

## **O sintoma fonoaudiológico e a dinâmica familiar**

**Edinalva Neves Nascimento\***

Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, Unesp.

**Maria da Graça Chamma Ferraz e Ferraz\*\***

Centro de Estudos Interdisciplinares da Comunicação Humana, Unesp – Marília.

**Resumo:** Este trabalho visa mostrar como a dinâmica familiar de crianças que apresentam traços esquizóides de funcionamento psíquico, expressos sob o sintoma fonoaudiológico, atua inconscientemente no sentido de manutenção desse sintoma, com o objetivo de preservar o *status quo* psicossociológico do grupo.

**Palavras-chave:** Contexto familiar; psicanálise; sintoma.

A intenção deste trabalho foi desenvolver estratégias de abordagem terapêutica dos distúrbios da comunicação em um contexto interdisciplinar. Os dados que fundamentam as presentes considerações são parte integrante de um projeto permanente de pesquisa desenvolvido no Departamento de Fonoaudiologia da UNESP – Campus de Marília.

Nossa experiência de pesquisa junto a pacientes da comunicação nos tornou conscientes da importância dos estudos psicológicos para a terapêutica dos distúrbios da comunicação.

A pesquisa psicológica tem mostrado que o modo particular de funcionamento de uma família pode estar diretamente relacionado ao sintoma fonoaudiológico apresentado por um membro de seu grupo.

Minuchin (1990) entende que cada grupo familiar possui seu modo peculiar de funcionamento e reedita-o por várias gerações. O mesmo autor reconhece que cada família costuma apresentar uma patologia de grupo e que, para assumir os sintomas desta patologia, existe um membro específico, que assume a doença como se ela fosse individual e pessoal. É justamente este membro que chega à terapêutica psicológica, fonoaudiológica

---

\* Bolsista de Iniciação Científica do CNPq/PIBIC, junto ao Centro de Estudos Interdisciplinares da Comunicação Humana - CEICOMHU- do Departamento de Fonoaudiologia da UNESP, Campus de Marília.

\*\* Coordenadora Científica do Centro de Estudos Interdisciplinares da Comunicação Humana –CEICOMHU- Orientadora da Pesquisa financiada pelo CNPq/PIBIC, Professora Assistente Doutora do Departamento de Fonoaudiologia da UNESP, Campus de Marília.

ou de qualquer outro tipo que envolva o psicológico. Existe uma espécie de pacto grupal segundo o qual o membro que assume a patologia pode ser um alcoólatra, uma criança com problemas de disciplina escolar, um jovem delinqüente etc. Pode ser ainda o diagnosticado como esquizofrênico, o disfluyente, o disfônico etc. Este pacto não está explícito e só pode ser desmascarado por meio da psicoterapia do grupo familiar.

Os indivíduos que compõem o grupo familiar ignoram, no plano da consciência, que existe um acordo inconsciente para sustentar o equilíbrio psicossociológico do grupo. Este equilíbrio costuma ser patológico, porém, garante certo conforto psicológico aos membros do grupo. Sendo assim, inconscientemente, cada membro da estrutura familiar sabe que não pode deixar de realizar o papel que lhe foi atribuído pelo grupo, sob pena de desequilibrar o conjunto e causar desconforto psicológico. Da mesma forma, aquele indivíduo que assumiu inconscientemente a patologia do grupo sabe que não pode curar-se sem estar, com isso, rompendo o pacto grupal.

Torres, Madalozzo & Ferraz (2000), num estudo do contexto familiar de pacientes fonoaudiológicos com traços psicóticos, comprovaram que uma disfunção familiar era manifestada em apenas um dos membros da família e que esta se defendia inconscientemente dos progressos terapêuticos da criança, reforçando seus traços psicóticos.

Se o papel do membro do grupo que ocupa o lugar de paciente é difícil e parece injusto aos que observam o grupo familiar, por outro lado, ele tem as suas compensações. Ele pode estar representando um lugar de articulação com a exterioridade do grupo familiar, pode estar ocupando uma posição produtiva, funcionando como um disparador de mudanças no processo psicossociológico grupal.

Se alcançar a cura de sua doença, o paciente compromete todo o grupo e as relações do mesmo com o contexto social em que se insere. Existe um pacto oculto, patológico e quase indissolúvel entre o paciente e seus familiares: na verdade, ele não quer curar-se e a família não quer que ele se cure.

O desaparecimento do sintoma naquele paciente significa a falência do lugar de doença e a conseqüente desestruturação do grupo familiar. Sendo assim, torna-se difícil manter os ganhos terapêuticos, pois a família também participa na produção dessa dificuldade e resiste a cooperar com o processo de cura.

Quando o paciente se conscientiza do pacto familiar que o coloca como “bode expiatório” da doença grupal, suas relações com a família complicam-se e ele sofre atitudes de sabotagem inconsciente de seu processo terapêutico, por parte de irmãos e pais. Os pacientes infantis costumam ser os mais prejudicados com essa chamada sabotagem: o responsável adulto deixa de levá-lo às sessões terapêuticas alegando os mais variados motivos para isso; algumas vezes esse responsável alega estar cansado do processo e decide interrompê-lo, buscando terapias medicamentosas supostamente mais rápidas.

A presença do paciente é necessária ao grupo familiar de onde ele vem, pois o lugar de insanidade está circunscrito no espaço daquele indivíduo, protegendo o grupo da militância de suas possibilidades psicóticas. De acordo com o psicanalista inglês Laing (1990), as possibilidades psicóticas constituem um percentual de matéria psíquica que não

reconheceu o interdito (não sofreu a adequação ao modelo edipiano de funcionamento e atua a partir de uma trajetória esquizóide) e que está presente em qualquer psiquismo em maior ou menor intensidade. A experiência da prática psicológica com pacientes portadores de distúrbios da comunicação tem mostrado que, se por um lado o psiquismo esquizóide está circunscrito em um lugar de doença, por outro lado, os outros membros da família mantêm certa inveja do indivíduo que assume este lugar. Isto porque o esquizóide vive o conforto da ausência ou da inoperância da função do interditor.

A literatura psicanalítica tem entendido o esquizóide como aquele que não reconhece a ação do interditor – ou porque faltou a presença do pai ou de uma figura que cumprisse a sua função de interditor do corpo da mãe – desde a constituição do psiquismo. Para ele não existe prisão no modelo edipiano. O esquizóide funciona como um ponto de fuga do processo psicológico grupal, como um lugar a partir do qual as relações do grupo podem ser reinventadas para além dos vínculos edipianos.

Nossa experiência de pesquisadores e terapeutas da comunicação tem mostrado que alguns pacientes como o disfluyente, o disfônico, o autista, entre outros, podem ser considerados como indivíduos cuja sensibilidade não pode ser expressa pelos signos lingüísticos vigentes na comunidade. Estes pacientes podem ser entendidos como portadores de estruturas psíquicas esquizóides.

Pela perspectiva do esquizóide, a linguagem é como uma prisão da sensibilidade. Os signos lingüísticos atuais não são adequados e suficientes para que os afetos esquizoide (antiedipianos) possam expressar-se por meio deles. Esta condição esquizóide de um indivíduo costuma torná-lo disponível para o lugar de portador do sintoma de uma patologia que é do grupo familiar e o desempenho lingüístico é uma instância perfeitamente adequada para que esse sintoma se expresse. Sendo assim, uma insuficiência já presente no indivíduo (a dificuldade de expressão dos afetos em signos lingüísticos), de dificuldade superável ou contornável durante os anos de desenvolvimento psicossociológico, passa a ser um transtorno, agravando-se à medida que o indivíduo busca superá-la. Este indivíduo passa a ser o suporte das dificuldades psicossociológicas do grupo familiar e torna-se prisioneiro desse papel de salvador do grupo, até que o pacto grupal possa ser desmascarado.

### ***Uma nova maneira de compreender as operações significantes***

Este estudo utilizou-se de alguns referenciais teóricos que nos pareceram inovadores nas áreas das Ciências Linguísticas e Psicológicas e adequados para a investigação a que nos propusemos. Falamos da aplicação das idéias do Filósofo Gilles Deleuze e do Analista Félix Guattari – sobre a Linguística e a Psicologia – no estudo dos Distúrbios da Comunicação.

Deleuze & Guattari (1987) propõem a idéia de signo não significante em oposição à idéia de signo significante da Linguística Estrutural e do pensamento de Jacques Lacan. Essa nova maneira de pensar o signo traz inúmeras conseqüências práticas e teóricas para o estudo da linguagem em geral.

De acordo com os autores citados, o Signo não significante compõe-se de um campo problemático e um campo resolutivo. Signo é tudo o que ataca o pensamento e exige decifração. Na composição do signo temos um problema (um objeto X) e um campo de resolução desse problema (uma ou múltiplas séries resolutivas do mesmo problema).

Ferraz e Ferraz (2000) verificou, em suas investigações sobre a constituição dos sujeitos linguístico e psíquico, que a busca do objeto perdido (o *falo*, significante universal, no pensamento psicanalítico), como mobilizador do psiquismo, torna-se improdutiva, se entendermos o significante universal como norteador despótico da construção dos sujeitos psíquico e linguístico. A autora sugere que tal busca se produz no sentido de constranger o movimento do desejo que, dessa forma, deve estar inscrito no significante universal ou no temor à castração sob o falo simbólico. Em “*Como se o navio fosse a dobra do mar*” a autora comenta que:

A idéia de simbólico em Freud não é a mesma que em Lacan. Lacan trabalha com a idéia saussuriana de signo, embora use a expressão ordem do simbólico mais próxima da noção de função simbólica das teorias cognitivistas. Ou seja, mais próxima da idéia de inserção do psiquismo primitivo (o dos primeiros meses do nascimento) em uma estrutura simbólica especificamente humana. De qualquer maneira, esses dois grandes nomes da Psicanálise pensam o inconsciente como um movimento sinalizado pelos enunciados sociais, orientado pelos significantes sociais. Sendo assim, parece pertinente entender o inconsciente como dobra orientada pelos significantes intrapsíquicos; como um espaço de subjetivação prisioneiro dos enunciados edipianos, recortados pela Psicanálise.

À frente, no mesmo artigo, lemos o seguinte:

Podemos dizer que no pensamento de Deleuze, Guattari, a idéia de um *a-priori* é pensada como improdutiva. Pensam que não pode haver *a-priori* sem o despotismo dos modelos e, é justamente das práticas modelares que ambos tentam escapar.

No pensamento de Deleuze & Guattari (1976) o desejo não é simbólico como em Freud e Lacan, mas maquínico. Desejo é o movimento de matéria pré-significante. O plano da matéria pré-significante é aquilo que Lacan entende como o imaginário, o interdito, o

que não conheceu o nome do pai. Podemos dizer a matéria psíquica que não se deixou seqüestrar pelo significante universal, ou seja, o falo simbólico na forma da lei edipiana.

A matéria pré-significante (matéria delirante, que não se inscreve no ditado universal, segundo Lacan) não está necessariamente confinada nos sintomas psicóticos, no delírio do esquizofrênico, mas pode ser combustível para a reversão do significante universal. Tal reversão permitiria um novo modo de processamento do sujeito psíquico; um modo supostamente mais produtivo do que o edipiano.

Na Esquizoanálise<sup>1</sup> o movimento de produção do mundo visto é um movimento desejante ou processo de subjetivação. Homem e mundo, da perspectiva esquizoanalítica, são campos resolutivos de um movimento de produção problemático, são signos, são terminais de produção de máquinas desejantes. O desejo, portanto, não é mais a busca do objeto perdido, mas é a linha que liga uma máquina desejante à outra: “... *uma máquina fluxo ligada a uma máquina corte; uma máquina emissora de fluxo e uma máquina fazendo o corte*” (Deleuze & Guattari, 1976).

As novas idéias sobre o conceito de signo lingüístico sugerem, portanto, novas aplicações do conceito de signo nos estudos fonoaudiológicos, contribuindo para uma compreensão mais ampla dos sujeitos lingüístico e psíquico e, conseqüentemente, instrumentalizando a terapêutica da comunicação. A terapêutica da comunicação: novas idéias e novas estratégias.

A experiência tem nos levado à constatação de que crianças disfluentes e com dificuldades de aprendizagem se inserem em dinâmicas familiares diferenciadas. Apesar das particularidades de cada dinâmica familiar, os grupos apresentam algumas características comuns e a criança – membro desses grupos – tende a apresentar, além de um sintoma fonoaudiológico, problemas psicológicos evidentes.

A pesquisa teve lugar na Clínica de Fonoaudiologia da Unesp (campus de Marília); no “Educandário Bento de Abreu Sampaio Vidal” (Marília/SP) e nas residências familiares. Foram contatadas as famílias de quatro crianças: três delas diagnosticadas na Clínica de Fonoaudiologia como disfluentes e a quarta criança com dificuldades escolares, cuja queixa provinha de uma outra instituição: “Educandário Bento de Abreu Sampaio Vidal” - Marília/SP. Procedemos às mesmas práticas em todos os casos:

Uma entrevista inicial semi-estruturada, por meio da qual investigamos as atitudes dos pais perante a nossa proposta de pesquisa e o grau de resistência ou facilitação do nosso trabalho de investigação junto aos seus filhos.

Foram realizadas filmagens domiciliares para as quais foi feito um protocolo de análise, que nos auxiliou na visualização dos dados. Foram elaborados quadros no sentido de facilitar a exposição de categorias previamente estabelecidas e observar a frequência de sua ocorrência.

---

<sup>1</sup>Nome pelo qual se conhece determinado modo de produzir conhecimento desde as primeiras publicações do filósofo Deleuze e do Analista Félix Guattari. A primeira publicação consistente dessa abordagem filosófico-psicanalítica é *O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia*. Imago, 1976.

A totalidade dos responsáveis convidada a participar das entrevistas compareceu, ainda que alguns tenham sido chamados inúmeras vezes antes de nos atender. Entre os pais que compareceram, grande parte mostrou-se resistente, negando-se a permitir a entrada dos pesquisadores em suas casas.

Alguns responsáveis declararam que não autorizariam as filmagens por motivos diversos, entre eles: falta de tempo, incômodo em ser filmado, timidez da criança perante os pesquisadores. Em relação ao motivo “incômodo em ser filmado”, argumentamos que apenas observaríamos e não usaríamos filmadora ou gravador e, mesmo assim, os pais mostraram-se irredutíveis.

Outros pais não deram a autorização de imediato, argumentando que iriam consultar a família e trariam o documento de autorização assinado na semana seguinte. Alguns desses responsáveis devolveram o documento sem a assinatura. Dessa forma, podemos dizer que encontramos resistência dos familiares no processo de eleição dos sujeitos da pesquisa. Em um dos casos relutantes às filmagens observamos uma atitude de extrema resistência: a alegação da mãe foi a de que “o cão era muito bravo e não suportava visitas de estranhos”.

Dentre os casos estudados, elegemos o que nos pareceu mais adequado à comunicação, em função da riqueza de detalhes que exemplificam a estrutura familiar antiedipiana. As suas manifestações são comuns a todos os outros casos estudados e comprovam a nossa idéia de que a família tenta, inconscientemente, manter o sintoma do paciente da comunicação, visando preservação do *status quo* grupal.

### ***A caracterização do contexto familiar***

Mário<sup>2</sup>, oito anos de idade, cursando a segunda série do ensino fundamental (Educandário Bento de Abreu Sampaio Vidal. Marília/SP) – é uma criança que apresenta sérias dificuldades escolares e comportamentos inadequados ao convívio com as outras crianças: briga com os colegas da escola e não suporta ser contrariado pela professora.

Segundo relato da mãe, ele entrou na escola aos seis anos de idade e não apresentou dificuldades para se adaptar, porque “no parquinho ele fazia tudo o que queria; era o xodó das professoras”. Quando entrou no ensino fundamental teve dificuldades para se “enturmar”, permanecendo a maior parte do tempo junto aos funcionários da escola e evitando os outros alunos. Durante a realização das filmagens, a família tentou criar um ambiente artificial de interação e boas relações. A mãe tentou passar a idéia de preocupação e envolvimento em relação às dificuldades do filho, ressaltando, constantemente, a importância de uma terapia psicológica para o seu filho como condição necessária a uma cura mais rápida. No entanto, mesmo sabendo da importância do atendimento psicológico ao filho, relatou nunca ter procurado ajuda psicoterapêutica. Mostrou-se, a princípio, extremamente disposta à realização das filmagens e, no entanto, permaneceu pouco tempo junto aos filhos, esquivando-se do foco da filmadora. No quadro 1, apresentamos os dados

---

<sup>2</sup> Todos os nomes envolvidos neste trabalho são fictícios, no intuito de preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa.

numéricos obtidos durante as filmagens da família de Mário e, em seguida, expomos as categorias utilizadas para a obtenção desses dados.

VISITAS	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Primeira	1	4				1	1	2	5
Segunda	2		2			4	1	3	1
Terceira	3	2	4	2	1	5		2	5
<b>Total</b>	9	6	6	2	1	10	2	7	13

**Quadro 1:** Observações da dinâmica e da estrutura familiar de Mário

Legenda:

- (A) Comportamentos antiedipianos do paciente
- (B) Comportamentos familiares reforçadores das dificuldades do paciente
- (C) Comportamentos familiares de desconforto em relação às dificuldades do paciente
- (D) Comportamentos familiares de aceitação das dificuldades do paciente
- (E) Comportamentos de desconforto do próprio paciente em relação às suas próprias dificuldades
- (F) Comportamentos de aceitação, por parte do paciente em relação às suas próprias dificuldades
- (G) Evidências de ganhos terapêuticos com a situação patológica do paciente
- (H) Manutenção do pacto familiar
- (I) Ausência do papel de interditor

#### *A - Comportamentos antiedipianos do paciente*

Nesta categoria consideramos os comportamentos pelos quais o sujeito se mostrou inadequado ao modelo edipiano de psiquismo: desobediência às ordens dos pais, irmãos mais velhos e outros adultos, bem como a não realização de tarefas e obrigações e a desconsideração de horários e compromissos escolares. Consideramos também a ausência de culpa por parte da criança pelo fato de não ter realizado as obrigações diárias, escolares e familiares.

#### *B - Comportamentos familiares reforçadores das dificuldades do paciente*

Consideramos, nesta categoria, os comportamentos familiares que enfatizaram as dificuldades do paciente: manifestações verbais da família que afirmavam as limitações da criança: “Ele não consegue”, “Ele não é capaz”. As críticas verbais dos familiares em relação às dificuldades da criança foram entendidas como reforçadoras das suas dificuldades.

*C - Comportamentos familiares de desconforto em relação às dificuldades do paciente*

Os comportamentos e ações que se enquadram nessa categoria são aqueles que demonstraram que as dificuldades apresentadas pela criança trazem algum prejuízo aos familiares. Citamos as queixas dos familiares que dizem deixar de realizar algumas atividades (sair, viajar) em função das dificuldades da criança, bem como relatos de prejuízos sofridos por motivos relacionados à condição do paciente: “Não tenho mais tempo para mim”, “Perco muito tempo com meu filho”. As manifestações de ansiedade e desconforto em relação às dificuldades escolares da criança também foram enquadradas nessa categoria. Entendemos que o fato de os familiares se sentirem envergonhados ou tentarem esconder as dificuldades do filho de outras pessoas caracterizam uma situação de desconforto.

*D - Comportamentos familiares de aceitação das dificuldades do paciente*

Foram categorizadas todas e quaisquer manifestações verbais ou não-verbais dos familiares que demonstraram aceitação das dificuldades do filho do tipo: “Ele é bonzinho”, “Ele dá mais sentido à minha vida”, “Ele não dá trabalho”.

*E - Comportamentos familiares de desconforto do paciente em relação às suas próprias dificuldades*

Enquadramos nessa categoria todas as manifestações verbais ou comportamentais que mostraram um movimento de não aceitação ou incômodo do paciente em relação às suas próprias dificuldades. Podemos citar como exemplo os relatos de dificuldades em relacionar-se com outras pessoas, de ser aceito pelo grupo social em função da patologia e incômodo em relação às dificuldades de comunicação na escola.

*F - Comportamentos de aceitação, por parte do paciente, em relação às suas próprias dificuldades*

Essa categoria diz respeito às manifestações verbais ou ações que mostraram aceitação e conforto em função da dificuldade da criança: “Não ligo pra isso”, “Não atrapalha”.

*G - Evidências de ganhos familiares em função da situação patológica do paciente*

Essa categoria engloba todos os indícios de que a situação patológica do paciente traz benefícios aos familiares, dando-lhes possibilidades de funcionamento em um modelo não edipiano sem ser responsabilizado ou criticado por isso. Podemos citar aqui, por exemplo, a mãe que deixa seu filho dormir na sua cama com o argumento de que o mesmo tem medo de dormir sozinho e ela “fica com pena dele”.

### *H - Manutenção do pacto familiar*

Enquadramos nessa categoria todo movimento inconsciente da família e do próprio paciente em promover a manutenção do lugar de doença. Mário chegava atrasado para a realização da filmagem, sem ser repreendido pela mãe e sem que algum dos irmãos fizesse comentários costumeiros sobre a sua indisciplina. Entendemos este comportamento como uma forma encontrada por Mário e familiares para sabotar a nossa intervenção e preservar o acordo inconsciente.

### *I - Ausência do papel de interditor*

Citamos aqui não somente a ausência do genitor do mesmo sexo (que, segundo a teoria psicanalítica de Freud, interditaria o corpo do genitor do sexo oposto), mas a ausência de qualquer pessoa ou membro da família que imponha limites à criança. Não fazemos referência à ausência física da pessoa, mas ao fato de a mesma, embora presente, não controlar o comportamento da criança. Dessa forma, a criança passa a apresentar comportamentos antiedipianos, sem ser responsabilizada ou repreendida por isso.

A partir das observações apresentadas no Quadro 1, concluímos que o psiquismo de Mário não funciona no modelo edipiano. Obtivemos poucas informações acerca da figura paterna, pois se trata de filhos de pais separados. Embora a família conte com a presença de três homens na casa (pai, tio e namorado da mãe), nenhum deles parece assumir a função de interditor. O tio utiliza um cômodo da casa para guardar seus pertences, porém não mora com a família e não participa ativamente dela. O pai eventualmente visita os filhos, mas atua de maneira permissiva, não controlando ou repreendendo os comportamentos de desobediência às ordens dos pais, irmãos mais velhos e outros adultos, nem a não realização de tarefas e obrigações escolares pela criança.

Existe, ainda, a presença do namorado da mãe, que é considerado pelas crianças como um padrasto. Durante uma das visitas, ele chega durante a realização das filmagens e se esconde das câmeras e da pesquisadora, de modo a não ser observado. Embora fosse convidado a participar, por meio de informações que mostravam a importância de sua presença, não obtivemos a sua cooperação. Este comportamento nos sugeriu que, embora presente na dinâmica familiar, o namorado da mãe se omite da participação nas atividades relacionadas à educação das crianças.

Convidamos as três figuras masculinas para participarem das reuniões familiares propostas pela psicóloga da equipe pesquisadora, ressaltando a importância de suas presenças. No entanto, nenhum deles compareceu, alegando diversos motivos, o que comprova nossa hipótese de ausência do papel do interditor neste grupo.

Chamamos a atenção para o fato de as teorias psicanalíticas mostrarem que o genitor do mesmo sexo interdita, para a pulsão sexual da criança, o genitor do sexo oposto. Com isso, a criança passa a perceber que não pode tomar o corpo da mãe, no caso do menino e, o corpo do pai, no caso da menina. Quando a criança aceita a interdição, ela ingressa na

cultura, aceitando as leis, as normas e a linguagem. Certamente, Mário é uma criança que mostra, por vários aspectos, um funcionamento antiedipiano, significativamente reforçado pela organização e pela dinâmica de seu grupo familiar. A interdição, que inscreve a criança nas leis edipianas, não se realizou de maneira satisfatória neste caso.

Durante a realização das filmagens a mãe ocupava todo o seu tempo preparando o jantar. No entanto, afirma que a família não apresenta o hábito de jantar e que cada membro prepara o seu próprio lanche. Este comportamento nos faz pensar que a mãe fazia o jantar devido à presença dos pesquisadores, tentando convencer-nos de que, por sua vontade, o grupo teria um ambiente de interação familiar. A responsabilidade, portanto, dessa ausência de convivência grupal não é exatamente dela, uma vez que ela faz o papel de mãe provedora. Na verdade, tivemos muitas oportunidades de verificar que o papel de *mãe* é da filha mais velha. A filha assume os afazeres da casa e os cuidados com os irmãos, liberando a mãe das suas responsabilidades.

Parece não haver na casa de Mário os papéis de pai e de mãe. Isso fica evidente quando em uma atividade lúdica ele verbaliza que “na sua casa não tem pai nem mãe, só irmãos moram lá”. Mário mostra-se confuso, ora aceitando a irmã como a “dona da casa”, ora rejeitando-a por meio da desobediência.

A mãe relata que percebe haver ciúmes entre Mário e a irmã mais velha. No entanto, concluímos que há rivalidade entre os três irmãos. Mariana é a irmã mais velha, considerada pela família como a mais madura, mais inteligente e que obtém o melhor desempenho escolar. Diante disso, Mário procura, a todo o momento, estratégias para superá-la, tentando inferiorizá-la em seu desempenho escolar ou dirigindo-lhe agressões físicas. Parece que esses foram os comportamentos que ele encontrou para convencer o grupo da sua superioridade e conseguir a atenção da mãe. No entanto, a mãe ressalta as suas dificuldades, ironizando as suas notas e reforçando seus comportamentos inadequados. As dificuldades de Mário ficam evidentes a cada vez que são valorizadas as qualidades escolares da irmã.

Além de competir com a irmã pelo melhor desempenho escolar, Mário compete com o irmão mais novo (Miguel) pela posse da mãe. Miguel apresenta maior proximidade com ela, ganhando facilmente a sua atenção e apresentando vantagens por conseguir dormir com ela na mesma cama.

A mãe nega que há rivalidade entre os filhos Miguel e Mário. Entretanto, em uma atividade de desenho, Mário desenha a família e não desenha o irmão, afirmando que ele ainda não havia nascido.

A família mantém uma espécie de linha de fuga em relação ao funcionamento edipiano com a formação singular de dois casais: a mãe com o irmão mais novo e Mário com a irmã mais velha. Isto fica comprovado quando Mário relata que dorme com a irmã, na mesma cama, enquanto o irmão dorme com a mãe. Mário mostrou ocupar o lugar de inadequado no grupo familiar, instalando um funcionamento antiedipiano e tomando para si a patologia grupal como se ela fosse individual e pessoal. Observamos nesta família uma espécie de equilíbrio patológico expresso na singularidade característica do desempenho de papéis; um acentuado movimento de descaracterização dos papéis familiares usuais. Mário

denuncia essa indisciplina familiar em um sintoma de distúrbio de aprendizagem e em comportamentos indisciplinados, tanto no interior do grupo familiar, quanto na escola.

Os problemas escolares apresentados por Mário mostraram-se os fatores mais investidos pelo grupo familiar, como justificativa de sua inadequação. Os outros aspectos singulares de seu comportamento – aqueles que indicam um psiquismo antiedipiano – não pareceram incomodar aos outros familiares. Provavelmente porque, como diz Laing (1990), liberam a família para a expressão de suas possibilidades psicóticas, sem culpa. Nenhum dos aspectos singulares de funcionamento grupal parece incomodar a família, mas apenas aqueles relativos à disputa escolar entre Mário e a irmã. Esta última sempre colocada no lugar de “mais adequada”, e a inadequação sempre sendo referida a Mário.

Podemos seguramente reconhecer, como expressão das possibilidades psicóticas, a troca de papéis grupais, a organização singular e antiedipiana do grupo familiar e a ausência da função de interditor na pessoa de um adulto. O funcionamento alternativo de Mário parece permitir a instalação de linhas de fuga no interior do grupo familiar, modos alternativos de funcionamento. Isto porque, enquanto todas as atenções estão voltadas para a sua inadequação (dentro e fora do grupo), os outros membros podem funcionar livremente fora do contexto edipiano. De maneira inconsciente, a família organizou-se de modo que Mário ocupasse a posição de inadequado, indisciplinado e com dificuldades escolares (o seu sintoma). E, enquanto ele é mantido nessa posição, cada membro assume a sua posição específica dentro da família: a irmã é mãe; o irmão mais novo é o companheiro da mãe, inclusive dormindo com ela, como se fosse o pai. Enquanto Mário for o lugar de avaliação da inadequação, as relações neste grupo estarão escapando de um modelo usual, edipiano. O pacto familiar será mantido e a estrutura familiar atual não estará ameaçada, podendo os seus membros funcionar livres das imposições do significante despótico edipiano, sobrecodificador das relações psicossociais.

Após a constatação da dinâmica singular de funcionamento do grupo familiar, sugerimos quatro sessões de orientação psicológica à mãe, em que foram apontados os aspectos disfuncionais do grupo familiar e dirigidas orientações sobre como superar as suas dificuldades.

A família perdeu seu equilíbrio anterior à terapia do paciente fonoaudiológico e precisou de ajuda psicoterapêutica. Em consequência do desaparecimento dos sintomas individuais, os problemas de cada membro do grupo se evidenciaram. O suporte psicológico aos familiares funcionou no sentido de oferecer recursos para que os mesmos percebessem a possibilidade de manter-se equilibrado, sem que para isso um de seus membros assumisse sozinho o transtorno do conjunto.

O contato com os familiares de todos os casos estudados possibilitou a compreensão do funcionamento do grupo e da maneira como este pode interferir na construção e na dissolução de um sintoma de distúrbio da comunicação em um de seus membros. Percebemos as transformações e os conflitos que ocorrem no grupo, quando esse toma consciência de alguns aspectos de seu funcionamento antes inconscientes. Passamos a compreender o paciente fonoaudiológico como uma pessoa inserida em uma dinâmica de

grupo específica, que bem pode estar propiciando a produção e a manutenção de um sintoma fonoaudiológico.

Nascimento, E. N., & Ferraz e Ferraz, M. G. C. (2004). The phonoaudiologic symptom and family dynamics. *Revista de Psicologia da UNESP*, 3(1), 43-54.

**Abstract:** *The aim of this paper is to investigate how the family dynamic of children that reveal traits of “schizo” mental functioning, manifested through phonoaudiologic symptom, acts unconsciously aiming to maintain this symptom, with the goal of preserving the psycho-social status quo of the group..*

**Keywords:** *family context; psychoanalysis; symptom.*

### **Referências**

- Deleuze, G., & Guattari, P. F. (1976). *O anti-Édipo: Capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Deleuze, G. (1987). *Proust e os signos*. Rio de Janeiro: Forense.
- Ferraz e Ferraz, M. G. C. (2000). Como se o navio fosse a dobra do mar. *Cadernos da FFC* 9(1), Marília, SP.
- Ferraz e Ferraz, M. G. C. (2001). *Sujeito lingüístico e sujeito psíquico: Uma introdução à psicopatologia aplicada à fonoaudiologia*. Marília: Unesp-Marília publicações.
- Laing, R. D. (1990). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. London: Penguin.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Torres, C. J. R., Madalozzo, D., & Ferraz, M. G. C. F. (2000). *Interferências da família na produção de distúrbios de linguagem*. Memnon, São Paulo, v. 9, n. 49, p. 16-22.