

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TERAPIA DE CASAL: DA QUEIXA À DEMANDA

Marcelo Emílio dos Santos

Porto Alegre, dezembro de 2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TERAPIA DE CASAL: DA QUEIXA À DEMANDA

Trabalho apresentado como requisito parcial para
Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia,
sob orientação da Prof^a. Dr^a. Adriana Wagner

Marcelo Emílio dos Santos

Porto Alegre, dezembro de 2014

AGRADECIMENTOS

O Trabalho de Conclusão de Curso é mais um rito de passagem que marca o fim de uma etapa inesquecível: a formação universitária. Essa etapa iniciou em 2009 e, ao longo desses quase seis anos, muitas pessoas estiveram presentes, de diferentes maneiras, marcando de forma única todo o processo da minha graduação. Seria impossível lembrar todos os colegas, professores e funcionários da universidade pelos quais tenho sentimento de gratidão, por isso deixo aqui registrado os meus agradecimentos, sem nomear a quem são dirigidos. Porém, não posso deixar de citar algumas pessoas especiais. Então, agradeço imensamente:

Aos meus pais, Roosevelt e Vanice, pelo empenho no cuidado que até hoje me dedicam, pelos valores transmitidos, pelo apoio incondicional e pelos constantes exemplos de luta;

À minha esposa Ana, pela confiança, pelo incentivo, pela compreensão e pela ajuda. Essa conquista também é sua;

À minha orientadora Adriana e à doutoranda Angélica, pela atenção, pela disposição, pela compreensão e pela confiança que depositaram em mim desde o início.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a Deus por ter me dado a graça de vivenciar esse sonho e por ter permanecido comigo ao longo de todo esse período.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – APRESENTAÇÃO	5
CAPÍTULO II – TERAPIA DE CASAL: DA QUEIXA À DEMANDA	7
Resumo	7
Introdução	7
Método	10
Caso 1	11
Caso 2	16
Caso 3	20
Análise Horizontal e Integradora dos Casos	24
Considerações Finais	25
Referências	27
CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXO.....	33
Protocolo de Entrevista para Ingressantes em Terapia de Casal e Família...	34

CAPÍTULO I - APRESENTAÇÃO

O casamento é uma forma de relacionamento complexa. Pessoas solteiras que estavam acostumadas a agir livremente, guiadas unicamente pela própria vontade e opinião, ao casarem, necessitam utilizar com frequência estratégias de convencimento e de conciliação, além de precisarem flexibilizar e ceder em muitas situações. Na convivência, aparecem os modelos que cada cônjuge tem introjetado de sua família de origem. Isso acaba gerando, muitas vezes, determinados conflitos que, quando não são bem encaminhados, desencadeiam grandes atritos, principalmente no início da convivência.

Sendo assim, os casais enfrentam diversas situações potencialmente tensas ao longo do relacionamento, principalmente nos anos iniciais. A negociação dos papéis após o nascimento dos filhos, a discussão sobre a melhor forma de educar as crianças, o estabelecimento da medida ideal de flexibilidade com os filhos adolescentes, a forma mais adequada de manejar a saída dos filhos adultos de casa, o relacionamento com novos familiares (noras, genros e seus respectivos pais), a redefinição do casamento após a saída do último filho de casa, a dificuldade de cuidar dos próprios pais e de encarar a finitude da vida, entre outros. Todos são desafios que estarão presentes na maioria das famílias, podendo desestabilizar o sistema e produzir sintomas. Além desses eventos previsíveis, existe a possibilidade de outras situações inusitadas acontecerem, tais como perdas de emprego, acidentes incapacitantes, mortes, doenças crônicas e traumas, acontecimentos que também podem afetar o funcionamento familiar, causando problemas sérios e sofrimento não só ao casal, mas a todo o sistema familiar.

Devido a tais peculiaridades, os problemas conjugais têm sido considerados um dos maiores estressores da vida, causando, muitas vezes, transtornos psiquiátricos e enfermidades físicas (Epstein & Schlesinger, 1995). Além disso, segundo dados do IBGE¹, em 2012 foram celebrados 1.041.440 casamentos. No mesmo período foram realizados 288.887 divórcios, o que corresponde a 27,7% dos casamentos ocorridos naquele ano. O número cada vez maior de divórcios indica um aumento dos casais que enfrentam dificuldades, fazendo com que cresça de importância a terapia de casal.

¹ Acessado em ftp://ftp.ibge.gov.br/Registro_Civil/2012/pdf/tab_6_1.pdf

Porém, quando os casais chegam à terapia, normalmente não conseguem identificar adequadamente o motivo das dificuldades enfrentadas, pois cada um acredita que está isento da responsabilidade pelos problemas relacionais do casal, apontando o outro cônjuge como o membro da díade que precisa ser modificado. Na verdade, existem motivos subjacentes que precisam ser explicitados e, para que isso ocorra, é importante aplicar na prática clínica os conceitos de queixa, de motivo da busca e de demanda. Nesse sentido, é fundamental deixar bem caracterizada a queixa e o motivo da busca pela terapia para que se possa compreender a demanda terapêutica, pois o processo terapêutico somente será efetivo com a transformação das queixas apresentadas pelos cônjuges em demandas mais realistas. Mas essa é uma tarefa complexa, principalmente para terapeutas menos experientes.

Levando em conta essa dificuldade, o presente trabalho foi proposto e desenvolvido com o objetivo de caracterizar como os construtos queixa e motivo de busca aparecem no contexto clínico, bem como a forma pela qual eles fornecem indicativos da demanda do casal. Para atingir esse objetivo, o primeiro passo realizado foi estudar o histórico da terapia de casal. Também foram estudados os conceitos de queixa, de motivo da busca e de demanda, a fim de entender como eles se aplicam na prática clínica. Em seguida, foram estudados os *“Protocolos de Entrevista para Ingressantes em Terapia de Casal e Família – versão Casais”* (Neumann, 2014) respondidos pelos sujeitos encaminhados para terapia de casal na Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP-UFRGS). Foram analisados 3 casos e as informações contidas nos protocolos de cada casal foram inicialmente analisadas em uma perspectiva vertical, ou seja, em profundidade, procurando relacionar a queixa e o motivo da busca com possíveis indicativos de demanda do caso em estudo. Na seqüência, realizou-se uma análise horizontal e integradora dos casos, evidenciando as semelhanças e peculiaridades encontradas nos casais estudados. Todas as informações obtidas foram colocadas em formato de artigo e apresentadas no capítulo II do presente trabalho.

CAPÍTULO II - TERAPIA DE CASAL: DA QUEIXA À DEMANDA

Resumo: Este trabalho analisa como a queixa e o motivo de busca estão relacionados à identificação das demandas de casais encaminhados para terapia. Participaram deste estudo três casais heterossexuais, encaminhados para terapia de casal na Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP-UFRGS). Foram realizadas entrevistas estruturadas individuais com cada cônjuge que compunha os citados casais. O método empregado foi o Estudo de Casos Coletivos. Juntamente com os dados de identificação, as queixas e os motivos da busca apresentados pelos três casais foram analisados. Os resultados mostraram como a análise da queixa e do motivo da busca, juntamente com a consideração de outros dados, permitiu chegar a possíveis indicativos de demanda. Observa-se que é fundamental deixar bem caracterizada a queixa e o motivo da busca pela terapia para que se possa compreender a demanda terapêutica, e assim transformar as queixas apresentadas pelos cônjuges em demandas mais realistas.

Palavras-chave: terapia de casal, queixa, motivo da busca, demanda

INTRODUÇÃO

Os problemas enfrentados no relacionamento conjugal e a insatisfação com o casamento têm sido considerados um dos maiores estressores da vida, causando, muitas vezes, transtornos psiquiátricos e enfermidades físicas (Epstein & Schlesinger, 1995). Não é raro que o estresse no relacionamento conjugal leve à violência entre os parceiros, chegando, em algumas situações mais extremas, ao homicídio ou ao suicídio (Hamberger & Holtzworth-Munroe, 2004). Além disso, na maioria dos casos, os filhos e familiares também sofrem consequências negativas decorrentes dos conflitos conjugais de seus pais (Gottman & Silver, 2000).

Tanto no contexto nacional quanto no internacional, o número de divórcios tem aumentado, com índices alcançando patamares de 60% nos EUA, 40% na Inglaterra e 25% no Brasil (Sardinha, Falcone & Ferreira, 2009). Mesmo quando o divórcio parece ser a melhor solução para uma situação intolerável, ele gera dificuldades emocionais e práticas para todos os envolvidos no drama (Dattilio, 2011).

Estes custos emocionais, econômicos e sociais da crise conjugal e do divórcio têm feito com que a conjugalidade seja um tema cada vez mais relevante a ser estudado, além de motivar a busca do aprimoramento das intervenções destinadas a tratar o conflito entre os cônjuges (Sardinha et al., 2009). Apesar disso, durante muitos anos não se percebia a necessidade de profissionais específicos para atender casais em crise. Quando buscavam ajuda, as pessoas com problemas procuravam discuti-los com médicos, padres, pastores, advogados, professores, além das pessoas amigas. Os primeiros centros profissionais de aconselhamento de casais surgiram em 1930, quando Paul Popenoe abriu o *American Institute of Family Relations* em Los Angeles. Paralelamente, alguns psicanalistas experimentavam a terapia concomitante e conjunta para parceiros casados, seguindo a teoria de que os casais teriam neuroses interligadas, sendo, portanto, melhor tratá-los juntos (Nichols, 2007).

Em 1948 foi publicado nos Estados Unidos o primeiro relato sobre terapia conjugal concomitante. Nesse trabalho foi sugerido que maridos e esposas poderiam ser tratados pelo mesmo analista, o que permitiria reexaminar as percepções irracionais de um em relação ao outro. Em 1956 foram apresentadas descrições detalhadas sobre os transtornos conjugais e seu tratamento. No mesmo período, Don Jackson e Jay Haley estavam escrevendo sobre a estrutura da análise das comunicações na terapia de casal. A medida que suas ideias ganhavam reconhecimento, a terapia de casal passou a ser absorvida pelo movimento mais amplo da terapia familiar (Nichols, 2007). Apesar disso, somente nas décadas de 70 e 80, centros de estudo, pesquisa e atendimento de casais foram implantados no Brasil, criando espaços para a discussão dos diversos problemas que desgastam o relacionamento conjugal (Ferro-Bucher, 1989).

Quando um casal procura atendimento psicológico, é fundamental deixar bem caracterizada a sua queixa. Enéas e Faleiros (2001) denominam esse processo de circunscrição da queixa, ou seja, o momento no qual as pessoas que procuram o serviço serão escutadas e auxiliadas a definir aquilo que incomoda no momento. Tal contato inicial, segundo Arzeno (1995), é imprescindível para esclarecer com os pacientes o motivo da consulta, chamado pela autora de motivo manifesto.

O motivo apresentado no momento da busca pela terapia é, na verdade, apenas uma parte do problema, e indica uma dificuldade mais abrangente do casal (Ríos González, 1998). Esta explicação inicial sobre a razão da busca é denominada *queixa*, e o processo terapêutico efetivo só poderá iniciar depois que for realizada a transição da queixa para aquilo que de fato constitui o problema familiar (Machado, Féres-Carneiro,

& Magalhães, 2011). Normalmente, os cônjuges colocam fora de si mesmos as causas dos problemas conjugais e o terapeuta deverá propor possibilidades que mudem o entendimento deles sobre a queixa apresentada (Andolfi & Angelo, 1988; Andolfi, Angelo, Menghi & Nicolo-Corigliano, 1984).

Portanto, um dos pontos fundamentais da terapia de casal é a redefinição daquilo que é sentido por cada um dos cônjuges como queixa. No momento da procura, eles ainda não concebem o sofrimento como algo compartilhado, mas o início do processo psicoterapêutico requer que os sujeitos se vejam implicados naquilo que se queixam. Machado et al. (2011) chamam este processo de criação de uma *demanda compartilhada*, que consiste na reformulação do pedido de ajuda e na revelação do motivo latente implicado na busca. Assim, entende-se como demanda a dinâmica conjugal subjacente que produz a queixa, com a finalidade de manter a homeostase do casal (Neumann & Wagner, 2014). Somente quando o casal passa a entender seu envolvimento com a queixa e os principais aspectos de sua demanda é que os problemas conjugais poderão ser passíveis de um tratamento efetivo.

Para melhor compreensão da demanda, é importante entender também o conceito de motivo da busca. Em geral, o motivo da busca aparece na literatura como sinônimo de queixa. Porém, nem sempre a queixa é o fator desencadeante da procura, pois muitos casais permanecem com sintomas e problemas por muito tempo antes de buscar ajuda terapêutica. Assim, o elemento que desencadeia a busca no momento em que ela acontece é o que se considera motivo da busca (Neumann & Wagner, 2014).

Queixa, motivo da busca e demanda são construtos diferentes e são avaliados de formas distintas. Para investigar as queixas, é necessário buscar informações sobre o que o casal apresenta como reclamação inicial, quem fez o primeiro contato com a clínica, tempo de evolução da queixa, exceções ao padrão de interações conjugal em torno da queixa, explicação dos cônjuges sobre a origem e a persistência da queixa, entre outros (Ríos González, 1994). Já para identificar o motivo de busca, é preciso perguntar “por que agora?”, investigando o que levou o casal a buscar a clínica nesta ocasião, ao invés de procurar ajuda antes ou postergar a resolução do problema (Bergman, 1996). A demanda, por sua vez, é avaliada no decorrer do processo terapêutico, sendo possível obter indicativos dela ao se analisar a queixa e o motivo de busca. Por meio dessa análise, procura-se identificar os conteúdos latentes

(inconscientes) que estão encobertos pela queixa e pelo motivo de busca manifestado (Machado et al., 2011).

A fim de obter informações relevantes ao contexto da pesquisa, mas também aplicações na vertente clínica, considera-se importante caracterizar como os construtos queixa e motivo de busca aparecem no contexto clínico, bem como a forma pela qual eles fornecem indicativos da demanda do casal. Para tanto, o objetivo deste trabalho é investigar a queixa, o motivo de busca e os indicativos de demanda de casais encaminhados para Terapia de Casal na Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP-UFRGS).

MÉTODO

Neste trabalho, foi utilizado o Método do Estudo de Casos Coletivo (Stake, 1994), dentro de uma proposta de pesquisa qualitativa na área clínica. Optou-se pelo estudo de caso por favorecer o aprofundamento de questões específicas, permitindo explorar diversas facetas do fenômeno.

Participantes

Foram estudados três casais heterossexuais, sendo que um casal foi encaminhado pela Unidade Básica de Saúde e os outros dois procuraram espontaneamente a terapia de casal. Todos receberam tratamento na Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP-UFRGS).

Instrumentos e Procedimentos

Este trabalho está vinculado à dissertação de Mestrado intitulada “*A busca pela terapia de casal e família: caracterização da clientela atendida em clínicas-escola*” (Neumann, 2014), que teve por objetivo caracterizar a clientela atendida em terapia de casal e família em uma clínica-escola.

Na referida dissertação, foram realizadas entrevistas estruturadas individuais com membros de casais e famílias encaminhados para terapia de casal e família na clínica-escola. As entrevistas foram guiadas pelo “*Protocolo de Entrevista para Interessantes em Terapia de Casal e Família*”, construído para a pesquisa. As perguntas

realizadas abordaram os seguintes assuntos: caracterização familiar e sociodemográfica, informações sobre o casal, fatores motivacionais da busca, tentativas anteriores de solucionar o problema, outros tratamentos, recursos e motivação.

O presente trabalho utiliza um recorte da pesquisa supracitada, na medida em que avalia os “*Protocolos de Entrevista para Ingressantes em Terapia de Casal e Família – versão Casais*” respondidos pelos sujeitos encaminhados para terapia de casal. Foram escolhidos os casais cujos protocolos apresentassem mais informações e, por isso mesmo, oportunizassem uma maior possibilidade de obtenção de conhecimento.

Considerações Éticas

A Dissertação de Mestrado a qual este trabalho se vincula foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE nº. 12692213.4.0000.5334), tendo sido considerada adequada e metodologicamente de acordo com a resolução 196/96 de Conselho Nacional de Saúde. No presente trabalho, não foram realizadas novas coletas de dados.

Resultados

A fim de investigar a queixa, o motivo de busca e os indicadores de demanda, foi realizada a análise de todas as informações contidas nos protocolos. Inicialmente, os casos foram analisados individualmente em uma perspectiva vertical, ou seja, em profundidade. Na sequência, realizou-se uma análise horizontal e integradora dos casos (Stake, 1994).

Casal 1

Descrição

A esposa (M1) tem 47 anos, é professora e possui ensino superior incompleto. Ela vive há 25 anos com H1, que possui 55 anos, trabalha como motorista e também possui ensino superior incompleto. O casal possui uma filha de 17 anos. Ambos tiveram

casamentos anteriores à união atual, sendo que H1 tem dois filhos decorrentes desse relacionamento anterior, com 32 e 26 anos.

No que diz respeito às famílias de origem, M1 referiu acreditar que sua família sente inveja de si, ao mesmo tempo em que se sente excluída pela família de H1. Já H1 tem bons sentimentos em relação a sua família e também em relação à família de M1, citando amor, saudade, proximidade e amizade como palavras que descrevem essa relação.

Ambos apresentaram ideias semelhantes quando descreveram características negativas do próprio relacionamento. M1 cita “brigas” e H1 fala em “impaciência/intolerância”; M1 cita “falta de diálogo” e H1 fala de “teimosia de ambos”. M1 também cita “baixa frequência sexual” enquanto H1 refere “ciúme”. M1 informou, ainda, que seu marido sofre de hipertensão, acreditando que essa doença influencie o funcionamento do casal.

Em relação à terapia de casal, M1 espera receber ajuda para dialogar sem brigas, além de que os dois possam aprender a reconhecer seus erros e a se desculpar. De forma semelhante, H1 espera receber orientação para que eles possam conviver melhor e resolver seus problemas.

Queixa

A queixa inicial trazida por M1 está centrada no comportamento de H1. M1 alega que H1 briga muito com ela. A esposa refere ainda que, por vezes, o esposo é verbalmente abusivo e que já a colocou em risco, embora não conte detalhes dessa situação. Fala que ele deveria ser mais atencioso e carinhoso, além de demonstrar mais paixão e romantismo. H1 diz reconhecer sua participação nos problemas do casal. Ele admite que muitas brigas ocorrem por que sofre de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), mas refere que M1 é ciumenta e insegura, e que isso também prejudica o relacionamento do casal. H1 se considera uma pessoa “verdadeira” e “aberta”, o que pode ser uma racionalização da parte dele para justificar seu descontrole de impulso. Para H1, ele precisa lidar melhor com o TOC, mas considera importante que M1 confie mais nele.

Motivo da busca

Ambos alegam que buscaram tratamento agora por terem encontrado um lugar financeiramente acessível. M1 refere que, inicialmente, buscaram tratamento para sua filha, que é agressiva com os colegas e está em dúvida quanto a sua identidade sexual.

Indicativos de Demanda

Diversas respostas indicam que o casal apresenta problemas relacionados com a comunicação. Ao analisar as queixas, já se observa que cada um dos cônjuges comunica percepções diferentes sobre os problemas do relacionamento. Esse descompasso de informações se perpetua no decorrer da entrevista, já que alguns dados aparecem isolados no discurso de M1 ou de H1. Por exemplo, ela refere que o esposo tem hipertensão quando perguntada sobre doenças na família, mas ele não diz nada sobre isso. Ao mesmo tempo, H1 alega que tem Transtorno Obsessivo Compulsivo, mas a esposa nada refere sobre a doença. Além disso, M1 diz claramente que espera que o tratamento os ajude a “dialogar sem brigas”, citando também “falta de diálogo” como um dos problemas do casal. Segundo Dattilio (2011), o casal que enfrenta problemas de comunicação tende a acreditar que o seu relacionamento só piorará, pois eles não encontram formas de trabalhar os problemas com o cônjuge, sentem-se pressionados pelas queixas do parceiro e acabam se isolando, pois organizam sua vida de modo a passar cada vez menos tempo juntos. Silva & Vandenberghe (2008) exemplificam alguns problemas que caracterizam a comunicação deficiente, como pular de um assunto para outro, intuir a intenção do cônjuge, considerar que existe uma reclamação embutida em cada resposta dada pelo parceiro e reproduzir repetidamente a mesma discussão, sem progresso ou solução. Dessa forma, a comunicação passa a ser aversiva, o que leva um ou os dois cônjuges a evitar conversas, impedindo assim a solução dos problemas e agravando os conflitos.

Nessas circunstâncias, a atividade tão corriqueira de um falar e o outro ouvir (e vice-versa) acaba tendo especificidades quando se trata de um casal. Na conversa de cônjuges em conflito, eles interrompem mais um ao outro, criticam o parceiro de forma descuidada, ferem mais os sentimentos um do outro e agem de maneira mais rude do que com pessoas estranhas (Silva & Vandenberghe, 2008). No caso de H1 e M1, há indícios de que a dificuldade em dialogar culmina em situações de violência verbal e física, intensificando o conflito. Desta forma, a comunicação ineficaz entre os cônjuges

acaba prejudicando suas tentativas de resolver os problemas e, muitas vezes, torna as divergências mais graves.

Pode-se hipotetizar que as queixas a respeito do ciúme e da desconfiança estejam relacionadas com a baixa frequência das relações sexuais revelada por M1. Pode-se pensar que fatores como a idade, a rotina conjugal, o desequilíbrio endocrinológico e o uso de fármacos (Lucas, Oliveira & Monteiro, 2009) estejam associados com a baixa frequência sexual relatada, uma vez que H1 tem 55 anos, está casado com M1 há 25 anos, está na andropausa e utiliza medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, outros fatores, como o estado emocional e o contexto sócio cultural também podem estar influenciando na falta de libido. A existência de estados emocionais negativos (raiva, depressão e ansiedade, entre outros), fatores individuais (baixa autoestima, má imagem corporal, ansiedade de desempenho e experiências prévias), fatores educacionais e culturais (formação de crenças errôneas, falta de informação sobre sexualidade ou mensagens parentais negativas a respeito do sexo) e aspectos do relacionamento conjugal, são fatores que interferem no desejo sexual (Pablo & Soares, 2004). Tais aspectos são visíveis na relação de H1 e M1, que apresentam diversas insatisfações um em relação ao outro. Ambos parecem acusar o cônjuge como o culpado pelos problemas do casal, esquivando-se de assumir parte da responsabilidade pelo problema.

Essa dinâmica cria e mantém um ambiente hostil e instável, que reverbera em toda a família. Nesse caso, a carga emocional do casal parece ter excedido e transbordado para o âmbito parental, já que a filha do casal também estava manifestando sintomas e pode ter atuado como porta-voz do conflito conjugal. Isso pode ter ocorrido devido à possível existência de fronteiras difusas entre os subsistemas familiares. O sistema familiar é formado por subsistemas, que são reagrupamentos dos membros do sistema maior, tendo por base as vinculações específicas existentes entre cada um deles. Assim, nessa família, temos o subsistema conjugal constituído por H1 e M1, pessoas que formaram um vínculo afetivo por compartilharem interesses, metas, objetivos e aspirações que os une como marido e mulher. Eles também compõem o subsistema parental, pois possuem um vínculo centrado na relação de ambos como pai/mãe de sua filha e na cooperação para criá-la e educá-la (Ríos González, 1994). Já a filha do casal faz parte do subsistema filial, possuindo interesses, metas, objetivos e aspirações muitas vezes diferentes daquelas perseguidas pelos pais (Silva, 2012). Nesse contexto, um importante fator para a ocorrência de tensões entre os subsistemas é a existência de

fronteiras rígidas ou difusas (Ríos González, 1994). As fronteiras de um subsistema são as regras que definem quem participa de cada subsistema e como participa, constituindo assim barreiras invisíveis que regulam o relacionamento entre os membros da família. Para que o funcionamento familiar seja adequado, estas fronteiras devem ser nítidas. Fronteiras difusas indicam famílias aglutinadas, enquanto fronteiras rígidas caracterizam famílias desligadas e fronteiras claras definem famílias saudáveis (Carneiro, 1996). Uma fronteira clara permite aos filhos interagirem com seus pais, mas exclui os filhos dos subsistemas do casal (conjugal e parental), mantendo uma estrutura hierárquica em que os pais ocupam posição de liderança (Nichols, 2007). Fronteiras rígidas restringem o contato entre os subsistemas, causando desligamento, independência e isolamento. Isso estimula a autonomia, porém o desligamento limita a afeição e a ajuda. Somente um estresse extremo irá mobilizar a família desligada para ajudar algum membro. Já nas famílias aglutinadas, os pais são amorosos, atenciosos e fazem muito por seus filhos, mas acabam tornando eles dependentes e com dificuldade de se relacionar com pessoas de fora do sistema. Além disso, pais aglutinados com seus filhos tendem a compartilhar equivocadamente (ou negligenciar) a responsabilidade pela tomada das decisões parentais, quebrando a hierarquia e causando problemas de relacionamento entre os subsistemas. Desta forma, evidencia-se que fronteiras difusas parecem marcar as relações familiares, sendo necessário que a terapia de casal delimite o espaço conjugal, assim permitindo o enfrentamento das dificuldades do casal e, ao mesmo tempo, a proteção da filha adolescente.

Análise Integrativa do Caso

A queixa inicial trazida por M1 está centrada no comportamento de H1, que é caracterizado por ela como agressivo, briguento, pouco atencioso e distante. Já H1 relaciona os problemas do casal ao fato de sofrer de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), mas também responsabiliza M1, considerando-a ciumenta e insegura.

Quando se analisa o motivo da busca, um novo elemento surge no caso: inicialmente, o casal buscou atendimento para a filha adolescente e, se não fosse por ela, talvez permanecessem mais tempo sem tratamento. Essa informação, aliada aos indicativos de violência verbal e, talvez, física (situação de risco desconhecida), remete à ideia de que o conflito conjugal desse casal assume tamanha intensidade que transborda para a relação parental.

Nesse sentido, a análise das queixas e dos elementos de caracterização do casal permitem inferir que suas demandas podem estar relacionadas a sérios problemas de comunicação e, talvez, a dificuldades sexuais. Ao integrar o motivo de busca a esses indicativos de demanda, surge a hipótese de que as fronteiras entre os subsistemas familiares estão difusas, tornando a filha vulnerável aos conflitos intensos do casal. A falta de definição nas fronteiras familiares faz com que as dificuldades conjugais acima referidas se espalhem para outros domínios da vida familiar, sendo facilmente confundidos com outros problemas, como os da filha, e deixados momentaneamente de lado. Assim, depreende-se que a terapia de casal precisa criar um espaço conjugal no qual seja possível a H1 e M1 enfrentar as dificuldades sexuais e de comunicação que manifestam.

Casal 2

Descrição

O casal 2 retomou a relação conjugal ¹há apenas um ano, mas sua história conjugal já tem uma década. Eles já moraram juntos, tendo inclusive uma filha em comum de 6 anos. Ficaram separados por seis anos e agora voltaram a namorar. Ela (M2) tem 36 anos e é técnica em enfermagem, enquanto ele (H2) possui 32 anos e trabalha como auxiliar de expedição². M2 relata não ter tido outros relacionamentos, mas possui outra filha além daquela gerada com H2. Já ele informou ter tido dois relacionamentos antes de M2, sendo pai de outra criança que vive com sua ex-esposa. O casal não mora na mesma residência.

Quando falam das famílias de origem, M2 descreve a sua como sendo amorosa e companheira, mas caracteriza a família do companheiro como sendo indiferente, distante e pouco afetiva. H2 reforça essa avaliação, caracterizando sua família de origem como “difícil”.

Quando eles descrevem as características negativas do relacionamento, o casal apresenta ideias similares. M2 cita “descontrole” e H2 refere “brigas”. Além disso, M2 fala em “estresse” e “angústia” enquanto H2 cita “desconfianças”. Já ao comentar os aspectos positivos, parece existir um descompasso, pois M2 fala de “segurança” e “companheirismo”, enquanto H2 fala do “seu sentimento por M2” e não da existência

² O **auxiliar de expedição** é um profissional que trabalha na área da logística, controlando estoques, localizando lotes de materiais que serão expedidos e emitindo notas fiscais. Acessado em <https://explicatudo.com/o-que-faz-um-auxiliar-de-expedicao>

de uma reciprocidade, além de referir como *aspecto positivo* a “esperança por um futuro melhor”.

Queixa

A queixa inicial trazida por M2 está centrada no comportamento de H2. M2 alega que o namorado é carente, imaturo e que ele exige muito a atenção dela, chegando inclusive a considerá-lo um “terceiro filho”. Relata ainda que H2 é muito controlador enquanto ela é independente, por isso o namorado se descontrola facilmente e eles têm brigas constantes. H2 admite que é ciumento e inseguro, tendo medo que M2 encontre uma pessoa melhor e termine o namoro. Além disso, H2 relata que o fato de M2 não querer morar junto com ele desperta muita ansiedade e motiva as brigas por motivos banais.

Motivo da busca

Ambos alegam que buscaram tratamento agora por não estarem satisfeitos com o resultado da terapia individual de H2. Como H2 diz que não conseguiu se abrir na terapia individual, M2 relata que querer ajudar o namorado.

Em diversos momentos, M2 relata sua preocupação com H2. Porém, transparece no seu discurso a ideia de que seu investimento no tratamento também é motivado pela busca de ajuda para um possível rompimento da relação. Nesse sentido, ela própria manifestou que sua participação na terapia também significaria que ela teria tentado todos os recursos, antes de decidir pela separação.

Indicativos de Demanda

O caso de M2 e H2 remete à análise das implicações transgeracionais das famílias de origem, especialmente ao considerar que a família de H2 foi caracterizada como indiferente, distante, pouco afetiva e difícil. Siegel (2005) explica que o casamento em que a criança cresce influencia seus próprios relacionamentos futuros, pois atitudes e opiniões sobre intimidade aprendidas na infância acabam gerando padrões e expectativas que modelam seu entendimento sobre como deve ser a intimidade. A própria escolha dos parceiros conjugais parece tentar recriar de forma inconsciente aspectos do casamento dos pais. Além disso, os casais lidam um com o

outro de uma maneira que reflete sua história de apego. A segurança no relacionamento com uma figura de apego é forjada quando o bebê emite pedidos de atenção e é atendido. Mas, se as suas solicitações são recebidas com indiferença ou rejeição, a confiança na figura de apego é prejudicada, podendo gerar um apego inseguro. Essas expectativas iniciais moldam a forma como o indivíduo espera que sejam os seus relacionamentos futuros (Nichols, 2007). Indo ao encontro do que foi exposto acima, Féres-Carneiro (1994) fala sobre os ensinamentos de Freud sobre a escolha amorosa. Para ele, uma pessoa pode amar em conformidade a dois tipos: no primeiro, ligado ao narcisismo, a pessoa procura a si mesmo como um objeto amoroso. Já no segundo tipo de escolha, denominado anaclítico ou de ligação, as pessoas buscam parceiros que correspondam ao modelo dos primeiros objetos libidinais, que foram fonte de alimentação, cuidado e proteção. Nesse sentido, se a família de H2 era indiferente, distante, pouco afetiva e difícil, ele poderia ter escolhido M2 por reconhecer inconscientemente nela a companheira que repetiria esse padrão de relacionamento. Isso iria ao encontro de aspectos relatados por M2: ela admite não ter muita paciência com o namorado, diz que é uma pessoa “independente” e deseja que a terapia de casal faça com que ela seja mais carinhosa. A relação do indivíduo com os pais durante a infância e os efeitos dessas experiências em seu funcionamento atual permite a categorização de padrões de apego em adultos: seguro/autônomo, desapegado/evitativo, preocupado/ansioso e desorganizado/desorientado (Dalbem & Dell’aglio, 2005).

Caso a figura de apego demonstre firmeza em suas atitudes, habilidade no trato das questões infantis e conquiste a confiança da criança, ela proporcionará a essa criança o desenvolvimento do apego seguro, o que possibilitará a ela tornar-se um adulto autônomo e com menos necessidade de exigir segurança dos seus parceiros. Já os adultos com apego evitativo viveram momentos de aflição com suas figuras de apego, desenvolvendo uma forma de relacionamento que envolve distanciamento, raiva e rejeição a qualquer forma de atenção. Por outro lado, o adulto com apego ansioso não sentiu confiança nas suas figuras de apego, que considerava ambivalentes, pouco habilidosas no trato das questões infantis e mais preocupadas consigo do que com ele. Esses adultos desenvolvem hipersensibilidade em relação a ameaças e ficam hipervigilantes quanto à disponibilidade e sensibilidade dos parceiros, procurando aumentar a interdependência e a proximidade como forma de garantir sua segurança. Enquanto isso, o apego desorganizado estaria associado a psicopatologias surgidas na infância, caracterizadas por distúrbios dissociativos e exteriorizados (Mantelli &

Pinheiro, 2011). Os problemas de ciúme de H2, a busca constante da companhia da namorada, a insistência em formalizar o relacionamento e a insegurança resultante da recusa de M2 parecem indicar que H2 possui um apego ansioso em relação a sua companheira. Outra característica dessa forma de apego é a hipersensibilidade e a hipervigilância quanto a ameaças de abandono, o que pode explicar o comportamento controlador de H2 com relação à M2.

Nesse sentido, pode-se pensar que H2 percebe, no comportamento de M2, sinais de que ela está insatisfeita com a relação e disposta a terminá-la, e por isso age reativamente. Indo ao encontro dessa hipótese, Silva, Brasil, Guimarães & Savonitti (2000) dizem que a comunicação pode ser realizada de forma verbal e/ou não-verbal, sendo que apenas 35% do significado de qualquer interação corresponde às palavras pronunciadas. Gaiarsa (1995) defende que um observador atento consegue ver no outro quase tudo aquilo que esse está escondendo, seja de forma consciente ou não, pois tudo aquilo que não é dito em palavras pode ser encontrado no tom de voz, na expressão do rosto, na forma do gesto ou na atitude do indivíduo. Portanto, a comunicação não-verbal é uma forma de expressão que qualifica a interação humana, caracterizando emoções, sentimentos e contextos, permitindo assim ao sujeito perceber e compreender não apenas o que transmitem as palavras, mas também o que o interlocutor sente (Silva et al., 2000). Assim, se H2 possui um apego ansioso, o seu medo de abandono potencializaria a hipersensibilidade e a hipervigilância em relação à linguagem não verbal de M2, e a interpretação de H2 poderia estar sinalizando para ele que a namorada quer terminar a relação. Dessa forma, o comportamento controlador, ansioso e ciumento de H2 poderia ser explicado.

Por outro lado, se M2 realmente quer o fim do relacionamento, então esse é um importante indicativo de demanda. A terapia deve objetivar a promoção da saúde emocional dos membros do casal e não buscar indiscriminadamente a manutenção do casamento (Féres-Carneiro, 1994). Nesse caso, o tratamento deverá ajudar H2 e M2 a passarem pelo fim do relacionamento da melhor forma possível, pois, de acordo com a dinâmica atual, M2 poderá sentir culpa e remorso se o relacionamento terminar, enquanto H2 poderá experimentar baixa autoestima, impotência e sentimento de humilhação. Essas emoções interferem no funcionamento normal do indivíduo, provocando incapacidade de trabalhar, problemas de saúde, mudanças de peso, insônia, disfunção sexual, além do uso de álcool e outras substâncias (Carter & McGoldrick, 2008).

Análise Integrativa do Caso

Conforme exposto acima, M2 centraliza suas queixas no comportamento carente, imaturo e exigente do companheiro, enquanto H2 até admite ser ciumento e inseguro, mas relata que o fato de M2 não querer morar junto com ele aumenta sua ansiedade, motivando as constantes brigas. Ambos concordam que buscaram tratamento somente agora por não estarem satisfeitos com o resultado da terapia individual de H2. Este motivo da busca indica que a motivação para o tratamento não está voltada para algo da díade conjugal. Fica implícito que a escolha pela terapia de casal é feita para garantir que H2 tenha um acompanhamento psicológico, já que ele tem dificuldade de “se abrir” na terapia individual.

Durante a entrevista, transparece no discurso de M2 um desejo implícito de que a terapia auxilie no rompimento futuro da relação. Pode-se pensar em duas hipóteses frente a isso: a) que a terapia de casal seja o argumento de M2 de que fez tudo o que lhe era possível para manter a relação, e b) que a terapia de casal é um meio de M2 ajudar H2 a vincular-se à terapia de modo que, ao terminar o relacionamento, H2 não fique desamparado. Assim, a análise das queixas e do motivo de busca apresentadas pelo casal 2 indica que suas demandas podem estar relacionadas a questões individuais de H2, como seu estilo de apego, mas também como desejo implícito de M2 de terminar a relação conjugal.

Casal 3

Descrição

A esposa (M3) tem 69 anos, é aposentada e possui ensino fundamental incompleto. Ela vive há 51 anos com H3, que possui 75 anos, é aposentado e também possui ensino fundamental incompleto. O casal teve cinco filhos: três homens (48, 46 e 43 anos) e duas mulheres (50 e 45 anos), que não vivem com eles. Nenhum dos dois teve relacionamentos anteriores à união atual.

H3 não soube relatar características negativas do relacionamento. Para ele, está “tudo bom”. No entanto, M3 cita “falta de carinho” e reclama que H3 não faz elogios nem é cuidadoso com ela. Em relação ao tratamento, tanto M3 quanto H3 esperam que o processo terapêutico ajude M3 a parar de pensar na traição de H3, conforme pode ser visto nas Queixas relatadas na sequência.

Queixa

M3 descobriu que H3 teve um caso extraconjugal há 25 anos, tendo tido uma filha com a amante. Ela demonstra estar ressentida, mas H3 minimiza o fato, dizendo que o mesmo ocorreu há vários anos e que não teve maiores consequências.

M3 alega que não consegue conversar sobre o caso extraconjugal vivido pelo esposo e refere que está com dificuldade para dormir, pois acredita que o marido ainda esconde alguma coisa. H3, por sua vez, acredita que o problema está na dificuldade da esposa em esquecer a traição acontecida há 25 anos.

Motivo da Busca

M3 explica que foi ao posto de saúde quando percebeu a dificuldade enfrentada pelo casal, mas houve demora para que o médico os encaminhasse ao atendimento psicológico.

Indicativos de Demanda

A dor psíquica desencadeada pela infidelidade do parceiro mostra como é intenso o sofrimento causado pela perda ou ruptura da imagem que o parceiro traído tinha do companheiro que foi infiel. Ao mesmo tempo, a própria imagem que o parceiro traído tem de si é prejudicada, gerando grande sofrimento psíquico. A surpresa e a possibilidade de perda do amado também aumentam a dor. Inicia-se então um luto, onde lentamente o parceiro traído vai desinvestindo da figura do objeto amado. Nesse contexto, homens e mulheres traídos reagem de maneiras diferentes: enquanto o homem consegue desinvestir mais facilmente de sua parceira e, utilizando a racionalização, abandonar a mulher adúltera, a dor psíquica vivenciada pelas mulheres parece estar misturada com um sentimento de culpa, fazendo com que o seu processo de luto seja

mais lento (Scabello, 2006). Portanto, M3 pode estar vivenciando um período normal de luto, necessário para que ela elabore todas as complexas questões relacionadas à relação extraconjugal de H3 e à manutenção do segredo de ter uma filha fora do casamento. Em nenhum momento, M3 referiu pensar em terminar o casamento com H3. No entanto, a descoberta de um evento acontecido e mantido em segredo há tanto tempo pode ter despertado nela questionamentos sobre a legitimidade de sua história conjugal. Ou seja, um segredo tão antigo incrementa a dor, pois pode levar M3 a elucubrar sobre inúmeras situações que seriam potencialmente mentirosas e que teriam servido apenas para acobertar encontros clandestinos (Prado, 2012).

Em contraponto à perspectiva de que as reações de H3 podem ser consideradas naturais frente à situação de traição/segredo, Prado (2012) diz que o parceiro traído pode ficar tão magoado que passa a vivenciar extrema angústia, correndo o risco de desenvolver um quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Esse transtorno ocorre quando o indivíduo passa por um evento marcante, onde ele se sinta de alguma forma ameaçado. Além do sofrimento psíquico, o TEPT desencadeia sintomas como pensamentos repetitivos e intrusivos, pesadelos e *flashbacks*, além das reações físicas relacionadas com a ansiedade: tensão muscular, cefaléia, taquicardia, sudorese, dificuldade com alimentação, distúrbios do sono, hipervigilância, dificuldade de concentração e querer evitar tudo o que lembre a situação. O senso de segurança e confiança no parceiro podem ficar profundamente abalados. Em relação a possibilidade de M3 estar com TEPT, ela relata não conseguir falar sobre o caso extraconjugal (evitação), acredita que o marido está escondendo algo dela (desconfiança), enfrenta dificuldades para dormir (distúrbios do sono) e pensa constantemente no ocorrido (pensamentos intrusivos), aspectos que são compatíveis com a existência do transtorno, porém devem ser mais bem investigados.

Também pode ser um indicativo de demanda a possibilidade de M3 e H3 estarem vivendo a Síndrome do Ninho Vazio (SNV). Segundo Sartori e Zilberman (2009), o termo “ninho vazio” foi utilizado para identificar o período compreendido entre o momento em que o último filho deixa a casa e a viuvez de um dos parceiros. Os estudos mais antigos enfatizavam, em particular, o sofrimento das mulheres, associando a emergência de quadros depressivos à perda do papel de cuidadora dos filhos, função tradicionalmente ligada ao papel feminino. Mulheres que dedicaram sua vida de modo exclusivo à criação dos filhos acham difícil vê-los partindo, e o autoconceito delas passa a ser "não sirvo para nada", o que confirma a autoestima

rebaixada. Além disso, os filhos também podem cumprir o papel de manter seus pais ocupados, a fim de eles não entrarem em contato com os conflitos existentes no casal. Com a saída dos filhos, esses conflitos começam a ficar mais aparentes. Segundo Carter e McGoldrick (2008), um relacionamento conjugal insatisfatório pode dificultar a passagem por essa fase, causando impacto retardado na forma como o casal vai lidar com as transições da terceira idade. Nesse sentido, quando M3 e H3 passaram a viver sozinhos, após a saída dos filhos, pode ter ficado mais evidente as dificuldades afetivas enfrentadas pelo casal, manifestadas nas queixas de M3 em relação ao marido: falta de carinho, falta de elogios e falta de cuidado. Assim, a descoberta do caso extraconjugal pode ter desencadeado em M3 um processo de reflexão mais intenso sobre a situação vivida no casamento, pois além da sua insatisfação conjugal, ela passou a se sentir desrespeitada, enganada e injustiçada, perdendo a confiança no marido.

Análise Integrativa do Caso

M3 descobriu que H3, há 25 anos, foi infiel e teve uma filha com a amante. Está ressentida, enfrentando dificuldades emocionais e desconfia que seu marido ainda esconde algo. Nesse sentido, é M3 quem apresenta as queixas enquanto H3 minimiza a situação, querendo apenas que M3 esqueça o fato. Por estar mais mobilizada pela traição, logo após descobrir o fato, M3 tomou a iniciativa de procurar o posto de saúde, sendo então encaminhada para terapia pelo médico.

A análise da queixa e do e motivo da busca apresentado indica que, para H3, a motivação para o tratamento não é um problema do casal e sim uma dificuldade exclusiva de M3, que não conseguiria superar o caso. Fica implícito que H3 não está implicado e não reconhece sua participação nos problemas enfrentados pelo casal, sendo que o início do processo psicoterapêutico requer que os sujeitos estejam cientes de sua responsabilidade no surgimento dos problemas conjugais. Percebe-se, também, que M3 está enfrentando grande sofrimento psíquico, desencadeado pela infidelidade do parceiro. Esse sofrimento pode estar relacionado a um período normal de luto, necessário para que ela elabore todas as questões ligadas à relação extraconjugal e ao fato do referido caso ter permanecido em segredo por 25 anos. Além disso, a mágoa de M3 pode ter sido tão intensa que corre o risco de ela ter desenvolvido um quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), embora essa questão precise de uma avaliação mais precisa. Por fim, com a partida dos filhos, pode ter ficado mais evidente

as dificuldades afetivas enfrentadas pelo casal e, nesse contexto, a descoberta do caso extraconjugal pode ter feito com que M3 refletisse de maneira mais profunda sobre seu casamento, concluindo que além de estar insatisfeita com a relação, foi desrespeitada, enganada e injustiçada pelo marido, perdendo assim a confiança nele.

ANÁLISE HORIZONTAL E INTEGRADORA DOS CASOS

Dando continuidade à discussão dos dados obtidos, será realizada agora a análise horizontal dos três casos, evidenciando as semelhanças e peculiaridades encontradas nos casais estudados.

Os três casais estudados apresentam características bem diferentes: M1 e H1 vivem juntos há 25 anos, ambos possuem curso superior incompleto, trabalham e estão na fase do ciclo de vida da família chamada “transformação do sistema familiar na adolescência”. M2 e H2 namoram há apenas 1 ano (apesar de já terem um envolvimento emocional anterior), ela possui curso técnico e o namorado ensino fundamental incompleto, morando em casas separadas. M3 e H3 estão casados há 51 anos, possuem ensino fundamental incompleto, estão aposentados e vivem a fase do ciclo de vida da família chamada “estágio tardio da vida” (Carter & McGoldrick, 2008).

Apesar das diferenças citadas acima, em todos os casos ficou aparente a responsabilização do outro cônjuge pelos problemas enfrentados na relação. M1 diz que seu marido é agressivo, briguento, pouco atencioso e distante, enquanto H1 considera a esposa ciumenta e insegura. M2 alega que o namorado é carente, imaturo, controlador e que ele demanda a atenção dela de forma exagerada. Já H2 relata que o fato da namorada não querer morar junto com ele desperta sua insegurança e motiva as inúmeras brigas do casal. M3 está ressentida com o marido, que teve um caso extraconjugal há 25 anos, achando que ele ainda está escondendo algo. Enquanto isso, H3 acredita que o problema está na dificuldade da esposa em esquecer a traição acontecida num passado distante. Essa responsabilização do outro cônjuge vai ao encontro do que consta na literatura, onde os casais, no início da terapia, tendem a explicar que seus problemas conjugais são causados por alguma característica do cônjuge, como seu comportamento, seu modo de ser ou sua personalidade. Dificilmente o cônjuge que se expressa assume sua co-responsabilidade pelo problema (Martorell, 1998). Isso também caracteriza o conceito de “queixa”, abordado ao longo deste trabalho.

As queixas são a porta de entrada para questões mais profundas, que começam a ser elucidadas quando se avalia o contexto da história do casal e os fatores que os motivaram a buscar ajuda naquele momento. Esse processo de análise permitiu identificar, nos três casais participantes, indicativos de suas demandas terapêuticas. No casal 1, as demandas podem estar relacionadas aos problemas de comunicação, à desconfiança criada pela diminuição do número de relações sexuais e à dificuldade de estabelecer fronteiras nítidas. Já no casal 2, as demandas parecem estar relacionadas ao tipo de apego desenvolvido em H2 e ao desejo implícito de M2 em romper o relacionamento. No terceiro casal, M3 pode estar vivenciando um período normal de luto, devido à perda da imagem que ela tinha do marido, ou estar sofrendo de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), agravado pela vivência da Síndrome do Ninho Vazio (SNV). Portanto, os indicativos de demanda encontrados foram obtidos pela análise dos dados de caracterização do casal e da investigação da queixa e do motivo da busca. Isso vai ao encontro da literatura, que explica que a análise da queixa e do motivo da busca ajuda a desvendar os conteúdos latentes (inconscientes), considerando também que o processo terapêutico só será efetivo quando for realizada a transição da queixa para aquilo que de fato constitui o problema familiar (Machado et al., 2011; Neumann & Wagner, 2014). Ou seja, a terapia só será eficiente se ambos os cônjuges se perceberem implicados naquilo que se queixam.

Pode-se observar um movimento nesse sentido durante as entrevistas, já que quase todos reconheceram alguns aspectos pessoais como relacionados ao problema conjugal. M1 disse esperar que a terapia de casal ajude ambos a reconhecerem seus erros e a pedirem desculpas, enquanto H1 admitiu que muitas brigas ocorrem por que ele sofre de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). M2 relata que é uma pessoa independente e que não tem muita paciência com o namorado. Já H2 admitiu que é ciumento e inseguro, tendo muito medo de que a namorada troque ele por uma pessoa melhor. M3 disse esperar que a terapia de casal a ajude a parar de pensar na traição do marido. Somente H3 não conseguiu se conectar com sua responsabilidade pelo sofrimento da esposa e pelos problemas enfrentados na relação conjugal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muitos anos não se achou necessário ter profissionais específicos para atender casais em crise, ficando esse trabalho aos cuidados de pessoas bem

intencionadas, mas que não tinham formação no assunto e usavam basicamente o “bom senso” nas suas intervenções. Após o surgimento de um movimento voltado à especialização da terapia de casal, ela acabou sendo absorvida pela terapia familiar (Nichols, 2007). Porém, os altos índices de divórcios, o fato dos problemas conjugais serem um dos maiores estressores da vida e a relação da insatisfação conjugal com a etiologia de transtornos psiquiátricos, mostram como a terapia de casal é um assunto importante, merecendo estudos específicos pelos benefícios que trazem à sociedade.

Nesse sentido, quando um casal procura atendimento psicológico, é fundamental deixar bem caracterizada a queixa e o motivo da busca pela terapia para que se possa compreender a demanda terapêutica, tarefa bastante complexa. Portanto, cresce a necessidade de criar dispositivos que auxiliem os terapeutas, principalmente os menos experientes, na transformação das queixas apresentadas pelos cônjuges em demandas mais realistas.

Assim, entende-se que o “*Protocolo de Entrevista para Ingressantes em Terapia de Casal e Família – versão Casais*” funcionou como um eficiente instrumento para investigar a queixa, o motivo da busca e os indicativos de demanda de casais encaminhados para terapia. Com a aplicação do protocolo, questões fundamentais não foram esquecidas e as informações necessárias para a dedução dos indicadores de demanda foram explicitadas. Além disso, a queixa e o motivo da busca ficaram bem caracterizados.

É importante destacar que, nesse trabalho, as reflexões que culminaram na escolha de determinados indicadores de demanda foram feitas por um número restrito de pessoas. Portanto, outras demandas poderiam surgir e serem trabalhadas, caso fossem ouvidos mais profissionais. Além disso, Nichols (2007) orienta que as hipóteses levantadas não podem ser impostas ao casal, devendo o terapeuta permanecer aberto à refutação delas. Nesse contexto, em estudos futuros, seria importante verificar junto aos terapeutas que assumiram o tratamento dos três casais, quais demandas foram confirmadas ou acabaram surgindo ao longo do processo terapêutico. A comparação das informações fornecidas pelos terapeutas com os resultados da análise realizada nos protocolos permitiria obter parâmetros do trabalho, indicando formas de aperfeiçoá-lo.

Finalizando, mesmo que os indicadores de demanda sugeridos neste estudo não fossem confirmados, a utilização do protocolo mostrou ser útil, seja pelo movimento de implicação dos cônjuges, observado ao longo do preenchimento do documento, seja pelas informações levantadas, que podem fornecer aos terapeutas menos experientes

subsídios para formularem suas hipóteses. Indo ao encontro do que está exposto acima, Wright, Basco & Thase (2008) explicam que, a medida que se vai aprofundando no conhecimento dos pacientes e se faz observações mais complexas dos problemas, os indicadores de demanda devem ser testados e aperfeiçoados. Portanto, não se pode exigir certezas da análise dos protocolos, mas apenas possibilidades que irão nortear o processo terapêutico dos casais.

REFERÊNCIAS

- Andolfi, M., & Angelo, C. (1988). *Tempo e mito em psicoterapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolo-Corigliano, A. M. (1984). *Por trás da máscara familiar: Um novo enfoque em terapia de família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Batista, M. C. (2001). Anti-hipertensivos e disfunção sexual. *Rev. Hipertensão*, Riberão Preto, v.4, n. 2, pp. 64-68.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2008). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Dattilio, F. (2011). *Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias*. Porto Alegre: Artmed.
- Dalbem, J. X. & Dell'aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24.
- Enéas, M. L. E., & Faleiros, J. C. (2001). Foco em psicoterapia breve: Caracterização inicial de processos em clínica-escola. Anais do I Congresso de Psicologia Clínica./ coordenação geral de P.F. Castro – São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackensi, 202-206.
- Epstein, N. B., & Schlesinger, S. E. (1995). Casais em crise. Em F. M. Dattilio & A. Freedman (Orgs.), *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (2ªed.) (pp.300-316). Porto Alegre: Artmed.

- Ferro-Bucher, J. S. N. (1989). Dos estudos da família à terapia familiar no Brasil. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 4(1/2), 43-58.
- Ferez-Carneiro, T. (1994). Terapia de casais: manutenção ou ruptura do casamento. *Temas em Psicologia*, 2
- Gaiarsa, J.A. (1995). *A estátua e a bailarina*. 3. ed. São Paulo: Ícone.
- Gottman, J., & Silver, N. (2000). *Sete princípios para o casamento dar certo*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hamberger, L. K., & Holtzworth-Munroe, A. (2004). Parceiros violentos. Em F. M. Dattilio & A. Freeman (Orgs.), *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (2ª ed.) (pp.281-299). Porto Alegre: Artmed.
- Lucas, C. O., Oliveira, C., & Monteiro, M. I. A. (2008). Perturbação do desejo sexual hipoativo: prevalência, diagnóstico e tratamento. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17- (2), Jul-Dez, 101-112
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2011). Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: construção da demanda compartilhada. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 11(2), 669-699.
- Mantelli, F. L., & Pinheiro, M. C. S. M. (2011). *Apego nas relações íntimas entre adultos: uma revisão teórica*. Trabalho de conclusão de curso não-publicado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Conjugal e Familiar, Faculdade Ruy Barbosa. Salvador, Brasil.
- Martorell, J. L. (1998). La percepción del conflicto em la familia. In J. A. Ríos González (coord.), *El malestar em la familia*. (pp. 37-49). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Molleet, A. C. M., Matheus, I. C. N., Lucena, J. R., Nunes, L., Oliveira, L. S., Sholl-Franco, A. (2004). Fatores psicofisiológicos na terapia de reposição hormonal em homens. *Ciências & Cognição*, 03, 04-09
- Neumann, A. P. (2014). *A busca pela terapia de casal e família: caracterização da clientela atendida em clínicas-escola*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Neumann, A. P. & Wagner, A. (2014). *Caracterização da clientela atendida em terapia de família em uma clínica-escola*. Manuscrito submetido para publicação.
- Nichols, M. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.

- Otero, V. R. L. & Guerrelhas, F. (2003). Saber falar e saber ouvir: a comunicação entre casais. Em F. C. Conte & M. Z. S. Brandão (Orgs.), *Falo ou não falo?* (pp. 71-84). Arapongas: Mecenaz.
- Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 357-370.
- Prado, L. C. (2012). A face traumática da infidelidade conjugal. In: L. C. Prado, *As múltiplas faces da infidelidade conjugal* (pp. 69- 96). Porto Alegre: Pallotti
- Ríos González, J. A. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias Del Hombre. 26
- Ríos González, J. A. (1998). La família hoy: desconciertos y esperanzas. In J. A. Ríos González (coord.), *El malestar em la familia*. (pp. 177-191). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Sardinha, A., Falcone, E. M. O. & Ferreira, M. C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 25 (3), 395-402.
- Sartori, A. C. R., & Zilberman, M. L. (2009). Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. *Rev. psiquiatr. clín.*, 36 (3), 112-121.
- Scabello, E. H. (2006). *Desvelando a dor amorosa da infidelidade conjugal: discursos de homens e mulheres*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Siegel, J. P. (2005). Seu casamento: padrão de referência para a intimidade de seu filho. In J. P. Siegel, *O que os filhos aprendem com o casamento dos pais* (pp. 10-18). São Paulo: M.books
- Silva, L. P. & Vandenberghe, L.(2008). A importância do treino de comunicação na terapia comportamental de casal. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13 (1),161-168.
- Silva, L.M.G.; Brasil, V.V.; Guimarães, H.C.Q.C.P. & Savonitti, B.H.R.A. (2000). Comunicação não verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev. latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58.
- Wright, J. H., Basco, M. R. &Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve o objetivo de caracterizar os construtos queixa e motivo de busca no contexto clínico, bem como a forma pela qual eles fornecem indicativos da demanda do casal.

Com a finalidade de atingir esse objetivo, foi estudado o histórico da terapia de casal. Com base nesse estudo, e avaliando os dados obtidos sobre a conjuntura atual dos relacionamentos, foi possível perceber a importância desse segmento terapêutico. O grande sofrimento, capaz de causar diversos transtornos, bem como a extensão dos problemas, que acabam atingindo toda a família, explicam porque a terapia de casal deve ser objeto de pesquisa e aperfeiçoamento.

Também foram estudados os conceitos de queixa, de motivo da busca e de demanda, a fim de entender a interação deles no contexto clínico. Ao estudar os citados construtos, percebe-se como é complexa a tarefa do terapeuta. Caso ele não esteja atento, será engolfado pelas acusações mútuas entre cônjuges, sendo muitas vezes colocado na posição de juiz das disputas. Além disso, o terapeuta terá a difícil missão de procurar fazer com que cada um dos cônjuges aceite sua participação nos problemas do casal e procure se implicar no processo terapêutico. Caso isso não ocorra, o tratamento terá poucas chances de ser bem sucedido. Nesse sentido, é importante instrumentalizar os terapeutas iniciantes para que eles tenham essa tarefa facilitada.

No decorrer da confecção do trabalho, também foram estudados os *“Protocolos de Entrevista para Ingressantes em Terapia de Casal e Família – versão Casais”* respondidos por três casais heterossexuais encaminhados para terapia de casal na Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP-UFRGS). Em cada caso, as informações contidas nos protocolos foram utilizadas para descrever o casal, suas queixas e seu motivo da busca. Posteriormente, esses dados foram analisados em uma perspectiva vertical, procurando relacionar a queixa e o motivo da busca com possíveis indicadores de demanda. Em seguida, as semelhanças e singularidades de cada caso foram evidenciadas por meio de uma análise horizontal e integradora dos casos.

Percebe-se que, apesar dos casais serem diferentes em idade, escolaridade, fase do ciclo vital e forma de relacionamento, em todos os casos cada cônjuge acreditava que

estava isento da responsabilidade pelos problemas do casal, apontando o outro parceiro como culpado. Na verdade, em todos os casos existiam motivos subjacentes que precisavam ser explicitados e, para que isso ocorresse, foi importante aplicar no trabalho os conceitos de queixa, de motivo da busca e de demanda. Com a queixa e o motivo da busca pela terapia bem caracterizados, foi possível analisar e identificar indicadores de demanda.

Portanto, considera-se que é possível intuir indicadores de demanda pela análise da queixa e do motivo da busca apresentados pelos casais. Além disso, o *“Protocolo de Entrevista para Ingressantes em Terapia de Casal e Família – versão Casais”* funcionou como um eficiente instrumento pois, com a sua aplicação, questões fundamentais não foram esquecidas e as informações necessárias para a dedução dos indicadores de demanda foram explicitadas.

REFERÊNCIAS

- Epstein, N. B., & Schlesinger, S. E. (1995). Casais em crise. Em F. M. Dattilio & A. Freedman (Orgs.), *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (2ªed.) (pp.300-316). Porto Alegre: Artmed.
- Neumann, A. P. (2014). *A busca pela terapia de casal e família: caracterização da clientela atendida em clínicas-escola*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

ANEXO

ANEXO – PROTOCOLO DE ENTREVISTA – CASAL

Protocolo de entrevista para ingressantes em terapia de casal

Casal n.º: _____ Protocolo n.º: _____ O respondente é: () Homem () Mulher

Esta entrevista foi realizada:

- () Antes da primeira Entrevista Inicial (EI)
- () Entre a primeira e a segunda EI
- () Entre a segunda e a terceira EI
- () Após o término das EI's (n.º. de EI's realizadas: _____)
- () Outra: _____

1. Caracterização familiar, conjugal e sociodemográfica

1.1. Pessoas que moram na casa:

	Parentesco	Idade
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Número de pessoas que moram na casa: _____

1.2. Pessoas que não moram na casa, mas consideram da família:

	Parentesco	Idade
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Número de pessoas que não moram na casa, mas consideram da família: _____

Observação I:

Filhos: Sim Número de filhos do casal: _____
 Não Número de filhos de apenas um dos cônjuges:
 H M = _____ H M = _____

1.3. Descrição dos cônjuges:

Respondente: M F

Idade: _____ Profissão: _____

Trabalha fora: Sim Não Desempregado AposentadoEscolaridade: Ens. Fund. Ens. Fund. Comp.

Inc.

 Ens. Med. Inc. Ens. Med. Comp. Técnico Inc. Técnico Comp. Curso: _____ Grad. Inc. Grad. Comp. Curso: _____ Pós-Grad. Inc. Pós-Grad. Comp. Área: _____Tem alguma religião: Sim Não. Caso a resposta seja sim, qual: _____**Cônjuge:** M F

Idade: _____ Profissão: _____

Trabalha fora: Sim Não Desempregado AposentadoEscolaridade: Ens. Fund. Ens. Fund. Comp. Inc. Ens. Med. Inc. Ens. Med. Comp. Técnico Inc. Técnico Comp. Curso: _____ Grad. Inc. Grad. Comp. Curso: _____ Pós-Grad. Inc. Pós-Grad. Comp. Área: _____Tem alguma religião: Sim Não. Caso a resposta seja sim, qual: _____

1.4. Qual é a sua situação conjugal atual?

 Casados (há _____ anos) Namorados (há _____ anos) União estável (há _____ anos) Noivos (há _____ anos)

1.5. Você já foi casado ou morou com outra pessoa anteriormente?

() Sim () Não Caso a resposta tenha sido sim, quantas vezes? _____

Motivo do término: _____

1.6. Por que você e seu cônjuge atual decidiram casar ou morar juntos?

1.7. Vocês já passaram por algum período de separação: () Sim () Não

Caso a resposta tenha sido sim: () Quantas vezes: _____ () Por quanto tempo: _____

1.8. Você já pensou em se separar? () Sim () Não () Quantas vezes: _____

Observação II: Configuração familiar

() Família intacta

() Família homoafetiva

() Família reconstituída

() Outra configuração: _____

() Casal sem filhos

() Casal homoafetivo

1.9. Qual é a renda mensal de sua família: R\$ _____

1.10. Quem contribui mais, financeiramente, para o sustento da casa?

() Ambos contribuem igualmente

() Um dos cônjuges contribui mais do que o outro. Quem? _____

1.11. Alguém mais os auxilia financeiramente? () Sim () Não

Caso a resposta tenha sido sim, quem? _____

1.12. Você considera que a situação financeira atual de sua família é:

() Muito boa

() Boa

() Regular

() Ruim

() Muito ruim

1.13. Descreva três palavras que caracterizem o seu relacionamento com a sua família de origem e três que caracterizem o seu relacionamento com a família de origem do seu cônjuge:

Sua família de origem

Família de origem do seu cônjuge

_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Motivação para a busca

2.1. Quem fez o primeiro contato com a clínica? () H () M

2.2. De quem foi a ideia de buscar a clínica?

() Um dos cônjuges () H () M

() Ambos os cônjuges

() Família de um dos cônjuges () H () M Quem:

() Amigo de um dos cônjuges () H () M

() Filho(a)

() Instituição social: _____

() Profissional de saúde: _____

() Outro: _____

2.3. Quando buscaram a clínica, que tipo de atendimento/psicoterapia você esperava?

() Individual para _____ () De casal () Familiar () Outro: _____

2.4. Você esperava que você e seu cônjuge seriam chamados para vir juntos?

() Sim () Não

2.5. O que você acha do convite para que vocês venham à terapia juntos?

() Parece uma boa ideia () Não gostei

() Tanto faz () Outro: _____

3. Explorando o problema:

3.1. Qual é o problema pelo qual vocês buscaram a clínica?

3.2. Na sua opinião, qual é o problema de vocês enquanto casal?

3.3. Quem está preocupado com este problema?

- Respondente Cônjuge
 Ambos
 Outro(a): _____

3.4. Na sua opinião, qual(is) pessoa(s) da sua família precisa(m) ser atendido(s) para que esse problema melhore?

- Ambos os cônjuges
 Um dos cônjuges: _____ H M
 Outra pessoa: _____

3.5. Há quanto tempo vocês convivem com esse problema?

- Um mês ou menos Entre seis meses e um ano
 Entre dois e seis meses Há mais de um ano. Quanto tempo: _____

3.6. O que você acha que é a causa desse problema?

3.7. O que fez vocês buscarem a clínica **agora**?

3.8. Vocês já tentaram fazer alguma coisa para resolver esse problema? Sim Não

Caso a resposta tenha sido sim, o que já tentaram fazer?

3.9. Em uma escala de 1 a 10, em que 1 equivale a “não ajudou em nada” e 10 equivale a “ajudou muito”, o quanto isso ajudou: _____

3.10. Quem propôs essa tentativa? _____

3.11. Houve engajamento do outro cônjuge nessa ideia? () Sim () Não

3.12. O que seria diferente no relacionamento de vocês se esse problema fosse resolvido?

3.13. O que você acha que seria importante mudar para resolver esse problema?

4. Motivação para o tratamento

4.1. O que você espera do tratamento na clínica?

4.2. Em uma escala de 1 a 10, em que 1 equivale a “muito pouco” e 10 equivale a “muito”, o quanto tu achas que ser atendidos juntos, em casal, vai ajudar a resolver o problema: _____

5. Outras dificuldades e tratamentos

5.1. O outro cônjuge, além do que foi considerado o motivo da procura (quando a queixa for direcionada a um cônjuge), tem algum problema/dificuldade?

() Sim () Não

5.2. Um dos membros do casal faz ou já fez psicoterapia anteriormente?

() Sim () Não

Caso a resposta tenha sido sim:

Quem?	Trat. Anterior	Trat. Atual	Modalidade	Em serviço público, particular, convênio ou clínica-escola?

5.3. Um dos membros do casal toma ou já tomou medicamento para depressão, ansiedade, insônia ou outros problemas?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, mas não toma mais Quem? _____ Para que? _____ Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim, toma atualmente Quem? _____ Para que? _____ Qual? _____
------------------------------	--	--

5.4. Um dos membros do casal possui alguma doença, dificuldade ou limitação que influencia o funcionamento conjugal ou familiar?

Sim Quem: _____ O que? _____
 Não

5.5. Um dos membros do casal possui indicação para tomar algum medicamento, mas não toma?

Sim Quem: _____ O que? _____
 Não

5.6. Um dos membros do casal já passou por alguma internação psiquiátrica?

Sim Não

Caso a resposta tenha sido sim, quem: _____

Há quanto tempo: Um mês ou menos Entre seis meses e um ano
 Entre dois e seis meses Há mais de um ano Quanto tempo:

6. Recursos do casal

6.1. Você considera que a situação atual do seu relacionamento é:

Muito boa Boa Regular Ruim Muito ruim

6.2. Cite três características negativas de se relacionamento:

1. _____

2. _____

3. _____

6.3. Cite três características positivas de se relacionamento:

1. _____

2. _____

3. _____

Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Fim !