

A terapia familiar como processo

F. X. PINA PRATA*

Em vez de reduzir o texto que já redigi sobre o problema da «Dimensão sócio-afectiva da Terapia Familiar», refiro neste artigo a «primeira aproximação» a este assunto, dividindo-a em três pontos: a) início do movimento da terapia familiar e sua relação com a psico-sociologia clínica; b) a terapia familiar como *sistema*; c) a terapia familiar como *processo*.

I — INÍCIO DO «MOVIMENTO» E PSICO-SOCIOLOGIA CLÍNICA

1. É no âmbito da psiquiatria que, nos Estados Unidos, se inicia o movimento familiar, no fim dos anos 40 e princípios dos anos 50; movimento de prática e de investigação psiquiátricas quase de repente tornado público no período de 1955-1958.¹

1.1. Além de psiquiatras, a maioria dos seus pioneiros tinha uma formação psicanalítica, estando muitos deles ligados à prática da psiquiatria infantil. Por isso se compreende, como recorda Murray Bowen, que então houvesse o intuito de «salvaguardar a intimidade das relações terapeuta-paciente e de impedir que um

contacto do paciente com a família pudesse contaminar a relação de *transferência*» (Murray Bowen, 1978, p. 3).

1.1.1. Assim, havia hospitais em que a um dos terapeutas cabia o lidar com os «processos intrapsíquicos», enquanto a um outro psiquiatra tocavam os respectivos problemas práticos e administrativos, ficando reservado à assistente social o contacto com os familiares (M. Bowen, 1978, p. 10). Mas a viragem operada só se pode compreender se, entre os pioneiros reais, colocarmos os psicólogos e assistentes sociais que, por então, influenciam o movimento da psiquiatria social e encabeçam o *aconselhamento* infantil e o do casal, ambos com tão importante incidência na T. F. (cf. Satir, de 1955-58, in 1964-67, 1971, p. 9), sem esquecer alguns estudos levados a cabo por sociólogos e antropólogos. Não admira, portanto, que haja quem situe o início da terapia familiar como óptica global de intervenção, em 1940, com o trabalho do psicólogo John Bell, no Mental Research Institute de Palo Alto (Davison-Neale, 1978, p. 535).

2. Com a psiquiatria social a situação altera-se no que se refere à concepção da doença mental e dos respectivos operadores sócio-profissionais.

* Professor catedrático do ISCTE e do Curso Superior de Psicologia da Universidade de Lisboa.

¹ O aconselhamento matrimonial inicia-se pelos anos 30, mas a sua dinâmica terapêutica deriva da psiquiatria tradicional (Bowen, 1978, p. 10).

2.1. Todavia o *modelo médico* organicista, com a sua explicação da doença mental em termos de causalidade linear, continua a impor-se, tanto no que se refere à *etiologia*, como ao *diagnóstico* e à *terapia*: há de um lado o paciente e, do outro, o psiquiatra. Mesmo quando se passa da perspectiva restrita de «doença mental individualizada» à de um «acrécimo de saúde mental na comunidade», isto é, a um acentuar da «qualidade de vida» e, por conseguinte, a prevenção também da doença, mesmo então a tendência era a de ver as relações da Comunidade com a Família e, particularmente, as de Família com o «paciente identificado», mediante conceitos unidireccionais, isto é, em termos de *influência sobre* o paciente.

3. A investigação sistémica da dinâmica familiar releva ainda, por isso, quase exclusivamente dos campos teórico e metodológico da psicologia social (Framo, 1965; 1976, pp. 463-522).

3.1. Só há pouco foi descoberta a importância da psicologia social, não só na psicologia clínica, como na prática e nos métodos da psiquiatria social; é recente aliás, por isso, o uso da designação de psico-sociologia clínica (Schraml, 1973, pp. 17, 187).

3.2. Em razão do seu objectivo específico e da área de sua intervenção, é compreensível que a particular incidência da psico-sociologia clínica se verifique no domínio da terapia familiar e da Comunidade: a interacção entre estas é bastante patente na actual designação de «Terapia Familiar na Comunidade».

4. Enquanto psico-sociologia clínica, a terapia familiar aparece relacionada com uma nova disciplina que se abre a novos operadores sócio-profissionais, cuja formação deixa de ser ou não é necessariamente de predominância médica, nem de algum exclusivo psicológico. Isto levanta, sem dúvida, problemas teóricos, metodológicos e deontológicos (Zwerling, 1978, p. 19).

5. Com o modelo *Sistémico Relacional*, a terapia familiar entra na sua actual fase de investigação, de intervenção e de formação, em que não se privilegiam, como inicialmente, as famílias com transacções esquizofrénicas e em que se integram não só os modelos *multifamiliares* (Laqueur), mas ainda as intervenções de terapêutica comunitária, tanto a nível de bairros ou de grupos alargados, como a nível de subsistemas sociais, quer sejam escolares, profissionais ou sócio-culturais.

II — A TERAPIA FAMILIAR COMO SISTEMA

1. A interacção em que mergulhamos durante a intervenção psicoterapêutica não nos facilita muito a percepção e a análise dos fenómenos que surgem no processo complexo que é o *sistema de relações* da própria terapia familiar.

1.1. É certo que o terapeuta familiar deve integrar nas suas intervenções a experiência e a teoria. Mas semelhante integração será tanto mais válida quanto se apoiar numa percepção e compreensão do desenrolar do processo terapêutico no seu conjunto e, ao mesmo tempo, da multiplicidade dos fenómenos psico-sociais diferenciados que lhe são inerentes.

Procurei, por isso, estabelecer um referencial teórico que denominei *Sistema do Equilíbrio Tensional* que implica subconjuntos teóricos que são outras tantas *teorias intermédias*; estas visam articular, em encadeamento preciso e progressivo, as hipóteses de diferente grau de abstracção com os dados observados directa ou mediadamente.

2. Donde, antes de iniciar a exposição bastante abstracta da óptica sistémica do equilíbrio tensional, abordo as mesmas questões fundamentais nele referidas, mas de um modo mais simples, partindo de um caso concreto que me leve a responder sobre o alcance prático e teórico do processo terapêutico familiar em questão.

2.1. O exemplo de que parto é o de uma rapariga de 12 anos que seguia uma terapia familiar há umas semanas. Vejo ainda os seus movimentos corporais que me faziam pensar nos de uma boneca de trapos, desarticulada.

Tinha fugido de casa e havia tentado suicidar-se com sedativos. Éramos dois supervisores, em supervisão-ao-vivo, enquanto o terceiro terapeuta, que conduzia directamente a sessão, trabalhava com a família a técnica de Satir, chamada a «estátua», em que cada membro da família, por sua vez, coloca os demais uns relativamente aos outros, consoante a posição afectiva que julga haver entre si e eles.

O pai, quando lhe colocaram diante o filho, um rapaz de nove anos, não cessava de acariciar a cabeça da criança. Mas, ao colocar-lhe a mãe a filha junto dele, o pai empertigou-se e cruzou rigidamente as mãos atrás das costas. A mãe, tal como o pai, punha o seu interesse no rapazinho.

É nítido, neste caso, como cada um dos pais remetia para o outro a filha, à semelhança de uma bola de trapos que mutuamente se lançavam. A filha não tinha lugar *junto* deles.

Ao vê-los, tive o sentimento de que a linguagem não verbal cinética do corpo da rapariguita traduzia aquele balanceio sócio-afectivo dos pais para com ela e dos pais entre si, o qual se revelava, igualmente, na «comunicação proxémica» da feitura da «estátua».

3. Introduzirei a formulação de algumas interrogações e de algumas hipóteses ou postulados a respeito da terapia familiar e do processo terapêutico correspondente, sobretudo no que se reporta ao nível sócio-afectivo. Minha intenção é suscitar novas sugestões práticas e teóricas sobre a terapia familiar.

3.1. A rapariguita de doze anos é o «paciente identificado» no grupo e pelo grupo familiar. É por sua causa que vêm os pais à consulta, em razão do seu *comportamento perturbado*.

A noção de paciente identificado ou designado, quer se trate de um caso de esquizofrenia, de neurose, de anorexia mental, remete-nos

sempre para um sistema de relações familiares e extrafamiliares muito concreto. No caso desta rapariga suicidária, remete-nos para as inter-relações mútuas que são a *teia de fundo* da personalidade de cada membro desta família.

Será por acaso o comportamento dos pais, aquando da execução da «estátua», tal como o vi, um comportamento «menos perturbado» do que o de sua filha?

O *modelo clássico*, quer da psiquiatria tradicional, quer da psicopatologia intrapsíquica, conduz a uma observação e empurra para formas de tratamento que acentuam *factores etiológicos individuais* e representações interiorizadas do sujeito.

A óptica *institucional* acentua os factores sociais ou situacionais, tanto no que diz respeito ao «sujeito-doente» como à sua família.

Na *perspectiva relacional*, o que se nos depara como comportamento perturbado da rapariguita resulta da interacção de múltiplos factores que relevam daqueles dois tipos de factores, os pessoais e os situacionais e, por isso, das inter-representações pessoais. Mas a perspectiva relacional poderá intervir tanto a nível individual como grupal ou institucional.

Os sintomas, o comportamento perturbado da rapariga, são um revelador indiscreto mas necessário do sistema concreto familiar respectivo, inserido no contexto mais alargado de outros sistemas sócio-culturais particulares que constituem o seu derredor ou meio situacional concretíssimo.

3.2. Por conseguinte, a noção de paciente identificado não postula uma psicopatologia do intra-subjectivo: a rapariga *não é* «suicidária», não tem dentro essa perturbação como um tinheiro de tinta *tem dentro* tinta e *é* de vidro. Tal noção remete-nos, sim, para uma *patologia do sistema relacional*, já que, para começar, não se me afigurou «normal» a conduta daquele pai e daquela mãe para com sua filha. Mas isto não quer dizer, agora, que seja a família a causa directa do comportamento perturbado da filha ou que a família passa a ser o «sujeito-doente».

Há *discontinuidade* entre a óptica relacional e a óptica intrapsíquica. É assim que o diagnóstico psiquiátrico clássico, baseado sobretudo nas representações expressas pelo doente e no seu «comportamento isolado», não só não explica o processo da patologia interaccional da relação perturbada, como pode ser um obstáculo à própria terapia, na medida em que *confirma* o paciente identificado como um «doente mental objetivo». Tal como o recorda Minuchin a propósito da família Smith: «a estrutura familiar muito rígida foi reforçada por doze anos de coincidência médica na afirmação de que o senhor Smith sofre de uma enfermidade mental» (Minuchin, 1974, p. 265).

4. Talvez mais valha tentar substituir, para começar, a etiqueta psiquiátrica por uma via metodológica em que, primeiramente, nos informemos sobre *qual é o problema* para cada membro da família — o que nem sempre é fácil clarificar.

Em seguida, procuraríamos determinar como, na família, se tentou resolver o que para ela é problema: o processo terapêutico não deve repetir o fracasso dos ensaios já feitos pela família.

Depois, será necessário chegar a um objetivo comumente aceite por todos os membros da família, o que poderá consistir tanto no *desaparecimento* de um comportamento sintomático não desejado, como na *emergência* de novo comportamento desejável (Watzlawick, 1978).

Finalmente, tornar-se-á indispensável elaborar uma estratégia em que haja lugar para a compreensão e superação do *comportamento sintomático* no sistema das relações familiares; trata-se de uma estratégia que dê resposta ao *objetivo* do paciente identificado enquanto tal.

Nesta perspectiva é importante incrementar o *processo de informação* intrafamiliar em detrimento do processo avaliativo de cariz negativo, tão em evidência nos sistemas relacionais patológicos; aliás, a atitude terapêutica subjacente ao diagnóstico psiquiátrico tradicional assenta num processo opinativo deste último tipo.

5. A estrutura sócio-afectiva da família, quer dizer, o conjunto de seus interesses e desinteresses mútuos, de suas atrações e repulsas, de seus compartilhados sentimentos de aproximação e de fuga, repito, sua estrutura sócio-afectiva *determina e qualifica a tensão e o equilíbrio* específicos de cada sistema familiar.

Por isso sustento que a terapia familiar é uma teoria psico-social, no enquadramento teórico-prático do que se pode chamar uma «psico-sociologia clínica». É, com efeito, uma terapia do conjunto das relações constitutivas do grupo familiar em causa.

O terapeuta familiar vai tentar suscitar a destruturação e a reestruturação das auto-imagens e das altero-imagens dos diferentes membros da família, melhorando ou desenvolvendo as potencialidades próprias de cada um deles, potencialidades que estão implicadas na sua interacção comum; não se trata apenas de «curar» o paciente identificado.

Na verdade, o comportamento perturbado, *na sua raiz, não difere* do comportamento não-perturbado: ambos nos assinalam a capacidade de *iniciativa* e de *ser mais* (e, portanto, de ser diferente) de cada pessoa enquanto membro de um grupo familiar e de grupos sócio-culturais mais vastos.

5.1. O processo terapêutico *apoiar-se* no sistema real das comunicações familiares existentes a um dado momento, sem que se confunda com este. Utilizamos, por exemplo, a forma de linguagem dos códigos familiares que nos permitem descortinar e definir os correspondentes equilíbrios estruturais e a qualidade das relações interpessoais: «Minha Senhora, a maneira de agir com um marido tão senhor de si, é deixá-lo cometer erros» — dirá o terapeuta à esposa cuja linguagem revela tratar-se de alguém com atitudes autoritárias.

O terapeuta familiar empenha-se com a família no surgimento de uma nova rede de funções e de relações; aceita que o sistema das *relações* perturbadas é fundamentalmente *positivo*, na medida em que constitui e traduz uma

maneira de afirmar a *unidade* e a *estabilidade* do sistema familiar, isto é, a sua homeostase.

Mas o terapeuta não quer entrar no *jogo sem fim* das relações patológicas, o que implica a sua recusa em aceitar uma *permanência* do sistema que se destrói a si própria se não incorpora a outra face de um *único processo* que é o de *estabilidade-mudança*: a identidade sem iniciativa pessoal é indiferenciação patológica; a iniciativa pessoal sem estruturas subjacentes em que radiquem relações continuadas, é desequilibrante.

O terapeuta, para que a terapia progrida, tem, assim, de pôr a nu «os hábitos das *meta-comunicações* constitutivas dos padrões da interacção familiar» (Bateson), isto é, o conjunto de regras subentendidas no processo de comunicação, que definem as relações dos diferentes membros entre si: relações de *estar por cima* (*on up*) ou de *estar por baixo* (*on down*) (Haley, 1966; 1973, p. 241).

Além disso, o terapeuta tentará fazer eclodir, no sistema familiar perturbado pelo *jogo sem fim* da procura de um culpado, as *meta-regras* do sistema: as regras da sua própria mudança, a fim de se adaptar activamente a novas situações; regras que podem ser suscitadas, creio, por intermédio de *sugestões operativas* ou de iniciativa, a que terapeutas como Watzlawick chamariam «manipulatórias».

6. O terapeuta empenha-se no sistema de relações familiares sem se deixar destruir ou absorver por um sistema que, paradoxalmente, lhe pede (sobretudo de início) que *o mude*, mas... *ficando o mesmo*; esta é a *dificuldade crucial* sócio-afectiva do processo terapêutico enquanto processo inter-relacional.

É por isso que, em terapia familiar, a primeira ou primeiras sessões constituem o «período de graça» (Watzlawick, 1978) do terapeuta. Ou consegue empenhar-se com a família sem se deixar arrastar pelas engrenagens do *círculo da repetição patológica* das estruturas da relação perturbada, ou então faz aparentemente a felicidade de todos sem ocasionar a melhoria de nenhum deles. Foi o caso de uma mulher de

45 anos, solteira, que se mostrava muito contente com os terapeutas, mas que continuava a rasgar os assentos das cadeiras dos cinemas, em que introduzia cigarros acesos, esperando depois, alegremente, a vinda dos bombeiros (Watzlawick, 1978).

7. Pelo que ficou apontado, a dimensão sócio-afectiva constitui o cerne do processo terapêutico: é na *recusa de aceitar as diferenças* que nos *afastam* porque nos *distinguem*, que se destrói o processo terapêutico como processo eficaz de mudança.

Como o sublinha Satir (1971, p. 246), as regras interaccionais familiares são velada ou até abertamente regras de inclusão e de exclusão das diferenças de um, de alguns ou de todos os membros, no sistema familiar. A este propósito era bom repensar as experiências de Raven e Eachus (1963) sobre os tipos de equilíbrio estrutural, discriminados pelo grau de interdependência que existe entre os sujeitos experimentais.

Neste contexto da *diferenciação das pessoas no que toca às suas opiniões e sentimentos*, julgo importante para encaminhar a evolução do processo terapêutico, não só o conceito frequentemente utilizado de *interdependência*, mas muito especialmente um que tem passado despercebido: o de *interindependência*, embora implicitamente postulado por vários especialistas, como sucede com Bowen, na sua teoria central do «processo de projecção de imaturidade na formação de um sistema esquizofrénico» (Bowen, 1978, pp. 75-80).

A esta luz da dimensão sócio-afectiva se podem compreender os fenómenos e processos mais diversos, tais como: a ambivalência do amor-ódio nas famílias com transacções esquizofrénicas, com sua pseudomutualidade e pseudo-hostilidade (Wynne, 1965, pp. 339-372) e suas «ilusões de alternativas» (Weakland, 1959); a emergência dos «bodes expiatórios»; o duplo-ligame (*double-bind*) de Bateson e a «posição instrumental» de Laing; todos eles têm como denominador comum o facto de *desvalorizarem* a imagem que cada um faz de si mesmo, des-

valorizando as opiniões e sentimentos de outrem: os pais de Ruth «dizem-lhe sem fim que Ruth não se dá conta, nem do que lhe acontece, nem do que faz» (Laing, 1964, 1978, p. 139). Ruth não pode ter as emoções que tem; deve ter as emoções que não tem, emoções que só pode ter se as não tiver («duplo-ligame»)!

7.1. Também da dimensão sócio-afectiva releva o que parece constituir o *denominador comum* do êxito de qualquer terapia: o sentimento do «paciente» de haver alguém que se interessa por ele, independentemente da maneira como interpreta tal «interesse» ou «amor» (Framo, 1965).

8. A *dimensão cognitiva* e a *dimensão operativa* (ambas também sempre presentes no comportamento perturbado ou não-perturbado) estruturam-se diferentemente consoante o modo como as pessoas se aproximam ou afastam umas das outras: consoante a sua afectividade mútua.

A *probabilidade* de amar e de odiar é nula se a possibilidade de encontro ou de aproximação é nula; em família, o encontro é constante, donde a maior probabilidade de amor e de ódio mútuos.

8.1. Em razão desta posição charneira da sócio-afectividade, parece-me indispensável que, em certos «momentos cruciais» da terapia familiar, nos dêmos conta da forma como nós «deixamos passar» a nossa sócio-afectividade e como a imbricamos com aquilo que formulamos (dimensão cognitiva) e com o que fazemos ou dizemos que deve ser feito (dimensão operativa).

8.1.1. Julgo ser possível uma certa ponderação quantitativa destas três dimensões, mediante a análise do conteúdo verbal e não verbal dos três processos básicos que integram o da comunicação. Refiro-me aos processos da «*informação*» (que visa a *validação objectiva* do comportamento); ao da «*opinião*» (que traduz a *avaliação preferencial* que fazemos uns dos outros, de valência positiva ou negativa); ao das

sugestões «*operativas*» ou «*de iniciativa*» (que pressupõe a autonomia e capacidade de iniciativa das pessoas).

Os sistemas familiares em que a circulação da «*informação*» e das «*sugestões de iniciativa*» é diminuto relativamente às «*opiniões*» que veiculam a negação das *diferenças* dos seus membros e, por consequência, de suas *imagens* e *sentimentos*, originam os sintomas patológicos mais diversos.

Donde a fórmula-guia dos sistemas relacionais, cuja tensão motivacional é negativa (sistemas em desequilíbrio):

$$\Sigma O_p > \Sigma I_f + S_i$$

A fórmula inversa tenderá a ser a dos sistemas em equilíbrio tensional:

$$\Sigma I_f + S_i > \Sigma O_p$$

(Pina Prata, 1978, pp. 33-72.)

9. Contrariamente às terapias da primeira metade deste século, a óptica sistémica da terapia familiar não se baseia fundamentalmente no *insight* (intravisão), isto é, no dar-se conta intuitivo, próprio a qualquer pessoa, de suas representações interiorizadas como meio de alterar o comportamento perturbado.

Os terapeutas familiares, com frequência, incorporam *instruções de acção* («sugestões de iniciativa»), no processo terapêutico com que visam tanto o alargar das possibilidades de alternativas de comportamento, como a destruturação e a reestruturação das auto-imagens e das altero-imagens e, por conseguinte, a maior valorização do paciente identificado. Reestruturação, às vezes, espectacular.

9.1. Creio sermos, hoje, capazes de espontaneidade nas nossas intervenções terapêuticas e, simultaneamente, assinalarmos objectivos claros durante as fases da respectiva terapia. Ao aceitarmos a condução da terapia responsabilizamo-nos por fazer sair os sistemas familiares de suas estruturas patológicas, mediante um doseamento novo da tensão existente entre a tríplice

dimensão dos comportamentos, a que aludi (a cognitiva, a operativa e a sócio-afectiva), graças ao uso muito bem combinado do processo de *avaliação preferencial* e do processo de *validação objectiva*.

III — A TERAPIA FAMILIAR COMO PROCESSO

1. A perspectiva sistémica que denominei «Equilíbrio tensional» (1978), enquanto se baseia num processo inter-relações, afasta-se das ópticas do modelo médico e do modelo intrapsíquico, como já referi.

Isto, sem diminuir a importância, no diagnóstico e no tratamento do comportamento perturbado, dos factores dinâmicos psíquicos e, também, dos factores orgânicos ou constitucionais (genéticos, hereditários e neurofisiológicos).

Naquelas duas ópticas, todavia, a tónica terapêutica recai sobre o *conteúdo* ou quando muito sobre a *forma* do comportamento perturbado; no modelo sistémico familiar, mais sobre o *processo*.

Por isso, creio que a nomenclatura classificadora da psiquiatria e da psicopatologia clássicas, embora ainda não substituída, carece já de grande utilidade (cf. Aubrey Yates, 1977, p. 313).

Muito da rica e variadíssima acumulação de observações, de experiência e até de experimentação sobre o comportamento perturbado é repensado, naquelas ópticas, em termos de *modificações internas*, estruturais ou não, *das funções psíquicas*; na perspectiva sistémica, fala-se antes de «disfunções interpessoais» (Erich Wulff, 1977, p. 141). Razão pela qual os terapeutas familiares não se referem, por exemplo, simplesmente a «esquizofrenia», mas a «tran-sacções esquizofrénicas».

É por isso que estes terapeutas não decidem do tratamento de qualquer paciente identificado a partir, unicamente, de um diagnóstico baseado na constatação da existência de factos que se reportam a simples conteúdos de simples etiquetas dadas a indivíduos, a pretexto de «anormalidades comportamentais».

2. A assinalar esta dissimilitude de quadros de referência teórico-práticos, é significativa a experiência de Rosenhan (1973), em que ele próprio participou; experiência que mostra como os diagnósticos baseados apenas na existência de certos sintomas que os indivíduos aparentam, ou na mera formulação de representações, feita pelos pacientes, além de bastante aleatórios, conduzem frequentemente a terapia inadequada.

Rosenhan, mais sete indivíduos «inteiramente normais», solicita cada um deles a sua admissão em doze hospitais psiquiátricos (desde hospitais estatais antiquados e com pouco pessoal, a centros modernos de tratamento privado de elevado custo), pretextando que ouviam vozes «vazias, ocas e surdas»; em nada mais alteravam o seu comportamento habitual.

Todos menos um foram, desde logo, admitidos como «esquizofrénicos»; o que não fora assim «rotulado», também foi diagnosticado «esquizofrénico» após internamento.

Durante este, nenhum deles simulou quaisquer sintomas de «anormalidade»; chegaram a dizer ao pessoal hospitalar que, logo após a sua admissão, tinham deixado de ouvir vozes.

Aceitaram os medicamentos, mas nunca os tomavam. Ficaram internados entre 7 a 52 dias, tendo-lhes sido dada alta com um diagnóstico de «esquizofrenia em remissão» (Whitaker, 1976, 1977, pp. 534-535).

3. No modelo sistémico familiar, o comportamento «anormal» ou perturbado do paciente identificado é apercebido duplamente como um *processo*: como tal é visto, com efeito, a nível de *diagnóstico* e também na *terapêutica* que lhe corresponde.

Enquanto processo, opõe-se aos conteúdos estáticos das síndromas de quaisquer ópticas organicistas redutivas. Sua dinâmica própria releva não apenas do dinamismo psicológico do paciente identificado, mas do dinamismo das inter-relações pessoais familiares e extrafamiliares respectivas.

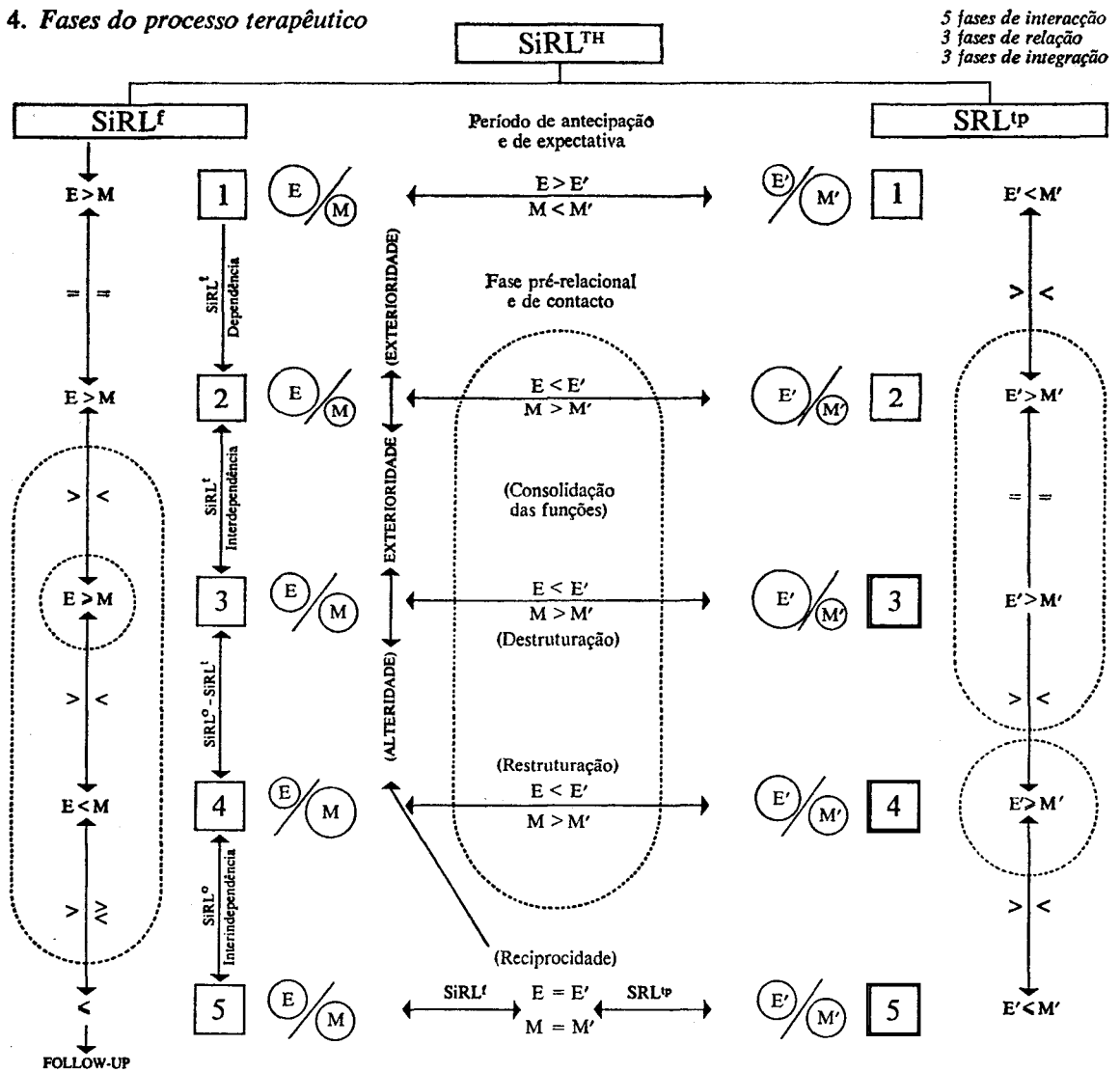
Não que o doente, repito, passe, agora, a ser a «família» ou até a «sociedade». O comportamento perturbado sintomático tem uma função que postula uma terapia centrada, não sobre esta ou aquela entidade, sejam elas o paciente identificado, a família ou a sociedade, mas sobre o processo de relação enquanto tal, o que, para os nossos hábitos mentais, é extremamente novo e difícil.

O modelo sistémico do Equilíbrio Tensional implica uma teoria e uma prática da relação

entre as relações (rev. *Terapia Familiar*, n.º 3, p. 137).

3.1. Processo aquele que, evitando a dicotomização das classificações psiquiátricas e psicopatológicas tradicionais (já que «a pessoa pode ser x a um dado momento e y a um outro») (Satir, 1971, p. 236), evita igualmente as «profechas auto-suficientes» (Merton, 1948) de semelhantes etiquetas que tendem a fixar o processo psicopatológico «como se fosse um resultado» (Satir, 1971, p. 236).

4. Fases do processo terapêutico



M=Atitudes de Mudança; E=Atitudes de Estabilidade; SiRlTH=Sistema inter-relacional terapêutico; SiRl^f=Sistema inter-relacional familiar; SiRl^{Tp}=Sistema relacional do terapeuta

4.1. Parâmetros básicos

Para não alongar esta reflexão, limitar-me-ei a enunciar esquematicamente o fio condutor do processo terapêutico, nas suas múltiplas fases, de carácter não cumulativo, mas intercircular.

4.1.1. Tal como na óptica intrapsíquica, o modelo sistémico inter-relacional dá grande importância às «re-presentações» das relações familiares dos membros da família. Todavia, sendo a personalidade de cada um deles definida pelo respectivo sistema de relações (que denomino «sistema relacional» do sujeito), o *intrapésiquico*, na perspectiva sistémica, não é uma entidade que implique um «dentro» em que se dariam coisas ou processos. O intrapsíquico *não tem* um «dentro» precisamente porque, também, *não tem* um «fora»; ele não é da *ordem do ter*, mas da *ordem da relação*.

Por isso, o que observamos e analisamos, no processo terapêutico, são *inter-representações* que circulam no sistema familiar.

4.2. A reflexão atenta destes últimos três anos tem-me levado a procurar determinar os parâmetros básicos das diferentes orientações da terapia familiar, quer sejam centradas sobre teorias «intrapésíquicas», quer sobre teorias da «comunicação», do «papel social», ou sobre teorias dos «jogos» ou «estratégias».

Resumo os tipos de fases do processo terapêutico que se me afiguram estruturais, tendo em conta aquela reflexão e sobretudo a prática com diversos especialistas ou a observação directa de sua forma de condução da terapia; refiro-me a terapeutas familiares como Bowen, Minuchin, Haley, Palazzoli, Andolfi, Carmine Saccu, Bruyning, Elkaim, Borwick e Silverstein, para não referir o contacto que tive com outros como Zwerling, Fontaine, Maggy Siméon, Hayez e outros.

4.3. Como se pode ver no gráfico correspondente, há a considerar três tipos de fases.

4.3.1. *Três fases de relação*, presentes em todas as formas de desenvolvimento dos sistemas inter-relacionais: a de *exterioridade*, a de *alteridade* e a de *reciprocidade* (Pina Prata, 1978, pp. 2-5); a fase pré-relacional é importantíssi-

ma, dado que condiciona todo o arranque do processo terapêutico, mas não está nele directamente integrada.

4.3.2. *Cinco fases de interacção*, muito marcadas em sistemas familiares rígidos, como bem o formalizam Andolfi, Menghi, Nicolò e Saccu, cujo trabalho sobre «*um modelo de intervenção na família com paciente esquizofrénico*» (Andolfi, 1978, pp. 35-65), integro no modelo do equilíbrio tensional, tal como o indico no mesmo gráfico. São elas as fases: a) *de contacto* do sistema inter-relacional familiar (SiRL^f) com o terapeuta, isto é, com o sistema relacional de um determinado terapeuta (SRL^{tp}). Fase de impacto das *representações antecipadas* e das expectativas do tempo pré-relacional terapêutico com as interacções reais do início do sistema inter-relacional terapêutico (SiRL^{tp}).

b) *A de consolidação das funções* dos diferentes membros (para que a mudança se possa operar, sem riscos de novos desequilíbrios), baseada na positividade da homeostase ou estabilidade do sistema.

c) *A de destruturação*, em que à desqualificação do terapeuta feita pela família corresponde a desqualificação ou *não-confiança-terapêutica* quanto às mudanças apontadas pela família por parte do terapeuta; mudanças que relevam de nova coesão incipiente.

d) *A de reestruturação* de nova rede de funções no sistema familiar, o que pressagia a *interindependência* que se instala entre o terapeuta e a família, após a dependência inicial e a interindependência do momento intermédio do processo terapêutico.

e) *E*, por fim, a de *reciprocidade*, em que as atitudes de estabilidade (*E*) e as de mudança (*M*) estão em novo equilíbrio tensional, no que se refere aos dois subsistemas (SiRL^f/SRL^{tp}) no SiRL^{TP}. Fase que culmina na separação de ambos os subsistemas.

4.3.3. *Três fases de integração* dos dois tipos de fases anteriores: a *fase crucial do SRL^{tp}*, em que *E* é maior ou igual a *M*; a *fase crucial do SiRL^f* em que também *E* é maior ou igual, em intensidade e frequência de atitudes, a *M*; a

fase central do SiRL^{TP}, em que *E* é sempre maior por parte do terapeuta que por parte do sistema familiar e, ao contrário, *M* é sempre menor.

4.4. De notar, no entanto, que as atitudes de estabilidade (*E*) vão diminuindo em ambos os subsistemas e as de mudança (*M*), aumentando.

5. Por fim, assinalo que, a meu ver, os processos psico-sociológicos fundamentais, no decurso do processo terapêutico, são sempre os mesmos, embora com incidência diferente nas diversas fases de ambos os subsistemas.

Com efeito, durante aquele, estão em jogo permanentemente os processos de *avaliação* subjectiva e o de *validação* objectiva. O primeiro, manifesta-se nas apreciações de preferência, negativas e positivas, das *opiniões* (*O_p*) dos sujeitos (em que se revelam também os seus *sentimentos*); por isso, cognomino-o, processo de *avaliação preferencial*. O processo de *validação objectiva* remete-nos, antes, para as informações factuais (*I_f*) e para os *métodos* de procura de compreensão e de soluções dos problemas familiares; métodos que, no processo terapêutico, tal como em qualquer processo de comunicação, se reportam ao que designei por «sugestões de iniciativa» (*S_i*) dos membros da família ou do terapeuta.

5.1. É de notar que, segundo o modelo sistémico do equilíbrio tensional (Pina Prata, 1978, pp. 28-36), as dimensões cognitiva, sócio-afectiva e operativa do comportamento perturbado ou não de qualquer dos membros da família, são apercebidas e analisadas mediante a observação e a ponderação, respectivamente, das informações, das opiniões e das sugestões de iniciativa que circulam no sistema familiar (8, 8.1, 8.1.1).

5.1.1. Semelhante hipótese, por um lado, facilita o doseamento prático, pelo terapeuta, dos processos de avaliação e de validação. Por outro, permite-nos não só julgar do grau de equilíbrio ou de desequilíbrio do sistema familiar, como desenvolver as estratégias terapêuticas mais diversificadas, no desenrolar da terapia,

justamente pelo manuseamento das combinatórias possíveis entre as informações, as opiniões e as sugestões de iniciativa, a que o terapeuta pode proceder; combinatórias que, no seu conjunto, vão alterar a rede das funções e das relações do sistema familiar, dando maior espaço às pessoas do que às funções.

Assim, por exemplo, a *prescrição do sintoma* pode ser trabalhada como uma combinação de sugestões de iniciativa (*S_i*), com informações factuais (*I_f*), em que o terapeuta opina (*O_p*) sobre e aposta na valência positiva da homeostase do sistema, isto é, da sua *estabilidade* (*E*), com vista à sua modificação (*M*), donde poder variar imenso o modo de formular tais prescrições.

RESUMO

A T.F. insere-se num movimento de diagnóstico e de tratamento do comportamento perturbado que tenta superar os limites dos modelos médico e psicanalítico anteriores.

A perspectiva sistémica relacional que, teoricamente, se apoia, em particular, no processo de comunicação, constitui o modelo de T.F. que mais investigação e intervenções terapêuticas suscita actualmente.

O processo terapêutico visa a reestruturação do sistema de relações patológicas, mediante a emergência de novos comportamentos e atitudes ou pelo desarraigamento de padrões anteriores de interacções já estabelecidas na dinâmica da estabilidade-mudança do sistema familiar.

É possível uma certa ponderação quantitativa das dimensões cognitiva, sócio-afectiva e operativa inerentes a quaisquer sistemas ou subsistemas inter-relacionais, o que facilita a elucidação e, simultaneamente, a modificação progressiva das inter-relações familiares em desequilíbrio tensional.

RÉSUMÉ

La T.F. s'inscrit dans un mouvement de diagnostic et de traitement du comportement perturbé qui essaie de dépasser les limites du modèle médical et psychanalytique antérieurs.

La perspective systémique relationnel qui s'appuie théoriquement surtout dans le processus de communication, constitue le modèle de T.F. le plus suivi et celui que suscite davantage des interventions thérapeutiques actuellement.

Le processus thérapeutique vise la restructuration du système de relations pathologiques,

grâce à l'émergence de comportements nouveaux ou moyennant le déracinement de patrons antérieurs d'interaction déjà établis dans la dynamique du processus de stabilité-changement du système familial.

C'est possible une certaine pondération quantitative des dimensions cognitive, socio-affective et opérative propres à n'importe quel système ou sous-systèmes inter-relationnel, ce qui facilite la l'élucidation et, en même temps, la modification progressive des inter-relations familiales en déséquilibre tensionnel.

REFERÊNCIAS

- ANDOLFI, M. (1978) — *Terapia Familiare*, Roma, 3:35-65.
- BATESON, G.; JACKSON; HALEY, J. e WEAKLAND, J.H. (1956) — «Toward a Theory of Schizophrenia», *Behav. Sci.*, 1:251-264.
- BATESON, G. (1971), 1977 — *Vers une Ecologie de l'Esprit*, trad., Seuil, Paris.
- BOWEN, M. (1978) — «Storia del movimento familiare» e «Il processo di proiezione d'immaturità nella formazione di un sistema schizofrenico», *Terapia Familiare*, 3:9-12 e 74-93.
- COLEMAN, J. C. (1977) — *Introductory Psychology* (Harbism et al.), Univ. London.
- DAVISON-NEALE (1978) — *Abnormal Psychology*, 2.^a ed., John Wiley and Sons, U.S.A.
- FRAMO, J. L. (1965) — *Terapia Familiare Intensiva*, trad., ed. Trillas, México.
- HALEY, J. (1966) — *Estrategias en Psicoterapia*, trad. ed. Toray, Barcelona, 1971.
- HALEY, J. (1973) — *Terapie non Comuni*, trad., ed. Astrolabio, Roma, 1976.
- LAING, R. D. e ESTERSON (1964) — *Cordura, Locura y Familia*, trad., ed. Fondo de Cultura Economica, México, 1978.
- MERTON (1948) — cf. COLEMAN, 1977, p. 287.
- MINUCHIN, S. (1974) — *Familias y Terapia Familiar*, trad. ed. 1977, Grnaica, Barcelona.
- PINA PRATA, F. X. (1978) — *Equilibrio Tensional*, Lisboa.
- RAVEN e EACHUS (1963) — «Cooperation and competition in means-interdependent triads», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67:307-316.
- ROSENHAN, J. O. (1973) — in WHITAKER, *Psicologia*, trad., 3.^a ed., Interamericana, México, 1977.
- SATIR, V. (1964-1967) — *Thérapie du Couple et de la Famille*, trad., ed. Epi, Paris, 1971.
- SCHRAML, W. J. (1973) — *Précis de Psychologie Clinique*, P.U.F., Paris.
- WATZLAWICY, P. (1978) — Simpósio realizado em Bruxelas em Setembro de 1978.
- WEAKLAND, J. H. (1962) — «Family Therapy as a research arena», *Family Process*, 1:63-68; cit. in FRAMO (1965).
- WYNNE, L. C. (1965) — *Algunas indicaciones y contraindicaciones de la terapia familiar exploratoria*; cit. in FRAMO (1965).
- WULF, E. (1967) — *Psichiatria e classi sociali*, T. Laterza, Roma-Bari.
- YATES, A. (1970) — *Behavior Therapy*, trad., 3.^a ed., Trillas, México, 1977.
- ZWERLLING, I. (1978) — *Terapia Familiare*, 3, Roma.



assine

ANALISE PSICOLOGICA

Envie-nos o seu pedido de assinatura, acompanhado de um cheque ou vale de correio (330\$00 - estudantes; 390\$00 - normal) emitido em nome do INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA, Av. Marquês de Tomar, 33, 4.º-Esq. - Lisboa. Os estudantes deverão fazer acompanhar o seu pedido de uma fotocópia do seu **cartão de estudante**.

Envie-nos as suas sugestões e críticas. Participe na produção desta Revista.