos e definição de regras de relação. O terapeuta, da mesma forma que, no atendimento de terapia de família, integra, atua e sofre a ação do sistema familiar e tenta compreender como a família, suas relações sociais, e ele próprio podem participar na manutenção e/ou contribuir com a solução para o problema abordado, objetivando juntos construir uma alternativa viável. Nos dois contextos, o profissional é visto como parte integrante do sistema familiar, porém no atendimento familiar o profissional é exigido em dois outros aspectos de sua capacitação, no que diz respeito à sua formação, para o trabalho com redes sociais e a sua compreensão do funcionamento de uma equipe multidisciplinar. É necessário que ele possa se autoavaliar para conhecer e ver como é sua participação na formação e solução de problemas com todos os envolvidos (Aun, 2006).

Vínculo terapêutico

Estudos recentes discorrem sobre a importância vincular do feto desde a vida intrauterina com sua mãe. A inter-relação do bebê recém-nascido com a mãe ou figura substituta evidencia uma noção de vínculo que tem fundamental importância no desenvolvimento da personalidade de uma criança. Além dos cuidados maternos vitais que o bebê necessita, esta noção de vínculo abrange a satisfação das necessidades afetivas da criança por parte de sua mãe, dispensadas através de “um calor humano, com um autêntico e espontâneo amor, carinho, proteção e compreensão da linguagem corporal do bebê” (Zimerman, 2010, p.22).

A essência do desenvolvimento emocional do bebê constitui-se a partir do prazer que a mãe suficientemente boa tem em relação a ele, capacitando-a a dedicar-se, admirá-lo, amá-lo, adaptar-se, cuidá-lo e prover suas necessidades, sendo essas características essenciais para o processo de maturação (Winnicott, 1971; 2000). Essa devoção ao bebê protege o “vir-a-ser” (p. 82) dele durante a sua existência e proporciona um ambiente favorável para o seu processo natural de crescimento e suas interações com o ambiente, de forma a evoluir com o padrão herdado por ele (Winnicott, 1983). Entretanto, “o prazer materno tem que estar presente, de outra forma todo o esforço foi em vão, inútil e mecânico” (Winnicott, 2000, p. 156). O cuidado materno, com suas particularidades, irá influenciar as relações do indivíduo e contribuir para a sua saúde ou patologia durante toda a sua vida (Winnicott, 1983; 2000).

O vínculo afetivo é uma atração forte e persistente que uma pessoa sente por outra podendo alterar conforme a aptidão que a outra pessoa tem em reconhecer este afeto (Bowlby, 1990). Vínculo pode ser sinônimo de uma “relação forte de carinho, afeição; apego: vínculo entre mãe e filho” (Aulete, 2009, p. 813). A proximidade entre as pessoas é a característica essencial da vinculação afetiva, qualquer tentativa com a intenção de separar o par vinculado é sentido como uma ameaça de perda e separação. Esta ameaça gera resistência, ansiedade e tristeza que podem despertar a raiva. Quando não há vinculação afetiva, dificilmente a pessoa aceita qualquer abordagem que a outra possa vir a fazer (Bowlby, 1990).

O processo terapêutico exige uma vinculação entre seus membros para o estabelecimento de uma aliança terapêutica e para o progresso da terapia. Há uma ligação estreita entre as primeiras experiências relacionais do indivíduo vividas com seus cuidadores e a sua capacidade de estabelecer vínculos afetivos de qualidade. Esta forma de se relacionar estará presente na vida adulta. As pessoas com um modelo de vínculo positivo têm maior facilidade e levam menos tempo para criar um vínculo terapêutico do que aquelas com o histórico de vinculação negativa, pois tendem a ser mais inseguras e desconfiadas relativamente ao que o processo psicoterapêutico poderá lhes oferecer (Bowlby, 1990).

Pode-se pensar a postura do psicoterapeuta como uma maternagem, uma vez que saber como fazer, ter um objetivo e/ou uma técnica não é o suficiente para uma relação com o estabelecimento de um bom vínculo. É essencial que o terapeuta possa acolher o paciente, assim como a mãe ao seu bebê. O processo psicoterapêutico implica uma relação em que o vínculo terapêutico é anterior a qualquer especificidade técnica e independe de seus objetivos e forma (Perls, Hefferline & Goodman, 1997).

A psicoterapia é um método utilizado por pessoas capacitadas através de treinamentos que estabelecem uma relação profissional com aquele que busca ajuda, com o objetivo de extinguir, modificar ou prevenir sintomas que este apresenta. Outra finalidade é corrigir padrões disfuncionais de relacionamentos construídos por estas pessoas, promovendo o crescimento e desenvolvimento (Cordioli, 1998).

Há diferentes tipos de psicoterapia e elas variam conforme sua teoria, técnicas utilizadas, objetivos, frequência das sessões e duração. A terapia é uma relação diferente das demais relações humanas, pois a fase inicial é essencial, existindo uma aliança de trabalho e grande significado emocional. Para se estabelecer uma aliança terapêutica harmoniosa e favorecer adesão ao tratamento, o contrato terapêutico é fator de fundamental importância e deve constar em todas as formas de psicoterapia. Nele, algumas regras

relativas ao modo de funcionamento e à organização da terapia devem ser contratadas desde o início do tratamento, tais como horários, frequência, duração das sessões, faltas, atrasos, possibilidades de sessões extras, mudanças de horários, interrupções passageiras, férias, impossibilidade de comparecer as sessões, honorários, tarefas para casa, envolvimento de outros membros da família, etc. (Cordioli, 1998).

No contrato da psicoterapia familiar se aplicam regras que compreendem funcionamento e organização, assim como as mencionadas acima. Acrescenta-se a elas algumas variáveis, como o número de pessoas envolvidas, a duração da primeira entrevista que poderá variar entre uma hora ou várias horas, liberdade do terapeuta quanto à escolha do local para trabalhar dependendo da situação, seja no consultório, na sua própria casa, no escritório, na rua ou na escola quando se tratar de problema escolar. A terapia começa com uma adequada negociação de um problema solucionável e a descoberta da situação social que o mantém, assim como os padrões de relacionamentos estabelecidos que precisem ser mudados (Haley, 1979).

No primeiro contato com a família é realizada uma entrevista ou uma consulta, não significando propriamente o início da terapia. Poderão participar um ou mais membros da família, amigos e outros profissionais, cuja abordagem dos terapeutas pode variar de formal a casual (Haley, 1979). Nesta primeira entrevista, vínculo e coleta de informações são objetivos importantes, porém, se houver conflito entre eles, a prioridade deve ser a vinculação com a família, pois desta forma ela sentirá o acolhimento, a compreensão e a aceitação, facilitando o seu retorno (Acquaviva, 1999). Algumas fases devem ser estabelecidas na primeira entrevista, visando o máximo de informações: uma fase de socialização com a família, outra de discussão do problema através de perguntas, uma terceira de interação entre os membros através da fala uns com os outros e a última de definição clara dos objetivos e mudanças que a família busca, encerrando a consulta com a decisão do próximo encontro e com a negociação de quem comparecerá nele (Haley, 1979).

A falta do estabelecimento de regras e de coleta de informações no início dos atendimentos está associada à interrupção da terapia, conforme Figueiredo e Schvinger (1981, In Pinheiro, 2002). Uma investigação sobre a satisfação com a terapia e a presença de obstáculos para a continuidade de comparecimento às sessões apontou a satisfação com o tratamento como único fator associado à continuidade da psicoterapia (Pinheiro, 2002). Certamente pode-se dizer que o vínculo afetivo de qualidade é responsável pelo êxito das relações humanas, confirmado por pesquisas que apontam

de uma forma geral que a qualidade da aliança terapêutica estabelecida através do vínculo entre terapeuta-paciente é um instrumento de mudança e o fator responsável pelo sucesso da terapia (Cordioli, 1998; Ferreira, 2003; Pinheiro, 2002; Safran, 2002).

Troca de terapeuta

A mudança de terapeutas é uma situação que em geral ocorre regularmente em Instituições de Formação de Psicoterapeutas, e que comumente não está prevista o contrato terapêutico inicial. Caracteriza-se essencialmente por ser uma decisão unilateral do profissional, alheio à vontade do paciente. Em consultório particular, mais comumente ocorre por doença do terapeuta, alterações de horário, mudança de emprego, viagens para cursos ou mudança de cidade e de residência ou até mesmo a não disponibilidade para tratar determinado caso. Nas clínicas-escolas, a mudança de terapeuta apresenta um fator a mais que é a finalização do curso. Os pacientes que vivenciam esta situação costumam responder com sentimentos intensos que incluem “a raiva, as saudades, a vivência de abandono, a sensação de traição da confiança depositada e o desejo de reaver o terapeuta perdido” (Cervo, 1989, p. 43).

As pessoas que sofrem uma perda têm sentimentos fortes e necessitam expressá-los. Entretanto, quando uma família vê sem simpatia o comportamento de ligação de uma criança, o seu choro e o protesto por uma separação, qualificam estes sentimentos como infantis, e a sua raiva e ou ciúme como sentimentos que precisam de repreensão. Nestas famílias quanto mais a criança exigir a presença da mãe ou do pai, mais lhe é dito que sua exigência é “tola, caprichosa ou má” (Bowlby, 1990, p. 91). Tais pressões submetem a criança a uma provável aceitação desses padrões para si mesma, pois chorar, exigir, sentir raiva porque suas exigências não foram satisfeitas e culpar os outros será julgado pela criança como “algo injustificado, censurável e ruim” (Bowlby, 1990, p. 91). Desta forma, estes sentimentos estão sujeitos a serem encarados como “indignos e degradantes” (Bowlby, 1990, p. 91) e atrair “críticas e desprezo” (Bowlby, 1990, p. 91), pelo que muitas pessoas não conseguem expressá-los.

As comparações em situações de mudança de terapeuta são inevitáveis e o profissional precisa saber lidar com os sentimentos fortes desperdidos no paciente por esta perda. Algumas estratégias têm o objetivo de facilitar esse processo, quais sejam o planejamento da passagem de cada caso, considerando suas particularidades, a realização de entrevistas em co-terapia, a escolha do sexo do segundo profissional conforme for, procurar

passar o caso para um terapeuta mais experiente, manter a permanência do mesmo supervisor, o estabelecimento de afinidade e confiança com o estilo de trabalho do terapeuta que assumirá o caso, o conhecimento deste pelo novo profissional, empatia, flexibilidade e a possibilidade de oferecer-se como continente ao paciente (Cervo, 1989).

O alto índice de abandono da terapia em instituições públicas está relacionado com a mudança de terapeutas, uma vez que nem todos os tratamentos são concluídos no tempo de formação profissional. Em experiência realizada em uma clínica-escola, foram selecionados prontuários de pacientes de duas maneiras: os que estavam em psicoterapia individual, e os casos encerrados. Os casos foram divididos em dois grupos: os que realizaram o período de adaptação ao novo terapeuta e os que não realizaram a adaptação. Foi identificado menor índice de abandono da terapia, no grupo em que houve a troca do terapeuta com adaptação ao novo terapeuta (Lhullier, Nunes, Antochévis, Porto & Figueiredo, 2000).

O trabalho em conjunto dos terapeutas, o substituído e o substituto, visa a um período de adaptação que se distribui em até três sessões em que há a participação dos dois terapeutas ou no mínimo uma sessão conjunta de todos. Segundo Lhullier et al. (2000), esta troca é considerada parte do processo e não um momento isolado. Há necessidade de atenção às trocas de terapeutas no período inicial de tratamento, uma vez que o vínculo terapêutico deve ser preservado como fator essencial da terapia, o que é difícil em clínicas-escola, devido a esta prática ser bastante comum (Lhullier et al., 2000). Se por um lado a troca de terapeuta suscita fortes sentimentos no paciente, por outro, Cervo (1989) menciona que pode acionar também aspectos positivos, tais como a oportunidade de crescimento e de elaboração de outras perdas vivenciadas.

Método

O procedimento deste estudo foi uma observação sistemática da troca de terapeuta no atendimento de uma família com estabelecimento de associações entre achados de tal processo e bases teóricas pertinentes, através de um relato de experiência com delineamento qualitativo de cunho exploratório.

Participantes

A família observada e posteriormente atendida é monoparental e identificada aqui como Família Crisálida, composta da mãe Rosa (45 anos)

e filhos: Atlas (quatro anos) e Gema (dois anos). Os nomes usados aqui são fictícios e análogos às borboletas e à sua metamorfose, uma vez que esta família vem aos poucos se transformando.

Relato e discussão

Nesta seção, será apresentado o relato do caso da família Crisálida acompanhado da discussão deste com os principais autores da área. Rosa foi encaminhada pelo Conselho Tutelar de Porto Alegre devido a situações de violência que ela e os filhos vinham sofrendo pelo marido. Eles estão sob a tutela da Lei Maria da Penha e em atendimento de terapia de família, contexto que diz respeito ao atendimento que ocorre na instituição, originado a partir de um encaminhamento profissional, em demanda acordada entre terapeuta e paciente (Aun, 2006). Os atendimentos à família Crisálida foram realizados por duas terapeutas, sendo uma delas a primeira autora deste trabalho. Além das terapeutas, acompanhou os atendimentos uma equipe composta de supervisor, psicólogos e assistentes sociais em formação em terapia de família. O relato será discorrido, a partir de então, em primeira pessoa do singular, referindo-se dessa forma à primeira autora e psicoterapeuta do caso (Débora de Souza Machado).

Esta foi minha primeira experiência de participar e assistir junto com uma equipe atrás do espelho. Ao observar os primeiros atendimentos, recordo ter visto uma mulher de aparência desleixada, cansada e apática entrar com o filho debaixo dos braços, na sala de atendimento. Senti compaixão e vontade de ajudá-los.

A família Crisálida começou a ser atendida em janeiro de 2010 e eu comecei a observá-la em fevereiro de 2010. Por ingressar na equipe de observação, pude ter acesso ao histórico da família desde a triagem para um maior entendimento do caso. Na triagem, Rosa falou da violência que a família vinha sofrendo do marido, que estava em processo de divórcio e fazia terapia individual. Mostrou-se desorganizada, descuidada com sua aparência e com a do filho. Ela considerava que estava ali por causa do filho, que havia sofrido e presenciado violência física, ficando com receio de que ele ficasse com algum problema emocional. No decorrer do primeiro ano de terapia, fomos conhecendo um pouco mais da sua vida sofrida, das suas angústias, da opressão e dos seus medos. Rosa apresentava autoestima bastante rebaixada, e mesmo tendo curso superior concluído, a equipe duvidava sobre sua cognição. Ela aparentava uma dificuldade de identidade profissional. Executava seu trabalho, mas não se sentia capacitada profissionalmente. Trabalhava muito, estava desorganizada financeiramente,

tinha dificuldades com a maternagem e com o autocuidado.

Veio de uma família composta por pai, mãe, uma irmã, sobrinha e um irmão. Contou que o pai era uma pessoa querida, mas autoritária, arrogante e descrente. Tinha vícios como fumar e beber, e Rosa acreditava que ele era alcoolista. Admirava sua determinação na vida, mas tornou-se como sua mãe, que era muito católica, submissa e chorona. A irmã e o irmão têm curso superior e êxito profissional.

Relatou que até aos dois anos de idade era “a princesinha da casa” [sic], mas quando sua irmã nasceu “perdeu o trono” [sic]. Disse que se sentiu rejeitada, pois todas as atenções se voltaram para a irmã, de quem tinha muito ciúmes.

No final do primeiro ano de atendimento, as duas terapeutas que atendiam a família começaram um trabalho em conjunto comigo para a substituição de uma delas, que estava concluindo o curso e para a adaptação da família. Este período compreendeu três sessões distribuídas de janeiro a março de 2011. Na primeira sessão, foi comunicada a troca de terapeutas à família, explicando-se que seria importante a continuação do seu atendimento em espelho junto com a equipe de observação. Ficou ressalvada a opção de sair do atendimento em espelho⁵, mas Rosa preferiu permanecer.

No mês de fevereiro, na metade final da segunda sessão, após as terapeutas participarem da equipe de reflexão atrás do espelho de que eu fazia parte, retornei junto com as mesmas à sala de atendimento e fui apresentada à família. Não tinha nenhuma experiência que se assemelhasse com aquela que eu estava vivenciando e confesso que senti um misto de ansiedade com expectativas e dúvidas, gerando insegurança. Será que eles todos iriam me aceitar? Conseguiria me vincular bem com as crianças? Como seria esta parte do processo? Será que lograria me integrar à família e corresponder às suas expectativas? Daria conta do “recado”? Afinal estava entrando para substituir uma terapeuta mais experiente técnica e profissionalmente.

Sem dúvida que vivenciar este processo de mudança, mesmo planejado, foi difícil para ambos os lados, terapeutas e família, uma vez que um vínculo se rompia com uma das terapeutas e havia a necessidade de se estabelecer outro comigo. Entrei e a terapeuta a ser substituída me apresentou e explicou que eu acompanhava o atendimento desde o início, e,

⁵O atendimento no espelho, também chamado de grupo de supervisão (Barbetta, 2005) ou equipe de observação, é composto por um grupo de pessoas que observa o atendimento através de um espelho e que auxilia o(s) terapeuta(s) a compreender, organizar e possibilitar um feedback à família atendida (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1993).

portanto, estava ciente de tudo o que vinha acontecendo e que isto seria bom para ambos os lados: família e terapeutas. Percebi um alívio em Rosa, refletido no seu sorriso e sua confirmação com o que acabara de escutar. Gema mostrou-se muito à vontade comigo. Com um brinquedinho ficou a minha volta interagindo carinhosamente, enquanto Atlas me olhava desconfiado. Senti que ele estava com vontade de se aproximar, mas tinha o seu tempo e não foi naquele momento.

Rosa, no final desta segunda sessão, já na porta de saída, olhou para nós, eu e a terapeuta que se despedia, e disse: “Foi a Dra. Débora [*obstetra*] quem fez os dois partos” [*sic*], ao que a terapeuta responde: “Então é um novo nascimento! Coisas boas e novas estão nascendo” [*sic*]. As palavras de Rosa soaram como um convite a integrar a família, o que foi gratificante, pois senti que tinham me aceitado. Assegurei-me, assim, que estava disposta a dar continuidade àquela maternagem desde que os conheci atrás do espelho. Tanto as terapeutas do caso como a equipe tiveram a mesma impressão quanto à aceitação e à abertura para o estabelecimento de um novo vínculo, o que foi tranquilizador para todas nós.

A terceira sessão em conjunto com as terapeutas ocorreu em março de 2011. Neste dia, a família já sabia que a terapeuta se despediria. As crianças não queriam entrar, pararam na porta. Gema gritou, não quis entrar, pediu para tomar água; Atlas foi carregado no colo por Rosa para dentro da sala. Gema disse que não queria ficar na sala, desejava ter ficado em casa. Senti um clima tenso e havia motivos para isso: o assunto em relação ao pai veio à tona na sessão anterior e Rosa falou que isso mexeu muito com Atlas. Além disso, ele não estava aceitando bem a saída da terapeuta. No decorrer da sessão, Atlas começou a interagir comigo jogando uma bolinha e Gema acompanhou a brincadeira. Pontuei para Rosa que durante o processo de terapia familiar, era gratificante e bonito poder observar o seu crescimento em relação à maternagem e o quanto ela estava empenhada nesta questão, buscando maior qualidade no tempo que estava com seus filhos. Rosa sorriu e disse “é gostoso escutar você falando sobre mim em relação a minha família” [*sic*].

Esta intervenção pode ser análoga à maternagem, uma vez que eu falei do prazer que sentia em ver o crescimento de Rosa e isto implica em se dedicar, adaptar-se, admirar, cuidar e Rosa retribuiu este “olhar materno” com um sorriso, assim como o bebê à sua mãe (Winnicott, 2000). O referido autor nomeia tais capacidades descritas acima de “devolução ao bebê” que protege o seu “vir-a-ser” (p. 82) durante sua vida e provê um ambiente favorável para o seu processo de crescimento e interação com o ambiente. A minha afeição por Rosa e por sua família, demonstrada através da minha

fala naquele momento, permitiu-me deduzir que foi uma abertura para um ambiente favorável, contribuindo para o crescimento da família e sua interação comigo e, desta forma, estabelecer um vínculo bom e afetivo.

A terapeuta despediu-se da família mencionando fatos importantes que aconteceram durante o processo até aquele momento e que havia ocorrido um crescimento mútuo. Registrou que não estava abandonando-os e sim que era um exemplo vivo de alguém que vai, mas não necessariamente abandona. Fomos para a equipe de observação e esta entendeu que foi muito importante o processo de passagem para as crianças, para Rosa e para as terapeutas, a que estava saindo, a que ficava e eu que estava entrando, uma vez que cada um de nós precisava de um tempo para assimilar e aceitar a mudança. A terapeuta que se despediu permaneceu com a equipe, eu e a outra profissional retornamos à sala para o encerramento da sessão.

Na sessão seguinte, a terapeuta que continuou no caso e eu atendemos pela primeira vez em co-terapia. Senti-me à vontade e segura com a minha co-terapeuta, uma vez que ela estava bem vinculada à família, o que me deixou mais tranquila para ir me integrando com o sistema familiar e fortalecer o vínculo que se estabelecia entre nós. Nesta sessão compareceram Rosa e Atlas. Ele começou a brincar comigo da mesma forma como costumava brincar com a terapeuta que saiu, fazendo de conta que uns bichinhos o mordiam e eu cuidava de seu machucado, passando uma pomadinha de faz-de-conta e desta forma o recado foi passado. Estava aceitando também ser cuidado por mim. A equipe de observação pontuou a importância do vínculo que Atlas estava estabelecendo e reafirmamos isso para Rosa que disse constatar a facilidade do filho em se adaptar. Combinamos que ela viesse sozinha na próxima sessão, pois havia mencionado desejo de falar algumas coisas que os filhos não deveriam e não precisariam escutar. Esta sua atitude nos revelou mais uma vez o quanto Rosa estava podendo cuidar, “olhar” mais para os seus filhos.

Durante o período que antecedeu o próximo atendimento, a minha co-terapeuta por motivos de ordem pessoal, relata que precisa também sair do caso, surpreendendo a equipe e a mim. Não havia outra opção, a não ser falar com a família e procurar outra co-terapeuta. Como havíamos combinado com Rosa para vir sozinha, a co-terapeuta entrou em contato por telefone introduzindo o assunto relativo à sua saída repentina e pedindo que todos comparecessem para o atendimento. No entanto, isso não foi possível e Rosa veio sozinha. A terapeuta iniciou falando sobre sua saída e Rosa demonstrou tristeza, mas disse entender.

Era difícil para Rosa expressar seus sentimentos, uma vez que sem-

pre foi exigida e criticada pelo pai que dizia para ela “engolir o choro” [sic] e assim Rosa sufocava sua dor. Compreendemos sua dificuldade como sendo um produto de uma cultura familiar que não considerava a expressão das emoções, corroborando com Bowlby (1990) ao apontar que a pessoa que sofre uma perda, necessita expressar seus sentimentos, mas que esta atitude pode parecer indigna e humilhante e atrair críticas e desprezo. Meus sentimentos com aquela situação eram de ansiedade e apreensão. Teria a família ânimo para continuar o tratamento após o rompimento de dois fortes vínculos afetivos? Como ela reagiria ao segundo rompimento, que foi súbito, inesperado, sem planejamento e sem adaptação? Quais sentimentos viriam com esta situação dupla ocorrida quase que momentaneamente? Toda a situação era inusitada, porém real.

Na sessão seguinte, a nova co-terapeuta já estava na sala de atendimento e foi apresentada por mim, procurou ser empática com os membros da família, a fim de acolher e ser acolhida. No entanto, para minha co-terapeuta apareceu a resistência das crianças e de Rosa no primeiro encontro. Rosa diz “que ficou triste com a saída da segunda terapeuta, e se ela tivesse ficado atrás do espelho seria melhor...” [sic], Atlas ficou quieto, deitado no sofá, vendo gibis e Gema jogando bolinhas e olhando para o espelho, atitudes de tristeza por parte de Rosa e de resistência por parte das crianças. É compreensível, afinal, mais um vínculo rompido e outro a ser estabelecido. Considerando o sentimento de perda e separação frente a um rompimento de vínculo que gera resistência, ansiedade, tristeza e que podem despertar a raiva, apontado por Bowlby, (1990), questioneime por diversas vezes, sobre que repercussões poderiam surgir a partir do rompimento dos vínculos das terapeutas com Rosa. Seria positivo ou negativo? A troca de terapeutas, conforme já especificado, é uma prática usual, necessária e realizada nos cursos em Instituições de Formação de Psicoterapeutas, porém, caracteriza-se como peculiar por ser uma decisão unilateral do profissional. Com a família Crisálida não foi diferente, pois a decisão das duas trocas foi alheia à sua vontade, sendo que a segunda troca ocorreu subitamente, agravando os sentimentos acionados pelo rompimento do vínculo anterior e a resistência começou a aparecer em forma de atrasos nas sessões, sendo abordadas posteriormente (Cervo, 1989).

Eu representava, por um lado, o vínculo, e minha nova co-terapeuta, a perda dele, gerando em nós um sentimento de impotência e ansiedade frente à situação. Estes sentimentos circulavam neste período de ambientação e compreendi que não eram apenas nossos. Era assim que nos sentíamos frente à família, mas era esta a forma como Rosa sentia também. Precisávamos compreender aquela ressonância, pois as histórias eram diferentes

para nós e para a família, mas o elemento era o mesmo e não queríamos a paralisação do processo terapêutico (Elkaïm, 2000). Rosa precisava de um tempo para expressar os sentimentos em relação a mais esta perda, a fim de superá-la. E nós, como terapeutas, compreendemos e a encorajamos. Quando indaguei Rosa como tinha sido o processo da troca de terapeutas e como ela o havia sentido, ela respondeu: “senti um pequeno sentimento de abandono...” [sic]. Em outras vezes, durante a sessão ou no término, Rosa perguntava de forma carinhosa sobre as terapeutas que saíram, através de sua comunicação não verbal demonstrava sentir saudades. A vivência de Rosa corroborou com o que Cervo (1989) aponta sobre os sentimentos vivenciados com uma situação de mudança de terapeuta; “a vivência de abandono . . . e o desejo de reaver o terapeuta perdido” (p. 43).

No decorrer do primeiro ano de atendimento, a família Crisálida estabeleceu um vínculo afetivo de qualidade com as terapeutas, o que foi responsável pelas mudanças e pela evolução da terapia (Safran, 2002; Pinheiro, 2002). A minha meta como terapeuta foi estabelecer um vínculo afetivo de qualidade com a família, assim como ela tinha com as terapeutas anteriores. Acredito ter atingido esta meta, uma vez que a família está até o momento na 23ª sessão e que venho construindo com ela soluções para os problemas que vão surgindo no percurso da terapia familiar e presenciando a continuidade de sua transformação.

Considerações finais

No decorrer do processo de formação em terapia familiar, muitos foram os desafios. Entre eles o de estabelecer vínculos com as famílias, considerando as suas histórias, vivências, crenças, cultura, hierarquia, estrutura, segredos, mitos, enfim um sistema complexo que necessita ser permeado. Outro fenômeno que se destacou foi o de estabelecer estes vínculos depois de um atravessamento externo como a troca de terapeutas. Considera-se este fenômeno um desafio duplo, porque é preciso estabelecer um novo vínculo, ao mesmo tempo dar continuidade ao processo em andamento e trabalhar com a família os sentimentos fortes acionados pela perda.

Durante a observação e o atendimento à família Crisálida evidenciou-se a sua capacidade de adaptação das duas trocas de terapeutas. Acredita-se que alguns fatores foram importantes: primeiro, o vínculo afetivo de qualidade estabelecido entre a família e as terapeutas, segundo, as características pessoais e do vínculo das mesmas, ajudou no desenrolar do processo de troca, mesmo ocorrendo uma perda súbita na segunda troca.

Observou-se que esta segunda mudança veio a intensificar os senti-

mentos fortes na família paralisando o desenvolvimento da terapia, uma vez que necessitavam de tempo para expressar, assimilar e só então recomeçar de onde haviam parado. Esta mudança por ser súbita, sem planejamento e sem adaptação dificultou o vínculo com a co-terapeuta, mesmo assim a família conseguiu se vincular novamente, e seguir na transformação do funcionamento familiar.

Reconhecer e compreender os sentimentos que circulam neste contexto de terapia familiar exigiu esforços do terapeuta. É essencial que ele possa acolher a família estabelecendo um vínculo afetivo e para isso, primeiro, ele precisa cuidar de seu *self*, assim como fará com a família que atenderá. É necessário que ele possa conhecer a si mesmo, ter consciência dos próprios conflitos, compreender o que sente como pessoa do terapeuta e separar o que é dele e o que são os sentimentos da família. Isto não é tarefa fácil, exige esforço, tratamento pessoal e supervisão.

A experiência técnica e profissional do terapeuta não são características suficientes para acolher, vincular-se à família e lidar com atravessamentos externos. Parafraseando Zimerman (2010), o terapeuta precisa dispensar um calor humano, com um autêntico e espontâneo afeto e compreender a linguagem verbal e não verbal do paciente. A busca do terapeuta por conhecimento deve ser contínua, assim como uma constante transformação.

Referências

- Acquaviva, N. L. (1999). As entrevistas iniciais em terapia de família. *Pensando Famílias*, 1(1), 7-15.
- Andolfi, M. (1984). O indivíduo e a família: Dois sistemas em evolução (pp.17-22). In M. Andolfi, *Por trás da máscara familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andolfi, M. (1984). O diagnóstico: hipóteses a serem testadas na intervenção (pp. 27-35). In M. Andolfi, *Por trás da máscara familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aulete, C. (2004). *Minidicionário contemporâneo da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Aun, J. G., Vasconcellos, M. J. E., & Coelho, S. V. (2006). Psicoterapia/terapia de família/atendimento sistêmico à família: Propondo uma diferenciação (pp. 62-69). In J. G. Aun, M. J. E. Vasconcellos, & S. V. Coelho, *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos*. 2ª ed. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa.
- Barbetta, P. (2005). O conflito das interpretações em psicoterapia. Uma

- perspectiva etnográfica. *Pensando Famílias*, 7(9), 81-90.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman L., & Penn, P. (1993). *A terapia familiar sistêmica de Milão: Conversações sobre teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Apego: A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1990). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cordioli, A. V. (1998). O início da psicoterapia (pp. 99-108). In A. V. Cordioli, *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cervo, L. M. (1989). Considerações sobre aspectos transferenciais em situação de mudança de terapeuta. *Revista CEAPIA*, 2(2), 38-45.
- Elkaïm, M. (1988). Modelos de tratamento e modelos de formação em terapia familiar (pp. 31-48). In M. Elkaïm, *Formações e práticas em terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Elkaïm, M. (1990). Do sistema terapêutico à reunião (pp.163-176). In M. Elkaïm, *Se você me ama, não me ame: Abordagem sistêmica em psicoterapia familiar e conjugal*. Campinas: Papirus.
- Elkaïm, M. (2000). Alguns comentários sobre auto-referência e terapia familiar (pp.78-83). In M. Elkaïm, *Terapia familiar em transformação*. São Paulo: Summus Editorial.
- Elkaïm, M. (2000). Autorreferência e emergência do observador (pp.167-171). In M. Elkaïm, *Terapia familiar em transformação*. São Paulo: Summus Editorial.
- Ferreira, M. C. (2003). A troca de terapeutas nos atendimentos psicanalíticos em instituições. *Estudos em Psicologia*, 2(20), 63-69.
- Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Haley, J. (1979). Primeira Entrevista (pp. 23-55). In J. Haley, *Psicoterapia familiar*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Libermann, Z. (1994). O paciente de difícil acesso em tratamento de orientação analítica. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, 2(16), 103-106.
- Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T., Antochévis, A. F., Porto, A. M., & Figueiredo, D. (2000). Mudança de terapeuta e abandono de psicoterapia em uma clínica-escola. *Aletheia*, 11, 7-11.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto

- Alegre: Artes Médicas.
- Pinheiro, S. D. (2002). *Vínculo e abandono em psicoterapia psicanalítica*. Tese de doutorado não publicado. Doutorado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Nichols, M., & Schwartz, R. (2007). *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Perls, F. S., Hefferline, F. R., & Goodman, P. (1997). *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Rodrigues, M. (2009). A família como sistema (pp. 29-39). In M. Rodrigues, *Descongelando o tempo: Técnicas em aconselhamento e terapia de família*. Rio de Janeiro: Edições Sophia.
- Safran, J. D. (2002). *Ampliando os limites da terapia cognitiva: O relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança*. Porto Alegre: Artmed.
- Scarpato, A. T. (2001). Transferência somática: A dinâmica formativa do vínculo terapêutico. Artigo publicado pela *Revista Hermes do Instituto Sedes Sapientiae*, 6, 107-123.
- Whitaker, C. A., & Bumberry, W. M. (1990). Iniciando com a família: Aliando-se, redefinindo e expandindo o sintoma (pp. 29-41). In C. A. Whitaker, & W. M. Bumberry, *Dançando com a família*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1971). Objetos transicionais e fenômenos transicionais (pp. 13-44). In D. W. Winnicott, *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). Estudos sobre o desenvolvimento (pp. 19-88). In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (2000). Holding (pp. 136-139). In D. W. Winnicott, *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Winnicott, D. W. (2000). Mãe (pp. 142-161). In D. W. Winnicott, *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Zimerman, D. E. (2010). *Os quatro vínculos: Amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas*. Porto Alegre: Artmed.

Endereço para correspondência

deborapsico@uol.com.br

Enviado em 26/06/2012

1ª revisão em 13/11/2012

Aceito em 29/11/2012