

# A LOCALIZAÇÃO DA QUEIXA FAMILIAR EM UM PACIENTE IDENTIFICADO

## THE LOCATION OF FAMILIAR COMPLAINT IN AN IDENTIFIED PATIENT

SOUZA, Bruna Maria de<sup>1</sup>

SEI, Máira Bonafé<sup>2</sup>

### RESUMO

A família é um grupo permeado por diferentes relações, sentimentos e pensamentos, que podem ou não ser elaborados ao longo da relação familiar. Assim, é comum a dificuldade de elaboração e simbolização de elementos que perpassam tal relação. Como uma alternativa para lidar com tais dificuldades, o grupo familiar pode eleger um paciente identificado, o qual será responsabilizado por todas as dificuldades enfrentadas pela família. A partir desta visão, objetivou-se, por meio deste estudo, de caráter clínico qualitativo, analisar as triagens de famílias para o atendimento psicológico familiar, feitas em um serviço-escola de Psicologia. O foco desta análise foi refletir sobre a dinâmica de se eleger familiares como pacientes identificados, responsabilizando-os, já desde a triagem, pelas problemáticas por todos enfrentadas. Entende-se que tal compreensão favorece a ampliação do olhar dos profissionais ligados ao atendimento de famílias acerca das questões apresentadas por estes grupos, fomentando uma prática mais abrangente e efetiva.

Palavras chave: Psicanálise. Família. Psicoterapia.

### ABSTRACT

The family is a group permeated by different relations, feelings and thoughts, which may or may not be elaborated along the family relationship. Thus, it is common the difficulty of elaboration and symbolization of elements that permeate it. As an alternative to deal with such difficulties, the family group may elect an identified patient, which will be responsible for all the difficulties faced by the family. Taken it into consideration, this study aimed to analyze, from clinical-qualitative perspective, the triages of families for family psychological attendance conducted in a psychological university clinic. The focus of this analysis was to reflect on the dynamics of electing family as identified patients, making them responsible for the problems faced by all from the triages. It is understood that this procedure widens the professional comprehension regarding the care of families on the issues presented by them, fostering a more comprehensive and effective practice.

Key words: Psychoanalysis. Family. Psychotherapy.

<sup>1</sup> Psicóloga – Universidade Estadual de Londrina – UEL. E-mail: brunaa\_ms@hotmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e Psicanálise – Universidade Estadual de Londrina – UEL. Doutora em Psicologia Clínica (USP). E-mail: mairabonafe@uel.br

## INTRODUÇÃO

A compreensão do conceito de família passou e ainda passa por constantes mudanças e adaptações ao mundo contemporâneo. De acordo com Meyer (2002), a instituição familiar pode ser entendida como uma unidade socioeconômica organizada por um par de pessoas heterossexuais. No entanto, sabe-se que diante das novas configurações de relacionamentos, tal definição não dá conta mais do que a instituição familiar representa para a atual sociedade. Diferentes são os arranjos familiares encontrados atualmente tais como: famílias reconstituídas com filhos de relacionamentos anteriores, a contribuição da inseminação artificial, a constituição da família por meio da adoção, seja por parte de casais heterossexuais como homossexuais, além da opção de não se ter filhos (ZANETTI, RIOS; SEI, 2008). Esta realidade coloca em questionamento a definição anteriormente apresentada, demonstrando a necessidade de considerar variados fatores quando se pretende compreender o que é família.

Desse modo, explicações de família como a mencionada restringe-se pela definição do grupo familiar a partir do apontamento dos membros que o constitui, sem um olhar mais específico para as funções e tipos de vínculos estabelecidos entre estes familiares. Segundo Correa (2000), a configuração familiar se organiza de acordo com os liames estabelecidos entre seus membros, diferenciando-se nos vínculos de aliança entre o casal, filiação, a partir da relação de pais e filhos e da fraternidade existente entre os irmãos que compõem a fratria.

Além disso, entende-se que o grupo familiar também é formado por mecanismos de identificação a partir dos quais pode ter lugar o fenômeno da transmissão psíquica. É possível ver este conceito como a transferência e o deslocamento de conteúdos da realidade psíquica de cada indivíduo da família por meio dos vínculos estabelecidos nesta relação familiar. Portanto, o modo como tais vínculos são postos diz muito da dinâmica familiar.

Para Correa (2003, p. 39),

O grupo familiar é um espaço psíquico comum (intersubjetividade) que possibilita a passagem da transmissão psíquica entre as gerações através de diversas modalidades. Este espaço é delimitado por um envoltório de essência genealógica que se processa em contínua evolução, podendo ser modificado pelos acontecimentos internos ao grupo, pelas diversas crises vitais e acontecimentos tais como nascimentos, separações, mortes etc.

Assim, pelo fato de a sustentação dos vínculos no grupo familiar se dar mediante a um trabalho constante de elaboração inconsciente, compreende-se que conflitos inconscientes não ditos ou não verbalizados de alguma forma aos membros da família podem causar algum tipo de fratura no vínculo, afetando a comunicação entre os membros do grupo familiar. Como reação a esse evento, é comum, segundo Correa (2003, p. 41), “defesas específicas do tipo denegação, clivagem, identificação projetiva, ou seja, mecanismos que tendem a minimizar ou eliminar o elemento traumático”.

Uma alternativa, que membros da família podem encontrar para enfrentar tal impasse de algum vínculo comprometido quando não há condições psíquicas para lidar com isso, é eleger um “paciente identificado”. Desse modo, na busca de ajuda psicológica, o grupo tem a necessidade de selecionar um dos membros para depositar o peso das angústias da família (RAMOS, 2006). Assim, o paciente identificado possibilita sustentar a ilusão da família de que o equilíbrio do grupo está sendo mantido; ele o faz devido a suas próprias características ou segundo o momento que está vivendo que o torna mais suscetível a ocupar este papel diante das demandas familiares.

Enrique Pichon Rivière estudou amplamente o fenômeno que diz respeito ao fato de a família lidar com alguma dificuldade através da dinâmica do bode expiatório. Segundo Soifer (1982, p. 37), Pichon Rivière

definiu o mecanismo de deposição como o entrejogo que se dá entre o depositante, o depositado e o depositário. O depositado são os afetos, fantasias e imagens que cada pessoa (depositante) coloca sobre o outro depositário. Investigou, além disso, seguindo este ponto de vista, o papel do bode expiatório, pessoa sobre a qual convergem as deposições de toda a família a qual, por seu turno, se encarrega do depositado. O bode expiatório constitui, portanto, o porta-voz da enfermidade familiar.

Desse modo, em outras palavras, o paciente identificado é posto como o bode expiatório do grupo familiar, uma vez que são depositados nele todos os conteúdos indesejados pelos outros membros da família. No entanto, esse movimento do grupo de negar questões pessoais e conflitos existentes no grupo também diz muito sobre a saúde mental da família.

Diante de tal mecanismo familiar, Soifer (1982, p. 37) menciona que a enfermidade de um dos filhos pode ser um dos fatores para sua causa, uma vez que “seu [da criança] papel de bode expiatório representa uma aprendizagem que seus progenitores não puderam completar no momento evolutivo correspondente”. Ou seja, o paciente identificado também diz muito sobre as condições da família em dar conta de certas dificuldades enfrentadas pelo grupo.

Portanto, uma hipótese a respeito do motivo de na maioria das vezes o paciente identificado ser um dos filhos é, segundo Soifer (1982, p. 39), pelo fato de que

[...] se os pais não se acham em condições de apoiar o filho em tal aquisição [algum tipo de enfermidade], porque eles mesmos tiveram uma experiência frustrada ou falha a esse respeito, a criança terá um bloqueio em seu desenvolvimento que poderá debilitar a sua organização egóica. Em cada ponto de fixação se instalam mecanismos de defesa patológicos que são os responsáveis pela geração ulterior dos sintomas de enfermidade.

Com isso, a necessidade de depositar conteúdos inconscientes indesejados em um membro da família aponta para a falta de condições dos outros membros devido a falhas no desenvolvimento e à falta de um ambiente suficientemente bom. Ademais, como já afirmado anteriormente, os conflitos familiares podem ser causa da troca de papéis devido a dificuldades de relacionamento ou da imposição de papéis que não condizem com o que o indivíduo deseja para si. Neste sentido, Winnicott (2001, p. 66), alega que

uma boa parte dos fatores de complicação da vida familiar advém das atitudes que os pais tomam ao esgotar-se sua capacidade de sacrificar tudo em favor dos filhos. Um ou ambos os pais começam a viver sua adolescência temporária. Isso talvez refira-se especialmente ao pai, visto que a mãe não raro se descobre nas inesperadas ocorrências físicas e emocionais que acompanham o estado de maternidade. Mas também ela pode vir a sentir, numa época avançada, aquela necessidade tremenda de viver um amor romântico ou apaixonado, que ela evitara anteriormente por ter querido encontrar o pai ideal para seus filhos.

Diante deste cenário familiar, no qual determinados papéis são impostos pelo grupo familiar, muitas vezes faltam condições para os membros lidarem com as angústias e frustrações decorrentes disso e, então, depositam em um único membro a responsabilidade por toda a situação familiar. Soifer (1982, p. 38) afirma algo parecido sobre essa dinâmica familiar quando diz que

Existem, além disso, outras modalidades de relacionamento pais/filhos, nas quais aqueles, mediante o abuso da identificação projetiva (devido a suas carências), delegam no filho as situações emocionais que eles mesmos não puderam assumir, convertendo-o abertamente em bode expiatório sobre o qual recaem, além da falha na aprendizagem, os sentimentos conflituosos não resolvidos pelos pais e pelos irmãos.

A partir deste panorama, objetiva-se com este estudo tecer reflexões construídas a partir de um projeto de extensão que propunha o atendimento a casais e famílias em um serviço-escola de Psicologia de uma universidade pública. Este atendimento podia ser mediado por recursos artístico-expressivos como meio de facilitar a comunicação no *setting* terapêutico ao se ofertar uma outra via de comunicação aos participantes da intervenção proposta (SEI, 2011). Busca-se agora apresentar e discutir as situações nas quais foi observada uma centralização da queixa sob um dos integrantes do grupo familiar, visto como este “paciente identificado” (RAMOS, 2006) do processo terapêutico.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo (TURATO, 2005), que almeja analisar os dados coletados por meio de triagens realizadas com casais e famílias que procuraram atendimento psicológico em um serviço-escola de Psicologia. Neste sentido, mais do que um olhar extensivo sobre o campo abordado, almeja-se aprofundar a reflexão sobre determinados casos, que se apresentam como ilustrativos da questão estudada (SEI; GOMES, 2011; TELLES; SEI; ARRUDA, 2010).

Tem-se, assim, um uso de material clínico a partir de um referencial psicanalítico que, para Safra (1993, p. 120), contribui para “o diálogo permanente entre a teoria e a clínica”. De acordo com este autor, ao se empregar este tipo de material para o desenvolvimento de estudos no campo da Psicanálise, faz-se um recorte a partir do fenômeno que se almeja compreender e dos aportes teóricos daquele que investiga. Além disso, se por um lado os dados demarcam a singularidade de determinados indivíduos, por outro também possibilita um repensar teoria e técnica, enriquecendo e expandindo o conhecimento em Psicanálise (SAFRA, 1993).

A composição da amostra, em estudos qualitativos, organiza-se de maneira intencional ao se buscar indivíduos que vivenciam o problema em questão. Ademais, o número de participantes pode ser pequeno, visto que este fator não é determinante para a construção de conhecimento permitida por este tipo de estudo (TURATO, 2005).

## PROCEDIMENTOS

Foram consultados os relatos de triagens efetuadas e registradas por estudantes de Psicologia, entre os anos de 2012 e início de 2013, com participantes que se inscreveram em um serviço de atendimento a casais e famílias ofertado por meio de um projeto de extensão em um serviço-escola de Psicologia. Foram escolhidas e analisadas seis triagens, realizadas no período de maio de 2012 a março de 2013. Tal como exposto por Turato (2005), a escolha por estes seis relatos foi intencional, por se compreender que estes traziam luz para o tema em discussão, ilustrando a dinâmica familiar de focalizar um indivíduo enquanto paciente identificado.

Além da Ficha de Triagem Familiar, documento no qual constava a queixa trazida pela família enquanto justificativa para a procura pelo atendimento familiar, também foi acessada como fonte de dados uma avaliação inicial a respeito de como a família soube da oferta do atendimento e quais as eram suas expectativas com relação ao atendimento. Este breve questionário era preenchido pelos participantes antes da triagem, a qual já possibilitava um novo olhar da família em relação ao atendimento psicológico oferecido, com consequente reformulação daquilo que se esperava obter por meio dele.

A partir destas consultas, foram escolhidos recortes destes materiais clínicos, apresentados e discutidos a seguir, que ilustrassem o tema deste trabalho, a saber, a dinâmica de depósito das disfunções familiares sobre um de seus membros, usualmente um dos filhos. No que concerne à discussão dos dados obtidos, esclarece-se que esta foi empreendida por meio do referencial psicanalítico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante à consulta aos dados de triagens das famílias, que buscaram o atendimento ofertado pelo serviço-escola de Psicologia, e análise deste material, verificou-se a incidência significativa do discurso familiar se referindo a algum paciente identificado. Opta-se, neste momento, por selecionar recortes do discurso familiar registrado nas Fichas de Triagem que se apresentam como ilustrativos desta dinâmica, discutindo-os a partir da compreensão de autores da Psicanálise sobre o grupo familiar.

Vale apontar que o projeto de extensão, a partir do qual os dados aqui apresentados foram coletados, se organiza a partir da compreensão de que o paciente do atendimento psicológico configura-se na família como um todo. Desta forma, desde a triagem, são convidados os integrantes do grupo familiar e não apenas aquele que, por vezes, demanda o atendimento ou torna-se por ele responsável. Há situações nas quais comparecem alguns membros, que depois deixam de participar das sessões, e situações nas quais outros familiares passam a frequentar o atendimento psicológico. Além disso, desde a triagem são ofertados recursos artístico-expressivos que ampliam as formas de comunicação das pessoas envolvidas no encontro, as quais podem fazer uso da linguagem verbal, gestual e também se comunicarem por meio de desenhos, pinturas e outras modalidades artístico-expressivas (SEI; SOUZA; SANTOS, 2013).

No que concerne à ideia de um paciente identificado, compreende-se, de acordo com Filho & Burd (2010, p.13), que o

[...] paciente identificado, ou seja, aquele membro da família que, de forma inconsciente, foi escolhido pelos demais familiares para exercer o papel de 'bode expiatório', e que fica sendo o portador de todas as mazelas psíquicas que os outros projetam nele, assim negando a parte doente de cada um deles.

Desse modo, por meio do discurso trazido pela família, vê-se que constantemente a queixa se refere a apenas um membro na família que é responsabilizado por todo mal estar experienciado pelo grupo familiar. Os trechos a seguir podem ilustrar de maneira evidente tal fenômeno.

M. (esposa) disse que tiveram alguns acontecimentos na família nos últimos anos. C. (marido) descobriu que era adotado, e que sua mãe tinha câncer. Ambos concordam que C. é muito calado, e M. acha que ele deveria falar sobre estas coisas, e por isso, procurou a terapia.

Os pais se queixam do comportamento do filho B. Eles dizem que o menino é muito infantilizado, e que tem comportamentos de uma criança mais nova – o filho tem 7 anos –, como chupar o dedo e ficar deitado no chão. Eles também relataram que o menino é muito ativo, e tem problemas de concentração. Já o levaram em uma psicóloga, mas disseram que não houve muita melhora. Atualmente, está fazendo tratamento neurológico com remédio.

Em relação a esse último caso, ao se questionar a família quanto a suas expectativas ao atendimento familiar, a mãe responde “que as expectativas sejam boas e que dê resultado no tratamento de meu filho”. Assim, fica evidente o desejo que sustenta a demanda da família é resumidamente resolver os comportamentos considerados inadequados do filho. Portanto, a família se torna mero espectador do processo de tratamento do filho apresentado como o portador de problemas e adaptações ao meio.

É possível também que a família reproduza o mecanismo de eleger um membro identificado na família a partir do discurso de outra pessoa não pertencente à família. Como exemplo desse movimento, segue-se o trecho de uma queixa:

O que motivou a família a procurar atendimento psicológico é que segundo a mãe, a filha de 7 anos está impossível pois não prestava atenção na escola, a professora vivia reclamando de seu comportamento. Disse que ela era muito agressiva, xingava e brigava muito com a mãe. Os avós paternos concordaram com o motivo da procura de atendimento. Consideram que a neta está se comportando muito mal e isso deveria ser resolvido. Em relação às expectativas com o atendimento familiar, os avós responderam que esperavam que a neta melhorasse, pois eles não sabiam se estavam agindo corretamente e se estivessem fazendo algo errado gostariam de corrigir. Pergunto à mãe o que ela achava do que os avós tinham dito sobre as expectativas deles em relação ao atendimento em família. Ela disse que não achava que eles estavam fazendo errado, que a menina que era assim. E voltou a falar o quanto ela se comportava mal e o quanto a professora reclamava dela, que ela não sabia mais o que fazer, que a terapia seria uma alternativa, pois a professora disse que terapia seria bom para ela, para ela tomar jeito. A neta disse, em relação às expectativas de atendimento, que esperava ficar obediente e mais boazinha.

Desse modo, percebe-se que a mãe se apropria do discurso da professora para justificar seu modo de funcionar em relação à filha, se isentando, portanto, de se implicar nas questões psíquicas da filha estando inseridas na família.

Ademais, crianças são mais facilmente eleitas como pacientes identificados quando comparadas com os outros membros familiares. Gomes (1986, p. 29) justifica alegando que

Num grupo familiar disfuncional os modos de interação entre seus membros vão-se cristalizando, quer na forma de distanciamento, ou de excessiva interferência na vida uns dos outros, formando alianças entre alguns membros, deixando outros periféricos, ou transformando outros em bodes expiatórios (geralmente a criança). Sintomas como baixo rendimento na escola, agressividade, depressão são vistos como próprios da pessoa sintomática, e esta é vista como um caso isolado [...].

Tal fato é possível de ser verificado nos seguintes trechos de triagens:

A princípio, a mãe procurou atendimento, pois tinha receio do filho ter Transtorno Bipolar já que tinha algumas crises de choro como quando não conseguia terminar de copiar a matéria do quadro. A mãe o levou ao neurologista, pois acreditava que o filho era muito falante e não ficava muito tempo quieto a não ser em atividades de que gostasse, ficava mais agitado e querendo conversar durante a noite quando ambos os pais estavam juntos.

Os tios obtêm a guarda parcial da sobrinha há quatro meses. Queixam-se do comportamento inadequado da menina, como falar alto demais, falar palavrões, perguntar frequentemente sobre assuntos relativos a sexo, não respeitar os tios e desconfiar, mentir e incitar discussões. Os tios pedem orientação para saber lidar com os comportamentos da sobrinha.

## CONCLUSÕES

Como foi possível verificar mediante a consulta às triagens, cujos trechos foram anteriormente descritos, apresentar um membro da família como único a precisar de atendimento psicológico é muito comum. Ademais, assim como já apontado também, as crianças representam, geralmente, a maioria nesses casos e Ramos (2006, p. 90) o confirma quando diz que

Os membros que se autoconsideram 'sadios' tentam, muitas vezes, fazer uma aliança com o terapeuta a fim de evitar o lugar de pacientes e procuram se incluir no papel de observador-participante. O pai ou mãe, em geral, assumem o papel de porta-voz do grupo; e ambos, além de assinalar o membro identificado, validam o que declaram com uma série de exemplos, a fim de não ser questionados. Procuram, de uma maneira inconsciente, 'cegar' a visão do terapeuta para que esse não identifique toda a trama familiar e aceite a divisão que eles propõem.

Portanto, cabe ao terapeuta se colocar como imparcial na relação com a família, tornando irrelevante quem foi eleito o paciente identificado, mas considerando como importante o processo pelo qual tal escolha se deu e mediante quais mecanismos psíquicos se sustenta. O paciente deve ser a família e não tão somente o paciente identificado. Para isso, o terapeuta deve se manter atento e receptivo a todos os dados trazidos por todos os membros que constituem o grupo familiar, assim como verificar como se acontece sua dinâmica (RAMOS, 2006). Este tipo de visão é privilegiado pelo projeto de extensão em questão, ao se sinalizar que todos os familiares devem comparecer ao processo de triagem, ofertando um espaço para escutar e olhar as relações estabelecidas no grupo familiar.

Ainda a respeito deste mecanismo de defesa do qual lança mão o grupo familiar, Ramos (2006, p.86) ainda afirma que

Entendemos que essa divisão é falsa e que ocorra devido a uma situação defensiva por meio da qual a família espera 'se salvar'. Seus membros 'sadios' receiam ser observados como participantes de uma situação doentia. No processo terapêutico procuramos ampliar esta perspectiva, não aceitando passivamente a divisão entre 'sadios' e 'enfermos'. Entendemos que a existência de um membro enfermo implica no comprometimento da estrutura familiar na qual cada integrante contribui para que a configuração da família se caracterize e se mantenha como tal.

Ao se apresentar como um grupo que já possui eleito um único membro que necessite de tratamento, a família se coloca como desintegrada e não como uma unidade, uma vez que está ali apenas para levar quem precisa, não reconhecendo a parcela de responsabilidade de todo o grupo. Desse modo, a família se retira do processo terapêutico e inviabiliza a possibilidade de trabalhar com os conteúdos que perpassam todos os membros envolvidos.

De acordo com Ramos (2006, p.86), tal movimento é comum em famílias com pacientes com alguma psicopatologia, no entanto, como foi possível verificar através das triagens, famílias com outras queixas também responsabilizam apenas um membro pelas dificuldades de funcionamento do grupo. Observou-se, ao longo da consulta aos dados das triagens, situações de famílias que indicavam a necessidade de se trabalhar igualmente, por meio do atendimento psicológico, as relações estabelecidas entre os familiares, na tentativa de deslocar o olhar apenas para um indivíduo, responsabilizando a todos pelos problemas

enfrentados pela família.

De forma geral, acredita-se que o atendimento familiar procura, diante da demanda destas famílias, propiciar um ambiente no qual seja possível verbalizar os impasses e dificuldades encontradas na relação com cada membro e com o grupo. Ao se oferecer um espaço com tais possibilidades, espera-se que eleger um paciente identificado deixe de ser necessário para lidar com as angústias do grupo. Além disso, apenas mediante o trabalho com as questões do grupo familiar é possível se apropriar das questões do paciente identificado e compreender quais mecanismos e dinâmicas sustentam esse tipo de movimento do grupo.

De forma geral, o atendimento familiar procura oferecer condições para que o grupo tome consciência sobre o que determina as atitudes que tomam, para que seja possível construir uma relação baseada em menos dependência e necessidade de atacar outros membros como refúgio para não lidar com questões próprias. Ao poder explicitar tais conteúdos, a relação se torna mais aberta e a necessidade de defesa por meio de diferentes mecanismos se mostra menos eficaz, possibilitando, portanto, um maior vínculo e condições para o diálogo.

Por fim, defende-se que os profissionais que atuam junto a famílias possam estar sensíveis a estes mecanismos utilizados por elas. Por um lado, eles devem atentar-se para as queixas apresentadas; por outro, buscar relativizar o lugar destinado a algum dos familiares, enquanto paciente identificado, com o intuito de ampliar o olhar para contemplar como um todo as relações estabelecidas por esses indivíduos.



## REFERÊNCIAS

- CORREA, O. B. R. **O legado familiar**: a tecelagem grupal da transmissão psíquica. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.
- CORREA, O. B. R. Transmissão psíquica entre as gerações. **Psicologia USP**, v.3, n.14, p.35-45, 2003.
- FILHO, J. M.; BURD, M. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- GOMES, H. S. R. Terapia de família. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 6, n. 2, p. 29-32, 1986.
- MEYER, L. **Família**: dinâmica e terapia - uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- RAMOS, M. **Introdução à terapia familiar**. Claridade: São Paulo, 2006.
- SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. (org.) **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993. p. 119-132.
- SEI, M. B. **Arteterapia com famílias e psicanálise winnicottiana**: uma proposta de intervenção em instituição de atendimento à violência familiar. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
- SEI, M. B. **Arteterapia e Psicanálise**. São Paulo: Zagodoni, 2011.
- SEI, M. B.; GOMES, I. C. Demandas por atendimento psicológico e a transmissão psíquica transgeracional. **OMNIA Saúde**, v. 8, p. 26-35, 2011.
- SEI, M. B.; SOUZA, B. M.; SANTOS, D. K. M. L. Atendimento a famílias em uma clínica-escola de Psicologia: percursos e reflexões. In: **Anais do IX Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares; VII Encontro Paulista de Saúde Mental; XI Jornada da SPAGESP; III Encontro de Saúde Mental de Serra Negra**. São Paulo: NESME, 2013. p. 42-45.
- SOIFER, R. **Psicodinamismos da família com crianças**: terapia familiar com técnica de jogo. Petrópolis: Vozes, 1982.
- TELLES, J. C. C. P.; SEI, M. B.; ARRUDA, S. L. S. Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas. **Aletheia (ULBRA)**, v. 33, p. 109-122, 2010.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.
- WINNICOTT, D. W. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- ZANETTI, S. A. S.; RIOS, M. G.; SEI, M. B. Casal e Família e a questão dos vínculos: reflexões a partir do contexto brasileiro. In: **II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Perspectivas Vinculares en Psicoanálisis: las prácticas y sus problemáticas**. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupos, 2008. v. 2. p. 471-476.

Artigo recebido em:  
01/08/2013

Aceito para publicação em:  
15/04/2014

