

# O Papel dos Grupos Multifamiliares no Tratamento das Interdependências Patológicas

---

Maria Inês Hipólito Machado<sup>1</sup>

## Resumo

O presente estudo tem por objectivo evidenciar o papel da Psicoterapia de Grupo Multifamiliar no desmantelamento e tratamento das interdependências patológicas e patogénicas no âmbito da matriz familiar. Procurou-se assim identificar, através de um estudo de caso, e por meio da análise de conteúdo das comunicações dos elementos incluídos no estudo, registadas durante oito sessões de Grupo Multifamiliar, quais as principais evidências da patologia familiar e as principais mudanças que ocorreram durante este processo psicoterapêutico.

## Introdução

Muito antes dos profissionais de saúde mental, já os líderes tribais e religiosos utilizavam as situações grupais para promover curas ou mudanças de condutas e comportamentos dos seus povos. Contemporaneamente também a Psicologia, enquanto ciência do comportamento humano, procura a compreensão dos processos que estão na base do mesmo, nomeadamente princípios orientadores que possibilitem a ocorrência de mudanças ou estratégias capazes de a potenciar. Deste pressuposto evidencia-se a Psicoterapia, que desde o seu início procura desenvolver esforços para melhor compreender o processo de mudança do comportamento humano, e de como a partir de uma relação muito particular que é a de terapeuta – paciente é possível ocorrer essa mudança.

---

<sup>1</sup> Aluna do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Psicologia da UAL.

E se no início, nomeadamente com Freud (1921), se procura compreender os fenómenos que ocorriam neste tipo de relação, gradualmente a preocupação tem vindo a ser a de entender os potenciais benefícios que tal prática relacional poderia trazer para a sociedade, nomeadamente para grupos de pessoas que de alguma forma sofrem devido a padrões desajustados de comportamentos e relacionamentos. Actualmente é possível pensar, que num contexto psicoterapêutico podem reunir-se não só pacientes como também familiares, e se bem que estas relações interpessoais possam apresentar-se de forma difícil, vários anos de experiências de diversos investigadores têm vindo a demonstrar que estas relações, ao reproduzirem-se num contexto familiar, podem gerar climas psicológicos de convivência, capacidade de pensar e resolver conflitos e aprendizagens recíprocas muito enriquecedoras.

A motivação para elaborar este estudo surge precisamente de cerca de um ano de contacto com esta experiência grupal, no âmbito de um estágio académico efectuado no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, em que procurando identificar o papel da família na doença mental dos pacientes, surgiram pela primeira vez em Portugal, os Grupos Multifamiliares, como uma técnica recente e distinta de todo o panorama psiquiátrico e psicológico. Na generalidade, sendo o grande objectivo analisar até que ponto os Grupos Multifamiliares produzem mudanças no tratamento das interdependências patológicas, a partir de um estudo de caso, pretendeu-se dar conta não só da patologia vincular e relacional presentes na matriz familiar, como evidenciar, a partir análise de conteúdos das comunicações da família, as mudanças passíveis de ocorrerem ao longo das sessões de Grupo Multifamiliar.

Neste contexto, este estudo procurou, numa primeira parte, identificar as principais teorias desenvolvidas sobre o conceito de família e a sua importância no desenvolvimento do ser humano, não só ao nível das primeiras experiências, mas também na construção de vínculos e padrões relacionais que se repetem no comportamento adulto. Pretendeu-se evidenciar a importância da transmissão psíquica e transgeracional na matriz familiar e as suas principais repercussões nas modalidades de vida psíquica adultas, pelo que se procurou enquadrar a evolução da dinâmica grupal em contexto psicoterapêutico bem como alguns conceitos fundamentais quer ao nível do movimento e da matriz grupal, quer ao nível da psicoterapia de grupo multifamiliar enquanto

novo processo psicoterapêutico. A segunda parte pretendeu dar resposta ao objectivo que direcciona este estudo, ou seja, perceber se os Grupos Multifamiliares contribuem ou não e em que medida para o desmantelamento de interdependências patológicas. Para tal, foi levado a cabo um estudo de caso de uma paciente internada a tempo parcial em Hospital de Dia, do qual se destaca a análise de conteúdos das comunicações registadas no âmbito dos Grupos Multifamiliares, em que teve presente durante o período do internamento e durante os quais, a Paciente se fazia acompanhar pela Mãe.

## 1. Transgeracionalidade e Interdependências Patológicas

A importância do estudo sobre a transmissão psíquica e a dimensão transgeracional tem vindo a ser confirmada por vários teóricos ao referirem uma crise multidimensional, que afecta não só as modalidades da vida psíquica, mas também no âmbito interpessoal, já que o passado do indivíduo, nomeadamente as suas origens e histórias familiares, acabam por ser transportadas para o aqui e agora de novas relações e conteúdos das diversas comunicações.

R. Kaës (1998) apresenta-nos uma das mais claras distinções que explicam a transmissão entre diferentes gerações, distinguindo a transmissão intra-psíquica e a inter-subjectiva, conceitos que utiliza para justificar que aquilo que se transmite directamente entre os indivíduos não é exactamente o mesmo que se transmite indirectamente. Essas transmissões estão normalmente munidas de objectos psíquicos (afectos, fantasias, representações, etc.) que pressupõem não só a questão do vínculo (e sistemas de relação de objecto) mas também sucessivas identificações, constituindo um dos mais importantes processos de transmissão psíquica entre gerações (Kaës, 1998).

Diversos teóricos têm também defendido a necessidade de estabelecer uma divisão no que diz respeito à transmissão psíquica entre gerações: a transmissão intergeracional – compreende um espaço de metabolização do material psíquico que é transmitido à geração mais próxima e uma vez elaborado passará à geração seguinte – e a transmissão transgeracional – relacionado com o material psíquico não transformado e não simbolizado, que para além de apresentar lacunas na sua transmissão, aponta para aspectos inconscientes que atravessam diversas gerações. O termo transgeracional, ainda que nem sempre

o signifique, encontra-se assim frequentemente associado ao patológico, devido ao interesse pelas histórias familiares dos casos mais graves. Esta parte negativa do termo compreende uma incapacidade na elaboração de conflitos que acaba por se traduzir numa espécie de “expropriação do psiquismo” (Priour, 1996). Embora as famílias tenham diferentes origens, histórias e problemas, os conflitos humanos são quase sempre idênticos, ainda que tomem formas em que por vezes é difícil identificar as semelhanças (Badaracco, 2000). Se tivermos em conta os aspectos transgeracionais mais importantes, ou seja, as próprias histórias familiares que não raras vezes se revestem de temas traumáticos como a morte, o incesto, parricídio, marricídio, abusos sexuais, etc. – o importante não é apenas o traumatismo em si, mas a incapacidade da sua elaboração. Nessa impossibilidade, e a partir da angústia que a sustenta, surgem normalmente duas hipóteses: a compulsão à repetição, que suprime o curso do tempo e a evolução das gerações, ou soluções reparadoras motivadas por essa angústia que caracterizam o traumatismo (Priour, 1996). Neste contexto, acontece muito frequentemente uma parte impor à outra uma relação de papéis intrapsíquicos, na qual as relações objectais assumem um papel fundamental, em que cada um desempenha o seu papel em função do seu desejo actual dominante, criando uma forte ligação com o outro, ainda que não se trate propriamente de um vínculo afectivo (Meltzer, 1979).

Os conflitos não elaborados no espaço familiar estão normalmente associados, de forma mais ou menos explícita a segredos familiares. Concordando com a tese defendida por Priour (1996) entre dizer e não dizer algo que é muito doloroso, os pais optam normalmente por não dizer, comportamento que acaba por se constituir aliado da dimensão patológica, ao “calar” aspectos familiares que se vão transmitindo transgeracionalmente. Associado ao segredo aparece o “mito familiar” traduzido de forma mais ou menos consensual, como um leque de fantasmas inconscientes relativos à história familiar, e que contribuem para a organização de um funcionamento patológico da família. O mito familiar implica distorções da realidade que normalmente não são negadas por elementos da família, mas que diferem da imagem que estes exteriorizam e se esforçam por manter (Priour, 1996). No fundo, acaba por ser algo que está oculto, que não se percebe bem o que é, mas predomina sempre algo da sua existência ao longo das gerações, acompanhados de processos de intromissão, ou de intrusão, que originam

duplos registos internos e facilmente desencadeiam clivagens precoces sobre o que é, e o que não é inaceitável (Winnicott, 1969).

O principal problema advém quando se sente a necessidade de obter autonomia, que requer um processo de separação e desidentificação, passando inevitavelmente por abandonar as heranças traumáticas que se recebe dos outros, nomeadamente dos pais. Para dar lugar ao crescimento psicológico inerente a esta conquista da autonomia, é necessário uma tomada de consciência acerca do vínculo estabelecido, que é patológico sempre que a sua elaboração e resolução seja muito difícil, porque para tal, há que haver lugar para pequenas mudanças que permitam a criação de um espaço mental para se poder pensar numa verdadeira mudança (Badaracco, 2000). A dificuldade reside no facto de estes vínculos, embora patológicos, constituírem a base da identidade familiar, pelo que a sua elaboração implicaria uma perda dessa identidade e conseqüentemente, um duplo luto – das partes do Eu e das partes dos pais, com as quais existe um laço (ainda que patológico) tão poderoso (Priour, 1999).

## 2. Os Grupos Multifamiliares

O primeiro autor reconhecido por tentar associar a terapia familiar sistémica à terapia de grupo é Lacqueur, na década de 50, ao sustentar que apenas com uma modalidade terapêutica que inclui várias famílias não relacionadas entre si, seria possível representar a sociedade da forma mais fiel possível. O autor introduz este sistema com o objectivo de fazer face às necessidades e preocupações das instituições psiquiátricas em disponibilizarem métodos eficazes, quando confrontados com a escassez e ineficácia dos existentes. Murray Bowen e William McFarlane, na década de 60, desenvolveram também um método próprio com Grupos Multifamiliares, registando diversos casos de melhorias clínicas significativas quer a nível do funcionamento social, quer no que diz respeito a alterações das comunicações e interações familiares. Ainda na década de 60, J.García Badaracco, descontente com os resultados da terapia bipessoal ortodoxa, e ao compreender que as sessões eram sentidas pelos pacientes como uma imposição resolve inverter a situação, colocando-se antes numa posição de disponibilidade, num espaço em que o paciente só participava se e quando o desejasse. A partir deste movimento desenvolve uma

comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura multifamiliar<sup>2</sup>, procurando aliviar o conceito de um grupo multifamiliar de técnicas psicanalíticas e realçar o de Psicanálise Multifamiliar<sup>3</sup>. O seu conceito de Grupo Multifamiliar procura assim integrar nas mesmas coordenadas de espaço e tempo vários níveis terapêuticos<sup>4</sup>, em que se reproduzem os mesmos fenómenos, mas com maior potencialidade terapêutica.

A Terapia de Grupo Multifamiliar consiste assim no encontro de um grupo de famílias com características e modalidades próprias, em que estão presentes várias gerações que actuam entre si. Cada participante tem a possibilidade de ver os demais em interacção, sendo que a presença dos outros permite observar as crenças que cada família sustenta, abrindo dúvidas acerca dos pressupostos mais rígidos mantidos através do tempo. Para além disso, existe também a possibilidade de se criar “um clima psicológico em que se facilita a capacidade de pensar, a resolução de conflitos e a aprendizagem recíproca”(Badaracco, 2000). Por outro lado, o intercâmbio de experiências pretende não só abrir caminho para a mudança, mas também levar a que o campo grupal funcione como uma galeria de espelhos, em que cada um reflecte e é reflectido nos e pelos outros. O estímulo mútuo das famílias dá lugar ao aparecimento de aspectos mais saudáveis e criativos que lhes permite romper com os padrões disfuncionais que até então os mantêm unidos (Badaracco, 2000). Uma vez que o indivíduo não se deve limitar ao vínculo com o seu sistema familiar, a rede de famílias com quem se convive nos Grupos Multifamiliares deverá apontar para a criação de um conjunto de vínculos interpessoais que permitam a sua inserção social.

Entre os conceitos mais importantes e característicos dos Grupos Multifamiliares destacamos, em primeiro lugar, a variedade objectal – o Grupo Multifamiliar, constituído pelas diversas famílias, e o grupo dos terapeutas, tratam-se de sub-grupos que permitem esta variedade objectal, que por sua vez não é simbólica, mas sim real e em que as famílias podem reviver experiências

---

2 A Comunidade Terapêutica de Badaracco teve início numa instituição pública e foi mais tarde desenvolvida numa clínica psiquiátrica privada.

3 Psicanálise Multifamiliar trata-se de um desenho psicoterapêutico elaborado por G.Badaracco a partir da integração da psicanálise em diversos contextos, e tem como principais objectivos visualizar as relações de interdependência dos pacientes com as respectivas famílias a partir da observação do clima emocional vivenciado durante a infância, e recriado nas sessões de Grupo Multifamiliar.

4 Terapia Individual, Terapia Familiar e Terapia Grupal.

passadas absolutamente necessárias à resolução e evolução individual e familiar. (Badaracco, 2001). Em segundo lugar, importa ter em conta a pluralidade de vínculos, que sendo tão variada, facilita não só identificações estruturantes, como alterações ao nível de interdependências patológicas, uma vez que neste contexto o que se pretende é tratar o vínculo patológico desenvolvido no seio das famílias e o efeito que provoca não só nos vários elementos da família, como também nas outras famílias. (Badaracco, 2001). Outra característica importante nestas Grupos é a facilidade de inclusão do terapeuta, muitas vezes até como um aliado, já que noutras situações qualquer abordagem pode ser vivida de forma muito persecutória. No fundo, pretende-se que o Grupo funcione como um espaço continente, seguro e não ameaçador nem para os pacientes nem para as suas famílias (Badaracco, 2001).

Por outro lado, o Grupo Multifamiliar permite uma revisão do significado de alguns conceitos muito rígidos, à partida impostos pela sociedade, e que são interiorizados pelas famílias sem serem sequer questionados, já que o facto de os idealizarem impossibilitam a flexibilidade e tolerância. Por exemplo, no que diz respeito à triangulação, esta não é vista neste contexto como ameaçadora no que diz respeito à inclusão de um terceiro, já que é possível identificar uma multiplicidade de terceiros, o que permite que a perda da relação simbiótica seja aceite com menos sofrimento.

Relativamente à violência, maioritariamente impregnada nestas famílias de forma latente, contida e disfarçada, e que por isso se torna muito mais perigosa que a expressa, pode ser aqui elaborada num ambiente contendor permitindo ao paciente libertar-se das redes de interdependências patológicas, que até aqui lhe dão um falso sentimento de segurança. (Badaracco, 2001).

Contudo, não raras vezes, verificam-se em alguns pacientes uma grande resistência aos processos de mudança, porque sentindo-se “culpados do seu inconsciente, conscientemente sentem-se mais doentes”(Badaracco, 1982). O que acontece é que estes pacientes têm “uma grande dificuldade em admitir a existência de bons objectos, porque os pais foram tão predominantemente maus e a sua raiva contra esses objectos primários cresce desmesuradamente e por isso, regridem defensivamente, negando a melhoria e as boas experiências estruturantes” (Neto, 1999).

Os Grupos Multifamiliares podem ser analisados sob duas perspectivas: macroscópica e microscópica. Numa perspectiva macroscópica compreende-

se o Grupo no que diz respeito aos seus elementos constituintes – pacientes, famílias, terapeutas – e os temas que normalmente são debatidos – a autonomia, as dificuldades de separação, as divergências entre pais e filhos, o controle dos filhos pelos pais, as regras em casa, os conflitos entre os casais e entre estes e os filhos. Entretanto, começam a denunciar-se as partes mais patológicas também dos familiares e a rigidez dos papéis até aqui estipulados – normalmente o “filho doente” e os “pais não doentes” – apontam não propriamente a uma inversão, mas pelo menos, para uma flexibilização dos mesmos. Parece possível, a partir daqui inferir, e conforme defendido por Badaracco (2000), não só sobre a transmissão transgeracional da patologia mas também sobre fenómenos paradoxais, por exemplo no que diz respeito a algumas capacidades dos pacientes, que se encontram melhores que as dos pais.

Numa perspectiva microscópica, é a questão do vínculo a que mais se evidencia. Consideremos o vínculo, tal como definido por Pichon-Riviére (1982) como uma estrutura complexa que inclui sujeito, objecto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem. A partir de cada partilha, apropriação ou introjecção de objectos do mundo interno, a estrutura do indivíduo é recriada numa constante modelação ao longo da vida, através de sucessivos vínculos (Caparrós, 1997). O momento de “viragem” do Grupo Multifamiliar acontece com a emergência de novas identificações<sup>5</sup> que possibilitam a saída das relações simbióticas e da esteriotipia existentes até aqui, e introduzem uma nova perspectiva – a da mudança psíquica. Assim, os pais consciencializam-se das verdadeiras dificuldades dos filhos, desenvolvem capacidades empáticas numa nova atitude para com estes, e ao aceitarem conflitos antes evitados ou negados, tornam possível a sua elaboração. Quanto aos filhos, estes consciencializam-se também das suas dificuldades e com o apoio dos terapeutas, tornam-se também capazes de elaborar o que antes se mantinha afastado da consciência. A partir do trabalho com várias famílias, e a partir da possibilidade de observar as suas semelhanças, diferenças e contradições, são também possíveis novas organizações individuais e familiares” (Neto, 2006).

---

5 Estas novas identificações designam-se por identificações cruzadas ou novas identificações e acontecem quando determinado elemento deixa de se identificar apenas dentro do seu próprio sistema familiar e passa a identificar-se com outro elemento distinto e com quem não está directamente relacionado (Balduz, 2003).



Em Portugal, estes Grupos surgiram pela primeira vez como um método terapêutico organizado em 2001 no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, introduzidos por Isaura Neto, que da sua prática clínica com pacientes psicóticos defende “que o objectivo fundamental no tratamento destes doentes passa por dar um significado onde ele parece não existir” (Neto, 2001). O Grupo, organizado de forma semi-aberta e com uma frequência bimensal, encontra-se integrado num conjunto de actividades terapêuticas de orientação psicanalítica, e em que os principais objectivos passam por desenvolver a construção simbólica, detecção e elaboração de conflitos e estabelecer ligações entre afectos e acontecimentos vividos nas relações entre as pessoas, uma vez que se “tem vindo a constatar cada vez mais a enorme importância das interacções e relações familiares na génese das patologias e na evolução terapêutica dos utentes” (Neto, 1999) pois muitas vezes também estes precisam de ser compreendidos nas suas dificuldades, principalmente no que diz respeito às dificuldades que sentem na relação com os filhos doentes.

A par desta primeira experiência estes Grupos vêm a ser introduzidos um ano depois no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Embora não seja ainda uma técnica terapêutica suficientemente desenvolvida em Portugal, até porque tendo sido introduzidos há relativamente pouco tempo há que ter em conta que estes Grupos compreendem uma mescla de patologias que exigem do terapeuta uma forte capacidade de contenção e elaboração, muito mais que em qualquer outro contexto terapêutico, uma vez que em pacientes psicóticos não é raro o sentimento de perda de identidade individual, ou de limitação de um funcionamento racional, que poderá dar lugar à expressão de emoções mais primitivas.

No entanto, parece começar a fazer-se sentir a importância destes grupos, principalmente ao nível das instituições, como uma forma de acabar com o “autismo institucional” e dar lugar à possibilidade de estabelecer a comunicação entre a instituição e a comunidade” (Balduz, 2003). É precisamente neste contexto, que actualmente existem vários técnicos em formação, com vista à aplicação do modelo em outras instituições, e desta forma contribui-se para ajudar a pôr fim à crença de que a doença mental é perigosa, e por isso, há que excluir estas pessoas do seu contexto social.

### 3. Contexto Clínico do Estudo – A Experiência em Hospital de Dia

O Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, fundado em 1957, funcionava nesta altura e até 1977 como uma alternativa à escassez de camas nos internamentos, até que a Equipa liderada por João França de Sousa conseguiu obter total consentimento para a criação de um conceito diferente do Hospital de Dia, muito semelhante ao que ainda hoje impera – um internamento a tempo parcial, que funciona nos dias úteis entre as 09h e as 16h, e que pretende operar como um elo de ligação entre os recursos hospitalares e comunitários, situando-se a meio caminho na continuidade de cuidados que ligam unidades de internamento e unidades ambulatoriais.

Este Hospital de Dia pratica um modelo de psicoterapia institucional, quer em contexto individual quer em contexto grupal, baseado num quadro teórico de referência psicanalítico e grupal. O internamento compreende pacientes com quadros nosologicamente identificados em neuroses graves, perturbações de humor, psicoses e perturbações da personalidade, e cujos objectivos passam, por um lado, por uma melhoria a nível sintomático e por outro, por uma reestruturação a nível psíquico que permita um maior investimento quer na capacidade de mentalização quer a nível social, já que se tratam de pacientes que apresentam na sua maioria, “estruturas caracterizadas por relações de objecto precocemente perturbadas, *Self* pouco coesos transitória ou permanentemente, insuficientemente desenvolvidos ou deficitários narcisicamente, egos frágeis e superegos deficientemente organizados, e em que a ansiedade de fragmentação ou separação predominam” (Neto & Centeno, 2001).

A admissão em Hospital de Dia pretende proporcionar aos utentes um meio organizado, estruturado e securisante, propício à criatividade, à vivência das relações interpessoais múltiplas baseadas na convivência social e informal, e na realização de actividades variadas que neste momento compreendem uma sessão de psicoterapia individual por semana, três sessões de psicoterapia analítica de grupo por semana, uma sessão de psicoterapia de grupo multifamiliar com uma periodicidade quinzenal, e diversas actividades que sustentam a Terapia Ocupacional.

Por fim, as técnicas utilizadas apontam para a resolução de qualquer tipo de conflitos, mas particularmente para a experiência de desenvolvimento e crescimento psico-emocional, na medida em que há uma aprendizagem inerente à interpretação, elaboração e ao processo de tomada de consciência, que a partir de um vínculo emocional saudável e estruturado, poderão gerar fenómenos curativos e espontâneos.

## 4. Metodologia

Para a realização do estudo optou-se pelo estudo de caso enquanto método de investigação, tendo em conta que este é normalmente utilizado em estudos exploratórios ou investigação de situações particulares, e pretende observar fenómenos muitas vezes raros, mas ricos e importantes do ponto de vista da informação contida para questionar uma dada teoria, exploração de hipóteses ou averiguação de efeitos ou evolução de determinadas casuísticas (Almeida & Freire, 2003). Para definir o enquadramento teórico considerou-se pertinente recorrer à análise documental, a partir da qual surge o procedimento da análise de conteúdo, enquanto um conjunto de técnicas também bastante utilizado em ciências sociais, e pelo qual se optou com o objectivo de operacionalizar e analisar o material clínico existente.

## 5. Instrumentos Utilizados

5.1. Entrevista Clínica - No âmbito do presente estudo específico considerou-se pertinente a escolha da entrevista clínica, e tendo em conta a sua condição de base – o quadro de referência – optou-se pela perspectiva psicodinâmica. Este modelo pode compreender um tipo de entrevista aberta ou semi-dirigida, em permite ao sujeito conduzir a entrevista segundo a sua própria estrutura psicológica, cabendo ao clínico o papel de controlá-la (Leal, 2004). A entrevista clínica realizada permitiu o levantamento detalhado da história de desenvolvimento da pessoa em estudo, e a partir da qual foi possível analisar todo um conjunto as informações caracterizadoras, não só a nível sintomático, como no que diz respeito a mudanças comportamentais ocorridas.

5.2. Relatos das Sessões de Grupo Multifamiliar - As sessões de Grupo Multifamiliar que servem de base à análise tiveram como principal critério de selecção a presença de pelo menos uma das duas pessoas implicadas no estudo, durante as referidas sessões. Apesar da existência de registos durante o período aproximado de um ano - Outubro de 2005 a Setembro de 2006 - optou-se pela selecção dos registos apenas das sessões em que ambos os elementos, ou pelo menos um deles se encontravam presentes, desde o momento do internamento da utente até à data de alta. Uma vez que a análise de conteúdo pretende incidir essencialmente nas comunicações relativas ao caso em estudo, optou-se por suprimir as restantes, já que depois da leitura de cada sessão na sua totalidade, não se encontrou qualquer razão que justificasse a transcrição da totalidade das sessões.

A análise compreende assim oito sessões, sendo que em seis sessões participaram ambos os elementos identificados para o estudo, e na totalidade das mesmas participou apenas um desses elementos. Apesar de cada uma das sessões ter sido analisada de forma individual, de forma a facilitar a análise, optou-se *a porteriori* pela agregação das mesmas em Blocos<sup>6</sup>.

5.3. Grelhas de Análise de Conteúdos - Os elementos da grelha serão escolhidos, segundo Kelly (1975) a partir do conjunto de todas as observações relevantes com o objectivo de explorar um determinado aspecto do mundo fenomenológico do indivíduo. Neste contexto, foram construídas duas grelhas de análise de conteúdos, a partir da selecção de oito categorias (e em alguns casos sub-categorias) com o objectivo de analisar o conteúdo das comunicações das intervenientes do caso em estudo e as principais alterações aí verificadas, no decurso do processo psicoterapêutico. As categorias e sub-categorias que constituem as grelhas de análise, devidamente definidas, foram seleccionadas a partir da revisão bibliográfica efectuada, de uma leitura aprofundada das sessões de Grupo Multifamiliar e de uma reflexão teórico-prática levada a cabo com duas Terapeutas do Grupo Multifamiliar.

---

6 O Bloco I é constituído pela primeira e segunda sessão, o Bloco II corresponde à terceira e quarta sessão, o Bloco III corresponde à quinta e sexta sessão e por fim, o Bloco IV é constituído pelas sétima e oitava sessão.

## 6. Participantes

Entre as várias famílias que frequentavam os Grupos Multifamiliares durante o período de Outubro de 2005 a Setembro de 2006, optou-se pela selecção de apenas uma dessas famílias, constituída por uma paciente do sexo feminino, de 33 anos, que iniciou o processo psicoterapêutico em Hospital de Dia em Outubro de 2005, e da sua mãe, único elemento com quem se fazia acompanhar aos Grupos.

## 7. Procedimento

A realização da investigação envolveu dois tipos de procedimentos distintos, os quais passamos a descrever. Em primeiro lugar foi realizada a entrevista clínica, e elaborou-se a revisão do material clínico existente no processo da paciente. A partir destes dados foi possível a elaboração da História Clínica da Paciente e a partir da mesma a compreensão dinâmica do caso.

Num segundo momento e depois da revisão bibliográfica, foi efectuada uma leitura minuciosa e exaustiva (na medida em que se procurou esgotar todas as possibilidades do texto) das sessões de Grupo Multifamiliar, que constituiu o ponto de partida para a elaboração das categorias de análise, codificação das intervenções e numeração das respectivas unidades de sentido, relativamente a cada uma das intervenientes no processo terapêutico, no sentido de facilitar e simplificar a representação dos dados.

Seguidamente, partindo das categorias seleccionadas e operacionalizadas, construiu-se a grelha de análise. Procedeu-se, então, à análise das intervenções de ambos os elementos identificados para o estudo, no sentido de as categorizar de acordo com as grelhas de análise. Posteriormente foi calculado o número de intervenções em cada uma das categorias, em cada uma das sessões, sendo que por uma questão de condensação dos dados e para facilitar o cálculo e análise, agruparam-se as sessões em Blocos de duas, tendo-se definido que o Bloco I corresponde ao período inicial do processo psicoterapêutico, os Blocos II e III correspondem à fase intermédia ou de desenvolvimento do processo psicoterapêutico e o Bloco IV corresponde ao período final deste processo.

A partir desta contagem foi possível o cálculo da percentagem de cada uma destas categorias em cada bloco, e a partir deste a obtenção dos resultados em percentagens.

Em cada um dos Blocos, e para cada um dos elementos, optou-se pela atribuição de uma classificação de acordo com as categorias, e definiu-se que cada unidade de sentido seria cotada duplamente, sempre que se desse o caso de nela estarem contidos aspectos relacionados com mais que uma categoria.

Na presença de duas grelhas, procurou-se estandardizar o mais fielmente possível cada categoria para ambos os elementos, tendo em conta que ambas desempenham papéis familiares distintos, o que deu origem a alterações<sup>7</sup> nas respectivas grelhas, o que à partida não traduziu qualquer problema, já que a problemática de partida é a mesma.

As grelhas obtidas através deste procedimento representam a base de análise dos resultados obtidos.

## 8. O Caso

A Beatriz é uma paciente do sexo feminino, 32 anos, solteira, desempregada, residente em Lisboa, com os pais. Foi internada em Hospital de Dia em 3 de Outubro de 2005 devido a um quadro de isolamento relacional marcado, incapacidade ao nível do desempenho escolar e profissional, e apresentação de sintomas obsessivos e compulsivos.

Não revela antecedentes psiquiátricos até aos 13 anos, momento em que desenvolve problemas ao nível da ingestão de alimentos com espinhas e ossos a par de episódios de alucinações visuais de “partículas escuras e sujidade na comida” e igualmente medo fóbico da possível existência de fragmentos de vidros na comida, que relaciona com um episódio de quebra de vidros na cozinha, em associação ao qual refere também alucinações tácteis: “sentia vidros em cima da minha pele”. Aos sintomas de anorexia nervosa juntavam-se os rituais obsessivos e compulsivos. Ficava “importunada quando tocava em objectos que tinham estado no chão” e “tinha a ideia que estava sempre suja”. Os banhos prolongados e a desinfecção com álcool era uma das suas

---

7 Relativamente à categoria 2. Representação do Outro, na grelha da Beatriz foi incluída a sub-categoria 2.5. Namorado, por se considerar uma figura significativa na história da paciente - consoantes os elementos em estudo, alteraram-se os papéis familiares em relação a cada uma delas.

compulsões e refere que algumas vezes era precisamente a mãe que a ajudava a limpar alguma parte do corpo. No entanto, sentia-se “mal e inferiorizada” com tais ideias e percebia que estava doente.

Desde muito nova, a Beatriz ficou aos cuidados da avó materna. Não refere, relativamente à infância, problemas ao nível do desenvolvimento psicomotor ou aquisição da linguagem. Recorda apenas, em relação à aprendizagem do controlo dos esfíncteres, que manteve enurese até cerca dos 11 anos e que se sentia “muito desconfortável ao acordar de manhã com os lençóis todos molhados”. Porém, não recorda atitudes duras de repreensão ou imposições muito rígidas dos hábitos de higiene. Acrescenta que dormia no quarto com a avó, embora em cama própria e não refere dificuldades em adormecer ou despertares nocturnos. Aos 4 anos, frequenta pela primeira vez o infantário, mas apenas durante uma semana, porque chorava diariamente e recusava-se a ir “porque havia lá um miúdo muito turbulento que me batia muito”. Afirmar que sentiu sempre muitos problemas de socialização com as outras crianças, e recorda “que na escola primária passava muito tempo ao pé da cozinheira” e não com os seus pares.

Na escola secundária, quando mudou de um colégio particular, só de raparigas, para uma escola oficial, os problemas de integração fizeram-se sentir de forma mais marcada, e “tinha complexos relativamente aos meus colegas”. A nível de aprendizagem, refere nunca ter apresentado grandes problemas, e apesar de ter sido uma aluna regular, nunca estava satisfeita com as notas que tinha esforçando-se sempre por melhorar.

Afirmar nunca se ter envolvido afectiva e sexualmente durante a adolescência, justificando que “estava sempre debaixo da asa da minha mãe”.

Até Outubro de 2005 refere nunca ter tido qualquer experiência sexual, mas procura um companheiro através de respostas a anúncios de jornais e teletexto. Partilha estas intenções com mãe, que a tenta demover destes movimentos, chegando a segui-la quando ela se vai encontrar com estes homens. Não reage perante a intrusividade da mãe, e acrescenta que sempre foi muito passiva nos seus relacionamentos, pelo que atribui à doença a sua dificuldade em dizer não.

Em Dezembro de 2005 conhece uma pessoa, com quem inicia um relacionamento amoroso alguns dias depois. Diz que “sente-se amada” e

sente-se bem com isso, mas descreve dificuldades ao nível do relacionamento sexual, porque uma vez que era virgem sente “muitas dores”, e ao mesmo tempo fantasias de sujidade relacionadas com os fluidos durante a relação sexual, para além de um grande mal-estar em relação à zona genital, ao que associa ideia de sujidade e conspurcação.

Manifesta desejo de arranjar um emprego e ganhar o seu próprio dinheiro, mas os que tem encontrado, acaba por nunca conseguir mantê-los. Assume ter muita dificuldade em assumir responsabilidades e mantém a dependência dos pais, continuando a ter medo de conduzir, ou mesmo de tomar conta da sobrinha.

A nível da dinâmica familiar, a Beatriz vem de uma família de nível sócio-económico médio. A família nuclear era constituída pelos pais, irmã mais nova e avó materna. Actualmente, a irmã vive em casa própria com o companheiro e a filha. Desde o falecimento da avó, a Beatriz vive somente com os pais. A Mãe da Beatriz tem 58 anos, é empregada pública, seguida anteriormente em consultas de psiquiatria por sintomas de depressão neurótica, manifestando traços acentuados de dependência em relação à mãe, ansiedade e sintomas fóbicos. A Beatriz descreveu-a durante muito tempo como “a minha confidente e a única pessoa que me compreendia”, e actualmente continua muito ligada e dependente não só afectiva como fisicamente, ainda que admita que esta dependência e controlo materno sejam prejudiciais. O Pai da Beatriz tem 60 anos, reformado da marinha, foi sempre descrito pela Beatriz como “tendo sido um pai ausente e afastado de casa pelo trabalho”. Recorda que o pai tinha uma relação de conflito permanente com a sogra, e acusava-o de injusto e mau, porque tomava sempre o partido da avó. Actualmente, refere que “temos os nossos conflitos mas não tem aquele controlo como a minha mãe”. A Irmã da Beatriz tem 30 anos, é médica, vive com um companheiro, tem uma filha com dois anos e está novamente grávida. Nunca tiveram uma relação de grande companheirismo e confidencialidade, pois na infância a irmã era “uma chata e embirante”. Admite não se “sentir bem” por a irmã ter uma vida profissional e pessoal, objectivos que queria concretizados para si. Finalmente, a Avó Materna faleceu com 81 anos, subitamente e de causa desconhecida. Afirmo que a avó era uma pessoa triste e descontente com a vida que “mal falava dos homens”. Admite que a avó tentava controlar a sua vida da mesma forma que o fazia com a mãe e “enervava-se muito comigo



e com a minha irmã”. No entanto, “tinha uma relação muito forte com ela”, embora não tanto como a que tem com a mãe.

## 9. Apresentação e Análise dos Resultados

Após a análise das comunicações dos Grupos Multifamiliares em que pelo menos um dos elementos compreendidos no caso em estudo esteve presente, foi possível obter os seguintes resultados (em percentagens):

### A. Relativamente à Grelha da Análise da Beatriz:

Categorias de Análise			1º Bloco (1ª e 2ª Sessões)	2º Bloco (3ª e 4ª Sessões)	3º Bloco (5ª e 6ª Sessões)
1. Representação de Si Próprio		1.1. +		2,70%	
		1.2. -	30%	16,20%	4,80%
2. Representação do Outro	2.1. Avó	2.1.1. +	5%		
		2.1.2. -	10%		
	2.2. Mãe	2.2.1. +	10%	5,40%	2,40%
		2.2.2. -	10%	27%	31,70%
	2.3. Pai	2.3.1. +			7,30%
		2.3.2. -			4,80%
	2.4. Irmã	2.4.1. +			
		2.4.2. -		8,10%	19%
	2.5. Namorado	2.5.1. +		8,10%	4,80%
		2.5.2. -			
3. Ambivalência			10%	8,11%	
4. Angústia de Separação			15%	2,70%	2,40%
5. Aspectos Simbióticos na Relação			15%	13,50%	14,61%
6. Aspectos Transgeracionais			10%		
7. Identificações	7.1. Paralelas		5%	5,40%	4,81%
	7.2. Cruzadas			2,70%	4,81%
8. Movimentos de Autonomia			5%	8,10%	14,61%
Total de Unidades de Sentido			20	37	41

## B. Relativamente à Grelha da Mãe da Beatriz:

Categorias de Análise			1º Bloco (1ª e 2ª Sessões)	2º Bloco (3ª e 4ª Sessões)	3º Bloco (5ª e 6ª Sessões)	4º Bloco (7ª e 8ª Sessões)
1. Representação de Si Próprio		1.1. +	33,30%	4,50%	2,80%	
		1.2. -		2,20%	17,10%	14,20%
2. Representação do Outro	2.1. Mãe	2.1.1. +	4,70%			
		2.1.2. -				
	2.2. Filha (Beatriz)	2.2.1. +	33,30%	9%	5,70%	
		2.2.2. -	16,60%	22,70%	31,40%	52,30%
	2.2. Filha (Mercedes)	2.3.1. +		2,20%		4,70%
		2.3.2. -				
2.4. Marido	2.4.1. +	16,60%				
	2.4.2. -					
3. Ambivalência			33,30%	15,90%	2,70%	4,70%
4. Angústia de Separação			16,70%	9%		
5. Aspectos Simbióticos na Relação				6,80%		
6. Aspectos Transgeracionais						9,50%
7. Identificações	7.1. Paralelas				2,80%	
	7.2. Cruzadas					
8. Movimentos de Autonomia						
Total de Unidades de Sentido			6	44	35	21

Perante a comparação entre os resultados obtidos em ambas as grelhas foi possível obter algumas constatações que se consideraram particularmente relevantes:

- Relativamente à categoria Representação de Si Próprio, enquanto a Beatriz inicialmente não evidencia qualquer aspecto positivo, a mãe apresenta uma evidência bastante significativa. Contudo, no que diz respeito aos aspectos negativos desta categoria, à medida que a Beatriz vai evidenciando cada vez menos aspectos a mãe vai evidenciando cada vez mais.
- No que diz respeito à Representação do Outro, é curioso concluir a uma mudança de representação que Mãe e Filha têm uma da outra, que parece indiciar o conflito emergente entre ambas, paralelamente ao qual a Mãe vai investindo mais na outra filha - Mercedes, como compensação da desidealização da Beatriz.

- Relativamente à Ambivalência, que aparece no discurso de ambas representando mais ou menos as mesmas questões – separação, tratamento, movimentos de autonomia, etc. - realça-se o facto de esta se encontrar presente no discurso de ambos os elementos, adquirindo no entanto tanto menor evidência percentual quanto maior evidência ganha a representação negativa de uma em relação à outra e se vai desenhando de forma mais cerrada o conflito e desinvestimento de ambas.
- No que diz respeito à Angústia de Separação, em ambas é possível verificar de forma mais ou menos consensual, uma redução percentual de forma gradual, que coincide também com o gradual desinvestimento na relação, à medida que se vai ampliando o conflito.
- Os Aspectos Simbióticos na Relação são referidos principalmente pela Beatriz, e no que diz respeito à dinâmica relacional que mantém com a sua Mãe. Por seu lado, a Mãe da Beatriz, não evidencia directamente, de forma relevante, aspectos simbióticos na relação de ambas nas comunicações analisadas. Apesar de percentualmente não mostrar tanta evidência, a forma como referencia estes aspectos durante as comunicações parece bastante ampliada, não só no que diz respeito à relação com a Beatriz, mas com as outras mulheres da família – a sua Mãe, a Filha Mercedes, relações também pautadas por condutas simbiotizantes.
- Relativamente à evidência de Aspectos Transgeracionais, é curioso que enquanto na grelha correspondente à Beatriz foi possível observar que estes são referidos apenas no início do processo psicoterapêutico, e tornam-se a partir deste primeiro momento inexistentes. Por outro lado, no caso da Mãe da Beatriz, os aspectos transgeracionais são evidenciados precisamente numa fase mais avançada do processo, e como forma de expressar o seu desacordo quanto ao novo padrão relacional que a Beatriz adoptou para consigo, que difere em tanto do que já tinha com a mãe, e com o qual obviamente, não concorda.
- No que diz respeito às Identificações, enquanto a Mãe da Beatriz mostra alguma evidência percentual relativamente a esta

categoria, mas no que diz respeito a identificações paralelas, ou seja, com elementos mas apenas dentro da matriz familiar, a Beatriz, por seu lado, ainda que num primeiro momento evidencie identificações paralelas, estas vão dando lugar a identificações cruzadas, ou seja, com outros elementos fora da dinâmica familiar. Este pode significar, como já referido, um momento de viragem no processo psicoterapêutico e um importante passo ao nível do desmantelamento das interdependências patológicas e patogénicas que caracterizam esta matriz familiar.

- Finalmente, no que diz respeito a movimentos de Autonomia, a Mãe da Beatriz não apresenta, em nenhum momento do processo psicoterapêutico, qualquer movimento relacionado com esta categoria, ao passo que a Beatriz, de forma gradual, começa a evidenciar de forma bastante significativa cada vez mais movimentos nesse sentido. Estes movimentos de autonomia evidenciam-se à medida o Namorado começa a ser referenciado de forma mais significativa, a figura do Pai começa a existir nas suas comunicações, os aspectos simbióticos, transgeracionais e sentimentos de ambivalência começam a ser cada vez menos relevantes, mas por outro lado, se ampliam cada vez mais as representações negativas da Paciente relativamente à Mãe (e vice-versa).

Depois de esgotadas as várias possibilidades de análise - percentual, diacrónica e comparativa - na generalidade, o que foi possível perceber do estudo deste caso e a partir das comunicações analisadas?

Inicialmente, a Beatriz é completamente submersa pelo discurso da mãe e pela incapacidade de separação e diferenciação de ambas, pelo que não há espaço para o seu discurso. Gradualmente, a este contexto vai-se juntando um registo de revolta por parte da Beatriz, em que os papéis da Beatriz e da mãe se confundem e que geralmente termina em discussões. Uma vez terminadas as discussões, e perante a incapacidade de separação e diferenciação permanece e ambas agem, até nova discussão, como nada se tivesse passado.

Trata-se de uma família onde prevalece o “não dito”, assentando a precária e patológica dinâmica familiar em “pactos e alianças inconscientes”

(Kaës, 1986), vínculos intersubjectivos que visam manter denegado e portanto afastado da consciência, o sofrimento psíquico que não pode ser pensado.

A partir da observação e do que pensamos compreender no Grupo Multifamiliar, o qual parece espelhar bem esta dinâmica familiar, parece-nos que não só a nossa Paciente, mas também a sua Mãe apresentam perturbações ao nível dos processos de identificação e dos limites do Eu, falhas narcísicas e comportamentos simbiotizantes, traduzidos em alterações do humor e da personalidade. As comunicações entre as duas não são apenas distorcidas ou disfuncionais, como em alguns momentos foi possível perceber a existência de “duplas mensagens” (Bateson, 1954) onde facilmente se denunciaram conflitos não elaborados e disfunções e inversões de regras e papéis.

Nesta relação familiar também o papel do Pai aqui se evidencia de forma ampliada, não pela presença, mas pela passividade e quase inexistência, quer enquanto Pai, quer no papel de Marido, cuja existência também parece ter sido completamente aniquilado pela relação simbiotizante que existia já entre a Mãe e a Avó da Beatriz. Foi possível perceber que nesta família permanece um sofrimento enorme entre o facto de viverem juntos e a impossibilidade de se separarem, como se a impossibilidade de individuação fizesse da família a projecção de um corpo comum indiferenciado e em que pouco espaço é deixado à mentalização, pois prevalece o agir sobre o pensamento e a simbolização. Com efeito, as tensões e conflitos verificados, que muitas vezes são tentativas de diferenciação e mudança, quando respeitam e reconhecem a existência distinta do Outro, nesta família aparecem como um alimento aos vínculos patológicos e patogénicos, impeditivos de movimentos em direcção à autonomia. Ao remontar à relação entre a Avó e Mãe da Beatriz, parece que não foi neste momento possível nem o crescimento nem a separação, e logo se assiste à repetição e transmissão deste modelo de relação à geração seguinte – à Beatriz. O que é transmitido nestas repetições não é senão o que fica em sofrimento no próprio processo de transmissão (Kaës, 1985), obtendo-se como resultado um depósito do negativo, conteúdo bruto, não pensado, passado de geração em geração, como se tratasse de um embrulho atado com um nó quego que é passado de mão em mão.

Nas famílias simbióticas, e também neste caso se verifica o medo de renunciar à ligação simbiótica. Para a Mãe da Beatriz, a Filha, não é para si

representável como um ser individuado mas como um objecto parcial, uma extensão narcísica de si própria.

Por outro lado, existe também uma rivalidade fraterna intensa, provavelmente motivada pela valorização e tratamento diferenciado que os pais sempre dispensaram à irmã, e com a qual a mãe parece ter também estruturado um vínculo simbiótico.

No caso da Beatriz, a forma peculiar de procurar um companheiro para uma relação íntima parece ter sido a saída possível, ainda que desadequada, ao círculo fechado das interdependências familiares. Assim, abre-se um canal, uma oportunidade, *in extremis*, para o que tem que ser comunicado, que embora profanando a ordem e a ideologia familiares, torna a comunicação emergente mais facilmente desculpabilizável pelos pais e pela própria Beatriz., devido à “capa” patológica de que se reveste.

A Beatriz vai evidenciando no entanto alguma capacidade para pensar e já não tem tanto medo de emitir as suas opiniões. Quando começa a recorrer menos à idealização relativamente à Mãe e à Avó, vai alterar as representações relativamente às mesmas e dentro desta dinâmica familiar. O facto de se encontrar mais consciente das suas dependências, e de iniciar movimentos no sentido da autonomia, que curiosamente são interpretados pela Mãe como um agravamento do seu estado psicológico também aponta para a capacidade de impor limites, de se diferenciar e de mostrar consciência, e logo vontade, de seguir um rumo diferente. Infelizmente, todos os seus movimentos de diferenciação e rumo à autonomia caminham a par de cada vez mais cerrados conflitos familiares. Este aspecto vai plenamente ao encontro da ideia de que, na maioria das vezes, este tipo de interdependências abarca, durante muito tempo, de forma latente, um grande índice de agressividade. Quando esta ganha expressão, como aconteceu no caso da Beatriz, acaba por ser frequente e inevitavelmente uma forma de resolução: quando a Beatriz se zanga está finalmente a dizer-nos que não é mãe, que é diferente dela e por isso impõe limites.

## 10. Conclusões

Tendo em conta o objectivo do estudo, não foi possível concluir que através destes grupos, só por si, é possível o tratamento da patologia familiar, uma vez que a Paciente se encontrava inserida num conjunto de diferentes dispositivos terapêuticos. Contudo, e apesar de todas as limitações que o estudo compreendeu, foi possível perceber que na família da Beatriz, tudo se passa como se cada um se deixasse governar por papéis imaginários, distribuídos na família, fora de todo o enquadramento da função simbólica do sistema de parentalidade, que rege a sucessão das gerações. Assim a Beatriz parece ter sido encarregada de uma “missão impossível” de colmatar as falhas da mãe e assumir o papel de um objecto anterior idealizado e perdido.

No entanto, ocorreram mudanças, e a partir destas foi possível obter alguns resultados significativos. Em relação à Beatriz foi possível concluir que esta adquiriu e desenvolveu formas de aprendizagem através do intercâmbio de experiências com outros elementos do Grupo; desenvolveu vínculos interpessoais fora da matriz familiar e identificou-se com outros; expressou e elaborou a agressividade que até então existia apenas de forma latente; expressou livremente a sua patologia num ambiente continente, sem receio de ser destruída.

A Mãe da Beatriz acabou por confirmar que a dicotomia que normalmente se estabelece, de pais saudáveis/ filhos doentes, começa a esbater-se à medida que os filhos vão melhorando – e neste caso concreto, a Mãe da Beatriz acaba por revelar as suas partes mais patológicas; reconheceu que a sua grande dificuldade e a origem do conflito entre ambas é a profunda angústia de separação em relação à filha Beatriz; apresenta também perturbações ao nível da identidade e autonomia, que evidencia principalmente a propósito da relação que mantinha com a mãe que nunca foi elaborada e permanece até então idealizada.

A Beatriz conseguiu distanciar-se da Mãe, impor limites e consciencializar-se de que não era a Mãe, e o conflito que se foi desenhando ao longo deste processo terapêutico parece mostrá-lo de forma clara. À medida que a separação se evidencia, acontece de uma forma marcadamente destrutiva, como se outra forma não fosse possível.

Coincidência ou não, a Beatriz, a dada altura, deixa de comparecer aos Grupos Multifamiliares: porque tinha que tratar do seu casamento ou porque efectivamente lhe custava vir expressar o que sentia e as dificuldades neste seu processo de individuação, não sabemos. Sabemos contudo, que um longo trabalho terapêutico será necessário com esta Paciente, na medida em que lhe poderá ser mostrado que existem outras formas de seguir um caminho diferente daquele que parecia ser único, sem ser através de condutas destrutivas.

Por outro lado, a inclusão do terceiro elemento – figura do Pai – de forma sólida e activa parece ser fundamental para este processo de individuação e autonomização que a Beatriz começa agora a esboçar.

Para alcançar a verdadeira autonomia e dismantelar esta falsa vivência de protecção e segurança familiar que desde sempre a acompanhou, torna-se necessário que a Beatriz elabore todo um trabalho interior que lhe permita nomear por si própria todos estes elementos estranhos que se encontram ao seu redor, e aos quais não parece ter conseguido ainda oferecer um sentido, ou seja, um aparelho interno que lhe permita autonomizar-se do outro, e em que a separação física não represente para ela perder-se a si própria.

## 11. Limitações do Estudo

Embora aparentemente possa ter parecido fácil atingir o principal objectivo deste estudo e verificar qual o principal papel dos Grupos Multifamiliares no tratamento da patologia familiar, no decorrer do mesmo foram várias as limitações que acabaram por se impor e que por isso devem ser enunciadas.

Por um lado, na recolha de sustentação teórica para basear o estudo, tornou-se difícil condensar num limite de páginas, o vasto leque de teorias existentes sobre os principais conceitos teóricos abordados.

Por outro, durante a recolha de dados, foi possível perceber a inexistência de investigações efectuadas em Portugal no âmbito dos Grupos Multifamiliares. O facto de se tratar de um dispositivo relativamente recente, não está suficientemente ampliado, de forma a permitir sustentação específica de base para novos estudos.

Neste contexto, outro problema se colocou – a inexistência de estudos específicos traduziu também a inexistência de instrumentos psicométricos,



de forma a facilitar a validação do estudo. Na ausência de tais instrumentos, procurou-se então, a partir do principal material existente – o registo das sessões de Grupo Multifamiliar em que pelo menos um dos elementos identificados para o estudo esteve presente – construir um instrumento de análise desse mesmo material. Optou-se assim pela construção de uma grelha que possibilitasse analisar os conteúdos das comunicações existentes. A grelha foi construída a partir de várias categorias, que tinham por objectivo serem dotadas de objectividade e simplicidade na sua formulação.

No entanto, a definição operacional dessas categorias tornou-se complicada face ao carácter interno das mesmas, e às suas múltiplas definições em psicologia, que estão longe de serem fáceis ou consensuais.

Contudo, tendo em conta que a complexidade dos itens depende de uma multiplicidade de aspectos, ideias ou informações que integram, tornou-se por isso mesmo, particularmente difícil interpretar as respostas dos vários sujeitos num único sentido, na medida em que a complexidade pode retirar clareza ao item e introduzir ambiguidades desnecessárias, dificultando a sua posterior compreensão.

Por outro lado, apesar de se ter tentado analisar apenas o conteúdo manifesto das comunicações, a dificuldade residiu precisamente no facto de nos discursos manifestos estarem implícitas outras mensagens.

Relativamente ao contexto clínico, e especificamente ao Grupo Multifamiliar, o facto de se tratar de um grupo semi-aberto, o estudo ter sido efectuado numa instituição e por isso estar sujeito às diversas limitações impostas pela mesma, constituíram também significativas limitações. Por exemplo, a impossibilidade de transcrições durante as sessões ou qualquer tipo de gravação foi considerado limitativo na medida em que, tendo sido os registos das comunicações dos grupos efectuadas *à posteriori*, compreende a questão da capacidade de registo do técnico, que sendo naturalmente limitada, acaba por proporcionar que algum tipo de enviezamento se venha a evidenciar.

Por fim, e em relação aos elementos identificados para o estudo, registam-se dois aspectos principais: em primeiro lugar, o facto de a Beatriz estar inserida durante o internamento, em diversas formas de psicoterapia – Individual, Grupo e Multifamiliar – o que levou a que não tivesse sido possível atribuir os resultados obtidos unicamente aos Grupos Multifamiliares.

Em segundo lugar, as dificuldades de adesão à terapêutica, principalmente no caso da Beatriz e especificamente aos Grupos Multifamiliares. Entre a data de internamento em Hospital de Dia e a data de alta (3 Outubro de 2005 e 20 Julho de 2006) ocorreram dezanove sessões de Grupo Multifamiliar. Apenas em oito delas, pelo menos um dos elementos esteve presente. Esta dificuldade da nossa Paciente constituiu certamente também dificuldades ao nível do enriquecimento do nosso estudo.

## XII. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar: Los otros en nosotros y el descubrimiento del si mismo*. (1ª ed.). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bleichmar, N. M. (1997). *El Psicoanálisis Después de Freud: Teoría Clínica*. (1ª ed.). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e Rompimento de Laços Afectivos*. (1ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Editores.
- Cortês, E.L. (s.d.). *Grupanálise: Teoria e Técnica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes, W. et al (2003). *Grupos e Configurações Vinculares*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Freud, S. (1921). *Psicologia das Massas e Análise do Ego*. Brasil: S.E., Vol. XVIII.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (1998). *Identidade e Mudança*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kaës, R. (1991). *A Instituição e as Instituições*. (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (1999) *As Teorias Psicanalíticas de Grupo*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Leal, M.R.M. (1997). *A Grupanálise: Processo Dinâmico de Aprendizagem*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.
- Leal, I. (2004). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*, (3ª ed.), Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mahler, M. (1982) *O Processo Separação-Individuação*, Porto Alegre: Artmed.
- Matos, A. Coimbra (2002). *Adolescência*. (1ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico*. (1ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores.
- Meltzer, D. (1971). *O Processo Psicanalítico: Da Criança ao Adulto*. Rio de Janeiro: Imago.
- Mijolla, A., Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. (1ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores.
- Neto, I. Manso, Ferro, S. (s.d.) *Abordagem do Doente Borderline em Hospital de Dia*. Manuscrito não publicado.
- Neto, I., Barbosa, A. (2000). *A Formação Pós-Graduada num Hospital de Dia de Modelo Analítico – o Hospital de Santa Maria*. Manuscrito não publicado.

- Neto, I., Centeno, M. J. (2003). *Crossing Generations, Through an Institutional Psychoanalytical Group Psychotherapy: A Multifamiliar Group Psychotherapy*. Manuscrito não publicado.
- Neto, I., Centeno, M. J. (2001). Os Grupos na Instituição – Porque? Para quem? Quando? Como? Manuscrito não publicado.
- Nunes, O. (1994). *Psicoterapia de Tempo Limitado numa Perspectiva da Terapia Centrada no Cliente*. Monografia de Licenciatura não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pichón-Riviére E. (1971). *El Proceso Grupal: Del Psicoanálisis a la Psicología Social* Buenos Aires: Nueva Vision.
- Pichón-Riviére, E. (1980). *Teoria del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Roudinesco, E., Plon, M. (2000). *Dicionário de Psicanálise*. Mem Martins: Editorial Inquérito.
- Winnicott, D.W. (1949) O Ódio na Contratransferência. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. XXX.