

A child bearer of cystic fibrosis and the benefits of family therapy: a case study

Eliana Mendonça Trindade¹
Maria Rita Garbi Novaes¹
Dicei Dechechi Gomes Carneiro²

- 1 Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Brasil
- 2 Curso de Psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasil

Correspondência

Eliana Mendonça Trindade
Faculdade de Medicina da Escs/
Fepecs
Edifício Fepecs SMHN Quadra 501
Bloco A, Brasília, Distrito Federal,
Brasil
70710-904
elianavilar@yahoo.com.br

Recebido em 19/maio/2006
Aprovado em 16/novembro/2006

Resumo

Introdução: a fibrose cística gera um grande impacto psicológico na família, significando um evento estressor que afeta o desenvolvimento normal da criança e as relações sociais dentro do sistema familiar. Um enfoque biopsicossocial permite uma melhor compreensão do sofrimento psicológico do paciente e seus familiares, profundamente associado ao quadro sintomatológico crônico e ao prognóstico dos pacientes. Dentro de um enfoque sistêmico, a terapia de família deve se propor a decifrar o processo histórico de adaptação da família bem como a dinâmica e organização familiar, em torno dos fatores estressores, passados e presentes, gerados pela doença.

Método: o estudo avaliou, por meio de um estudo de caso, os benefícios da psicoterapia familiar para pacientes com fibrose cística e membros da família. Participou da pesquisa uma família cujo único filho é portador da doença. Os atendimentos psicoterápicos foram realizados no Centro de Formação de Psicologia Aplicada da Universidade Católica de Brasília. A análise de conteúdo dos dados baseou-se no referencial sistêmico.

Resultados: o apoio psicológico mostrou-se relevante para a melhoria da qualidade de vida da família, auxiliando em diversos aspectos, tais como a melhor expressão dos sentimentos de culpa e de insegurança.

Conclusão: o enfrentamento mais realista dos desafios encontrados pela família reforça a necessidade de elaborarmos mais estudos que aprofundem as questões referentes ao tratamento psicológico das famílias e que superem o modelo biomédico ainda vigente na abordagem da enfermidade. Cabe aos profissionais de psicologia interagir com a equipe multiprofissional de forma a contribuir na compreensão das diversas dimensões do ser humano e da dinâmica familiar de pacientes fibrocísticos.

Palavras-chave: fibrose cística, terapia familiar, criança.

Abstract

Introducion: cystic fibrosis, or mucoviscidosis, being a chronic and life-threatening genetic condition, makes great impact causing psychological distress upon the family since it affects the normal development of the child and hits out the relationship of the family inner system. A biopsychosocial focus allows a better comprehension of the patient's psychological suffering and his family, deeply associated with the chronicity of its symptomatologic characteristics. Inside a systemic focus, family therapy should aim at understanding the stages of adaptation

the family goes through, as well as past and present stressing factors generated by the disease.

Method: the present study has tried, with a case study, to evaluate the benefits of psychotherapy for family and patient with Cystic Fibrosis. A family whose son is a Cystic Fibrosis bearer has participated in this trial. The psychotherapy sessions were carried out at the Centro de Formação de Psicologia Aplicada da Universidade Católica de Brasília.

Results: the analysis of data content was based on the systemic referential. The psychological support proved itself relevant for the improvement of the quality of life of this family in several aspects such as: better ability to express guilt and insecurity; a more realistic confrontation with the challenges encountered by this family, reinforces the necessity for studies that will deepen the issues referring to psychological treatment for these families, and eventually replace the present biomedical approach to this pathology.

Conclusion: it is the duty of professionals of psychology to contribute to this purpose, trying to understand in depth the many dimensions of the human mind and the dynamics of families having a fibrocystic patient.

Key words: cystic fibrosis, family therapy, child.

Introdução

A fibrose cística ou mucoviscidose gera um grande impacto psicológico na família. Trata-se de doença sistêmica, hereditária, autossômica recessiva, crônica e progressiva. Observa-se que o sofrimento cotidiano da família é visivelmente diminuído na medida em que a autoconfiança dos pais é resgatada por meio de acompanhamento terapêutico¹.

O paciente portador da doença apresenta secreções mucosas espessas e viscosas, obstruindo os ductos das glândulas exócrinas, que contribuem para o aparecimento de três características básicas: doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência pancreática com má digestão/má absorção e conseqüente desnutrição secundária, além de níveis elevados de eletrólitos no suor². O sofrimento psicológico do paciente e seus familiares está profundamente associado com o quadro sintomatológico e o prognóstico dos pacientes.

Os benefícios gerados pela psicoterapia de família são bastante visíveis quando consideramos as mudanças no estilo de enfrentamento dos problemas dentro da família. Basicamente, o objetivo da terapia familiar é o de fornecer suporte a todos os membros do núcleo familiar, possibilitando diálogo aberto acerca do sofrimento, dos medos e ansiedades e das dúvidas referentes à melhor maneira de lidar com o filho doente.

Além do tratamento médico é fundamental enfatizar a importância de uma abordagem humanística e integral do paciente. A formação de profissionais de saúde freqüentemente tem negligenciado os aspectos subjetivos, filosóficos e éticos no cuidado do sofrimento humano. De maneira geral, a proposta hegemônica atual privilegia abordagens mecanicistas. Estudiosos da área de saúde e da própria psicologia têm demonstrado preocupação com as limitações do conhecimento produzido pelo modelo biomédico que tem sido criticado e recriado³.

A dimensão ética desempenha papel crucial na relação médico-paciente. O ethos concebido como morada pode significar lugar de acolhimento e reflexão que permite a inserção e o acolhimento do sujeito numa perspectiva humanista, propiciando espaços onde a pessoa possa confirmar valores e se reconhecer plenamente em sua condição humana. A relação médico-paciente neste sentido pode significar uma morada, um lugar de troca e de encontro.³

Atualmente, há uma grande lacuna de artigos que discutam o tratamento psicológico das famílias e avaliem os aspectos referentes ao sofrimento psicológico gerado pela baixa sobrevida, pelo impacto do diagnóstico, pelo efeito da doença na

relação mãe-filho, pela perda da qualidade de vida, pelo estresse cotidiano da família associado a cronicidade e gravidade da fibrose cística e pelo tabu e estigma da doença.

A psicoterapia familiar representa uma possibilidade de apoio às necessidades dos familiares de pacientes fibrocísticos no que se refere à melhoria das condições de saúde e aos aspectos emocionais e subjetivos da doença. A construção de uma rede de apoio social possibilita uma maior socialização da família e a superação de medos e inseguranças impeditivos do crescimento emocional de crianças portadoras de fibrose cística.

A abordagem sistêmica ganhou impulso na década de 50, período de ascensão do pensamento sistêmico. Por meio de uma perspectiva sistêmica, todas as pessoas que compõem a unidade familiar têm um papel na maneira como a família se relaciona, como se relacionam os membros com cada um dos outros e na forma como, finalmente, o sintoma irrompe^{4,5}.

O primeiro contato com os pacientes e a experiência clínica permite visualizar a necessidade de aprofundar algumas investigações, entre outras, acerca do sofrimento familiar, do significado consciente e inconsciente da doença ou do impacto da doença no padrão comunicacional familiar, considerando que a fibrose cística muitas vezes representa um tabu e um segredo. Identifica-se a importância da expressão de sentimentos como medo, vergonha e culpa, tendo em vista que a impossibilidade de lidar bem com esse universo emocional acaba por dificultar ou impedir a construção de um bom funcionamento familiar.

Os níveis de estresse e ansiedade podem diminuir significativamente se a família tem conhecimento sobre a doença, o tratamento e os recursos disponíveis, visto que ela sente-se segura a partir do momento em que aprende a lidar com a doença e sente que está realizando um bom cuidado com resultados visíveis, ou seja, com a melhora do estado clínico da criança⁶. Esse plano de cuidados deve ser flexível de modo que as atividades familiares sejam interrompidas com a menor frequência possível.

Alguns autores estimam que a sobrevivência dos pacientes é de cerca de 25 a 30 anos. O objetivo do tratamento é melhorar a qualidade de vida dos pacientes que depende de diversos cuidados incluindo suporte nutricional, terapia antibiótica precoce e agressiva, acompanhamento por centro de referência, suporte médico e psicológico e educação dos pacientes e suas famílias. Além disso, são de extrema importância a fisioterapia para o aparelho respiratório e a ingestão de enzimas imediatamente antes das refeições².

A comunicação do diagnóstico precisa ser seriamente analisada pelos profissionais, pois é um momento fundamental e de grande impacto psicológico para a família. A forma de comunicação pode influenciar todo o processo pelo qual a família passará após o diagnóstico.

Segundo Oliveira et al.⁷, os diagnósticos são comunicados em momentos críticos como gestação, nascimento, agudização dos sintomas ou frente a procedimentos de urgência. Nem sempre os familiares compreendem o que está sendo dito pelo médico. Sentem-se assustados por um prognóstico que prevê pouco de tempo de vida para o filho e podem experimentar sentimentos de desespero, medo e intensa ansiedade.

A doença crônica caracteriza-se por uma lenta progressão, necessidade de tratamentos prolongados e seu impacto na capacidade funcional da criança⁵. Do ponto de vista da família, a teoria sistêmica familiar deve incluir o sistema da doença. Além disso, para colocar o desdobramento de uma doença crônica em um contexto de desenvolvimento é crucial compreender o entrelaçamento de três aspectos evolutivos: a doença e os ciclos de vida do indivíduo e da família⁸. A presença da doença na infância pode influenciar a interação afetiva entre a mãe e o filho bem como toda a dinâmica familiar.

Furtado e Lima² reforçaram essa concepção com um estudo que investigou a repercussão da doença crônica, especificamente da fibrose cística, na dinâmica familiar. Seus achados indicam que a doença crônica afeta toda a família, sendo que a sobrecarga recai sobre a figura materna, tanto no

que diz respeito aos cuidados prestados como na atenção constante na evolução do paciente. As crianças doentes muitas vezes determinam a exclusividade do cuidado materno por não permitirem o cuidado por outras pessoas. Do mesmo modo, a dependência da criança é reforçada pelo vínculo mãe-filho. Para ela, ter a mãe como cuidadora primária aumenta sua segurança e confiança, mesmo quando não aceita alguma intervenção.

Segundo Piccinini et al.⁶, são poucos os estudos realizados com o intuito de investigar as práticas educativas maternas. Esses autores investigaram eventuais particularidades das práticas de mães de crianças portadoras de doença crônica orgânica. Os resultados indicam uma diferença significativa relacionada ao conjunto de práticas coercivas relatadas. As mães de crianças portadoras de doença crônica, de modo geral, mostram-se menos punitivas.

Por práticas coercivas entende-se a aplicação direta da força, incluindo punição física, privação de privilégios e afeto ou uso de ameaças. O risco de utilização de práticas coercitivas pelas mães nestas famílias parece ser maior devido a necessidade de manter a homeostase familiar intensamente abalada pela doença. Entende-se por homeostase o processo de auto-regulação que mantém a estabilidade do sistema, protegendo-o de mudanças que possam destruir sua organização e preservando seu funcionamento².

Piccinini et al.⁶ justificam o pouco uso de práticas coercivas, acreditando que isso pode estar relacionado à fragilidade física dos filhos, que são freqüentemente submetidos a procedimentos dolorosos e a tratamentos médicos rigorosos. Neste sentido, o pouco uso de práticas coercivas seria uma forma de poupar a criança de mais sofrimentos.

A superproteção da criança enferma e uma maior permissividade dos pais podem ser consideradas características adicionais do modo de funcionamento dessas famílias e talvez mais um motivo para os achados de Piccinini et al.⁶.

Essa superproteção, porém pode levar ao que Bowen¹ denominou de **baixo de nível de diferenciação do self**, ou seja, a criança torna-se incapaz de estabelecer uma fronteira entre si própria e seus pais, criando uma dependência e insegurança excessivas. Pode haver, conseqüentemente, uma interferência na qualidade das fronteiras estabelecidas entre a família e seus subsistemas, ou seja, o desenvolvimento de fronteiras muito difusas, onde os papéis de cada membro tornam-se obscuros⁹.

Além disso, a doença crônica pode ser vista como um estressor que afeta o desenvolvimento normal da criança e atinge as relações sociais dentro do sistema familiar. As repetidas visitas aos médicos, as hospitalizações e a necessidade de assegurar que as medicações sejam dadas em horas específicas, de forma a manter a adesão ao tratamento, são fatores que potencializam o estresse dos pais¹⁰.

Os teóricos sistêmicos enfatizam que o comportamento da família não pode ser adequadamente compreendido à parte de sua história, pois o questionamento histórico é uma maneira de investigar eventos e transições essenciais para a compreensão das mudanças organizacionais e as estratégias de manejo de uma família, como um sistema, em resposta a estressores passados.

Uma perspectiva sistêmica envolve mais do que decifrar como uma família organizou-se em função de estressores passados, também significa investigar a evolução da adaptação familiar ao longo do tempo. São fatores importantes a serem considerados: alianças, triângulos e rompimentos⁸. Além de ser um estressor, a doença crônica pode favorecer o isolamento social e emocional. Os aspectos emocionais da doença crônica na infância são de grande relevância e dependerão dos recursos psicológicos dos genitores e da própria criança e da estrutura familiar para que possam melhor se adaptar a situação em questão.

Castro e Piccinini¹¹ citam um estudo realizado por Mescon e Honig, onde foi constatado que mesmo quando a criança doente sente-se bem, ela demonstra dificuldades em obedecer à mãe e ao

pai, e para tomar certos medicamentos, principalmente quando isso ocorre várias vezes ao dia. Segundo Mescon e Honig, somente no momento em que a criança passa a adquirir a função simbólica, representação mental e a linguagem, ela se torna capaz de expressar seu entendimento da doença com maior clareza. Castro e Piccinini¹¹ referem-se também a uma pesquisa sobre a relação entre temperamento e doença crônica na infância realizada por Zahr e El-Haddad, na qual foi verificado que as mães dessas crianças as percebiam como mais persistentes, menos adaptáveis e mais difíceis de lidar.

O projeto interdisciplinar de tratamento para a fibrose cística desenvolvido na Universidade Católica de Brasília possibilitou a realização deste estudo. Esta pesquisa, baseada em um estudo de caso, objetivou avaliar a aplicabilidade da teoria sistêmica no tratamento de uma família, cujo único filho é portador da fibrose cística, e analisar os benefícios da psicoterapia familiar para pacientes com fibrose cística e membros da família.

Metodologia

Esta pesquisa baseou-se em um estudo de caso de uma família com um filho portador de fibrose cística. Foram analisados quatro observações e os resultados foram avaliados através da análise qualitativa com sucessivas análises de conteúdo das sessões, elencadas no referencial sistêmico.

Todas as observações ocorreram no Centro de Formação de Psicologia Aplicada (CEFPA) da Universidade Católica de Brasília, em uma sala com espelho para não interferir no andamento da psicoterapia.

A coleta de dados baseou-se em material gravado e em anotações realizadas durante as observações. Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2004.

A análise dos dados foi realizada a partir da transcrição das fitas e das anotações. Fez-se um recorte das idéias relevantes e um relatório para cada sessão. Em seguida, os dados foram

interpretados e relacionados à literatura sistêmica pesquisada e alocados em sistema informatizado.

Resultados e discuss, o

Ao longo das observações realizadas no centro de formação, constataram-se diversos aspectos relevantes. A família sofria de um alto nível de ansiedade, apesar da elevada escolaridade dos pais. Enfrentava dificuldades no gerenciamento do cotidiano e a homeostase do sistema muitas vezes estava abalada, pela falta de autoridade dos pais e pela dificuldade do paciente aderir integralmente ao tratamento. A criança fazia muita “birra” para tomar as enzimas. Paradoxalmente, muitas vezes era a criança que dava apoio emocional aos pais que apresentavam dificuldades em verbalizar e lidar com as difíceis emoções. Havia impedimentos na expressão da tristeza e dos sentimentos de perda gerados pelo nascimento de um filho portador de uma doença crônica. Observa-se a presença de mecanismos psíquicos inconscientes defensivos por parte dos pais diante da realidade, o que explica a negação e o mascaramento da tristeza e do luto, em algumas situações.

Toda esta situação lembrou o conceito de parentalização dentro da família de Bonzormenyi⁹, descrita em seu livro “Lealdades Invisíveis” que aborda a questão da transgeracionalidade dentro do sistema familiar. De acordo com esse conceito, o filho passa a cuidar dos pais, a ser “parentalizado” a fim de responder a necessidades inconscientes dos pais de uma relação simbiótica, impedindo desta maneira que o filho atinja a autonomia pós-adolescência.

Esta família pode ser vista como um grupo fechado, pois a doença do filho representava um segredo social. Aspectos transgeracionais de ambas as famílias foram trabalhados, tais como: ressentimentos em relação ao avô paterno e a repercussão negativa na mãe gerada por uma criação altamente rígida e repressora.

O estudo de Castro e Piccinini¹¹ revelou o quanto a família é afetada pela doença crônica, com a sobrecarga recaindo, em geral, sobre a

figura materna. Com a família em questão, constatou-se o mesmo fato, visto que a mãe abandonou sua profissão para poder dedicar-se exclusivamente ao filho. O pai percebeu, aparentemente, este fato, quando na primeira sessão comentou que a doação da mulher é muito grande e a maternidade um desafio. Entretanto, foi nítida a necessidade do pai de permanecer o maior tempo possível com sua família nuclear.

A expressão “brinquedo de vidro”, proferida por um pai ao se referir ao filho de apenas dois anos de idade, expressa sem dúvida a grande dificuldade de lidar com a fragilidade da saúde do filho. Como se o medo da perda gerada pela possível risco de morte, ou seja, o “vidro quebrado” pudesse de fato acontecer a qualquer momento. Neste sentido, o “brinquedo de vidro” embora frágil, é muito precioso. A superproteção observável na relação do casal com o filho, revelou um possível temor por parte dos pais de que a criança possa se infectar ao entrar em contato com objetos contaminados. A profissional que cuidava da criança demonstrou a mesma preocupação, na segunda sessão, quando ela ameaçou o menino no momento em que ele colocou um brinquedo na boca: “*Você quer pegar uma infecção e tomar antibiótico?*”.

O padrão comunicacional disfuncional denominado duplo vínculo produz mensagens contraditórias passadas constantemente ao menino. Por exemplo: “*brinque, pois você é uma criança*”, e ao mesmo tempo, “*mantenha-se asséptico para não pegar nenhuma infecção*”.

De acordo com Calil⁸, destacam-se as formas específicas de triangulação, dentre as quais a criança é superprotegida. Nestes casos, os pais unem-se para eliciar disfunção (psicológica ou física) na criança, que se torna, então, receptáculo de proteção, de cuidados e preocupação excessiva dos pais, que podem estar desviando a atenção sobre os próprios conflitos conjugais. Nas sessões onde se encontravam os três membros da família, observou-se com frequência que a presença do menino parecia ter a função de desviar a atenção de assuntos que poderiam mobilizar sentimentos mais profundos e conflitos inconscientes dos pais.

A triangulação reduz a ansiedade e a tensão entre os membros de um sistema, contribuindo para a manutenção da homeostase.

As dificuldades para a administração do medicamento, principalmente se ela ocorre várias vezes ao dia, estão relatadas na literatura. No caso da fibrose cística, os diversos problemas digestivos causados pela doença requerem a ingestão de enzimas antes das refeições. Na terceira sessão, pôde-se observar o momento da administração do medicamento. A resistência do menino ficou evidente, fazendo o grupo refletir sobre a possibilidade de ela estar associada à forma com que o remédio vem sendo dado, a falta de autoridade dos pais e duplicidade do sistema expressa por meio de comandos ambivalentes para o filho. A superproteção interfere na delimitação das fronteiras, afetando, conseqüentemente, a autoridade dos pais que sentem diversas dificuldades em estabelecer limites para a criança e garantir a adesão ao tratamento.

A diminuição da ansiedade com o maior conhecimento dos pais a respeito da doença bem como a melhoria da qualidade de vida da criança representam grandes benefícios do tratamento interdisciplinar da fibrose cística. A família em questão demonstrou bastante conhecimento sobre a doença, tanto no que diz respeito a sua evolução, seus sintomas, quanto aos procedimentos recomendados quando o filho se encontra em crise aguda da doença.

A doença pode ser vista como um estressor que afeta o desenvolvimento normal da criança e as relações sociais dentro do sistema familiar. A ansiedade é particularmente perceptível na família observada, apesar de mostrarem um grande conhecimento acerca da doença. Talvez isso ocorra devido à preocupação excessiva e ansiogênica dos pais com riscos de agravamento da doença.

Consta, também, na literatura¹ o estreitamento das fronteiras familiares, devido, muitas vezes, ao rompimento dos relacionamentos que cercam o subsistema parental. No caso observado, o casal explicitou o fechamento da família nuclear no

primeiro ano da doença, não somente com relação à família como também aos amigos. Geralmente, o fator de isolamento emocional e social são reações presentes no contexto familiar. Quanto mais grave a doença, mais tendência a família tem de manter segredo.

Os teóricos sistêmicos enfatizam que o atual comportamento da família precisa ser compreendido levando em consideração sua história transgeracional, pois a partir disso poderá haver uma melhor compreensão das mudanças organizacionais e das estratégias de manejo da família como um sistema, ocorridas em resposta ao estresse vivenciado no passado^{10,12}.

Os sentimentos de medo e tensão demonstrados pelos pais durante as sessões parecem ser conseqüências, entre outros fatores, do impacto do diagnóstico. A tensão sobre o sistema familiar é causada tanto pela freqüência das transições entre crise e não crise quanto pela contínua incerteza de quando ocorrerá a próxima crise.

Uma vez que a doença é parte do indivíduo, a abordagem sistêmica considera essencial focalizar tanto as interações dos membros da família quanto promover o desenvolvimento da família, visto que os membros da família não se adaptam uniformemente à doença. Esta idéia parte da noção de que a visão de ciclo de vida, por meio do qual a singularidade do indivíduo, da família ou da doença ocorre dentro de um contexto de seqüência e desdobramento⁸.

Conclusão

É de grande relevância perceber a relação familiar e o seu contexto como um todo, focalizando aspectos que envolvam a relação dos membros do sistema. Na família em questão, o objetivo terapêutico consistiu em focalizar a auto-escuta, a relação da família com a doença, a diminuição do dilema de ter outro filho, a ressignificação da história da família, bem como uma mudança na visão de mundo da família onde a doença não fosse o foco existencial primordial. O papel do terapeuta se

limitou a ser um co-participante, que ao invés de interferir no sistema para modificá-lo, atuou para uma transformação conjunta, envolvendo surpresas e imprevisibilidades a partir das mudanças ocorridas no sistema.

As doenças crônicas obrigam a família a passar por uma transição em que uma das principais tarefas é a de trabalhar com antecipação de novas perdas e até de uma possível morte. A terapeuta procurou focalizar a questão da visualização dos pais, salientando com freqüência que cada pessoa constrói o mundo que vive. O objetivo era justamente diminuir o enfoque na doença, fazendo com que os pais pudessem visualizar horizontes mais amplos, criando condições emocionais, psicológicas e relacionais saudáveis para o desenvolvimento do menino. O psicólogo sistêmico tem a preocupação de fazer com que as famílias lidem com as demandas no desenvolvimento da doença sem que seus membros sacrifiquem seu próprio desenvolvimento ou o desenvolvimento da família como um sistema.

Vale ressaltar que cabe à Psicologia realizar mais estudos sobre o impacto da Fibrose Cística nas relações familiares, pois somente assim, será possível ampliar e enriquecer a visão médica que enfatiza principalmente os aspectos biológicos da doença. O ser humano é extremamente complexo e os aspectos subjetivos de cada membro da família são cruciais para definir o curso que ela irá seguir após o diagnóstico. Uma visão linear e mecanicista não será suficiente para compreender as diversas facetas da relação entre o indivíduo e sua família, bem como de sua convivência em sociedade. O estigma de possuir uma doença crônica somente poderá ser superado quando a doença for vista como mais um aspecto do indivíduo, e não como se ela fosse o próprio indivíduo.

Referências

1. Bowen M. Family Therapy in clinical practice. New York: Jason aronson; 1974.
2. Furtado MC, Lima RAG. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a

- enfermagem pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003; 11(1):66-73.
3. Trindade EV. Uma perspectiva Histórica do Sofrimento Humano. *Revista de Saúde do Distrito Federal*. 2004;15(1/2):9-18.
 4. Bateson G. *Steps to ecology of mind*. Nova York: Ballantine Books, Inc.; 1972.
 5. Costa LF. E quando acaba em mal me quer? Reflexões acerca do Grupo Multifamiliar e da Visita Domiciliar como instrumentos da psicologia clínica na comunidade. Brasília: Universa; 2003.
 6. Piccinini CA, Castro EK, Alvarenga P, Vargas S, Oliveira VZ. A doença crônica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia*. 2003; 8(1):75-83.
 7. Oliveira VZ, Oliveira MZ, Gomes WB, Gasperin C. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicologia em Estudo*. 2004;4(1):32-56.
 8. Calil VLL. *Terapia familiar e de casal: introdução às abordagens sistêmica e psicanalítica*. 4ª ed. São Paulo: Summus; 1987.
 9. Bonzormenyi N. *Invisible Loyalties*. New York: Harper e Row. USA; 1973.
 10. Carter B, Mcgoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
 11. Castro EK, Piccinini CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002;15(3): 625-635.
 10. Grandesso M. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.