



PUC RIO

CARLOS RAIMUNDO MACHADO MOTTA

TERAPIA DE FAMÍLIA: AS ABORDAGENS SISTÊMICAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-RJ, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Terezinha Fêres Carneiro

Rio de Janeiro, 05 de março de 1993.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

N.Chamada: 150 / M921t / TESE UC

Título: Terapia de familia :



0 0 7 4 6 1 5

Ex: 1-CENTRAL

1674

CARLOS RAIMUNDO MACHADO MOTTA

TERAPIA DE FAMÍLIA: AS ABORDAGENS SISTÊMICAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Psicologia da PUC-RJ,
como parte dos requisitos necessários
para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Orientadora: Terezinha Féres Carneiro.

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 05 de março de 1993.

UC 50337 - 8

UC-50337-8



150
M 921t
TESE ve

MEUS AGRADECIMENTOS:

- À Professora Terezinha Féres Carneiro, pelo apoio e disponibilidade como orientadora.
- À Professora Angela Baraf Podkameni, por me possibilitar o acesso a idéias estimulantes sobre o pensamento sistêmico e a psicoterapia.
- À Professora Maria Luiza Teixeira de Assumpção Lo Presti Seminério, pelo incentivo em muitos momentos difíceis na realização deste trabalho.
- Ao Departamento de Psicologia da PUC-RJ pela colaboração, e em especial à Professora Maria Euchares de S. Motta.
- À equipe da biblioteca do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, pela colaboração na bibliografia utilizada.
- À CAPES e à FAPERJ, pela ajuda financeira recebida durante o curso.

RESUMO

A Terapia de Família surgiu na década de 50, a partir do trabalho desenvolvido por pesquisadores e clínicos de forma independente entre si, e representou o advento de um novo paradigma na área da Saúde Mental. Desde então, inúmeras abordagens foram criadas, e dada sua grande heterogeneidade, torna-se difícil reconhecer os critérios utilizados para abarcar a todas sob o rótulo de "terapia de família". Dentre as abordagens existentes em terapia de família, as normalmente classificadas como "sistêmicas" alcançaram maior repercussão e número de praticantes.

Apresenta-se neste trabalho as principais características das abordagens sistêmicas mais representativas, expondo-se especialmente suas origens históricas, seus conceitos fundamentais e seus processos terapêuticos. Sugere-se ainda um critério mais consistente para agrupar tais abordagens sob o mesmo rótulo.

Além disso, apresenta-se uma história das origens da terapia de família, ressaltando-se os principais autores e idéias que contribuíram para o desenvolvimento desta disciplina.

ABSTRACT

Family Therapy emerged in the 1950s from the work developed by researchers and clinicians, independently of each other. It represented a new paradigm in the field of mental health. Ever since, countless approaches were created, and in view of their great heterogeneity, sometimes it is difficult to recognize the criteria used to join all of them under the label of "family therapy". Among the approaches of family therapy, those usually classified as "systemic" have gotten more repercussion and practitioners.

This work presents the main characteristics of the most representative systemic approaches, especially their historical origins, their fundamental concepts and their therapeutic processes. It is suggested a more consistent criterion to group such approaches under the same label.

Besides, it is presented a history of the origins of family therapy, emphasizing the principal authors and ideas that contributed to the development of this discipline.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - AS ORIGENS E O DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA DE FAMÍLIA	6
CAPÍTULO 2 - A ABORDAGEM ESTRUTURAL	52
2.1. INTRODUÇÃO HISTÓRICA	52
2.2. PRINCIPAIS CONCEITOS	54
2.3. A TERAPIA	65
2.3.1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	65
2.3.2. TÉCNICAS DE TRATAMENTO	67
CAPÍTULO 3 - A TERAPIA ESTRATÉGICA DE JAY HALEY.....	84 ✓
3.1. INTRODUÇÃO HISTÓRICA	84
3.2. PRINCIPAIS CONCEITOS	86
3.3. A TERAPIA	97
3.3.1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	100
3.3.2. TÉCNICAS DE TRATAMENTO	104
CAPÍTULO 4 - A TERAPIA BREVE DO MRI.....	117
4.1. INTRODUÇÃO HISTÓRICA	117
4.2. PRINCIPAIS CONCEITOS	120
4.3. A TERAPIA	128
4.3.1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	132
4.3.2. TÉCNICAS DE TRATAMENTO	134
CAPÍTULO 5 - O GRUPO DE MILÃO	157
5.1. INTRODUÇÃO HISTÓRICA	157
5.2. PRINCIPAIS CONCEITOS	163
5.3. A TERAPIA	168
5.3.1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	168
5.3.2. TÉCNICAS DE TRATAMENTO	169
CONCLUSÕES	183
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191

INTRODUÇÃO

A psicoterapia surgiu como profissão reconhecida há quase um século atrás. Desde então, inúmeras foram as teorias desenvolvidas visando a explicar o comportamento humano e a ajudar indivíduos com problemas. Abt e Stuart (1982) estimaram em cerca de cento e cinquenta o número de diferentes abordagens terapêuticas existentes no campo da saúde mental. Este número hoje é certamente ainda maior, levando-se em conta a crescente proliferação de abordagens terapêuticas observadas nos últimos anos. A grande maioria destas abordagens têm em comum o fato de considerarem o indivíduo isoladamente como unidade apropriada de análise e objeto de estudo e, portanto, de serem orientadas para o tratamento de pacientes individuais. A família ou o grupo social em que vive o indivíduo são, em geral, considerados apenas como pano de fundo.

Até a década de 50, não havia qualquer abordagem terapêutica que objetivasse o tratamento da família; mesmo aquelas que reconheciam a importância da família na origem e no desenvolvimento de problemas mentais tinham como unidade de tratamento o indivíduo. Quando, ao longo dos anos 50, vários psicoterapeutas, de forma independente uns dos outros, começaram a atender famílias ao invés de indivíduos, começava

a nascer uma nova modalidade de tratamento psicoterápico que representou uma ruptura com os modelos de atendimento então preponderantes. Pode-se ir mais longe e afirmar que esta nova modalidade - a terapia de família - representou o advento de um novo paradigma na área de saúde mental.

Segundo Kuhn (1962), um paradigma pode ser definido como um conjunto de crenças, valores e técnicas compartilhadas pelos membros de determinada comunidade científica. Um paradigma é essencial à ciência, dada a extrema complexidade da realidade e a impossibilidade de lidar com a sua totalidade, o que exige a escolha de certos parâmetros para se trabalhar. Esta escolha é orientada pelo paradigma principal prevalente no momento histórico em questão. Uma vez estabelecido um paradigma, ele tende a ser encarado como uma descrição precisa da realidade, ao invés de apenas como um mapa conceitual útil ou um modelo conveniente para a organização dos dados disponíveis em determinado momento. Esta fase, na qual um paradigma está institucionalizado, Kuhn denomina "período de ciência normal". O paradigma pode então atuar como uma camisa-de-força, dificultando novas descobertas ou mudanças nas formas de pensamento dominantes. Assim, um paradigma tem um duplo papel na ciência: ao mesmo tempo em que promove o progresso científico, é também um elemento reacionário. A prática cotidiana da ciência normal leva à descoberta de anomalias, uma série de observações que não encontram resposta ou não são previstas pelo paradigma

prevalente. Isto não implica necessariamente no abandono deste paradigma, mas se as experiências repetidas confirmarem a anomalia, instala-se um período de caos conceitual, e a "ciência normal" transforma-se em "ciência extraordinária", período este que precede uma revolução científica.

Na área da saúde mental, pode-se considerar o período entre a institucionalização da Psicanálise como paradigma dominante e o aparecimento das primeiras experiências com terapia de família como um período de "ciência normal". Uma vez estabelecidas as bases da terapia de família, dispunha-se de uma alternativa viável que representava uma ruptura com os pressupostos básicos do paradigma dominante. Dessa forma, a terapia de família revelou-se como um novo e diferente paradigma concorrente, o que não é surpreendente, pois vários paradigmas diferentes podem relacionar-se ao mesmo conjunto de dados. Ressalte-se, no entanto, que as abordagens terapêuticas desenvolvidas a partir de paradigmas diferentes apresentam um sério problema de comunicação entre si, pois trabalham com diferentes conceitos, postulados e hipóteses sobre a realidade.

Observa-se através do estudo do desenvolvimento da terapia de família que a técnica, via de regra, precedeu a criação da teoria. Trata-se, pois, de uma modalidade terapêutica essencialmente pragmática. Ainda hoje, nota-se

em diversas abordagens de terapia de família uma fundamentação teórica pouco desenvolvida, recaindo a ênfase sobre a técnica. A ausência de grandes articulações teóricas poderia levar a supor que há uma unidade fundamental comum a todas as abordagens de terapia de família. A realidade revela porém que dificilmente encontra-se algo comum às múltiplas abordagens que se desenvolveram sob o rótulo de "terapia de família". Não há consenso geral sequer sobre o que é terapia de família. Tampouco há acordo sobre qual deve ser a unidade de tratamento: em algumas abordagens atende-se apenas casais, em outras somente a família nuclear, em outras ainda uma rede social inteira, e há também algumas em que se atende várias famílias simultaneamente, e aquelas que afirmam poder tratar da família através de um único indivíduo. As abordagens podem ainda diferir grandemente quanto aos objetivos do tratamento e aos meios adequados para alcançá-los.

Dentro deste aparente caos é possível fazer certas classificações, agrupando-se determinadas abordagens segundo certas características distintivas. Dentre as inúmeras e variadas abordagens existentes em terapia de família, aquelas usualmente classificadas como "sistêmicas" foram, certamente, as que alcançaram maior repercussão e número de praticantes. Isto pode ser inferido seja pela quantidade de literatura produzida em comparação com outras abordagens, seja pelo número de escolas de formação de terapeutas que adotam a

orientação destas abordagens. Não obstante, mesmo as terapias ditas "sistêmicas" apresentam certas diferenças marcantes tanto em relação à teoria quanto às técnicas utilizadas.

Este trabalho visa a apresentar as abordagens sistêmicas mais representativas, usando-se como critério de seleção a repercussão que tiveram na literatura especializada. O formato da apresentação compreende os tópicos que julgamos mais importantes e é igual para todas as abordagens, de modo a permitir que o leitor tenha um quadro de referência comparativo. O primeiro tópico consiste em uma introdução histórica, na qual é apresentada uma pequena biografia do(s) criador(es) da abordagem, e um relato de como ela se desenvolveu. No segundo tópico são expostos os principais conceitos pertinentes a cada abordagem e que, de certa forma, compreendem o seu corpo teórico. No último tópico apresenta-se a terapia propriamente dita, subdividida em dois itens: objetivos terapêuticos e técnicas de tratamento. Precedendo a apresentação das abordagens sistêmicas há um capítulo acerca das origens e do desenvolvimento da terapia de família. Nele são apresentados conceitos e autores que, embora não tenham constituído uma "escola" terapêutica, foram fundamentais para o desenvolvimento da terapia de família. Entendemos que só através do estudo da história de uma disciplina é possível compreender seu estado atual.

CAPÍTULO 1 - AS ORIGENS E O DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA DE FAMÍLIA

Diferentemente de disciplinas como a Psicanálise, a que se pode atribuir uma "paternidade", a terapia de família não teve um fundador ou descobridor. Ela foi desenvolvida por pesquisadores e clínicos que trabalhavam de modo independente entre si em diferentes regiões dos E.U.A. no começo da década de 50. Somente mais tarde vieram a conhecer os trabalhos uns dos outros.

Houve, naturalmente, um contexto histórico-social que favoreceu o surgimento da terapia de família. No período que se seguiu ao fim da II Guerra Mundial, afloraram inúmeros problemas em famílias que se reuniram após a separação provocada pelo conflito bélico. A emergente autonomia da mulher - que durante a guerra passou, em maior escala, a trabalhar fora de casa - e o abrandamento das normas morais e sexuais antes vigentes tornaram-se também fontes potenciais de conflito nas famílias. Era cada vez maior a procura por profissionais de saúde mental para a solução destes problemas. Além disso, a prática da psicoterapia havia se tornado mais disseminada, incluindo o tratamento de distúrbios conjugais, delinquência juvenil e outros problemas antes não muito considerados. Embora o tratamento individual fosse então a tônica da psicoterapia, um número cada vez

maior de psicoterapeutas passou a reconhecer a necessidade de intervir nos padrões das relações familiares para tratar um membro da família que tinha comportamento considerado patológico.

O atendimento de toda a família simultaneamente, e não de um membro individualmente, já tinha precedentes nos movimentos de orientação infantil, de aconselhamento conjugal e no Serviço Social. Este último surgiu nos E.U.A. no final do século passado, inspirado em organizações de caridade que existiam na Grã-Bretanha. Embora tivessem como objetivo principal a ajuda às populações pobres, os assistentes sociais também procuravam auxiliar nos problemas emocionais enfrentados pelas famílias destas populações. Desde o começo, estabeleceu-se a orientação de que a família, e não o indivíduo, era o foco de atenção de seu trabalho. As agências de serviço social contavam com assistentes sociais treinados para visitar as residências de seus clientes, visando a conhecer as suas necessidades e oferecer ajuda. Priorizava-se as entrevistas com a presença de ambos os cônjuges, para se ter uma idéia tão acurada quanto possível dos problemas familiares. A família era vista como um todo em interação com o contexto social em que vive. No entanto, a partir da década de 20, com o crescente domínio do Serviço Social pela Psiquiatria, esta posição começou a perder força, dando lugar a uma orientação individual.

No começo deste século houve nos E.U.A. uma série de reformas sociais e mudanças no status legal da criança, que resultaram na obrigatoriedade da educação, em restrições ao trabalho infantil, tentativas de controlar a delinquência juvenil e um maior respeito pelos direitos da criança. Em consequência, surgiram também preocupações em relação às crianças com problemas emocionais, daí nascendo o movimento de orientação infantil. A idéia difundida por Freud de que os problemas psicológicos nos adultos têm sua origem em problemas não resolvidos na infância foi também um estímulo importante ao movimento de orientação infantil, pois acreditava-se que ao se tratar a criança com problemas emocionais poder-se-ia evitar as manifestações patológicas na idade adulta. Adler, discípulo de Freud, criou em Viena clínicas de orientação infantil, onde havia aconselhamento tanto de crianças como de famílias e professores. Alguns seguidores de Adler implantaram também este modelo de clínica nos E.U.A.. Com o passar do tempo, foi se tornando comum o modelo de atendimento em que a criança era vista por um psiquiatra e seus pais (mais comumente apenas a mãe) por um assistente social. Apesar do reconhecimento da influência da família nos distúrbios emocionais das crianças, estas e seus pais eram atendidas por diferentes terapeutas que, sob a influência dominante da Psicanálise, eram desencorajados a trocar informações sobre a família.

Pode-se dizer que o aconselhamento conjugal é tão antigo quanto o próprio casamento. Além do aconselhamento informal de amigos e familiares dos cônjuges, esta atividade tem sido tradicionalmente exercida por religiosos e profissionais tais como médicos, advogados e educadores, que não têm nessa sua ocupação principal. O aparecimento de profissionais especialmente dedicados ao aconselhamento conjugal se deu somente no começo da década de 30 nos E.U.A.. No modelo de atendimento mais tradicionalmente utilizado, cada cônjuge era visto por um diferente terapeuta. Posteriormente, os dois terapeutas juntos comparavam os relatos de cada cônjuge. O psicanalista Bela Mittleman (1948) foi quem primeiro relatou o tipo de atendimento no qual o mesmo terapeuta tratava ambos os cônjuges, porém separadamente. Este procedimento exigia do terapeuta habilidade tanto para recordar de que cônjuge havia apreendido determinadas informações quanto para mantê-las confidenciais em relação ao outro cônjuge. Também nesta época, na Inglaterra, Henry Dicks e associados estabeleceram na Tavistock Clinic uma unidade psiquiátrica de atendimento a família que procurava reconciliar casais em processo de divórcio encaminhados por varas de família. O psiquiatra Don Jackson, com base em uma análise comunicacional, defendeu a idéia de que os casais (e mesmo as famílias inteiras) deveriam ser atendidos juntos (Jackson, 1959). Jackson chamou este tipo de abordagem de "terapia familiar conjunta" (conjoint family therapy). A partir daí, tornou-se cada vez mais comum este tipo de intervenção.

O Serviço Social, a orientação infantil e o aconselhamento conjugal desempenharam um papel não mais do que secundário no surgimento da terapia de família. Concorreram para isso, além das razões já expostas, a escassa pesquisa e teorização nestas áreas, o não aparecimento de uma figura de maior destaque e a pouca troca de informações entre os profissionais.

O papel da Psicanálise na origem da terapia de família é objeto de controvérsia. Por um lado, há os que consideram importante este papel. Eiguer (1985), por exemplo, afirma que "a origem da terapia familiar está estreitamente ligada à psicanálise" (p. 15). Outros autores, como Lemaire (1980), apontam o caso do pequeno Hans - menino fóbico tratado por Freud através de seu pai - como o primeiro modelo de uma forma de terapia familiar. A teoria freudiana, sem dúvida, salienta o caráter essencial das relações familiares para o indivíduo. O conceito de "Complexo de Édipo" é, por exemplo, descrito como o eixo central da neurose individual. Contudo, Freud estava mais interessado na família internalizada pelo paciente do que na família real. No processo de transferência que se dá no tratamento, o paciente reage ao analista como se ele fosse uma figura significativa do passado familiar. Como a análise da transferência é vista como essencial para o tratamento, Freud preconiza o tratamento

individual, pois a presença da família real impediria este processo. Esta posição se tornou praticamente uma doutrina entre os psicanalistas.

Por outro lado, segundo outros, a tradição psicanalítica de tratamento individual atrasou mais do que favoreceu o nascimento da terapia de família. Conforme assinalam Broderick & Schrader (1981), "a psicanálise, por sua própria natureza, está interessada na dinâmica interna da psique humana e na análise da relação paciente-terapeuta. Freud deixou um legado de convicção de que era contraproducente e perigoso para um terapeuta envolver-se com mais de um membro da mesma família"(p.16). Bowen (1975) relata que pode ser creditado às regras psicanalíticas que visavam a salvaguardar a privacidade da relação paciente-terapeuta e evitar a contaminação da transferência pelo contato com os parentes do paciente o atraso na manifestação da terapia de família. "A não observância desse princípio (as regras supramencionadas) era considerada psicoterapia inepta" (p.368). Ao enfatizar a natureza biológica do homem e a relevância das pulsões, Freud diminuiu a importância dos fatores sociais como elementos explicativos do comportamento. Nathan Ackerman, um psicanalista que foi um dos pioneiros da terapia familiar, ao ser, como se proclamava, "um revisionista", ilustra bem esse ponto:

"Ao elaborar a teoria do Complexo de Édipo, Freud tendeu a isolar as relações pais-filhos da

totalidade da experiência familiar. O vetor desse pensamento parecia mover-se principalmente de dentro do organismo para fora. Ele não era capaz, então, de visualizar claramente um processo bidirecional no qual a influência do mundo exterior sobre o comportamento fosse tão significativa quanto sua oposta. Sua abordagem conceptual tendia a separar os processos internos da mente do ambiente social. (...) Contudo, na psicanálise até muito recentemente não tinham sido feitas observações diretas da interação familiar, e somente agora está começando a ser reconhecida sua importância. A atitude dos freudianos clássicos tem sido, de fato, a de que as fantasias e sonhos do paciente são o caminho real para o inconsciente, de que é relativamente dispensável conhecer as realidades do ambiente social. (...) É ainda prática comum analistas recusarem-se a entrevistar outros membros da família com base na premissa de que isso poderia interferir na conduta da análise do paciente. Isso significa que o analista depende unicamente dos pontos de vista emocionalmente tendenciosos de seu paciente individual para obter informações relativas à experiência familiar. Tradicionalmente, o analista detecta as percepções distorcidas do paciente nos processos de transferência, mas sua avaliação da disparidade entre real e irreal não é amparada pelo conhecimento objetivo da interação familiar. Assim, a capacidade do analista para o teste de realidade fica em desvantagem" (Ackerman, 1958, pp.29-31).

Não obstante, discípulos dissidentes de Freud - como Jung e Adler - desenvolveram teorias psicodinâmicas mais relacionadas a elementos sociais. Vários desenvolvimentos psicanalíticos ulteriores enfatizaram também estes aspectos. Os psicanalistas chamados "ambientalistas" - cujos representantes mais significativos foram Horney, Fromm e Sullivan - ressaltaram que a cultura é determinante da personalidade, e as relações interpessoais são a chave para a compreensão da natureza humana. A Teoria das Relações Interpessoais de Sullivan (1953) vê a esquizofrernia não como

produto de uma patologia pessoal, mas como resultado de relacionamentos patológicos. As idéias de Sullivan influenciaram alguns pioneiros da terapia de família, entre os quais Jackson e Bowen. A Teoria das Relações Objetais serviu também como base para alguns desenvolvimentos teóricos na terapia de família. Vale também ressaltar que entre os pioneiros em terapia de família que tiveram treinamento analítico estão Nathan Ackerman, Murray Bowen, Ivan Boszormenyi-Nagy, Lyman Wynne e Don Jackson.

A pesquisa com famílias de esquizofrênicos pode ser considerada o principal catalizador da emergência da terapia de família. Bowen (1975) afirma que "a terapia de família estava tão associada à esquizofrenia nos primeiros anos, que alguns não as consideravam como separadas até o começo dos anos 60" (p. 368). Dado que o tratamento de toda a família simultaneamente era visto como ilegítimo sob a ótica então dominante, a observação de famílias só poderia ser justificada se obedecesse a um propósito de pesquisa, algo cientificamente defensável.

Vários clínicos observaram fatos que pareciam correlacionar a esquizofrenia à família. Percebeu-se que muitas vezes as visitas dos pais a pacientes esquizofrênicos hospitalizados faziam com que estes tivessem piora no quadro clínico. Além disso, o discurso aparentemente irracional dos

esquizofrênicos parecia fazer sentido quando observado dentro do contexto do padrão de comunicação familiar. Notou-se também que em muitas famílias a melhora ou cura do paciente ocasionava o aparecimento de distúrbios patológicos em outro membro da família. Estas observações levaram vários pesquisadores e clínicos a procurar estudar a relação entre esquizofrenia e família.

O grupo liderado pelo biólogo e antropólogo inglês **Gregory Bateson** em Palo Alto, Califórnia, teve um papel decisivo no surgimento do movimento de terapia de família. A experiência anterior de Bateson era bastante diversificada. Incluía, entre outras atividades, pesquisas antropológicas em tribos da Nova Guiné com Margareth Mead - com quem foi casado -, de onde resultaram os conceitos de cismogênese, simetria e complementaridade (1936); o desenvolvimento dos conceitos de deutero-aprendizagem e de hierarquia de aquisições (1942); os estudos sobre os padrões da corrida armamentista entre as nações (1946a, 1946b) e o desenvolvimento e utilização da teoria da comunicação no campo da Psiquiatria (em colaboração com J. Ruesch, 1951).

Em 1952 Bateson recebeu auxílio financeiro da Fundação Rockefeller para estudar, no Veterans Administration Hospital, a comunicação, seus diferentes níveis ou canais, e como uma mensagem modifica ou é significativa na compreensão

de outra. Bateson interessava-se particularmente pela aplicação da Teoria dos Tipos Lógicos (Whitehead e Russel, 1910) à comunicação humana. Esta teoria estabelece que "nenhuma classe pode, na lógica formal ou no discurso matemático, ser membro de si mesma; que uma classe de classes não pode ser uma das classes que a compõem; que o nome não é a coisa nomeada; que 'John Bateson' é a classe da qual este garoto é o único membro; e assim por diante" (Bateson, 1972, p. 280). Uma classe compõe-se da totalidade de todos os membros que possuem uma certa propriedade. Assim, classes e membros estão em diferentes níveis de abstração ou tipos lógicos; uma classe é de um tipo lógico superior a de seus membros.

Conforme ilustram Watzlawick et al. (1974), a humanidade, por exemplo, apesar de constituir a classe de todos os indivíduos não é, ela própria, um indivíduo. O comportamento econômico de uma população não pode ser entendido em termos do comportamento de um habitante multiplicado pelo número de habitantes. Da mesma forma, embora os indivíduos sejam dotados de mecanismos específicos de sobrevivência, a humanidade pode precipitar-se rumo à extinção. Qualquer tentativa de lidar com membros em termos de classe ou vice-versa leva a um paradoxo. Bateson pretendeu analisar uma variedade de fenômenos usando esta hierarquia de tipos lógicos. Na comunicação, por exemplo, uma mensagem é composta de uma afirmação e de uma afirmação sobre esta

afirmação (metacomunicação). Cada mensagem é, portanto, qualificada por outra num nível superior. Quando se confunde estes dois níveis de mensagem podem surgir distúrbios de comunicação, inclusive paradoxos.

A seleção do grupo de pesquisadores mostra o estilo singular de Bateson: **John Weakland**, engenheiro químico que retornou à faculdade para estudar Antropologia e que Bateson conheceu quando professor na New School for Social Research; **Jay Haley**, estudante de pós-graduação em Comunicação que procurou Bateson como conselheiro e discutiu com ele sobre técnicas de análise de filmes; e mais tarde, neste mesmo ano, **William Fry Jr.**, psiquiatra, cujo principal interesse era o estudo do humor. Bateson dava ao grupo liberdade para estudar qualquer tema relacionado à natureza da comunicação. Assim, os pesquisadores envolveram-se com os mais variados assuntos como, por exemplo, treinamento de cachorros-guia, as brincadeiras das lontras, o significado e os usos do humor e o significado social e psicológico dos filmes populares. As reuniões semanais eram dedicadas principalmente ao questionamento de sobre o que era o projeto. O caráter um tanto aleatório e caótico do projeto impediu que os pesquisadores se concentrassem na linguagem e nas percepções de uma única disciplina. Após dois anos sem nada terem publicado, a bolsa não foi renovada (Lipset, 1981). A necessidade de encontrar uma nova fonte de financiamento levou a equipe a se concentrar em um assunto mais específico

de estudo e que tivesse maior apelo. Escolheram estudar a comunicação esquizofrênica e receberam bolsa da Fundação Josiah Macy Jr.. Neste ano, após assistir uma palestra do psiquiatra **Don Jackson** sobre "homeostase familiar" no Veterans Administration Hospital, Bateson convidou-o para participar da equipe de pesquisa. Jackson, que tinha experiência em terapia de esquizofrênicos e cujas idéias sobre homeostase familiar interessavam a Bateson, passou a fazer parte do grupo como consultor clínico. Apesar das fortes resistências de Bateson, Jackson tornou-se o organizador do grupo, insistindo para que se fizessem anotações, se publicassem artigos e se estabelecessem prioridades. Só então surgiram os clássicos artigos que deram notoriedade ao grupo.

Como resultado desta pesquisa, Bateson, Jackson, Haley e Weakland (Fry estava fora, em serviço militar) publicaram artigo (1956), em que introduzem o conceito de **duplo vínculo** ("double bind") na explicação do surgimento da esquizofrenia em um membro de uma família. Os autores estabelecem as condições necessárias a uma situação de duplo vínculo:

1. Duas ou mais pessoas. Destas, designamos uma, para os propósitos de nossa definição, como a 'vítima'. Não assumimos que o duplo vínculo seja infringido apenas pela mãe, mas que pode ser feito ou pela mãe sozinha, ou por alguma combinação de mãe, pai e/ou irmãos.

2. Experiência repetida. Assumimos que o duplo vínculo é um tema recorrente na experiência da vítima. Nossa hipótese não invoca uma experiência

traumática, mas uma experiência repetida tal que a estrutura do duplo vínculo venha a ser uma expectativa habitual.

3. Uma injunção primária negativa. Esta pode ter uma das duas formas: (a) 'Não faças tal coisa, ou te punirei' ou (b) 'Se não fizeres tal coisa, eu te punirei'. (...) Assumimos que uma punição pode ser o abandono do amor ou a expressão de ódio ou raiva - ou, coisa mais devastadora - o tipo de abandono que resulta da expressão de extremo desamparo.

4. Uma injunção secundária em conflito com a primeira em um nível mais abstrato e, como a primeira, reforçada por punições ou sinais que ameacem a sobrevivência. Esta injunção secundária é mais difícil de descrever que a primeira por duas razões. Primeiro, a injunção secundária é comumente comunicada à criança por meios não verbais. (...) Segundo, a injunção secundária pode exercer seu impacto sobre qualquer elemento da proibição primária. A verbalização da injunção secundária pode, portanto, incluir uma grande variedade de formas; por exemplo, 'Não considere isto como uma punição'; 'Não me encare como responsável por sua punição'; 'Não se sujeite às minhas proibições'; 'Não pense sobre o que você não deve fazer'; 'Não questione o meu amor, do qual a proibição primária é (ou não é) um exemplo'; e assim por diante. (...)

5. Uma injunção negativa terciária, proibindo a vítima de escapar do campo.

6. Por fim, um conjunto completo de ingredientes não é necessário quando a vítima aprendeu a perceber seu universo em padrões de duplo vínculo. Quase qualquer parte de uma seqüência de duplo vínculo pode então ser suficiente para precipitar pânico ou fúria". (Bateson et al., 1956, pp. 206-207).

Os autores afirmam ainda que numa situação de duplo vínculo há as seguintes características:

- A vítima está envolvida em uma relação intensa, na qual sente que é essencial discriminar corretamente a mensagem comunicada, a fim de responder de modo apropriado.

- O indivíduo que aplica o duplo vínculo expressa duas mensagens, e uma delas nega a outra, ou seja, são contraditórias.

- A vítima está incapacitada de comentar sobre a contradição das mensagens recebidas, isto é, não pode metacomunicar.

A criança nesta situação cresce sem desenvolver as habilidades essenciais de comunicar sobre a comunicação (metacomunicar), de entender o significado real das mensagens recebidas e de se relacionar. A vítima desenvolve um modo de comunicação defensivo, que pode incluir tanto respostas concretas e literais em qualquer situação, quanto respostas dissimuladas ou metafóricas que permitem interpretações variadas. Assim, estas respostas podem ser tão paradoxais quanto as injunções a que a vítima é submetida. Esta acaba por confundir o literal e o metafórico em seu próprio discurso. Muitas assumem que há um significado oculto em qualquer afirmação. Podem, gradualmente, ir se afastando do mundo exterior, isolando-se cada vez mais. O esquizofrênico "deve viver em um universo onde as seqüências de eventos são de tal natureza que os seus hábitos comunicacionais não-convencionais serão, em certo sentido, adequados". (Bateson et al., 1956, p.206)

O artigo ilustra como ocorre este processo através do exemplo da interação entre uma mãe e seu filho, na qual este

é colocado em uma situação de duplo vínculo. A mãe se torna ansiosa e recua diante de uma maior aproximação e afeição do filho, pois a própria existência do filho tem para ela um significado especial, que lhe provoca ansiedade e hostilidade quando se sente no perigo de um contato íntimo com a criança. No entanto, estes sentimentos não são aceitáveis para ela, e a forma de negá-los é expressar um comportamento amoroso manifesto, para persuadir a criança a responder amorosamente. Neste contexto, o filho é sempre punido. Se discriminar corretamente a mensagem da mãe, a criança terá que encarar o fato de que a mãe não a quer e que seu comportamento amoroso é falso. Por outro lado, se discrimina erroneamente, acreditando ser o comportamento da mãe autêntico, o filho se aproxima dela, provocando-lhe sentimentos de medo e desamparo, o que a compele a se afastar. Porém, se ele também se afastar, ela considera este afastamento como uma afirmação de que não é uma mãe amorosa e o pune por isto ou se aproxima dele para trazê-lo para mais perto de si. Nesse último caso, se ele então se aproxima, ela responde colocando-se à distância. Assim, esta criança está presa em um duplo vínculo. Ela não deve discriminar acuradamente entre as ordens da mensagem - neste caso, a diferença entre a expressão de sentimentos simulados (um tipo lógico) e sentimentos reais (outro tipo lógico) - e, como resultado, ela deve sistematicamente distorcer sua percepção de sinais metacomunicativos. Ressalte-se ainda que não há ninguém na família como, por exemplo, um pai forte e compreensivo, que

possa intervir na relação entre mãe e filho, apoiando a criança defrontada com esta situação contraditória.

É interessante assinalar que o artigo foi escrito sem que tivessem sido feitas observações de famílias de pacientes esquizofrênicos. O duplo vínculo foi uma hipótese que só mais tarde foi apoiada por observação (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1963). Isto é compreensível, se levarmos em conta o contexto cultural da época, fortemente influenciado pelo pensamento psicanalítico tradicional. Em uma nota de rodapé do artigo que introduz o duplo vínculo (Bateson et al. 1959), afirma-se que Jay Haley foi quem reconheceu que os sintomas de esquizofrenia sugerem uma incapacidade para discriminar os tipos lógicos, idéia que foi ampliada por Bateson, que adicionou a de que os sintomas e a etiologia podiam ser descritos formalmente em termos da hipótese do duplo vínculo. Esta hipótese foi comunicada a Jackson e coincidia plenamente com suas idéias sobre homeostase familiar.

Em 1956 o grupo de Bateson começou a ver conjuntamente os pacientes esquizofrênicos com seus pais. Embora esses encontros tivessem como objetivo a observação e o estudo dos padrões de comunicação destas famílias, e não o tratamento, este pode ser considerado como um dos marcos do início do movimento da terapia de família.

O artigo de 1956 foi, provavelmente, o mais influente no surgimento do movimento da terapia de família, pois sugeriu uma mudança do paradigma então vigente da patologia individual para a familiar, do conflito intrapsíquico para os padrões patológicos da comunicação. O conceito de duplo vínculo alcançou grande repercussão e sofreu modificações e expansões (por exemplo, Weakland, 1960; Kafka, 1971; Sluzki & Veron, 1971; Berger, 1978), foi utilizado como fundamento teórico para uma grande variedade de técnicas de intervenção terapêuticas (por exemplo, Andolfi, 1974; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974), além de ter sido testado empiricamente (por exemplo, Berger, 1965; Ringuette & Kennedy, 1966; Sojit, 1969; Olson, 1982), com resultados controversos.

Em 1959 o grupo recebeu duas bolsas: uma da Foundations Fund for Research in Psychiatry para estudos experimentais sobre a dinâmica familiar, e outra do National Institute of Mental Health (NIMH) para um projeto em terapia de família. Neste ano Jackson, embora permanecendo como consultor do grupo de Bateson, fundou o Mental Research Institute (MRI). Virginia Satir - cujo interesse por famílias a tinha levado a conhecer o projeto de Bowen no NIMH - procurou, por sugestão deste, Jackson, com quem veio a trabalhar no MRI. Não havia nenhuma conexão formal entre o MRI e o grupo de Bateson, embora houvesse troca de idéias, e os dois grupos trabalhassem no mesmo prédio em Palo Alto durante algum tempo. Na realidade, Bateson estava menos interessado em

terapia do que em teoria, ao contrário do MRI. Em 1961 Jackson, juntamente com Nathan Ackerman do então Family Institute (hoje, Ackerman Institute for Family Therapy) de Nova Iorque, fundou o primeiro periódico do campo, "Family Process", até hoje um dos mais influentes. Haley foi o primeiro editor. Em 1962, com o fim do projeto de Bateson, Haley e Weakland se juntaram ao MRI.

Outro pesquisador que vinculou a esquizofrenia à família do paciente foi **Theodore Lidz**. Seus primeiros estudos sobre famílias de esquizofrênicos começaram em 1941, quando ainda estava completando sua residência médica na Universidade John Hopkins. A pesquisa, publicada em 1949 (Lidz & Lidz, 1949), investigou 50 famílias de esquizofrênicos. Os resultados mostraram uma predominância de famílias de lares desfeitos e relações familiares seriamente perturbadas. Quarenta por cento dos pacientes esquizofrênicos jovens na amostra estudada provinham de famílias sem a presença de pelo menos um dos pais, seja por morte, divórcio ou separação; pelo menos sessenta e um por cento das famílias podiam ser caracterizadas como tendo relações seriamente conflituosas.

Ao se transferir para a Universidade de Yale em 1951, Lidz começou a estudar intensivamente 17 famílias de pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, solteiros, com idade entre 15 e 30 anos, que estavam internados no Instituto

de Psiquiatria de Yale. Este estudo deu origem a uma série de artigos publicados. Quatorze dos pacientes foram caracterizados como provenientes das classes alta e média-alta; os restantes, de classe média-baixa. Somente foram estudadas famílias cujas mães estavam vivas e disponíveis para a pesquisa, e houve uma preferência por famílias em que ambos os pais viviam juntos, fato que supostamente caracterizaria tais famílias como melhor organizadas que as famílias típicas de pacientes esquizofrênicos. Todos os membros das famílias foram entrevistados separadamente, em pares e em grupos por um(a) assistente social e pelo menos um ou dois psiquiatras em sessões semanais por períodos variando de 6 meses a vários anos. Testes projetivos foram aplicados. Nas entrevistas os pesquisadores procuravam observar criticamente as interações entre os membros da família, bem como sua maneira de se relacionar com as equipes do hospital e de pesquisa. Eram também feitas visitas domiciliares e entrevistas com parentes não residentes com a família, amigos e professores.

Embora com formação analítica, Lidz rejeitou a idéia de Freud da esquizofrenia como um regresso ao estágio autoerótico do desenvolvimento. Considerou também importante não apenas a infância, mas todo o período de maturação:

"A única base para crer que a esquizofrenia está determinada pelos acontecimentos da fase oral primitiva do desenvolvimento é puramente hipotética, e não está corroborada por provas de que as primeiras relações entre mãe e filho são

mais prejudiciais que as de outros pacientes psicóticos. A sintomatologia principal da esquizofrenia parece indicar que os períodos evolutivos posteriores têm também uma importância crítica. As distorções simbólicas, a interpenetração da realidade e fantasia, a confusão de identidade sexual, a preocupação em relação aos impulsos incestuosos, a atribuição da onisciência e onipotência às figuras dos pais são problemas significativos da fase edípica primitiva ou da fase pré-edípica tardia" (Lidz & Fleck, 1960).

Por seus estudos não terem revelado rejeição aberta da criança por parte da mãe em nenhum caso, Lidz rejeitou igualmente a concepção de Frida Fromm-Reichman (1948) de que a principal causa da esquizofrenia era a rejeição materna. Ao contrário da crença então tradicional, Lidz et al. (1956) concluíram que freqüentemente o pai pode exercer uma influência patogênica sobre a família tão grande quanto a mãe. Em um artigo posterior, Lidz et al. (1957a) descreveram cinco padrões patológicos encontrados em pais homens de pacientes esquizofrênicos.

Posteriormente, Lidz passou a se concentrar sobre os problemas conjugais encontrados nas famílias dos pacientes esquizofrênicos. Lidz et al. (1957b) constataram que nestas havia uma grave confusão de papéis e, em todos os casos, a relação dos pais encontrava-se seriamente perturbada de uma das duas maneiras abaixo mencionadas.

Na situação que denominou *cisma marital* ("marital schism"), os cônjuges apresentam uma incapacidade crônica

para chegar a uma complementariedade de propósitos ou a uma reciprocidade de papéis. Cada um tende a tentar realizar suas próprias necessidades e objetivos, ignorando as necessidades emocionais do outro. As ameaças de separação são bastante frequentes. Nota-se também uma tentativa constante de desvalorizar o outro diante dos filhos e a tendência de competirem entre si pela lealdade e afeto destes.

O outro tipo de distúrbio observado nas famílias de esquizofrênicos foi chamado por Lidz **obliquidade marital** ("marital skew"). Nestas famílias, um dos cônjuges domina fortemente a relação e apresenta um quadro psicopatológico severo. O outro, extremamente dependente ou masoquista, casou-se com um indivíduo que lhe parecia ser uma figura parental forte e protetora, e tenta esconder dos filhos as fontes potenciais de conflito, criando uma atmosfera irreal. Esta negação pode levar a criança à negações e distorções da realidade.

Lidz e associados apontam ainda o fato de que a maioria dos pacientes esquizofrênicos masculinos é originária de famílias com obliquidade marital, tendo uma mãe emocionalmente perturbada, dominadora, insensível às necessidades dos outros membros da família sendo, no entanto, constante a sua intrusão na vida do filho. Além disso, estas famílias têm um pai que não consegue se contrapor ao forte

domínio da mãe sobre a criança nem fornece um modelo de papel masculino adequado. Por outro lado, a esquizofrenia em pacientes femininos é geralmente precedida por uma situação de cisma marital, onde os pais disputam abertamente o apoio da filha. Esta se encontra em uma situação de confusão sobre sua identidade como mulher e tem dúvidas sobre sua eventual habilidade de desempenhar um papel adulto como mulher e mãe. Isto ocorre devido à constante depreciação que o pai faz da mãe - e, às vezes, de todas as mulheres -, ao mesmo tempo em que através de esforços de sedução tenta conquistar o amor da filha. Neste contexto, agradar um dos pais significa rejeitar o outro.

Convém ressaltar que Lidz utilizou como referência em seus estudos as idéias de Parsons e Bales (1955) sobre papéis. Estes autores consideram o papel do pai na família como essencialmente "adaptativo-instrumental" e o da mãe como "integrador-expressivo". Para haver harmonia no relacionamento, cada um dos cônjuges deveria desempenhar uma versão desses papéis. O trecho abaixo ilustra como as idéias de Lidz estavam presas aos estereótipos do papel do homem e da mulher então vigentes:

"Em linhas gerais, que podem diferir em parte dos critérios de Parsons, o pai mantém a família, estabelece a posição desta com relação a outras famílias, determina o prestígio e as regras sociais de interação com outros grupos. As funções básicas da mãe correspondem às interações intrafamiliares, às tensões e sua regulação, à satisfação das necessidades orais, tanto tangíveis

quanto afetivas. Cada progenitor, além de cumprir seu próprio papel, deve apoiar o outro mediante seu próprio prestígio, poder e valor emocional frente aos outros membros da família."(Lidz et al.,1957b, p. 243)

Embora Lidz tenha se concentrado na compreensão e tratamento da esquizofrenia, e não no desenvolvimento da terapia de família como disciplina, suas pesquisas foram de importância para esta última, pois foi um dos primeiros a acentuar o papel da família na origem e no desenvolvimento da esquizofrenia, identificando a patologia nesta, e não no indivíduo isoladamente. Foi esta mudança de paradigma que deu origem à terapia de família.

O pesquisador e clínico **Lyman Wynne** foi também um dos pioneiros no estudo de esquizofrênicos e suas famílias. Graduado em Medicina em 1948, Wynne doutourou-se em Relações Sociais, onde teve intenso contato com idéias da Sociologia, da Psicologia Social e da Antropologia Social. Ao mesmo tempo, trabalhava no Hospital Geral de Massachusetts e no Serviço de Relações Humanas em Wellesley, onde atendeu pela primeira vez toda a família de um paciente que sofria de ataques de colite que, conforme supunha a equipe de atendimento, tinham quase sempre origem em eventos familiares (Broderick & Schrader,1981). A partir de 1952, passou a trabalhar como psiquiatra no NIMH, onde ficou até 1972. Wynne teve também formação analítica no Instituto Psicanalítico de Washington. Seus estudos com famílias de

esquizofrênicos tiveram início em 1954 e o levaram a formular os conceitos de **pseudomutualidade, pseudohostilidade e cerca de borracha.**

Wynne et al.(1958) estudaram famílias de pacientes esquizofrênicos. Os pacientes recebiam psicoterapia no hospital, ao passo que seus pais eram entrevistados duas vezes por semana como pacientes externos. Para a reconstrução dos padrões familiares, utilizou-se também dados fornecidos por outros membros da família, por enfermeiros e pelo administrador do pavilhão dos internados. O objetivo do trabalho era "desenvolver uma interpretação psicodinâmica da esquizofrenia que levasse em consideração conceitual a organização da família como um todo" (Wynne et al.,1958,p. 205).

Wynne e associados (1958) fazem inicialmente duas postulações: (1) o ser humano tem a necessidade fundamental de relacionar-se com outros seres humanos; (2) o ser humano busca, consciente e inconscientemente, desenvolver um senso de identidade pessoal que consiste nas auto-representações que conferem continuidade e coerência à experiência, a despeito do fluxo constante de estímulos internos e externos. A necessidade de lidar simultaneamente com os problemas de relação e identidade pode levar a três formas de "solução": mutualidade, não-mutualidade, e pseudomutualidade. Partem os autores da hipótese de que esta última forma, especialmente

quando intensa e durável, contribui de modo significativo na experiência familiar de pessoas que, mais tarde, existindo também outros fatores, desenvolvem episódios esquizofrênicos agudos.

Na pseudomutualidade cada pessoa leva para a relação um investimento primário no que se refere a manter um sentido de relação. Esta extrema necessidade de estabelecer tal relação pode se dar por várias razões, tais como, no caso de adultos, o isolamento ou o fracasso em outras relações ou, no caso de crianças, experiências primitivas dolorosas de ansiedade de separação. Na relação de pseudomutualidade há um grande esforço de adequação realizado à custa da diferenciação da identidade das pessoas participantes. Desse modo, a divergência não é tolerada, pois é vista como podendo destruir a relação. A ilusão da unidade familiar deve ser mantida, levando a uma falsificação da experiência. Do ponto de vista da observação, a pseudomutualidade na família apresenta as seguintes características:

"(1) Uma persistente invariabilidade da estrutura de papéis da família, a despeito das alterações físicas e situacionais nas circunstâncias de vida de seus membros, e de mudanças no que se sucede e no que se vivencia na vida familiar; (2) Uma insitência no desejo e conveniência desta estrutura de papéis; (3) Evidência de intensa preocupação com respeito a qualquer divergência ou independência desta estrutura de papéis; (4) Ausência de espontaneidade, novidade, humor e entusiasmo na participação conjunta." (Wynne et al., 1958, p. 209).

Na relação de mutualidade, ao contrário, a divergência de interesses individuais é tolerada, tendo cada membro sua identidade única e separada, ao mesmo tempo em que respeita e aprecia a individualidade dos outros membros. As relações de não-mutualidade, por sua vez, caracterizam-se por contatos de forma geral bastante institucionalizados, sem haver envolvimento pessoal (por exemplo, um encontro entre um cliente e um vendedor).

Para manter a rígida estrutura da pseudomutualidade as defesas envolvem distorção da realidade, levando ao obscurecimento cognitivo e perceptual de fatos que poderiam constituir uma divergência. Para manter esse senso de realidade distorcida, estas famílias cultivam uma atitude de auto-suficiência, desencorajando os membros a manterem relações fora da família. Wynne cunha o termo "cerca de borracha" para definir "a fronteira instável mas contínua, sem aberturas reconhecíveis, que circunda o sistema familiar. esquizofrênico, se expande para incluir o que pode ser interpretado como complementar e se contrai para excluir o que é interpretado como não-complementar" (Wynne et al., 1958, p. 211). Essa cerca funciona como uma barreira com a qual a família se defende do mundo exterior, afastando a possibilidade de mudança e mantendo a ilusão de união.

Wynne (1961) criou também o termo "pseudohostilidade" para designar o tipo de relação observado em famílias de

esquizofrênicos, na qual brigas superficiais mascaram a alienação e o conflito crônico. A hostilidade é, de certo modo, formal. Não há ameaça de violência ou separação. Assim como a pseudomutualidade, a pseudohostilidade provoca distorções na comunicação e dificulta a percepção realista dos relacionamentos. Nestas famílias, observam-se seqüências de interações que alternam "divisões" (conflitos, distanciamento) e "alinhamentos" (valores, atitudes e interesses vividos em comum). Ambos, porém, são falsos, caracterizando respectivamente, a pseudohostilidade e a pseudomutualidade, que têm como função manter o sistema familiar em um equilíbrio dinâmico, ou seja, manter a homeostase familiar.

Em uma segunda fase de pesquisa Wynne, juntamente com Margaret Singer, procurou relacionar certos tipos de distúrbios do pensamento típicos da esquizofrenia a determinados padrões de pensamento e comunicação familiares. Até então, nenhum estudo sobre famílias de esquizofrênicos tinha procurado vincular tipos de manifestação de esquizofrenia a diferentes tipos de família. Wynne & Singer (1963a), observando famílias de esquizofrênicos e não-esquizofrênicos concluíram que:

"Caracteristicamente, nas famílias de jovens esquizofrênicos o grau de distúrbio nas transações familiares é maior e qualitativamente diferente daquele encontrado na contribuição de qualquer membro individual da família. (...) Embora as afirmações isoladas dos indivíduos possam parecer

até 'normais', vistos do começo ao fim, os distúrbios transacionais globais nas seqüências comunicacionais destas famílias podem ser comparadas estilisticamente àquelas encontradas na ambigüidade ou na fragmentação de esquizofrênicos severamente perturbados, ou seja, a forma ou estrutura das transações gerais destas famílias é comparável àquela do distúrbio de pensamento do indivíduo esquizofrênico." (p. 194)

Wynne & Singer (1963b), baseados no princípio de Heinz Werner que afirma que o desenvolvimeto se origina de um estado de não-diferenciação para um estado de crescente diferenciação, articulação e integração hierárquica, desenvolveram uma classificação dos distúrbios de pensamento através de um "continuum" que relaciona a forma ou estilo de pensamento à severidade da desorganização psicótica. Em um extremo, os pacientes mais severamente perturbados, descritos como "amorfos", mostram pouca capacidade tanto de diferenciar quanto de integrar informações. No outro extremo, os pacientes menos severamente perturbados, classificados como "fragmentados", sofrem principalmente distúrbios de integração, nos quais pensamentos intrusivos, não intencionais (por exemplo, fragmentos de memória) se misturam à consciência dos estímulos presentes, dificultando a comunicação sobre o aqui-e-agora.

Através da aplicação de testes projetivos em membros não-esquizofrênicos da família, Singer & Wynne (1965a) desenvolveram um método capaz de prever a forma de pensamento e o grau de desorganização do paciente esquizofrênico a

partir dos resultados dos testes aplicados aos outros membros da família. Singer, baseada nos protocolos dos testes aplicados às famílias dos pacientes, fez previsões sobre o diagnóstico dos pacientes e o grau de severidade de seus distúrbios de pensamento. Depois, de posse dos protocolos dos testes aplicados aos pacientes, tentou emparelhar os pacientes e suas famílias, cujos resultados dos testes estavam previamente identificados apenas por um número. O grau de acerto (Singer & Wynne, 1965b) foi significativamente alto.

O trabalho de Wynne foi um dos mais abrangentes já realizados com famílias de esquizofrênicos. Seus estudos contribuíram para uma mudança no modo de encarar a esquizofrenia - o deslocamento da patologia centrada no indivíduo para a patologia na família - e, por extensão, para o surgimento da terapia de família. Criou também termos, tais como "pseudomutualidade", "pseudohostilidade" e "cerca de borracha", que foram ferramentas importantes para conceitualizar uma nova forma de análise da dinâmica familiar. Apesar de não estabelecer nenhuma "escola" em terapia de família, Wynne - ao contrário de Bateson e Lidz - permaneceu contribuindo para o campo (por exemplo, Wynne, 1971; Wynne et al., 1982; Wynne, 1983). Desde 1973 ocupa o cargo de presidente do corpo de diretores da revista "Family Process".

Entre os pioneiros na pesquisa de famílias de esquizofrênicos que desenvolveram teorias em terapia de família destaca-se o psiquiatra **Murray Bowen**. Seu trabalho com famílias teve início em 1949 na Clínica Menninger em Topeka, Kansas. Objetivando o estudo dos esquizofrênicos e suas famílias, Bowen solicitou à Clínica Menninger em 1951 o uso de um chalé situado em seu terreno. A princípio, apenas as mães dos pacientes eram convidadas a viver com seus filhos - pelo menos em tempo parcial - por períodos de um a dois meses. Mais tarde, a pesquisa incluiu também a presença de pais. No entanto, o interesse principal era o estudo da simbiose mãe-filho (Guerin, 1976).

Em 1954 Bowen ingressou no NIMH, onde já trabalhava Lyman Wynne. Lá, começou um projeto de pesquisa no qual toda a família de pacientes esquizofrênicos jovens morava no hospital. No primeiro ano do projeto, cada membro da família era tratado com psicoterapia individual. Porém, depois de um ano, as famílias passaram a freqüentar sessões de terapia de grupo, nas quais era permitida a presença de todas as famílias e de toda a equipe do projeto. As famílias admitidas a partir de então para a pesquisa faziam apenas terapia de família, enquanto as antigas continuavam também com a terapia individual. As famílias novas revelaram um rápido progresso terapêutico, ao passo que as que dispunham de ambas as terapias não demonstraram progresso em nenhuma.

A razão para isso era que nestas famílias tanto os pacientes esquizofrênicos quanto seus pais não assumiam comprometimento na discussão de seus problemas nem na terapia individual nem na de família, alegando em uma que iriam fazê-lo na outra. Assim, passados alguns meses, a terapia individual foi interrompida. A terapia de família sofreu também modificações. Bowen percebeu que frequentemente ocorria que, quando uma questão crucial estava sendo discutida por uma família, um membro de outra família, movido pela ansiedade, desviava o assunto. Passou-se então a adotar uma dinâmica na qual cada sessão era centrada em apenas uma família, ficando as outras assistindo em silêncio.

Em 1956 o projeto começou a sofrer pressões da administração do NIMH, pois se desviava das práticas psiquiátricas tradicionais. Sanções tais como restrições de verba e de uso de instalações foram aplicadas. Isso obrigou Bowen a procurar outro lugar para levar adiante seu projeto. Transferiu-se então em 1959 para a Georgetown University, também em Washington, onde tinha o apoio do chefe de departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina. Em seu lugar na direção da seção de família do NIMH assumiu Lyman Wynne, que tinha uma prática psiquiátrica mais ortodoxa. Logo após Bowen se transferir para a Georgetown University, o chefe do departamento de Psiquiatria que o apoiava veio a falecer, o que impediu que a equipe do projeto de pesquisa do NIMH se transferisse para lá conforme havia planejado. Em

Georgetown Bowen trabalhou como professor e supervisor de residentes em Psiquiatria e desenvolveu uma das mais proeminentes teorias em terapia de família. Bowen é reconhecido como um dos líderes mais influentes no movimento da terapia de família. Seu falecimento ocorreu em outubro de 1990.

O psiquiatra **Carl Whitaker** foi um dos pioneiros não apenas em terapia de família, mas também no uso de técnicas inovadoras como a co-terapia. Embora nunca tivesse como preocupação desenvolver uma teoria em terapia de família, seu trabalho é visto como um dos mais criativos e originais realizados no campo.

Em 1943, quando trabalhava em Oak Ridge, Tennessee, tendo como co-terapeuta John Warkentin, Whitaker começou a incluir os cônjuges e, posteriormente, os filhos, na terapia de seus pacientes. Em 1946 transferiu-se para a Emory University em Atlanta, Georgia, onde foi ocupar a chefia do novo departamento de Psiquiatria. A ele se juntaram seus colegas de Oak Ridge, John Warkentin e Thomas Malone, com os quais desenvolveu diversos trabalhos. O principal interesse era o estudo dos esquizofrênicos e suas famílias. Em 1948 os três começaram a organizar encontros semestrais, nos quais realizava-se terapia intensiva de um paciente esquizofrênico crônico ou de um paciente e sua família. Havia sessões tanto

individuais quanto conjuntas, com várias combinações de terapeutas. Estes podiam assistir os trabalhos uns dos outros através de um espelho unidirecional ("one-way") e depois discutir e trocar idéias.. Cada vez mais o interesse se concentrou no papel da família dos pacientes esquizofrênicos na origem e no tratamento da doença. Em 1953 Whitaker convidou Gregory Bateson, Don Jackson, John Rosen e Albert Scheflen para participar do décimo desses encontros.

Por enfrentarem restrições a seu trabalho por parte da Emory University, que queria dar ao departamento uma orientação mais psicanalítica, Whitaker e sua equipe deixaram a universidade em 1954 e fundaram a Clínica Psiquiátrica de Atlanta. Em 1965 Whitaker deixou Atlanta para ingressar como catedrático em Psiquiatria na Universidade de Wisconsin, em Madison. Lá, praticava também a psicoterapia privada. Na universidade, começou a ensinar terapia de família aos residentes interessados. Nesta época, começou a acentuar o papel da família extensa no tratamento dos pacientes. Passou a incluir avós e outros membros da família em sessões aos fins-de-semana, chegando às vezes a reunir de 35 a 40 pessoas da mesma família. Aposentado desde o final da década de 80. Whitaker viaja freqüentemente dando "workshops" e fazendo apresentações em conferências. É membro do Conselho Editorial da revista "Family Process" desde a sua fundação.

Além dos pesquisadores e clínicos que chegaram à terapia de família através do estudo e/ou tratamento de pacientes esquizofrênicos, outros desenvolvimentos independentes levaram também a este caminho. O professor de psicologia americano **John Bell** teve uma motivação bastante insólita para incluir a terapia de família em sua prática terapêutica. Em 1951, em visita a seu amigo inglês John Sutherland, diretor médico da Clínica Tavistock em Londres, Bell ouviu deste que um colega da clínica atendia toda a família do paciente. Ao voltar para os E.U.A., começou ele a considerar a possibilidade de atender famílias. Isto ocorreu efetivamente pela primeira vez na Clark University, em Massachusetts, ao resolver incluir na terapia de um adolescente com comportamento descrito como "violento" seus pais e irmãs. Somente mais tarde Bell veio a saber que o colega de Sutherland que supostamente tratava famílias (o Dr. John Bowlby), na realidade atendia individualmente os membros da família e apenas ocasionalmente via toda a família simultaneamente. Em 1953 Bell fez o primeiro relato a colegas descrevendo o êxito alcançado por esta abordagem terapêutica no tratamento das famílias.

Embora seja claramente um pioneiro, a influência de Bell no movimento da terapia de família não se fez sentir de modo acentuado nos primeiros anos. Isto, principalmente, porque apenas no começo da década de 60 teve seus primeiros trabalhos publicados. Ademais, não criou um programa de

treinamento ou uma clínica de repercussão que atraíssem a atenção. Desenvolveu, contudo, uma abordagem (Bell, 1961,1962,1976) baseada na teoria dos pequenos grupos e, posteriormente, criou uma abordagem (Bell,1978) que desloca o foco das intervenções familiares do consultório para a sociedade mais ampla.

Um dos mais notáveis pioneiros em terapia de família foi o psicanalista e psiquiatra infantil **Nathan Ackerman**. O interesse de Ackerman por famílias começou na década de 30, quando estudou 25 famílias de mineiros desempregados na Pennsylvania, vítimas da Grande Depressão. Esta experiência levou-o a concluir que os distúrbios psíquicos podem se originar não apenas a partir de conflitos intrapsíquicos, mas também por problemas familiares e sociais: "Entre estes mineiros havia depressões de culpa, medos hipocondríacos, crises psicossomáticas, desordens sexuais e auto-estima deficitária. Não sem frequência estes homens eram publicamente condenados como desertores. A configuração da vida familiar foi alterada radicalmente pela incapacidade dos mineiros de desempenhar seu habitual papel de provedores" (Ackerman, 1967,p. 126).

Como psiquiatra da Clínica de Orientação Infantil da Clínica Menninger, sua atuação obedecia à prática psiquiátrica tradicional, em um modelo onde o psiquiatra

atendia o paciente, e um(a) assistente social, a mãe. Já em meados da década de 40, por vezes o mesmo terapeuta atendia ambos. Ao mesmo tempo, em sua prática privada, Ackerman começou em alguns casos a atender toda a família. No começo da década seguinte ele já deixava claro que o diagnóstico familiar era fundamental para o tratamento da criança (Ackerman & Sobel, 1950). Em 1957 inaugurou a Clínica de Saúde Mental da Família nos Serviços à Família Judia na cidade de Nova Iorque. Também nesse ano passou a lecionar na Columbia University. Em 1960 fundou, também em Nova Iorque, o Family Institute - até hoje um dos mais conceituados centros de terapia de família do mundo - e que após sua morte em 1971 passou a se chamar Ackerman Institute. Seu livro "The Psychodynamics of Family Life", publicado em 1958, é considerado como o primeiro dedicado ao diagnóstico e tratamento de famílias. Como já mencionado anteriormente, Ackerman e Don Jackson fundaram em 1961 "Family Process", o primeiro periódico no campo da terapia de família. Diversamente da maioria dos pioneiros em terapia de família, Ackerman, a exemplo de Bell, trabalhou com famílias sem membros esquizofrênicos.

O conceito de papel social é crucial na conceitualização que Ackerman faz de família. Suas idéias a esse respeito tiveram a influência de Kurt Lewin. "Como uma ponte entre os processos de vida intrapsíquica e aqueles de participação social, é útil empregar o conceito de papel social. Dentro

da estrutura deste conceito, é possível expressar as extensões dos processos psíquicos para eventos sociais. (...) 'Papel social' é aqui definido como sinônimo das operações do 'self social' ou identidade social da pessoa no contexto de uma situação de vida definida" (Ackerman, 1958, p.53). Ackerman salienta a importância da complementaridade de papéis na família. Se os papéis não forem delineados, compreendidos, e não houver uma concordância mínima sobre eles, haverá conflito nas interações entre os membros da família.

Dois conceitos centrais são utilizados para definir operacionalmente a dinâmica familiar.

"São conceitos-guia que tentam responder pelas dinâmicas do funcionamento familiar: o quem e o que da vida familiar, o como e os padrões funcionais resultantes da família. Esses conceitos são, em suma, os seguintes: (1) identidade psicológica, que inclui lutas, expectativas e valores; (2) estabilidade do comportamento, expressa como: (a) a continuidade da identidade no tempo; (b) o controle do conflito; (c) a capacidade de mudar, aprender e atingir maior desenvolvimento; adaptabilidade e complementaridade em novas relações de papel (Ackerman, 1958, pp. 181-182)".

O primeiro conceito responde à pergunta "Quem sou eu?" ou "Quem somos nós?" no contexto de uma determinada circunstância de vida. A imagem de cada membro da família está interligada com a imagem da identidade da família. O segundo conceito, de estabilidade do comportamento, não deve

ser visto como separado da identidade psicológica, pois ambos estão inter-relacionados. A estabilidade do comportamento resulta de processos complexos e interdependentes, dos quais os mais importantes são a continuidade da identidade no tempo, o controle do conflito, a capacidade de mudar, aprender, preencher novos papéis de vida e alcançar maior desenvolvimento e a complementaridade das relações dos papéis familiares.

A estabilidade das relações familiares pode ser mantida através de um padrão relativamente estático ou rígido de reciprocidade no papel familiar ou através de uma flexibilidade em acomodar-se à mudança, alcançando-se um novo nível de reciprocidade melhor. Assim, ao avaliar-se as relações de indivíduo e família, é necessário examinar a estabilidade em seus dois aspectos: sua fase conservadora, relativamente estática, e sua fase mais aberta, flexível e arriscada, que permite a adaptação à nova experiência, a aprendizagem e o maior crescimento da personalidade. O conceito de homeostase é para Ackerman a capacidade de adaptação da família à mudança, permitindo o crescimento, a aprendizagem, a evolução criativa, ao mesmo tempo em que protege a sua integridade.

Segundo Ackerman, não existe família idealmente saudável. Toda família apresenta componentes de funcionamento familiar saudáveis e doentes. As famílias

consideradas doentes seriam aquelas que progressivamente fracassam no desempenho de suas funções familiares. Ackerman traça um "continuum" através do qual é possível graduar o sucesso e o fracasso no desempenho das funções familiares essenciais:

"1- A família enfrenta, define precisamente, e alcança uma solução realística de seus problemas."

2- Embora incapaz de alcançar uma solução realística, a família pode, não obstante, conter o problema e controlar os efeitos potencialmente nocivos, enquanto dá para si mesma um tempo maior para encontrar uma solução.

3- Incapaz de encontrar uma solução efetiva ou de conter os efeitos destrutivos do conflito, a família responde à tensão do fracasso com um padrão 'acting-out' de comportamento impulsivo, insensato, contraproducente, prejudicial. Algumas vezes a família, como um grupo, procura um bode-expiatório, dentro ou fora da família. Nessa condição a família enquanto família não pode mais manter suas defesas.

4- Com falha persistente nos três níveis anteriores, a família mostra crescentes sinais de desintegração emocional, que em algumas circunstâncias, podem culminar na desorganização dos vínculos familiares". (Ackerman, 1958, pp. 99-100)

As principais manifestações da doença na família são a alienação emocional, o isolamento de membros da família, a construção de barreiras críticas à comunicação e o surgimento de facções e divisões familiares - quando freqüentemente uma parte da família é lançada contra a outra, impedindo que a família como um grupo desempenhe suas funções mínimas.

Na abordagem terapêutica recomendada por Ackerman, o terapeuta procura descobrir a linguagem idiossincrática da família, que temas mais abordam e quais os que evitam, ou seja, procura avaliar a máscara protetora, as defesas usadas pelo grupo familiar. O terapeuta deve atuar como elemento catalizador, promovendo a expressão espontânea e genuína das emoções na família, colocando o conflito intrapsíquico ao nível do processo interpessoal. Através da elaboração progressiva dos elementos do conflito e de um processo de validação consensual é possível descobrir relações significativas entre a disfunção familiar e as ansiedades e impedimentos intrapsíquicos dos membros individuais. Ackerman usava o método que chamou de "fazer cócegas nas defesas" da família, o que significava confrontar as contradições dos membros da família de maneira inesperada, mostrando as discrepâncias entre as expressões verbais e a expressão corporal, questionando os clichês vazios e as fórmulas fixas para satisfazer os problemas da vida familiar. O terapeuta deve também neutralizar o ataque da família a um dos membros - o "bode expiatório" - alterando o equilíbrio no qual a culpabilidade deste membro funciona como uma defesa contra a ansiedade. O terapeuta atua ainda como uma figura parental, oferecendo segurança e apoio emocional. Desta forma, ele pode, em determinado momento, apoiar um membro fraco da família contra o ataque de outro mais forte. Ackerman (1966) relaciona resumidamente as funções do terapeuta como sendo as seguintes:

1. Estabelecer um "rapport" proveitoso entre os membros da família e entre esta e ele próprio.

2. Utilizar este "rapport" para promover a expressão dos principais conflitos e as formas de manejá-los.

3. Desempenhar, em parte, o papel de autêntica figura parental, controlando o perigo e atuando como fonte de apoio emocional e de elementos que proporcionam satisfação, que a família necessita, mas não tem.

4. Demolir e minar as resistências e reduzir a intensidade das sensações de conflito, culpa e medo, principalmente através do uso da confrontação e da interpretação.

5. Servir de instrumento pessoal de prova de realidade para a família.

6. Servir de educador e de personificação de modelos úteis de saúde familiar.

Ackerman indica que podem haver muitas variações na seqüência adequada de membros da família envolvidos na terapia. Devido ao delicado equilíbrio dinâmico entre o conflito intrapsíquico no indivíduo e o conflito interpessoal nas relações familiares, é possível que em determinados momentos seja mais conveniente a terapia de família mais ampla, incluindo até três gerações, enquanto que em outros pode ser mais proveitoso concentrar-se em um par familiar ou na terapia individual de um membro da família. Ackerman salienta a importância do diagnóstico no processo

terapêutico. "Por sua própria natureza, a psicoterapia é um tipo de intervenção parcial, seletiva. Portanto, a fim de assegurar seu uso adequado e bem sucedido, não podemos nunca separá-la do diagnóstico" (Ackerman, 1958, p.307). Ele recomenda que o diagnóstico familiar seja feito por um pequeno grupo de profissionais através de entrevistas no consultório ou na residência da família. Nesse último caso, a visita pode durar duas ou três horas e é feita por apenas um membro da equipe clínica. Esta visita pode proporcionar ao terapeuta a realização de um diagnóstico familiar mais abrangente. Em geral as sessões terapêuticas se realizam uma vez por semana (ocasionalmente pode haver maior frequência), e têm duração aproximada de uma hora. De acordo com Ackerman, geralmente obtêm-se mudança terapêutica significativa entre seis meses e dois anos.

O estilo terapêutico de Ackerman era provocativo, confrontador, sem qualquer compromisso com a neutralidade ou a passividade. Beels e Ferber (1972) descrevem-no com um terapeuta carismático e condutor. Para promover a interação entre os membros das famílias, geralmente fazia mais afirmações que qualquer membro da família durante as sessões, encorajando-os a serem mais abertos com ele do que o eram uns com os outros. "Às vezes ele parecia alternadamente intrusivo, insultante, sedutor e autocrata. As famílias e os terapeutas que o consultaram, no entanto, geralmente achavam que ele focalizava seus problemas importantes com rapidez e

precisão, e com um efeito liberador" (Beels e Ferber, 1972, p. 205).

Apesar de descrito como um terapeuta brilhante, Ackerman não criou uma "escola" em terapia de família, isto é, não teve um grupo significativo de terapeutas que adotassem seu modelo terapêutico ou suas concepções sobre família. Isto ocorreu principalmente por duas razões. Em primeiro lugar, suas descrições acerca de seu estilo terapêutico são, na maioria das vezes, genéricas, pouco explícitas e específicas. Embora seus escritos contenham recomendações sobre como deve proceder o terapeuta, Ackerman nunca narrou certas particularidades de seu estilo. Beels e Ferber (1972) contam, por exemplo, que às vezes Ackerman oferecia seu colo para as crianças, dava um lenço para uma mãe que chorava, oferecia um cigarro a uma mulher cujo marido não a permitia fumar ou sua gravata a um jovem que não se considerava suficientemente respeitável. Ademais, o uso pessoal que fazia do material não-verbal das famílias era praticamente impossível de ensinar. Não obstante, sua contribuição para o campo da terapia de família foi bastante significativa. Além de ser um dos pioneiros em tratar toda a família conjuntamente - em uma época em que isso era considerado herético - Ackerman desenvolveu conceitos que contribuíram para a disseminação da terapia de família, estabeleceu um dos mais importantes institutos de terapia de família e co-fundou o primeiro periódico dedicado ao campo.

Durante a maior parte da década de 50 os pesquisadores e terapeutas que trabalhavam com famílias pouco conheciam os trabalhos uns dos outros. Havia, não obstante, encontros e visitas informais entre alguns, bem com a troca de comunicações pessoais. Entretanto, a terapia de família somente começou a ter reconhecimento nacional (nos E.U.A.) a partir de março de 1957, quando John Spiegel, presidente do Comitê sobre a Família do "Group for the Advancement of Psychiatry" (GAP) organizou um painel com apresentação de trabalhos sobre pesquisa com famílias no encontro anual da American Orthopsychiatry Association. Entre os apresentadores estavam Bowen e Lidz. Embora os trabalhos apresentados versassem sobre pesquisas com famílias de esquizofrênicos, a noção de terapia de família foi discutida. Em maio deste mesmo ano, O. Spurgeon English organizou um painel sobre família no encontro anual da American Psychiatric Association. Ackerman secretariou o evento, do qual participaram também Jackson, Bowen e Lidz. Bowen (1975) relata que os trabalhos apresentados eram todos sobre pesquisa, mas o encontro estava lotado, e havia mais insistência na audiência para se falar sobre terapia de família. Os encontros nacionais do ano seguinte foram dominados por novos terapeutas ávidos em relatar novas experiências com terapia de família.

A década de 60 caracterizou-se pela disseminação da idéia de tratar toda a família conjuntamente, rompendo gradativamente o "dogma" que proibia tal prática. Estabeleceram-se programas de treinamento de terapeutas de família, e as conferências sobre o assunto tornaram-se relativamente comuns. No entanto, não houve desenvolvimento teórico significativo na área, pois grande parte dos terapeutas de família ainda usavam em sua prática conceitos oriundos da terapia individual. **Salvador Minuchin** foi uma exceção, desenvolvendo a chamada "abordagem estrutural", que será vista no próximo capítulo.

O grande desenvolvimento da terapia de família na década de 70 pode ser observado por uma série de indicadores. Olson et al. (1980) relatam que se publicaram mais de 1500 artigos e 200 livros na área entre 1970 e 1979. Os periódicos dedicados ao campo, que no começo da década eram apenas dois, em 1979 já somavam mais de dez. A American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT), que em 1970 tinha aproximadamente 1000 membros, em 1980 contava com quase 8000. Bloch e Weiss (1981) contabilizaram 175 centros de treinamento de terapia de família no ano de 1980, não apenas nos E.U.A., mas também em países europeus, na África do Sul, Argentina, Austrália, Israel e México. Houve grande proliferação de abordagens em terapia de família, sendo desenvolvidas técnicas específicas para o tratamento de famílias e casais, bem como criados conceitos para a

compreensão da dinâmica familiar. A quantidade de pesquisa realizada em terapia de família aumentou sensivelmente. O escopo dos problemas tratados através da terapia familiar ampliou-se enormemente, incluindo além do tratamento da esquizofrenia e da delinquência juvenil - os mais comuns na década de 60 -, o tratamento de alcoolismo, abuso de drogas, sintomas psicossomáticos, fobias, entre outros. Na década de 80, a terapia de família continuou a crescer. Há hoje mais de vinte periódicos dedicados a algum aspecto do campo apenas nos E.U.A.. O número de institutos de formação em terapia familiar multiplicou-se, e o reconhecimento acadêmico do campo consolidou-se. A AAMFT tem influência na política de saúde mental do governo americano e em 1990 já tinha em seus quadros 17.500 membros. As conferências desta organização realizadas anualmente em outubro reúnem entre quatro e cinco mil pessoas. Continuam a surgir novas abordagens, bem como ampliações e variações das já existentes.

CAPÍTULO 2 - A ABORDAGEM ESTRUTURAL

2.1. INTRODUÇÃO HISTÓRICA

A abordagem estrutural em terapia de família teve como principal criador Salvador Minuchin. Nascido na Argentina em 1921, Minuchin graduou-se em Medicina pela Universidade de Córdoba em 1947. Em 1948 e 1949 serviu voluntariamente como médico no exército de Israel. Foi então para os E.U.A., onde especializou-se em Psiquiatria infantil em Nova Iorque. Teve entre seus professores Nathan Ackerman. Entre 1952 e 1954 trabalhou em Israel com crianças refugiadas, vítimas do Holocausto, e com judeus imigrantes de países árabes. Nasceu aí o interesse de Minuchin em trabalhar com toda a família. De volta a Nova Iorque, teve treinamento psicanalítico no William Alanson White Institute no período de 1954 a 1959. Logo depois, começou a trabalhar na Wiltwyck School, para onde eram mandados garotos delinquentes, grande parte vindos de guetos de negros e porto-riquenhos. Lá, sugeriu a seus colegas que começassem a ver as famílias dos delinquentes. As abordagens em terapia de família então existentes pareciam inadequadas para as famílias em questão, tipicamente pobres, mal organizadas e com múltiplos problemas. Assim, Minuchin teve que desenvolver conceitos e técnicas apropriados para este tipo de família.

Em 1965 Minuchin foi convidado para ser diretor da Philadelphia Child Guidance Clinic, localizada em um gueto de negros. Trouxe consigo dois colegas da Wiltwyck School, Braulio Montalvo e Bernice Rosman. Jay Haley, a quem conheceu em 1962 em Palo Alto, juntou-se ao grupo em 1967. Durante os 10 anos em que Minuchin foi diretor da Philadelphia Child Guidance Clinic, esta transformou-se de uma pequena clínica de orientação infantil com apenas 10 pessoas em sua equipe, em uma das mais modernas e bem aparelhadas dos E.U.A., contando com cerca de 300 membros, além de ter se tornado um grande centro de terapia familiar. A publicação das idéias desenvolvidas a partir do trabalho com as famílias supramencionadas (Minuchin et al., 1967), levou Minuchin a se tornar uma figura conhecida no campo da terapia de família. Em 1969, valendo-se de uma bolsa recebida, Minuchin desenvolveu - juntamente com Haley, Rosman e Montalvo - um programa de treinamento intensivo de 2 anos para terapeutas de família. Entre as características deste treinamento estava o uso da supervisão "ao vivo", na qual os supervisores assistiam as sessões terapêuticas através de um espelho unidirecional e, se necessário, interrompiam-na para dar instruções por telefone. A sessão era também filmada para discussão posterior. Em 1975 Minuchin deixou a direção da Clínica, permanecendo porém como chefe de treinamento até 1981. Neste ano, mudou-se para Nova Iorque, onde criou sua própria clínica, Family Studies, Inc.. No final da década de 70 a terapia de família estrutural já era considerada a mais

popular, e o livro "Families and Family Therapy" (Minuchin, 1974) é o maior "best-seller" do campo (mais de 200.000 exemplares vendidos até 1990).

2.2. PRINCIPAIS CONCEITOS

Uma das razões da grande popularidade da abordagem estrutural em terapia de família é a simplicidade e aplicabilidade de seus conceitos. Tais conceitos descrevem a organização da vida familiar, permitindo ao terapeuta intervir para modificá-la, caso seja ela disfuncional.

Um dos conceitos chave na abordagem estrutural é o de **estrutura familiar**. Este é definido como "o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as formas pelas quais os membros da família interagem" (Minuchin, 1974, p. 51). A repetição de certas seqüências transacionais familiares estabelecem padrões transacionais duradouros, que definem como, quando e com quem os membros da família se relacionam. Estes padrões são mantidos por dois sistemas de restrição. O primeiro é genérico, e diz respeito às regras universais que governam a organização familiar como, por exemplo, a hierarquia de poder entre pais e filhos e a complementaridade de funções entre marido e esposa. O segundo sistema é idiossincrático, envolvendo as expectativas recíprocas dos membros individuais da família, que têm sua

origem em anos de negociações explícitas e implícitas entre eles. Esta origem pode muitas vezes ser esquecida ou até mesmo a natureza destes contratos pode nunca ter sido explicitada. No entanto, uma vez formados, estes padrões tendem a se perpetuar, e o sistema resiste à mudança além de certo limite, ainda que padrões alternativos estejam disponíveis.

O sistema familiar diferencia e executa suas funções através de **subsistemas**. Cada subsistema pode incluir um só membro da família ou vários deles unidos por critérios de pertinência comuns, tais como idade, sexo, interesse ou função. O mesmo indivíduo pode fazer parte de vários subsistemas; em cada qual aprende habilidades diferenciadas e tem diferentes níveis de poder. Minuchin (1974) destaca três subsistemas na família e apresenta modelos normativos de funcionalidade para cada um. O primeiro é o subsistema conjugal, formado quando dois adultos de sexos opostos se unem visando a formar uma família. As principais habilidades necessárias para a implementação de suas tarefas são complementaridade e acomodação mútua. O segundo subsistema é o parental, no qual o subsistema conjugal se diferencia para executar as tarefas de socialização de uma criança, sem perder o apoio mútuo que deve caracterizar o subsistema conjugal. O terceiro é o subsistema fraternal, que se constitui no primeiro laboratório social no qual as crianças podem experimentar relações com outras crianças. As

fronteiras deste subsistema devem proteger as crianças da interferência dos adultos, de modo que possam exercer seu direito à privacidade, terem suas próprias áreas de interesse e serem livres para cometer erros. Além destes, inúmeros outros subsistemas podem se formar como, por exemplo, uma coalizão velada entre um dos cônjuges e um dos filhos, da qual os outros membros da família estão excluídos.

O conceito de **fronteira** é o mais importante entre os formulados por Minuchin. Segundo ele, "as fronteiras de um subsistema são as regras que definem quem participa e como" (Minuchin, 1974, p. 53). São elas que regulam a quantidade de contato entre os subsistemas. A função das fronteiras é proteger a diferenciação da família e de seus subsistemas. Sem a proteção adequada das fronteiras não ocorreriam muitos desenvolvimentos críticos no processo familiar. O desenvolvimento das habilidades interpessoais conseguidas em um subsistema se baseia na proteção dada pela fronteira contra a interferência de outros subsistemas. A nitidez das fronteiras dos subsistemas é essencial para o funcionamento apropriado da família. Elas devem ser suficientemente definidas, de modo que seja possível aos membros de um subsistema executar suas funções sem interferências indevidas. Porém, ao mesmo tempo, devem permitir o contato entre os membros deste subsistema com outros. A nitidez das fronteiras de um subsistema é mais significativa que a sua composição. "Um subsistema parental que inclui uma avó ou

uma criança parental pode funcionar muito bem, desde que as linhas de responsabilidade e autoridade estejam nitidamente delineadas" (Minuchin, 1974, p. 54).

A nitidez das fronteiras na família pode ser usada como um parâmetro para avaliar o funcionamento familiar. Todas as famílias podem ser concebidas como operando ao longo de um "continuum", em cujos pólos estão representados os dois extremos de funcionamento das fronteiras (fig. 1). De um lado, as famílias com fronteiras excessivamente rígidas, que permitem pouco contato com sistemas exteriores, resultando em um estado denominado **desengajamento** ("disengagement"). Embora

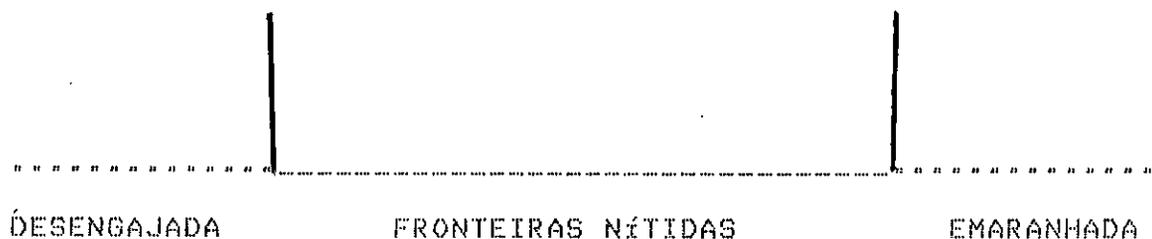


FIG. 1

gozem de autonomia, os membros de subsistemas ou famílias desengajadas possuem um sentido distorcido de independência, não apresentando sentimentos de lealdade ou pertinência uns com os outros. Dessa forma, as funções de apoio mútuo e interdependência ficam dificultadas, e apenas sob condições de extremo estresse a família é mobilizada. Em outro extremo, estão as famílias nas quais as fronteiras são difusas, sendo a distância entre os subsistemas bastante

pequena. Nessa situação, denominada **emaranhamento** ("enmeshment"), são grandes o envolvimento e a preocupação entre os membros da família, e o comportamento de um deles reverbera com grande rapidez e intensidade por todo o sistema. Isto ocorre à custa da autonomia e da diferenciação dos membros. Minuchin salienta que os termos desengajamento e emaranhamento dizem respeito a um estilo transacional ou à preferência por um tipo de interação, e não a uma diferença qualitativa entre comportamento funcional e disfuncional. A maior parte das famílias apresenta subsistemas tanto desengajados quanto emaranhados. A patologia ocorre quando a família opera continuamente nos extremos do "continuum". Avaliando os subsistemas familiares e o funcionamento das fronteiras, o terapeuta poderá dispor rapidamente de um quadro diagnóstico da família e, a partir daí, orientar suas intervenções terapêuticas.

Para Minuchin (1974), o terapeuta deve ter uma concepção de como funciona uma família normal: "Uma vez que uma família normal não pode ser distinguida de uma família anormal pela ausência de problemas, um terapeuta deve ter um esquema conceitual do funcionamento familiar para ajudá-lo a analisar uma família" (p. 51). A funcionalidade ou disfuncionalidade de uma família são caracterizados pela adequação do ajuste da organização estrutural do sistema às exigências de operação de um conjunto de circunstâncias. Como afirma Minuchin (1974) no epílogo de seu mais conhecido livro,

"De acordo com o modelo sugerido, uma família funcionando eficientemente é um sistema social aberto em transformação, mantendo laços com o extrafamiliar, possuindo uma capacidade de desenvolvimento e tendo uma estrutura organizacional composta de subsistemas. O indivíduo, que é ele próprio um subsistema da família, enfrenta diferentes tarefas e adquire diferentes habilidades interpessoais nos diversos subsistemas" (p. 253).

As fronteiras dos subsistemas devem ser firmes, porém flexíveis o suficiente para que seja possível uma redistribuição diante de novas circunstâncias. Embora enfrente estresses, a família normal se adapta às circunstâncias modificadas, mantendo a continuidade e intensificando o crescimento psicossocial de cada membro. Por outro lado, se uma família quando confrontada com o estresse aumenta a rigidez de suas fronteiras e de seus padrões transacionais, e evita ou resiste à exploração de padrões transacionais alternativos quando novas circunstâncias a exigem, surgem padrões disfuncionais (patológicos).

Alguns símbolos são utilizados na abordagem estrutural para representar como a família está operando em determinado momento (Fig. 2). Estes diagramas permitem tornar mais claras as mudanças que se fazem necessárias.

-----	fronteira nítida
.....	fronteira difusa
_____	fronteira rígida

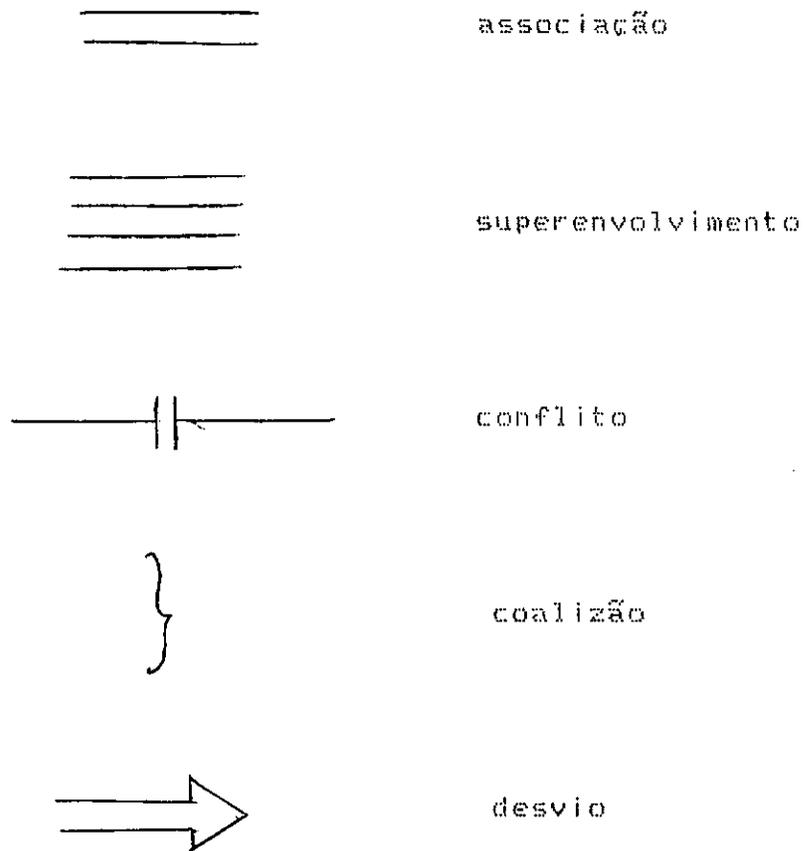


FIG. 2

Minuchin (1974) ilustra o modo do operar de uma família disfuncional através de como ela lida com o estresse. Este pode ter sua origem em quatro fontes. A primeira, se deve ao contato de um membro da família com forças extrafamiliares e ocorre de tal modo que o estresse neste membro faz com que os outros membros sintam necessidade de se acomodar às circunstâncias modificadas dele. Esta acomodação pode se dar apenas em um subsistema. Um marido estressado no trabalho pode, por exemplo, criticar a mulher quando chega em casa,

limitando a transação ao sistema conjugal. A solução do conflito então surgido pode ter uma solução funcional (terminando, por exemplo, por um termo e apoio mútuo) ou disfuncional (a briga pode entrar em uma escalada sem fim, até que um dos cônjuges abandona o campo).

Em um outro exemplo, tanto o pai (P) quanto mãe (M) sofrem estresse no trabalho, mas desviam seu conflito atacando um filho (F). Embora reduza a tensão sobre o pai e a mãe, este procedimento estressa a criança (Fig. 3).

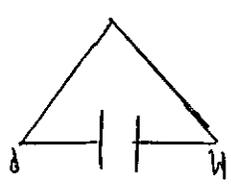


FIG. 3

Outra possibilidade é a esposa, ao ser criticada pelo marido, fazer uma coalizão com o filho contra o pai (Fig. 4). Nesse caso, a fronteira em torno do sistema conjugal se torna difusa, surgindo um sistema inadequadamente rígido de mãe e filho versus pai, o que caracteriza um padrão transgeracional disfuncional.

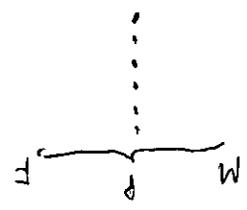


FIG. 4

A segunda fonte é o contato estressante de toda a família com forças extrafamiliares. Este estresse pode se originar por uma mudança de situação, tal como uma transferência da família de cidade ou país ou pelos efeitos de uma depressão econômica.

\ Uma terceira categoria de estresse ocorre em pontos de transição na família. Há fases na evolução natural da família em que há a necessidade de se negociar novas regras familiares. O surgimento de conflitos é inevitável e, idealmente, estes devem ser resolvidos por negociações de transição, de um modo tal que a família se adapte com sucesso. Embora ofereçam uma oportunidade para o crescimento de todos os membros da família, estes conflitos, se não resolvidos, dão origem a um comportamento disfuncional da família. Estes problemas de transição podem ocorrer por mudanças evolutivas em membros da família e por mudanças na composição familiar. Um exemplo comum deste tipo de ocorrência se dá quando um filho se torna um adolescente. Nessa época, pode haver uma perturbação nas relações entre ele e seus pais, pois a sua participação no mundo extrafamiliar é maior, e as transações do sistema parental com ele devem mudar de pais-criança para pais-jovem adulto. O adolescente deve se afastar um pouco do subsistema fraternal, gozando de mais autonomia e responsabilidade. A Fig. 5 ilustra tal adaptação quando bem sucedida.



FIG. 5

Uma configuração disfuncional pode surgir, no entanto, se a mãe dificulta qualquer mudança em sua relação com o adolescente, pois esta exigiria uma mudança em sua relação com o marido. Ela pode então atacar o adolescente e impedir sua autonomia. Caso o pai entre no conflito ao lado do filho, forma-se uma coalizão transgeracional inadequada (Fig. 6), de tal forma que a situação pode se generalizar e envolver toda a família no conflito.

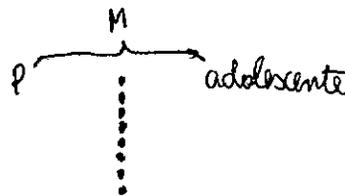


FIG. 6

Outros exemplos de estresse em pontos de transição da família ocorrem em circunstâncias tais como a morte de um membro, separação ou divórcio, encarceramento, institucionalização ou afastamento do filho por causa da escola, ou ainda quando a

família absorve um novo membro.

A última fonte de estresse ocorre em torno de problemas idiossincráticos. Problemas tais como retardamento mental, incapacidade física, ou doença em um membro da família podem resultar em padrões transacionais disfuncionais se não forem bem administrados. Se, por exemplo, um membro da família deixa de exercer algumas de suas funções e poderes por motivo de doença, estes são redistribuídos entre os outros membros. Quando este membro doente se recupera, é necessária uma readaptação a fim de incluí-lo em sua antiga posição, ou deve-se ajudá-lo a assumir uma nova posição no sistema.

Ao trabalharem com famílias psicossomáticas, Minuchin et al. (1978) identificaram três padrões que descrevem as seqüências transacionais que ocorrem em resposta a um conflito familiar. Tais seqüências podem ser observadas também em famílias funcionais, mas estas têm outros modos alternativos de enfrentar o conflito e negociar. Todavia, as famílias com uma criança psicossomática apresentam estas seqüências disfuncionais repetidamente. Na **triangulação** e na **coalizão cônjuge-criança** o casal está em franca oposição ou conflito, e a criança é pressionada a se aliar a um dos pais contra o outro. Na situação de triangulação, a criança está numa posição tal que não lhe é possível se expressar sem tomar partido de um dos pais. Impõe-se à criança

circunstâncias nas quais ela é obrigada a fazer uma escolha que implica em apoiar um dos pais e se opor ao outro. Ora pode ela estar aliada a um, ora a outro. Na coalizão cônjuge-criança, esta tende a se unir a um dos pais contra o outro, de tal forma que esta se torna uma característica dominante e inflexível nas relações familiares. No terceiro padrão, denominado **desvio** ("detouring"), o casal está aparentemente unido, mas seus conflitos se ocultam através de um mecanismo no qual protegem ou culpam sua criança doente, que é definida com o único problema da família. As preocupações com a criança absorvem de tal maneira o casal que quaisquer sinais de desarmonia conjugal são suprimidos ou ignorados. Em todos esses padrões a criança tem um papel de redutora do conflito, à custa de sua doença psicossomática. Estas famílias podem alternar entre estes padrões ao longo do tempo, mas um tende a ser predominante.

2.3. A TERAPIA

2.3.1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

O objetivo primordial da terapia estrutural é alterar a estrutura da família, ou seja, modificar os padrões transacionais de forma que a família tenha uma estrutura funcional. "A terapia baseada neste quadro de referência (a terapia estrutural de família) está orientada para a mudança

da organização familiar. Quando a estrutura do grupo familiar é transformada, as posições dos membros nesse grupo ficam alteradas correspondentemente. Em consequência, as experiências de cada indivíduo mudam" (Minuchin, 1974, p. 2).

Através da criação de um sistema terapêutico no qual o terapeuta se une à família, este pode vivenciar os padrões transacionais familiares, compreendendo sua estrutura e podendo intervir para alterá-la. Assim, ele pode concluir que é necessário alterar fronteiras ou realinhar subsistemas para atingir a funcionalidade desejada. Pode ser conveniente, por exemplo, diminuir a distância entre os cônjuges, ou aumentá-la entre um deles e um filho. A criação de uma estrutura hierárquica efetiva entre pais e filhos é valorizada: "a criança tem de agir como um filho, enquanto o seu pai age como um pai" (Minuchin, 1974, pp. 52-53). No caso das famílias emaranhadas, o objetivo é fortalecer as fronteiras para promover a diferenciação dos membros da família. Em se tratando de famílias desengajadas, ao contrário, o objetivo é diminuir a rigidez das fronteiras, favorecendo o fluxo entre os subsistemas, a fim de tornar possível o aumento das funções de apoio e direção na família.

2.3.2. TÉCNICAS DE TRATAMENTO

A abordagem estrutural apresenta uma grande variedade de técnicas terapêuticas. Apesar disso, Minuchin adverte que a técnica, por si só, não assegura eficácia: "Se o terapeuta permanece apegado à técnica, limitando-se a ser um artesão, seu contato com os pacientes será objetivo, desprendido e limpo, mas também superficial, manipulativo, em benefício do poder e, por último, não muito efetivo" (Minuchin & Fishman, 1990, p. 11). O terapeuta deve dominar a técnica, mas não permitir que ela se torne o foco da terapia.

Para reestruturar o sistema familiar o terapeuta deve se unir à família, estabelecendo um sistema terapêutico. Neste processo, descrito pelos termos **união** e **acomodação**, o terapeuta se une ao sistema familiar, aceitando a organização e o estilo da família e se misturando a ela. "Ele deve experimentar os padrões transacionais da família e a força desses padrões, isto é, deve sentir a dor de um membro da família ao ser excluído ou colocado como bode expiatório, e seu prazer ao ser amado, dependente ou, de outra forma, confirmado dentro da família" (Minuchin, 1974, p. 123). Desse modo, o terapeuta pode reconhecer que temas são predominantes na família e participar com ela de sua exploração. Este processo deve ocorrer de forma recíproca, ou seja, não apenas o terapeuta se une à família, mas esta deve se acomodar para se unir a ele. O termo "união" é

utilizado quando se enfatizam as ações do terapeuta que visam à relação com os membros da família ou o sistema familiar, enquanto que "acomodação" é utilizada quando se quer focalizar as adaptações - inconscientes ou deliberadas - que o terapeuta faz a fim de conseguir a união.

Minuchin (1974) relaciona três técnicas de acomodação. Na **manutenção**, o terapeuta proporciona apoio planejado à estrutura familiar, enquanto a percebe e analisa. As operações de manutenção frequentemente envolvem a confirmação ativa e o apoio aos subsistemas da família, ou seja, a confirmação e o apoio da força e do potencial de um indivíduo ou o reforço da posição de um membro na família. Ao trabalhar, por exemplo, com uma família na qual o pai exerce forte liderança, controlando as comunicações com os filhos, o terapeuta respeita esta regra, comunicando-se com os filhos através do pai. Ao respeitar as regras que definem os padrões transacionais da família, ele estabelece uma unidade terapêutica, a partir da qual poderá promover uma reestruturação. A segunda técnica é o **rastreamento** ("tracking"). Através dela, o terapeuta pode reunir informações úteis sobre a família, permitindo uma exploração mais eficaz de sua estrutura. Nesta técnica o terapeuta segue o conteúdo das comunicações e do comportamento de uma família, aceitando-os tais como são - isto é, confirmando os membros da família, e encorajando-os a continuar. Esse processo envolve ações tais como fazer perguntas

esclarecedoras, comentários de aprovação ou provocar a amplificação de um ponto. Estas, "são maneiras consagradas pelo tempo, pelas quais os terapeutas dinâmicos e não-diretivos controlam a direção e o fluxo de comunicação. (...) O terapeuta não inicia uma ação, ele conduz ao seguir" (Minuchin, 1974, p. 127). Entretanto, o terapeuta não deve se fixar apenas no conteúdo, perdendo de vista o processo. A técnica supõe a substituição de níveis de rastreamento do conteúdo ao processo e a vinculação concreta do processo ao conteúdo. A terceira técnica de acomodação é a *mimese*. Ao usar esta técnica, o terapeuta se acomoda à forma e ao conteúdo da comunicação da família. Assim, ele pode adotar o jeito de falar, a linguagem corporal ou qualquer outra forma de comunicação da família. Pode também enfatizar as experiências comuns que tem com a família, exprimindo semelhanças tais como "Tenho dois filhos adolescentes", "Sei o que significa ser pobre" ou "Tive uma tia como essa". A exemplo da manutenção e do rastreamento, esta técnica permite que o terapeuta estabeleça uma base comum com a família, a partir da qual ele pode intervir visando à reestruturação.

Na abordagem estrutural o diagnóstico é feito através do processo de união. Diferentemente do diagnóstico psiquiátrico tradicional, este tipo de diagnóstico envolve a acomodação do terapeuta à família para formar um sistema terapêutico. Desse modo, o terapeuta avalia as interações da família a partir de suas próprias experiências com ela no

presente. Nesta avaliação o terapeuta deve: (1) Considerar a estrutura familiar, seus padrões transacionais preferidos e as alternativas disponíveis; (2) Avaliar a flexibilidade do sistema e sua capacidade para a elaboração e para a reestruturação, o que é revelado pela reorganização das alianças, das coalizões e dos subsistemas em resposta a mudanças nas circunstâncias; (3) Examinar a ressonância do sistema familiar, ou seja, a sensibilidade do sistema às ações dos membros individuais. Isto permite avaliar a posição da família no "continuum" que tem em um extremo o emaranhamento e no outro o desengajamento; (4) Rever o contexto da vida familiar, analisando as fontes de apoio e estresse na ecologia familiar; (5) Examinar o estágio de desenvolvimento da família e sua execução das tarefas adequadas a este estágio; (6) Explorar as formas pelas quais os sintomas do paciente identificado são usadas para a manutenção dos padrões transacionais preferidos pela família. O diagnóstico interacional muda à proporção que a família assimila o terapeuta, se acomoda a ele e se reestrutura ou resiste às intervenções reestruturadoras.

As operações de reestruturação se distinguem das operações de união, pois confrontam e desafiam a família a fim de forçar uma mudança terapêutica. As operações de união não representam um desafio para a família, pois têm como objetivo diminuir a distância entre o terapeuta e a família, facilitando sua harmonização enquanto participam juntos dos

eventos da sessão terapêutica. No entanto, ambas as operações são interdependentes. Embora as operações de reestruturação sejam os focos da terapia, pois criam o movimento na direção dos objetivos terapêuticos, seu sucesso depende da existência de uma unidade terapêutica solidamente formada, o que se consegue através das operações de união.

"Quando o terapeuta se une à família, ele tem duas tarefas principais. Deve se acomodar à família, mas deve também se manter em uma posição de liderança dentro da unidade terapêutica. Ele deve resistir para não ser sugado no sistema familiar. Deve se adaptar suficientemente à organização familiar e ser capaz de entrar nela, mas deve também manter a liberdade de fazer intervenções que desafiem a organização familiar, forçando seus membros a se acomodarem a ele de formas que venham a facilitar o movimento em direção aos objetivos terapêuticos " (Minuchin, 1974, p. 139).

Minuchin (1974) destaca sete categorias de operações de reestruturação, advertindo porém que não se trata de uma lista exaustiva, pois podem haver muitas variações em função das personalidades e dos recursos tanto do terapeuta, quanto das famílias tratadas.

(1) Efetivação dos padrões transacionais da família. O fato de o terapeuta manter uma posição de liderança pode levá-lo ao risco de se tornar a figura central em todas as conversações mantidas no curso da terapia. Os membros da família podem querer explicar-se ao terapeuta e por ele serem aconselhados, o que pode ocasionar a tendência de se dirigirem somente a ele. Isso o impede de se desligar a fim

de observar os padrões transacionais da família, além de propiciar a existência de padrões transacionais que podem ser bastante diferentes daqueles normais da família. Para promover a efetivação dos padrões transacionais da família o terapeuta pode se valer das seguintes estratégias:

a) Representação de padrões transacionais - é mais proveitoso para o terapeuta presenciar os modos de interação da famílias do que tê-los simplesmente descritos. Portanto, ele deve encorajar os membros da família a interagirem uns com os outros da mesma forma que o fariam se ele não estivesse presente, permitindo assim saber de que maneira eles naturalmente resolvem conflitos, apoiam uns aos outros, fazem alianças e coalizões ou propagam estresse. Para conseguir isto, ele deve utilizar instruções explícitas, tais como "Fale com seu pai sobre isso".

b) Recriação de canais de comunicação - Há famílias em que os membros usam o terapeuta como ouvinte, falando com ele sobre o comportamento de outro membro, ao invés de se dirigirem diretamente a esse membro. O terapeuta pode se valer de algumas técnicas para incentivar a comunicação intrafamiliar durante as sessões, tais como insistir para que as pessoas falem umas com as outras, evitar olhar para alguém, fixando seu olhar em um objeto, se recusar a responder quando se dirigem a ele, apontando outro membro da família com um gesto ou mesmo deixar o recinto para observar a família através de um espelho unidirecional. O uso dessas técnicas por certo número de vezes estabelece a necessidade

dos membros da família falarem entre si como uma regra do sistema terapêutico.

c) Manipulação do espaço - O terapeuta pode utilizar a redistribuição geográfica dos membros da família na sala como um recurso eficaz para trabalhar com fronteiras. O modo pelo qual uma família se distribui no recinto pode ser indicativo da proximidade ou da distância entre os membros, de coalizões ou conflitos. Assim, o terapeuta pode separar dois membros que estão em coalizão contra outro, aproximar um membro em isolamento ou ainda se colocar como intermediário entre dois deles. As manipulações terapêuticas do espaço admitem uma ampla variedade de opções.

(2) Delimitação de fronteiras. O terapeuta deve ajudar a família a atingir o grau correto de permeabilidade das fronteiras, tanto de seus membros individuais quanto dos diversos subsistemas. Através da imposição de regras simples, o terapeuta pode promover e proteger a autonomia individual. Estas regras incluem procedimentos tais como ouvir e fazer a família ouvir o que cada membro diz, reconhecendo sua comunicação, não permitir que um membro responda uma pergunta dirigida a outro ou que fale sobre outro ao invés de se dirigir diretamente a ele, e não permitir também que um membro aja como um banco de memória para toda a família. No caso de famílias nas quais as crianças parecem ter sua autonomia dificultada, o terapeuta deve auxiliar a família a salientar as diferenças, ajudando

os pais a fazerem exigências e recompensas específicas de acordo com o estágio de desenvolvimento de cada criança.

As fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas. O subsistema conjugal deve ser protegido da intromissão de filhos ou de membros adultos da família extensa. Isto pode incluir a designação de tarefas que incentivem as transações da subunidade conjugal, como por exemplo, dizer aos pais de famílias que têm como norma deixar as portas dos aposentos sempre abertas para ficarem a sós em seu quarto de portas fechadas a cada noite por uma hora. O terapeuta deve também agir de maneira que apoie a autoridade que deve ter o subsistema parental. Dessa forma, o terapeuta pode se mostrar irritado com um filho que critica impunemente o pai, atribuindo todos os problemas à doença intrapsíquica deste. O subsistema fraternal precisa igualmente de uma fronteira protetora, a fim de poder exercer suas funções de proporcionar às crianças a chance de aprenderem cooperação, competição, formas de evitação ou de rendição, como ganhar ou perder um aliado e outras habilidades de convivência com outras crianças. Caso os pais não respeitem esta autonomia, o terapeuta pode determinar tarefas para o subsistema fraternal das quais os pais estão excluídos. Em uma sessão os filhos podem, por exemplo, ser levados para o centro da sala para negociar e explorar assuntos, enquanto o terapeuta e os pais permanecem na periferia, observando sem participar. O terapeuta pode ainda intervir em outros subsistemas da

família redefinindo fronteiras com o objetivo de reestruturar a família.

(3) Escalonamento de estresse. Tipicamente, as famílias que vêm para terapia apresentam padrões transacionais disfuncionais para lidar com o estresse. Nestas famílias, que têm padrões transacionais rígidos, e esquivam-se ou oferecem resistência a qualquer exploração de alternativas, o terapeuta deve desregular o sistema, desenvolvendo um outro nível de homeostase. Através da produção de estresses em diferentes partes do sistema familiar, ele pode criar novos contextos ou circunstâncias modificadas aos quais a família deve se adaptar. Quatro estratégias são destacadas para alcançar este objetivo:

a) Bloqueio de padrões transacionais - Consiste em impedir a família de se comunicar através de seus canais habituais. O surgimento de estresse é particularmente provável em situações nas quais o canal obstruído tinha como função suprimir o conflito na família. Em uma família, por exemplo, em que a esposa normalmente monopoliza as conversações, impedindo o marido de falar para evitar divergências, o terapeuta pode intervir dizendo "Deixe seu marido completar o que estava tentando falar", ou "Continue".

b) Ênfase de diferenças - Quando uma família mantém encobertas as diferenças entre seus membros, o terapeuta pode intervir, produzindo estresse ao tornar manifestas tais diferenças. Ao ouvir a opinião de um deles sobre determinada

questão, ele pode, por exemplo, pedir a outro cuja posição a respeito seja divergente para explicitar sua opinião. Pode chegar mesmo a afirmar abertamente que ambos tem posições distintas, incitando-os a discutirem a respeito.

c) Revelação de conflito implícito - O terapeuta intervém para fazer vir à tona os conflitos obscurecidos pela família. Em uma família na qual o conflito dos pais é encoberto pela ação de um filho que manifesta certos sintomas sempre que os pais iniciam uma discussão, o terapeuta age bloqueando a interferência deste filho no conflito, rompendo tal mecanismo disfuncional de desvio.

d) União em aliança ou coalizão - Ao utilizar esta estratégia o terapeuta produz estresse se unindo temporariamente a um membro ou a um subsistema familiar. Esta união pode ocorrer com vários membros da família alternativamente. Se o terapeuta se une a um dos membros ou subsistema da família contra outro durante um longo período, não apenas o que serve de alvo fica estressado, mas também aquele que está em coalizão com o terapeuta, posto que os padrões transacionais habituais da família são desafiados. Isto pode resultar em uma mudança nos padrões hierárquicos da família, permitindo também que esta explore modos alternativos de se relacionar. Este tipo de intervenção requer grande habilidade do terapeuta para não ser sugado para dentro da guerra familiar, bem como de conhecer os limites de tolerância tanto do membro com o qual se alia quanto daquele atacado. É importante dar alguma forma de

apoio ao membro que é alvo do ataque como, por exemplo, mostrar que reconhece seu ponto de vista. Ao terminar a sessão, os membros da família devem ser capazes de "sobreviver" no contexto criado sem a ajuda do terapeuta. Para o sucesso desta estratégia é necessário que a família perceba que o objetivo do terapeuta é beneficiar toda a família, e que sua coalizão com determinados membros da família é transicional, pois acima de tudo ele está unido à toda a família no sistema terapêutico.

(4) Atribuição de tarefas. O terapeuta pode atribuir tarefas para os membros da família executarem tanto durante a sessão quanto em casa. Tais tarefas criam uma estrutura na qual a família deve funcionar. A natureza das tarefas pode ser diversa. Entre aquelas prescritas para serem cumpridas durante a sessão, algumas podem indicar apenas como e com quem os membros da família devem se comunicar. "Continue falando; não deixe que ele te interrompa" ou "Discutam agora sobre essa questão" são exemplos típicos deste tipo de tarefa. Outras estão relacionadas à manipulação de espaço, tais como pedir a um filho que vire sua cadeira de forma que não possa ver os sinais de sua mãe ou solicitar a um marido que sente ao lado da esposa e segure sua mão sempre que achar que ela está ansiosa. As tarefas nas sessões podem ainda ser utilizadas para dramatizar as transações familiares e sugerir mudanças. O terapeuta pode pedir, por exemplo, às crianças de uma família que não façam uma delas de bode-expiatório

durante três minutos, e ao dizer isso dá seu relógio ao irmão mais velho para marcar este tempo. Ao atribuir tarefas durante a sessão, o terapeuta acentua sua posição de determinador de regras, ou seja, deixa claro que é ele quem fixa as regras de comportamento na sessão terapêutica.

Outras tarefas podem também ser determinadas para serem realizadas fora da sessão terapêutica. Se os membros da família executam tais tarefas, o terapeuta passa a ser um criador de regras que vão além da estrutura da sessão terapêutica. Algumas tarefas visam a promoção de novos subsistemas ou novas alianças na família. Estas podem incluir a determinação de que um membro da família passe mais tempo em companhia de outro ou, ao contrário, podem prescrever, por exemplo, que determinado membro não se intrometa na relação de outros. Outras tarefas envolvem a quebra terapêutica de certas regras familiares. Em uma família em que a mulher tem grande controle sobre a vida de seu marido, este pode ser solicitado a comprar sozinho suas roupas pela primeira vez, levando em conta apenas suas próprias preferências, e não as da esposa, como ocorre habitualmente.

"O uso de tarefas tem muitas vantagens. Um foco nas tarefas força o terapeuta a lidar com a estrutura e com os padrões transacionais familiares, ao invés de com as características particulares dos membros individuais. As tarefas chamam a atenção para novas possibilidades de reestruturação da família. Ao formular tarefas, o terapeuta deve tornar claro seu mapa da família e

estabelecer metas específicas, bem como passos específicos na direção destas metas. As tarefas são também um meio valioso de testar a flexibilidade familiar. (...) As diferentes respostas (à designação de tarefas) dão tanto ao terapeuta quanto à família uma melhor compreensão de onde estão e para onde devem ir" (Minuchin, 1974, p. 151-152).

(5) Utilização de sintomas. Os sintomas de um membro individual - o paciente identificado - expressa uma disfunção da estrutura familiar. Assim, o sintoma pode ser o caminho mais rápido para diagnosticar e alterar os padrões transacionais disfuncionais da família. Além disso, alguns sintomas - como atear fogo nas coisas, fobia e anorexia nervosa - podem ser tão perigosos ou dolorosos que requerem prioridade. Há ainda famílias que a princípio só aceitam fazer um contrato terapêutico que inclua inicialmente o problema apresentado. O terapeuta pode utilizar certas técnicas que põem em foco o sintoma, de modo a impedir que ele exerça a função que tem na estrutura familiar, estabelecendo as bases para sua remoção e a conseguinte reestruturação da família. Tais técnicas são:

a) Exageração do sintoma - O terapeuta amplia o sintoma do paciente identificado a tal ponto que este sintoma já não serve aos propósitos que tinha na estrutura familiar. Minuchin (1974) cita o exemplo de um casal judeu de meia-idade sem filhos que procura a terapia devido à forte depressão do marido, que o incapacita ao trabalho. O terapeuta interpreta esta depressão como resultante da sensação que tem o marido de vida desperdiçada, pois não há

apoio mútuo entre o casal. Sugere então a ele que sinta pesar pela sua parte que está morta, e que sente na posição de Shiva (os sete dias tradicionais de luto no costume judeu) oito horas por dia, enquanto sua esposa lhe traz comida e o consola. O homem chora continuamente por três dias e fica entediado por quatro. Sua depressão desaparece, e ele retorna ao trabalho. O casal continua em tratamento sabendo que não é o marido que está deprimido, mas todo o relacionamento.

b) Desacentuação do sintoma - Ao contrário da exageração, esta técnica afasta o foco do sintoma do paciente identificado. Ela é ilustrada pelo caso de uma família formada pelo casal e três filhos, e cujo marido - o paciente identificado - apresenta vômito psicogênico. O terapeuta percebe na sessão com o casal, que é a esposa quem estabelece as regras na família, e que o marido é submisso, exceto por seu vômito. De acordo com a descrição dos pais, a filha mais velha é bastante ansiosa, temendo que seu pai morra, e o filho mais novo imita e ridiculariza os vômitos do pai. O terapeuta apresenta ao casal três escolhas: ajudar o marido, ensinando-o a vomitar sem fazer barulho ou a vomitar somente no banheiro, ou a parar completamente de vomitar. Salienta, no entanto, que isso não ajudará o casal a adquirir respeito mútuo nem ajudará as crianças - cujas vidas são invadidas pelo conflito conjugal - a aprenderem a se individualizar. São estas as áreas que seriam mais relevantes para serem tratadas.

c) Transferência para um novo sintoma - Esta técnica é muitas vezes utilizada em conjunto com a anterior. Pode ser conveniente transferir a atenção da família do sintoma original para outro, em torno do qual a família seja menos rigidamente organizada. A focalização em um novo sintoma enfraquece o primeiro e pode levar a família a lidar com os relacionamentos disfuncionais originais.

d) Reclassificação do sintoma - Ao redefinir um sintoma, dando-lhe outro significado para a família, o terapeuta cria formas alternativas para a família lidar com o problema original. O terapeuta pode, por exemplo, dizer a uma menina anoréxica e a sua família que este distúrbio é uma forma de desobediência aos pais e de torná-los incompetentes.

e) Modificação do afeto do sintoma - Técnica bastante semelhante à anterior, na qual o significado afetivo do sintoma é alterado para todos os membros da família que o vivenciam.

(6) Manipulação do humor. Sabendo que muitas famílias apresentam um afeto predominante, ou seja, mantêm uma determinada qualidade (depressão, bom humor, apatia, etc.) seja qual for o assunto a ser tratado, o terapeuta pode fazer uso deste afeto, tanto em uma operação de união quanto em uma operação de reestruturação. Nesta última, ele pode, a exemplo do que faz na primeira, imitar o estilo da família; entretanto, ele o faz de modo exagerado, a fim de despertar os mecanismos da família que se opõem ao desvio. Em uma

família, por exemplo, em que uma mãe poderosa e supercontroladora vocifera com suas filhas por obediência, o terapeuta pode se comportar de uma maneira até mais agressiva em relação a elas, fazendo com que a mãe suavize sua forma de tratá-las, dando-lhes mais autonomia. Em outros casos, o terapeuta pode demonstrar à família um afeto diferente, mais adequado. Outras manipulações podem também ser úteis, tal como reclassificar um determinado afeto que é predominante. As operações supercontroladoras de uma mãe podem ser denominadas pelo terapeuta como "preocupação" com os filhos, criando assim uma relação empática com ela e favorecendo o surgimento de novas transações entre a mãe e filhos.

(7) Apoio, educação e orientação. Embora os três sejam normalmente operações de união, podem também ter funções reestruturadoras. Devido à importância fundamental que têm para os membros da família e para a manutenção do sistema familiar a nutrição, a cura e o apoio proporcionados pela família, o terapeuta, além de ter consciência da importância destas funções, deve saber como incentivá-las. Ele pode, portanto, agir como um educador e ensinar à família, entre outras coisas, como aprovar uns aos outros, como reconhecer sequências disfuncionais de comportamento e como promover a diferenciação entre os membros. Pode também fornecer modelos de cuidado parental, de socialização para imigrantes que chegam a um novo ambiente, para crianças na escola ou de como lidar com o mundo extrafamiliar. Minuchin (1974) menciona o

exemplo de um adolescente com anorexia nervosa quase totalmente provado do convívio de gente de sua idade que, uma vez tendo sido curado de seus sintomas, foi levado pelo terapeuta para sua casa, convivendo durante uma semana com seu filho e sua filha adolescentes. Posteriormente, um jovem da idade do paciente e bastante entrosado num grupo de adolescentes foi contratado para ensinar ao paciente como interagir com o grupo.

CAPÍTULO 3 - A TERAPIA ESTRATÉGICA DE JAY HALEY

3.1. INTRODUÇÃO HISTÓRICA

Nascido em 1923, Jay Haley obteve seu primeiro grau universitário (B.A.) na Universidade da Califórnia em Los Angeles em 1948. Conforme visto no capítulo 1, Haley, já com mestrado em Comunicação, participou do projeto de pesquisa de Bateson em Palo Alto, que catalizou o surgimento do movimento de terapia de família. Além do conhecido artigo sobre o duplo vínculo publicado com o grupo de Palo Alto (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956), publicou também estudos sobre a esquizofrenia como forma de comportamento adaptativo (Haley, 1959a, 1959b). Desde 1953 Haley fazia visitas regulares a Phoenix, Arizona, para se consultar com o Dr. Milton H. Erickson sobre a natureza da hipnose e, mais tarde, sobre a natureza da terapia. Erickson teve forte influência sobre as idéias de Haley, que fez vários estudos sobre a hipnose (Haley, 1958, 1960; Haley & Weakland, 1959) e publicou dois livros sobre as técnicas psicoterápicas de Erickson (Haley, 1968, 1973). Além disso, suas técnicas terapêuticas são grandemente influenciadas por Erickson.

Após o fim do projeto de Bateson em 1962, Haley ingressou no Mental Research Institute (MRI) e se tornou o primeiro editor da revista "Family Process". Nesse período,

sofreu forte influência de Jackson, conforme reconheceu mais tarde (Haley, 1978).

Em 1967 Haley saiu do MRI e se juntou a Minuchin e Montalvo na Philadelphia Child Guidance Clinic, onde foi por quase dez anos diretor de pesquisa em terapia de família. Foi também neste período membro clínico do departamento de Psiquiatria da Universidade da Pennsylvania. Haley tanto influenciou quanto foi influenciado pela abordagem estrutural de Minuchin. A preocupação de Haley com a hierarquia no sistema familiar e com as coalizões aparece claramente em alguns de seus trabalhos (Haley, 1976, 1980), apesar de se utilizar de técnicas estratégicas e de seu interesse pelas intervenções paradoxais.

Em 1976 Haley foi para Washington, DC, ingressando no corpo docente da Escola de Medicina da Universidade de Maryland e, juntamente com sua esposa Cloé Madanes, estabelecendo o Instituto de Terapia Familiar de Washington, um dos mais respeitados centros de treinamento dos E.U.A. Madanes, que também trabalhou na Philadelphia Child Guidance Clinic, tem contribuído para o desenvolvimento técnico-teórico da terapia estratégica (ver, por exemplo, Madanes, 1981, 1984, 1990).

3.2. PRINCIPAIS CONCEITOS

Até o final da década de 60, Haley teve como um de seus principais focos de interesse o estudo da comunicação entre os membros da família. Sua ênfase era nos padrões de comportamento responsivo quando os membros da família interagem entre si, e não em suas idéias, crenças ou atitudes.

Em vários aspectos, as idéias de Haley sobre comunicação se assemelham às de Jackson (sistemizadas, por exemplo, em Watzlawick et al., 1967), e ambos, por sua vez, se basearam nas idéias de Bateson (1951). Segundo Haley,

"à medida que duas pessoas definem sua relação, vão elaborando conjuntamente o tipo de comunicação que terá lugar nesta relação. A partir de todas as mensagens possíveis, selecionam determinados tipos, e chegam a um acordo no sentido de que são estes, e não outros, que deverão ser incluídos. O acordo a que chegam em relação ao que há de ter lugar ou não, pode ser descrito como definição mútua da relação". (Haley, 1959a, p. 322).

A relação, portanto, se dá através da comunicação e esta, por sua vez, ocorre em diferentes níveis. Os seres humanos não apenas se comunicam, como também comunicam algo sobre esta comunicação (metacomunicam). A comunicação inclui, além de seu conteúdo, uma qualificação sobre tal conteúdo, definindo a relação. A mensagem verbal "Faça seu trabalho" transmite não somente um conteúdo, mas também

qualifica a relação, deixando claro quem está no comando. Da mesma forma, o tom de voz, uma inflexão ou uma expressão facial qualificam o conteúdo de uma mensagem emitida. Bateson (1951) classificou estes dois níveis da comunicação como "relato" (conteúdo da mensagem) e "comando" (qualificação deste conteúdo, definindo a relação). A capacidade de metacomunicar de forma congruente com o conteúdo comunicado permite que as relações possam ser definidas de maneira clara e simples. Por outro lado, quando os dois níveis de comunicação são contraditórios, surgem dificuldades inevitáveis no plano das relações interpessoais. A idéia do "duplo vínculo", exposta no capítulo I, ilustra como tal contradição pode resultar em uma patologia. Convém ainda ressaltar a impossibilidade de não comunicar, bem como a impossibilidade de deixar de qualificar uma mensagem. "Se a comunicação humana ocorresse em apenas um nível, a elaboração ou definição de uma relação seria uma simples questão da presença ou ausência de mensagens. Nesse caso, provavelmente não haveria dificuldades nas relações pessoais" (Haley, 1959a, p. 322).

Haley dá grande ênfase à luta pelo poder que ocorre em qualquer relação. "Quando uma pessoa transmite uma mensagem a outra, está manobrando para definir a relação" (Haley, 1959a, p.323). Em uma relação os participantes se colocam dois problemas mútuos: que mensagens ou que tipos de comportamento vão ter lugar nesta relação, e quem vai

controlar o que ocorrerá no curso da relação, controlando assim também sua definição. A natureza da comunicação humana exige que as pessoas encarem estes problemas, e as relações pessoais podem ser classificadas de acordo com diferentes formas com que tais problemas são encarados. Haley (1963) classifica as relações como "simétricas", "complementares", ou "metacomplementares". As primeiras são caracterizadas por uma certa igualdade de poder e status, e os parceiros tendem a refletir o comportamento um do outro. Nas relações complementares, um dos parceiros ocupa uma posição "superior", enquanto que o outro é "subordinado". Nas relações metacomplementares, o parceiro "subordinado" permite explicitamente que o "superior" assuma o controle. Desta forma, o parceiro que tem aparentemente menos poder, na verdade tem o controle, pois define a relação. Haley sublinha ainda que ninguém pode deixar de se envolver nesta luta pelo controle da definição da relação. Sempre que uma pessoa fala (ou mesmo quando permanece calada) ela indica que tipo de relação está estabelecendo com outra pessoa, seja definindo diretamente esta relação, seja contradizendo a definição do outro.

Entretanto, um ser humano pode evitar ter que definir sua relação com o outro empregando qualificativos que negam uma comunicação efetuada, invalidando a definição da relação. Para ilustrar os meios pelos quais se pode negar o conteúdo

de uma mensagem, Haley (1959a) a decompõe em quatro elementos:

- 1) Eu
- 2) estou dizendo algo
- 3) a você
- 4) nesta situação.

Para evitar ter que definir a relação com o outro, o sujeito pode negar qualquer um dos quatro elementos supra-citados, ou mesmo todos eles. Isto pode ser feito através de uma série de artifícios (estratégias):

- 1) Para negar que está comunicando algo, o indivíduo pode: (a) escudar-se sob um nome distinto, apresentando-se como outra pessoa; (b) indicar que não é ele pessoalmente quem está falando, mas que somente o faz como representante de determinada posição ou status, por exemplo, como chefe ou professor; (c) afirmar que é apenas um instrumento que transmite a mensagem, tendo sido encarregado por outrem de dizê-la, ou que Deus fala por seu intermédio; (d) negar que é ele quem está comunicando, afirmando que suas palavras são emitidas sob efeito de uma força externa a ele, por exemplo, sob ação de álcool, drogas ou insanidade; (e) rotular suas mensagens como resultado de processos "involuntários" em seu interior, de forma que não é ele de fato quem se comunica. Pode dizer, por exemplo: "Você não me incomoda; é algo que comi". Ao fazer tal afirmação, ele nega que sua expressão de

doente transmita uma mensagem sua sobre a relação estabelecida.

2) A fim de negar que tenha dito algo, uma pessoa pode:

- (a) dar sinais de amnésia;
- (b) insistir que o que disse dá margem a um mal-entendido e, assim, alegar que as interpretações da outra pessoa não coincidem com o que realmente disse;
- (c) qualificar de imediato uma declaração por meio de outra que a contradiz;
- (d) inventar um modo especial de falar, com o qual simultaneamente se comunica e nega toda comunicação, pois tal linguagem não pode ser entendida por outra pessoa;
- (e) afirmar que suas palavras não constituem um meio de comunicação, sendo simplesmente "coisas";
- (f) formular um enunciado enquanto analisa a forma de soletrar as palavras que o integram, fazendo notar que não está transmitindo uma mensagem, mas simplesmente, fazendo listas com as letras dessas palavras.

3) Para negar que o que disse era dirigido a outra pessoa, o indivíduo pode:

- (a) indicar simplesmente que está falando consigo mesmo;
- (b) encobrir a personalidade do outro, por exemplo, dirigindo-se a esta pessoa na qualidade de representante de determinado cargo ou status.

4) Para negar que o que disse tem relação com a situação em que se encontra, o sujeito pode alegar que suas palavras têm relação com outra época ou lugar.

Para Haley, as formas acima descritas de evitar a definição da relação constituem-se, na realidade, nos sintomas da esquizofrenia. Estes podem ser descritos em forma interacional como indicativos de uma patologia centrada em torno da incongruência entre o que o paciente comunica e as mensagens que qualificam tal comunicação.

"Os variados sintomas da esquizofrenia, aparentemente desconexos e estranhos, podem ser vistos como organizados em torno de um núcleo bastante simples. Se alguém está decidido a evitar definir sua relação ou a evitar indicar que tipo de comportamento ocorrerá no curso de uma dada relação, só poderá fazê-lo comportando-se de maneiras que podem ser descritas como sintomas de esquizofrenia" (Haley, 1959a, p. 327).

Este tipo de comunicação pode ocorrer com pessoas normais, e o que as distingue daquelas com comportamento esquizofrênico é a consistência deste e os extremos a que chega.

Haley (1978, 1980) rejeita as teorias biológicas ou genéticas sobre a esquizofrenia, pois argumenta que além de não haver evidências para apoiá-las, elas definem o problema da loucura dos jovens dentro do domínio médico e não do parental, impedindo ao terapeuta obter uma alavancagem para reestruturar a hierarquia familiar. Rejeita também a teoria psicodinâmica pois, a exemplo da teoria orgânica, é baseada na noção de que há algo de errado com o indivíduo, independente de sua situação social. "Os sintomas não eram vistos como uma resposta apropriada ao ambiente social, mas

como mal adaptativas, irracionais e como uma resposta mais às experiências do passado do que às circunstâncias atuais. Portanto, o presente, que é tudo que pode ser mudado, não era focalizado como uma área a ser mudada" (Haley, 1980, p.13). Tal teoria torna difícil ao terapeuta ter uma abordagem positiva em terapia, ao enfatizar o aspecto negativo do indivíduo pois, de acordo com ela, o material reprimido constitui o "lado mais negro", que inclui sentimentos tais como medo, hostilidade, ódio e paixões incestuosas. Ao utilizar interpretações para trazer o material reprimido à consciência, o terapeuta força uma focalização nos aspectos hostis e desagradáveis à pessoa. Haley aponta ainda que uma técnica que deriva da teoria da repressão é encorajar os membros da família a expressar suas emoções, pois isso ocasionaria mudança. Tal técnica, quando utilizada em sessões terapêuticas com a família, impede mudanças na organização familiar, pois qualquer membro pode evitar um assunto ou perturbar a sessão a qualquer tempo. Tais sessões tendem a ser incoerentes, desorganizadas, cheias de defesas e provas de inocência, ásperas e intermináveis. Em suma, "a teoria da repressão não levou a um bom resultado, não era simples, não orientava o terapeuta para ação mas para reflexão e não gerou esperança por colocar as causas em distantes experiências infantis" (Haley, 1978, p. 70).

A teoria do duplo vínculo também é alvo de críticas por parte de Haley, um de seus criadores. Embora saliente o

valor do conceito presente na teoria de níveis para descrever o comportamento, Haley objeta que ela encoraja uma descrição da família em termos da existência de uma "vítima", e o terapeuta assim tende a tomar o partido da vítima contra os pais. "Assim como a idéia de um 'bode expiatório' foi um infortúnio para a terapia, também o foi a idéia de uma vítima de um duplo vínculo. Do que sabemos hoje sobre a natureza e a importância da hierarquia, tomar o partido da 'vítima' em uma posição inferior na hierarquia contra alguém superior pode causar mais angústia à família do que aliviá-la" (Haley, 1978, p. 73). Além disso, a idéia de vítima torna difícil ao terapeuta conseguir a cooperação da família, uma vez que está implícita uma visão negativa de que as pessoas fazem coisas ruins umas às outras. Haley descarta ainda o uso do termo "duplo vínculo".

"Descartei grandemente o termo 'duplo vínculo' e retomei o termo original de Gregory Bateson: 'paradoxo'. Descobri que não sabia mais o que era duplo vínculo, pois muitas pessoas o utilizavam de muitas maneiras diferentes. Paradoxo é um termo mais claro e preciso para descrever níveis conflitantes de comunicação. O termo 'intervenção paradoxal' tem também uma conotação menos negativa que 'colocar num duplo vínculo' um cliente" (Haley, 1980, p. 24).

Haley descarta também o termo "esquizofrênico", pois julga que o uso do mesmo dificulta o ensino da terapia, já que impede os estudantes de terem uma expectativa de que o esquizofrênico possa se tornar normal, condição "sine qua non" para uma terapia efetiva.

Haley vê a patologia como algo relacionado ao sistema familiar ou aos relacionamentos interpessoais. Para ele, a esquizofrenia, por exemplo, é uma entidade sociopsicológica, e a hospitalização e o tratamento com drogas produzem resultados iatrogênicos. Os sintomas são encarados como servindo a um propósito dentro de uma rede interpessoal. Isto ocorre não somente nas famílias com um membro esquizofrênico, mas nas famílias disfuncionais em geral. "A responsabilidade principal do esquizofrênico é manter a família unida. Embora os cientistas sociais, mesmo os terapeutas de família, não tenham ainda a mais vaga idéia de como evitar que uma família se desintegre, a criança esquizofrênica faz isso com facilidade" (Haley, 1969, p. 126). No entanto, o modelo de funcionamento familiar de Haley vai além do modelo homeostático de Jackson (1957) baseado na Teoria dos Sistemas. Segundo Haley (1978) tal teoria teve o principal mérito de permitir ao terapeuta reconhecer seqüências repetitivas, tornando certos acontecimentos previsíveis, de modo que permite planejar a terapia com antecipação. Por outro lado, a Teoria dos Sistemas teve como principal demérito não ser uma teoria da mudança, e sim da estabilidade. Além disso, ela tende a descrever os participantes como iguais, o que torna difícil usá-la para planejar como reestruturar e reorganizar a hierarquia da família.

Haley (1973) ilustra a diferença entre as famílias saudáveis e as disfuncionais através do modo com que atravessam os estágios do ciclo de vida. Tais estágios incluem, por exemplo, o nascimento do primeiro filho, o ingresso das crianças na escola, a saída dos jovens de casa e a aposentadoria. Nas famílias saudáveis a criança, inicialmente bastante dependente, gradativamente desenvolve autonomia, competência e identidade pessoal, até o ponto em que se torna capaz de sair de casa e formar sua própria família. Em tais famílias a criança aprende um modo de comunicação adequado, sabendo qualificar congruentemente as mensagens, e definindo claramente os relacionamentos. A flexibilidade é outra das características destas famílias. Contrariamente, as famílias disfuncionais têm dificuldade em se ajustar às transições que ocorrem no ciclo de vida da família, ficando paralizadas em determinado ponto da transição. "Os sintomas aparecem quando há um deslocamento ou uma interrupção no desenvolvimento do ciclo de vida de uma família ou outro grupo natural. O sintoma é um sinal de que a família tem dificuldade em ultrapassar um estágio no ciclo de vida" (Haley, 1973, p. 42). Haley (1980) cita o exemplo de um jovem que ao atingir a idade de sair de casa, começa a ter sucesso no trabalho ou na escola e forma relações íntimas fora da família. Nesse ponto, a família se torna instável, e o jovem começa a apresentar um comportamento estranho e problemático. Apesar de todos os membros da família parecerem aflitos e se comportarem de formas desviantes,

quando o filho é escolhido como o problema seu comportamento parece mais extremo, e os outros membros da família se estabilizam e parecem estar reagindo a ele.

Haley (1976) acentua que o homem, como todos os animais, forma organizações hierárquicas. Todas as famílias devem organizar-se segundo uma hierarquia, estabelecendo as regras sobre quem ocupa posições primárias e secundárias em relação ao status e ao poder. Sob este aspecto, Haley tem um modelo normativo de família funcional semelhante ao de Minuchin, enfatizando a necessidade de que tanto as fronteiras geracionais quanto a hierarquia sejam nítidas.

"Quando um indivíduo apresenta sintomas, a organização tem um arranjo hierárquico que está confuso. Ela pode estar confusa por ser ambígua, de modo que ninguém sabe exatamente quem é seu igual e quem é seu superior. Ela pode também estar confusa porque um membro em um nível de hierarquia consistentemente forma com um membro em outro nível uma coalizão contra um seu igual, violando assim as regras básicas da organização". (Haley, 1976, p. 103)

Anteriormente, Haley (1967), ao esboçar uma teoria dos sistemas patológicos, havia desenvolvido o conceito de "triângulos perversos", coalizões de dois membros da família - cada qual pertencente a uma geração diferente - contra um terceiro, violando a hierarquia geracional. Esta coalizão é todavia negada, o que em termos comunicacionais significa que o comportamento que em um nível indica que há uma coalizão é qualificado por um comportamento metacomunicativo indicando

que não há. Quando isto ocorre como um padrão repetitivo, o sistema se torna patológico. Este padrão é transmitido através de muitas gerações, mas deve ser continuamente reforçado para continuar. Pelo menos duas pessoas, cada qual de uma geração distinta, devem cooperar para perpetuar o padrão.

Pode-se fazer o mapeamento de uma hierarquia - a identificação de quem ocupa cada posição dentro desta hierarquia, deixando claro quem está nas posições superiores e inferiores - através da observação das seqüências repetitivas de comportamento entre os membros da família. Uma patologia pode ser definida como uma seqüência rígida, repetitiva e de pequena amplitude. Por conseguinte, uma terapia deve provocar uma mudança nos atos repetitivos de um sistema auto-regulador, trazendo uma maior diversidade a esse sistema. Uma vez mudada esta seqüência, os indivíduos também mudam.

3.3. A TERAPIA

O termo "terapia estratégica" foi criado por Haley (1973) ao descrever a terapia utilizada pelo psiquiatra Milton H. Erickson (1901-1980). Designa o tipo de terapia na qual o terapeuta tem um papel ativo e diretivo, identificando os problemas, estabelecendo metas e planejando intervenções

para alcançar estas metas. Não há um método aplicável a todos os casos, devendo o terapeuta planejar uma estratégia para cada problema específico. "A terapia estratégica não é uma abordagem ou teoria particular, mas um nome para aqueles tipos de terapia onde o terapeuta assume a responsabilidade em influenciar diretamente as pessoas" (Haley, 1973, p. 17).

A utilização da terapia estratégica com famílias tem sua origem na terapia estratégica de Milton Erickson. A terapia estratégica de Haley é uma extensão da terapia estratégica de Erickson aplicada às famílias, utilizando um quadro de referência comunicacional, influência direta das idéias de Bateson. Haley (1968, 1973, 1981, 1985a, 1985b, 1985c) tem sido também um dos principais divulgadores das idéias de Erickson. Conforme mostra Haley (1981), a posição de Erickson a respeito de como fazer terapia contrapunha-se às tradições psicoterápicas de seu tempo. Fez uso extensivo da hipnose como técnica terapêutica, prática então pouco comum e frequentemente condenada. Sua terapia era orientada para a solução do problema ou a cura do sintoma do paciente. Contrariamente àqueles que afirmavam que os sintomas não eram importantes, pois o verdadeiro problema tinha suas raízes na estrutura do caráter, Erickson argumentava que a estrutura do caráter se modificava ao se focalizar a terapia no problema específico. Descartou o "insight" como elemento produtor de mudança e sugeriu que as interpretações sobre a dinâmica interna podiam impedir mudanças reais. Sua visão do

inconsciente não era aquela tradicionalmente associada à teoria psicodinâmica, na qual este é um depositário de forças negativas e idéias tão inaceitáveis para o indivíduo que tiveram que ser ali reprimidas. Ao contrário, Erickson via o inconsciente como uma força positiva, contendo mais sabedoria do que o consciente, podendo este se utilizar dessa sabedoria para resolver problemas ou curar sintomas. Considerava a "interpretação" como uma redução absurda de uma comunicação complexa. Tornar as pessoas conscientes dos paralelos entre o conteúdo de um sonho ou fantasia e uma situação real de vida não apenas não provoca mudança, como até mesmo pode impedi-la. A postura associada à figura do terapeuta também era bastante distinta da tradicional. Ao invés de um observador externo, que apenas reflete o que o paciente produz, ajudando-o a compreender seus problemas e motivações, Erickson era um terapeuta ativo que assumia a responsabilidade de mudar o paciente. Se a mudança não ocorresse, a falha era do terapeuta. Assim, era ele um terapeuta diretivo, pois acreditava que este era o meio de provocar mudança. Sua posição era de que o que quer que seja dito ou feito na presença do cliente é diretivo; a questão é como fazer isso com habilidade, ao invés de assumir que isso não ocorre. Sua terapia era sempre a mais breve possível, pois considerava que as pessoas podem mudar rapidamente. Erickson foi também um dos primeiros terapeutas a atender membros da família juntos em uma entrevista. Por fim, vale ressaltar sua despreocupação em explicar e categorizar o

comportamento humano; sua ênfase era em estabelecer diretivas de como modificá-lo.

O que foi dito acima sobre Erickson, pode-se aplicar quase que integralmente a Haley. Com exceção do uso da hipnose, apropriada ao tratamento individual, as idéias de Erickson sobre terapia influenciaram fortemente o modelo terapêutico de Haley. Igualmente influentes foram suas técnicas terapêuticas, que serão abordadas no item 3.3.2.

3.3.1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

O principal objetivo da terapia é a resolução do problema presente do cliente. A consecução deste objetivo é a medida do sucesso da terapia. Ao focalizar sua atenção sobre o sintoma, o terapeuta conta com a principal alavanca para produzir mudança, visto que sendo o problema presente o que mais interessa ao cliente, ele obtém sua cooperação. A resolução de tal problema se dá não através de "insight" ou de auto-consciência, mas da mudança das seqüências familiares.

Pode-se dizer que o objetivo último da terapia de Haley é a reorganização estrutural da família, alterando, se necessário, sua hierarquia e suas fronteiras geracionais. "É tarefa do terapeuta mudar a seqüência e, assim, mudar a

hierarquia da família" (Haley, 1976, p.125) Esta posição aproxima Haley da abordagem estrutural, porém para ele a reestruturação da família se faz de maneira diretamente relacionada ao problema presente. Em um caso apresentado por Haley (1976), uma família procura terapia apresentando como problema a fobia do filho de oito anos por cachorros. Tornou-se claro que mãe e filho tinham um forte envolvimento entre si, e o pai ocupava uma posição mais periférica. Pai e mãe se relacionavam pouco, pois ele tinha dois empregos. Numa primeira etapa da terapia, a estratégia adotada foi procurar aumentar a distância entre mãe e filho, como certamente faria um terapeuta com abordagem estrutural. Contudo, o terapeuta promoveu esta separação solicitando ao pai que se aproximasse do filho, ensinando-o como lidar com cães, pois como carteiro, seria um especialista no assunto. A mãe ficou em uma posição periférica, pois não tinha nenhuma autoridade sobre como lidar com cães. O terapeuta solicitou ao pai e ao filho que conseguissem um cachorrinho de estimação que tivesse medo de gente, e que o menino curasse o cachorrinho desse medo. Algum tempo depois de cumprir esta tarefa o menino já apresentava grande melhora. Só então, depois de praticamente resolvido o problema apresentado, o terapeuta partiu para a próxima etapa da terapia, a focalização no casamento, procurando aproximar pai e mãe. Embora o problema do menino fizesse parte de um problema conjugal triangular, Haley assevera que se se lidasse com o problema do casamento em primeiro lugar, isto não

significaria que o problema do menino seria logo resolvido. Segundo ele, o primeiro passo do processo de terapia seria produzir uma mudança no menino.

Haley preconiza a necessidade de estabelecer um contrato terapêutico com a família de modo que cada membro - inclusive uma criança com problema - expresse de uma forma razoavelmente clara que mudanças espera da terapia. Isso possibilita o estabelecimento de objetivos para a terapia, e favorece a cooperação por parte da família. "Quanto mais claro for este contrato, mais organizada será a terapia. Se os problemas e as mudanças desejadas são deixados confusos e obscuros, a participação da família e as chances de sucesso serão dificultadas" (Haley, 1976, p.40). Haley enfatiza que o terapeuta deve trabalhar sobre o problema que a família deseja mudar, colocando-o porém sob uma forma solucionável. A negociação envolve portanto a questão de como tornar operacional o problema. Observa ainda que nenhuma categoria diagnóstica tradicional é um problema solucionável. Uma família que afirma querer resolver um problema de "esquizofrenia", de "infidelidade" ou de "fobia escolar" não está apresentando um problema em uma forma solucionável. Os problemas (ou sintomas, ou queixas) deverão ser formulados de tal modo que se possa contar, observar, medir ou, de algum modo, saber sobre sua influência. O tipo de informação necessária ao terapeuta sobre os sintomas envolve uma descrição dos mesmos como, por exemplo, quando e de que forma

aparecem. Procedendo desta maneira o terapeuta poderá avaliar adequadamente os resultados, sabendo se os objetivos terapêuticos foram alcançados. "Uma das razões mais importantes para especificar claramente o problema é que o terapeuta assim pode saber quando foi bem sucedido. (...) Se o contrato é nebuloso, a avaliação dos resultados será obscura" (Haley, 1976, p.41).

O processo que leva a alcançar os objetivos terapêuticos se dá em fases. Segundo Haley (1976) é improvável, se não impossível, uma família passar diretamente de uma estrutura disfuncional para outra funcional. Entre as fases intermediárias, algumas serão disfuncionais. Em um caso, por exemplo, em que uma avó está cruzando as linhas geracionais e fazendo uma coalizão com uma das crianças contra a mãe, pode ser seguido o procedimento de dar plena responsabilidade à avó. Deste estágio anormal pode-se passar para outro também anormal, no qual toda responsabilidade é dada à mãe, tirando da avó todo poder de disciplinar a criança. A partir deste estado anormal, pode-se partir para outro mais normal. "É mais produtivo pensar em termos de fases entre anormalidade e normalidade. Quando se defronta com um sistema disfuncional, pode-se pensar em como transformá-lo em um outro sistema disfuncional que possa depois ser transformado em um sistema normal" (Haley, 1976, p.123).

3.3.2. TÉCNICAS DE TRATAMENTO

Haley (1976) dedica considerável atenção à primeira entrevista com a família. Segundo ele, para uma terapia terminar bem ela deve começar adequadamente, o que significa a negociação de um problema solucionável e a descoberta da situação social que o torna necessário. O terapeuta deve solicitar a presença de todas as pessoas que vivem na casa nesta primeira entrevista. Isto não significa que ela não possa ocorrer sem a presença de todos, mas tão somente que tal condição torna o trabalho bem mais fácil. Na ausência de um ou mais membros da família, o terapeuta pode se deparar com uma situação na qual faz uma coalizão no escuro, sem saber a natureza da organização na qual está entrando. No entanto, o terapeuta poderá achar necessário, após iniciada a terapia, entrevistar os membros da família isoladamente, tendo em vista um objetivo específico. Não há uma duração determinada para a primeira entrevista, podendo esta durar meia hora, uma hora, ou até várias horas.

A primeira entrevista é dividida por Haley em quatro fases: uma fase social, uma fase de discussão do problema, uma fase de interação e uma fase de estabelecimento de objetivos. Na fase social, o terapeuta deverá permitir aos membros da família que se sentem de acordo com a vontade de

cada um. Isto pode fornecer indícios da organização familiar. A seguir, o terapeuta deve se apresentar e pedir a cada um que faça o mesmo. Se um dos membros começar a falar sobre o problema, o terapeuta deverá interrompê-lo até que seja obtida uma resposta social de cada pessoa. É freqüente que a família na primeira entrevista se apresente defensiva e desconfortável, seja porque os membros podem achar embaraçoso falar sobre seus problemas pessoais, seja por se sentirem fracassados por não terem conseguido resolver seus problemas, por não estarem de acordo sobre o problema ou a consulta em si, ou por acharem que serão criticados. Por isso, Haley recomenda que o terapeuta aja como um anfitrião, procurando fazer com que a família se sinta à vontade. Ele deverá também observar as relações entre os membros da família e como estes lidam com ele próprio. Não obstante, é importante não tirar conclusões apressadamente, nem compartilhar suas observações com a família.

Na fase seguinte, de discussão do problema, Haley sugere que o terapeuta elucide sua posição na situação, dizendo o que já sabe e porque solicitou a presença de toda a família. Logo após, o terapeuta deverá indagar à família porque veio ao consultório, e qual é o problema. Isto poderá ser feito dirigindo-se ao grupo como um todo, ou a uma pessoa. Na escolha entre estas opções, o terapeuta deverá levar em conta que a hierarquia da família deverá ser respeitada se quiser ter cooperação. Deverá também ter em mente que em uma

família há geralmente uma pessoa que pode impedir a continuidade da terapia e, por isso, deverá ser tratada mais respeitosamente. Haley recomenda que o terapeuta se dirija à pessoa aparentemente menos envolvida com o problema, ao mesmo tempo em que trata com atenção e respeito aquela que detem o poder de manutenção da família no processo terapêutico. Em uma situação bastante típica, onde há uma família que apresenta uma criança como problema, a mãe demonstra grande preocupação, e o pai se apresenta mais superficial, é aconselhável pedir ao pai que fale primeiro sobre o problema, pois, desse modo, pode-se definir simultaneamente seu envolvimento na terapia e descobrir que grau de responsabilidade ele está disposto a assumir quando alguma forma de ação for solicitada. É geralmente contra-indicado iniciar a indagação pela criança apresentada como problema. Por vezes, o terapeuta poderá não se dirigir a uma pessoa em particular e, por exemplo, olhando para o teto ou o chão, falar algo como "Alguém poderia me falar qual é o problema?". Tal procedimento, se por um lado permite revelar a pessoa que fala pela família, por outro, tende a tornar a situação imprevisível, de tal modo que aquilo que for dito não o seja de forma ordenada e segundo espera o terapeuta. Ao ouvir o problema, o terapeuta deverá tomar certas atitudes, a saber:

- a) Não fazer qualquer interpretação ou comentário a fim de ajudar a pessoa a encarar a situação de forma diferente, limitando-se a aceitar o que é dito. Entretanto, se algo não ficou claro, deve indagar a respeito;
- b) Não dar conselhos,

mesmo se isto lhe for solicitado; c) Não perguntar a alguém como se sente a respeito de alguma coisa, mas apenas coletar fatos e opiniões; d) Revelar interesse por ajudar, não se distanciando daquilo que está trazendo a família à terapia; e) Enquanto ouve, encorajar a pessoa a falar. Tendo um membro da família apresentando o problema, deve-se solicitar às outras pessoas que dêem sua opinião a respeito. Caso ocorram desacordos, deverão ser evitadas discussões em torno deles. O diálogo entre duas pessoas não é recomendado nesta fase. Também nesta fase o terapeuta deverá observar como cada um se comporta e não deve compartilhar suas observações com a família. Ao ouvir o conteúdo do problema apresentado, o terapeuta deverá pensá-lo em termos de mais de uma pessoa - diferentemente do que faz geralmente a família, ao afirmar que uma pessoa é o problema. "Ele deve aceitar o que eles dizem e parecer concordar, mas, consigo mesmo, pode estar pensando sobre o problema de uma forma diferente" (Haley, 1976, p. 43).

Após o comentário de todos os membros da família sobre o problema, o terapeuta encoraja-os a conversarem entre si sobre as discordâncias. Nesta fase interacional, embora mantendo o controle sobre o que está acontecendo, o terapeuta deixa de ser o centro da conversação. Se as pessoas insistirem em se dirigir a ele, o terapeuta deverá devolver as colocações para os outros membros da família. Nesta fase, ele poderá observar as seqüências e os padrões de

comportamento da família, observando a existência de alianças entre membros e de que forma a família está organizada.

Tendo observado as interações entre os membros da família, o terapeuta terá possivelmente esclarecido muitas das questões familiares. É necessário então solicitar a cada um que diga de forma razoavelmente clara que mudanças espera da terapia. Assim, é possível o estabelecimento de objetivos para a terapia, ou seja, o estabelecimento de um contrato terapêutico. Agindo dessa forma, será mais fácil obter a cooperação da família, bem como analisar posteriormente se a terapia foi bem sucedida. A primeira entrevista termina discutindo-se sobre o próximo encontro. Poderá ser necessária mais de uma entrevista para esclarecer determinadas questões, ou ainda poderá tornar-se claro que alguns membros da família não presentes na entrevista são essenciais ao processo terapêutico.

Haley faz amplo uso de diretivas terapêuticas como técnica de tratamento. Tal uso, como ele próprio reconhece, deve-se à influência de Milton Erickson. Segundo Haley, tudo o que é feito em uma terapia pode ser encarado como uma diretiva. Nesse sentido, uma afirmação do terapeuta tal como "Fale-me mais sobre isso", ou uma simples repetição de algo que diz o cliente, constituem-se diretivas. Contudo, o uso que faz Haley do termo "diretivas terapêuticas" refere-se às tarefas a serem prescritas à família. O seu uso tem três

objetivos principais. Primeiramente, visa a promover uma mudança no comportamento das pessoas, possibilitando, conseqüentemente, que tenham experiências subjetivas diferentes. Em segundo lugar, servem para intensificar o relacionamento com o terapeuta, pois, ao dizer às pessoas o que fazer, ele torna-se envolvido na ação. Se a diretiva se refere a algo a ser cumprido no intervalo entre duas sessões, o terapeuta permanecerá em suas vidas durante este período. Em terceiro lugar, a forma pela qual as pessoas respondem às diretivas permite obter informações sobre elas e sobre como responderão às mudanças desejadas.

Haley (1976) descreve duas formas de prescrever diretivas: 1) O terapeuta dizer às pessoas o que fazer, quando quer que elas assim o façam; 2) O terapeuta dizer às pessoas o que fazer, quando na realidade não quer que o façam - o que caracteriza, nesse caso, a tarefa paradoxal. Na primeira forma de prescrever diretivas o terapeuta pode instruir uma ou mais pessoas para parar de fazer algo - o que geralmente é difícil - ou pode pedir para fazerem algo diferente, a fim de modificar seu comportamento usual, ou seja, mudar as seqüências da família. Para alcançar este objetivo, ele deve saber motivar os membros da família a executar uma tarefa, convencendo-os de que a tarefa atingirá os fins que desejam para si mesmos individualmente e para cada um em relação à família. Se todos estiverem convencidos de que advirá dela um benefício, a tarefa será mais

facilmente realizada. O terapeuta deve também adequar a tarefa às pessoas, levando em conta as peculiaridades de cada família. As instruções para a execução da tarefa deverão ser dadas (e não sugeridas) de maneira clara e precisa, e repetidas se necessário. É importante procurar o envolvimento de todos os membros da família na realização da tarefa, apresentando uma atribuição para cada um. Mesmo que o terapeuta peça a alguém que fique de fora, esta solicitação é, ainda assim, uma forma de pedir algo à pessoa. Por vezes é recomendável fazer com que os membros da família façam uma revisão daquilo que deverão fazer em casa, especialmente se se tratar de uma tarefa complexa.

Haley (1976) dá vários exemplos de tarefas, entre as quais:

.. Um pai que se coloca ao lado de sua filha menor contra a mãe, pode ser instruído a lavar os lençóis quando a filha urina na cama. Esta tarefa tenderá a afastar a filha do pai ou curar a enurese.

.. A uma mãe que não discrimina entre as crianças de várias idades, pode ser pedido que programe para cada criança uma hora diferente de ir para cama, mesmo que a diferença entre os tempos seja de apenas 15 minutos. Esta tarefa força a mãe a diferenciar as crianças, com base na idade.

.. No consultório, pai e mãe podem ser instruídos a conversar sem incluir a filha, ou pode-se pedir que mãe e filho conversem sem que o pai interrompa. Um filho pode ser

deslocado de lugar e sentar-se ao lado do terapeuta do sexo masculino, enquanto observam as mulheres a tomarem uma decisão sobre algo, traçando assim uma fronteira sexual. Este tipo de tarefa tem como objetivo mudar os padrões de comunicação da família.

O terapeuta deve sempre pedir à família na entrevista seguinte que faça um relato sobre a execução da tarefa solicitada. Caso tenha sido ela realizada, a família deve ser cumprimentada e prossegue-se a entrevista. Se a família realizou parcialmente a tarefa, deve-se procurar identificar os motivos porque não a completaram. Se não houver uma boa razão para que isto tenha acontecido, o terapeuta não deve desculpá-los facilmente, pois se o fizesse estaria implícito que o que pediu não era tão relevante e, dessa forma, torna seu papel menos importante e diminui a probabilidade de cumprirem uma tarefa seguinte. O mesmo deve ser feito se a família não realizou a tarefa. Em ambos os casos, o terapeuta não deve deixar implícito que está desapontado consigo mesmo ou que falhou, mas sim que a família falhou por ter perdido uma oportunidade.

As tarefas paradoxais são particularmente indicadas para famílias que, embora tenham procurado ajuda terapêutica, são resistentes à mudança. Uma família pode, por exemplo, se estabilizar em relação à situação de ter um membro com problema. Ao agir no sentido de provocar mudança na situação

da pessoa com problema, o terapeuta desestabilizará o equilíbrio homeostático da família e encontrará resistências de vários graus. Tal situação é frustrante tanto para o terapeuta, quanto para a família.

Ao solicitar a uma família que realize uma tarefa aparentemente contrária aos objetivos terapêuticos, o terapeuta espera desencadear uma reação de oposição que, desse modo, se constituirá em uma mudança terapêutica. É típico deste tipo de tarefa que o terapeuta encoraje a família (ou um membro em particular) a manter, ou mesmo intensificar, o comportamento considerado sintomático. Se este procedimento for bem aplicado, a família (ou o(s) membro(s) em questão) se rebelará contra a tarefa solicitada, mudando o comportamento no sentido daquele que o terapeuta realmente queria. Pode-se, por exemplo, pedir a um casal que está sempre brigando, que brigue todo dia por um período de tempo determinado - três horas, por exemplo -; a uma mãe superprotetora que proteja ainda mais o filho, ou a uma criança que se recusa a ir a escola, que permaneça em casa. Nesses casos, segundo Haley, as pessoas não gostarão de fazer o que estão fazendo porque alguém lhes diz que assim o façam, e tenderão a abandonar tais comportamentos.

"Quando o enfoque é bem sucedido, os membros da família alcançam o objetivo da terapia para provar ao terapeuta que são tão bons quanto as outras pessoas. Eles mudam 'espontaneamente'. O terapeuta deve aceitar a mudança quando ela ocorre e deixar a família se sentir superior

provando que ele estava errado. Se quer se assegurar de que a mudança persiste, ele pode dizer aos membros da família que provavelmente a mudança é apenas temporária, e que eles terão uma recaída. Então, a família continuará a mudar para provar para ele que a mudança não é temporária. (...) O terapeuta pode fazer a mesma coisa encorajando uma recaída. (...) Ele pode dizer para a família: 'Estou vendo que vocês mudaram e superaram o problema, mas acho que isto aconteceu muito depressa. Gostaria que ocorresse uma recaída durante esta semana, e que vocês voltassem à forma em que estavam antes' " (Haley, 1976, p.69).

Haley (1976) estabelece oito fases para uma intervenção paradoxal: (1) estabelecer com a família um relacionamento definido para produzir mudança; (2) definir claramente o problema; (3) estabelecer claramente os objetivos; (4) apresentar um plano, normalmente acompanhado de uma explicação racional que torne a diretiva terapêutica paradoxal razoável; (5) desqualificar cuidadosamente a autoridade atual sobre o problema (por exemplo, o marido ou a mãe), definindo-a como alguém que não está lidando com a situação da maneira correta; (6) prescrever a diretiva terapêutica paradoxal; (7) observar a resposta ao tratamento e continuar a encorajar o comportamento usual; (8) evitar dar crédito a qualquer mudança benéfica que ocorra como, por exemplo, a eliminação de um sintoma.

Uma técnica usada por Haley e por outros terapeutas estratégicos é fazer interpretações positivas acerca de comportamentos da família rotulados como disfuncionais, definindo-os como razoáveis e compreensíveis. O objetivo

desta técnica é evitar que a imputação de culpa, a censura e o uso de termos negativos mobilizem a resistência da família, ao concentrar suas energias na renegação de tais rótulos pejorativos. Esta técnica pode ser também considerada uma intervenção paradoxal, pois ao enfatizar os aspectos positivos dos sintomas e redefinir o que o paciente considera problemas como sendo vantagens, o terapeuta reduz as defesas do paciente que, não se sentindo sob pressão, pode mudar mais facilmente.

Outra técnica que envolve diretivas empregada por Haley - e que também tem sua origem na prática terapêutica de Milton Erickson - é a **terapia da provação** ("ordeal therapy"). Consiste a mesma em prescrever diretivas, de tal forma que manter o sintoma seja algo mais difícil ou incômodo para o paciente do que abandoná-lo. Em um livro inteiramente dedicado ao assunto, Haley (1984) apresenta vários estudos de caso nos quais esta técnica foi usada com sucesso. A provação deve ser severa o suficiente para eliminar o sintoma, e quando possível, deve envolver algo proveitoso para o indivíduo, tal como fazer exercícios físicos, ter uma dieta saudável ou melhorar o relacionamento interpessoal. Além disso, a provação deve ser algo que a pessoa tenha capacidade de fazer, não deve violar seus padrões morais e não deve causar dano ao paciente ou a qualquer outra pessoa.

A terapia da provação envolve seis fases: (1) o problema deve ser definido claramente; (2) o paciente deve estar comprometido em superar o problema; (3) deve-se escolher uma provação, preferencialmente com a colaboração do cliente, o que a torna mais provável de ser seguida; (4) a diretiva deve ser dada com uma base lógica, de forma que pareça razoável; (5) a provação deve continuar até que o problema seja resolvido; (6) a provação está em um contexto social e deve, portanto, levar em conta a posição hierárquica do cliente e de sua família. Os sintomas são reflexo de uma confusão em uma organização social (normalmente a família), indicando que a hierarquia da organização está incorreta. Ao eliminar o sintoma através da provação, o terapeuta estará forçando uma mudança na organização complexa que estava anteriormente estabilizada em torno do sintoma.

As provações podem ser planejadas para uma pessoa ou para uma unidade de qualquer tamanho. Os exemplos seguintes ilustram o uso desta técnica:

. Solicita-se a um cliente que acorde às três horas da manhã e se exercite vigorosamente sempre que tiver apresentado sintomas durante o dia.

. A uma criança com enurese noturna, pede-se que toda vez que sua cama estiver molhada pela manhã pratique caligrafia, procurando melhorá-la cada vez mais. Sua mãe deve despertá-la toda manhã bem cedo, e se a cama estiver molhada deve põ-la de pé e ajudá-la a praticar caligrafia. Caso a cama

esteja seca, a criança não precisará levantar e praticar caligrafia, mas de qualquer forma, a mãe foi obrigada a acordar bem cedo.

.. A um homem que sofre de insônia, mora em uma casa grande com pisos de madeira e detesta encerá-los, pede-se que ao ir para cama às oito horas como sempre faz, não conseguindo dormir em quinze minutos, levante-se e encere a casa durante toda a noite.

CAPÍTULO 4 - A TERAPIA BREVE DO MRI

4.1. INTRODUÇÃO HISTÓRICA

Conforme visto no capítulo 1, o Mental Research Institute (MRI) foi fundado em 1959 por Don Jackson em Palo Alto, Califórnia. Desde então, esta instituição tem se destacado por suas importantes contribuições ao campo da terapia de família, seja nas atividades de pesquisa, desenvolvimento de técnicas e teorias, treinamento e formação de milhares de profissionais da área de saúde mental.

Quando fundado, o MRI contava em seus quadros, além de Jackson e uma secretária, com Virginia Satir e Jules Riskin. Satir, assistente social, tinha trabalhado no Instituto de Psiquiatria de Chicago. Seu interesse pelo trabalho com famílias levou-a a visitar o Projeto de Bowen no NIMH em 1958. No ano seguinte, tendo se mudado para a Califórnia, ela encontrou Bowen numa reunião da American Orthopsychiatric Association. Este sugeriu que ela procurasse Jackson, que acabou por convidá-la para fazer parte do MRI (Guerin, 1976). Em 1960 Satir recebeu uma bolsa de dois anos para um projeto de treinamento de atendimento a famílias. Em 1962 outra bolsa financiou este projeto por mais cinco anos. Dessa forma, o MRI foi a primeira instituição a proporcionar um

treinamento formal em terapia de família. Satir teve um grande papel na popularização da terapia de família, seja através de seus livros (por exemplo, Satir, 1964), da imprensa, ou de seus "workshops" por todos os E.U.A.. Sua habilidade em sintetizar idéias e apresentá-las de forma clara e não-técnica, aliada a seu carisma pessoal, levaram milhões de pessoas a se interessar por terapia de família. Embora continuasse a utilizar vários conceitos sistêmicos, Satir incorporou à sua terapia uma orientação voltada para o crescimento, a expressão de sentimentos e a auto-percepção, alguns dos princípios da gestalt-terapia. Em 1966 deixou o MRI para se tornar diretora do Esalen Institute em Big Sur, Califórnia, onde trabalhava Fritz Perls. Virginia Satir morreu em 1988.

Poucos anos depois de sua fundação o MRI já tinha em sua equipe diversos profissionais com "backgrounds" bastante variados. Haley e Weakland ingressaram em 1962, após o fim do projeto de Bateson. O austríaco Paul Watzlawick se tornou pesquisador associado ao MRI em 1960. Sua experiência anterior incluía um doutoramento em Filosofia e Línguas Modernas (Universidade de Veneza), formação psicoterápica no Instituto Carl Jung, em Zurique, psicoterapia em prática privada e magistério em Psicologia na Universidade Nacional de São Salvador. Estes e outros pesquisadores e terapeutas deram enorme contribuição à literatura de terapia de família, tornando o MRI uma referência obrigatória no campo. No

período de 1965 a 1974 os membros e associados do MRI publicaram nove livros (com quatorze edições estrangeiras) e mais de 130 artigos (Watzlawick, 1977). Entre as obras mais importantes publicadas neste primeiro período do MRI destacam-se "Strategies of Psychotherapy" (Haley, 1963), "Conjoint Family Therapy" (Satir, 1964) e "Pragmatics of Human Communication" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967).

Em 1967 foi criado o Centro de Terapia Breve do MRI, sob a direção de Richard Fisch. Seu objetivo era desenvolver um tratamento tão breve quanto possível para pacientes com distúrbios psiquiátricos. A abordagem desenvolvida teve grande repercussão, e foi descrita nos livros "Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution" (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974) e "The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly" (Fisch, Weakland & Segal, 1982).

A saída de Haley em 1967, a morte de Jackson em 1968 e a diminuição das verbas governamentais para pesquisa fizeram com que o MRI passasse por um período de crise. No entanto, sob a nova direção de John Bell, o MRI se reestruturou e retomou sua posição de destaque no cenário da terapia de família. Entre os projetos mais interessantes desenvolvidos desde então, estão a criação da Soteria House, uma comunidade residencial alternativa para o tratamento de esquizofrênicos, e do Centro de Tratamento de Emergências, que oferece assistência psicológica (intervencções terapêuticas estratégicas) 24 horas por dia a pessoas em crise,

especialmente vítimas de violência e indivíduos com idéias suicidas. O tipo de intervenção usado nestes casos é descrito pormenorizadamente no livro de Everstine & Everstine (1983).

Presentemente, o MRI continua sendo um dos maiores e mais importantes centros de terapia de família do mundo, dedicando-se principalmente à pesquisa e a programas de treinamento.

4.2. PRINCIPAIS CONCEITOS

É inapropriado falar-se em uma "abordagem de terapia de família do MRI", pois várias abordagens foram desenvolvidas por membros ou ex-membros daquela instituição, o que não permite tal generalização. A abordagem apresentada neste capítulo refere-se àquela desenvolvida a partir do Projeto de Terapia Breve criado no MRI em 1967, e que tinha entre seus membros originais Richard Fisch (diretor), John Weakland, Paul Watzlawick e Arthur Bodin.

Influenciaram no desenvolvimento desta abordagem algumas idéias provenientes da Cibernética, de Gregory Bateson e de Milton Erickson. Bateson foi o principal introdutor de uma nova epistemologia, sobre a qual se assentaram as bases das abordagens de terapia de família denominadas "sistêmicas". Ao invés da tradicional, baseada no conceito de energia e

causalidade linear, esta nova epistemologia é centrada no conceito de informação; seus princípios são cibernéticos, e adota-se uma causalidade circular. A partir dela, passou-se a conceber os distúrbios de comportamento como ocorrendo em função de um sistema de relações interpessoais, e não de conflitos intrapsíquicos. Foi também Bateson que apresentou Weakland e Haley a Milton Erickson, a quem tinha conhecido no final da década de 30, quando o consultou sobre os estados de transe que tinha observado em seus estudos em Bali. A terapia de Erickson era estratégica, breve, fazia uso de paradoxos e procurava resolver primordialmente a queixa apresentada pelo paciente. Todas essas características são comuns à terapia breve do MRI tratada neste capítulo. Vale ressaltar ainda que todos os membros do Projeto de Terapia Breve estudaram com Erickson.

O conceito de "problema" é central na Terapia Breve do MRI. As idéias ou premissas que tem um terapeuta sobre o que são "problemas" determinam o processo terapêutico, ou seja, o que ele irá ou não fazer, que técnicas serão usadas, como serão avaliados os resultados de suas ações, etc. Para o grupo de Terapia Breve do MRI, um problema envolve as seguintes características:

1. Um cliente expressa preocupação a respeito de algum comportamento - ações, pensamentos ou sentimentos - seu ou de outra pessoa com a qual está significativamente envolvido.
2. Este comportamento é descrito como a) desviante - incomum ou inapropriado a ponto de

ser anormal - e b) aflitivo ou perigoso, imediatamente ou potencialmente, ou para o paciente, ou para os outros.

3. É relatado que o paciente ou outras pessoas têm feito esforços para cessar ou modificar este comportamento, porém sem sucesso.

4. Portanto, ou o paciente ou outras pessoas preocupadas estão procurando a ajuda do terapeuta para mudar esta situação, a qual não foram capazes de alterar por si próprios" (Fisch et al., 1982, p. 11).

Segundo os autores desta abordagem, todas as famílias ao longo de suas vidas se deparam com dificuldades, isto é, situações de vida indesejáveis, mas em geral muito comuns, com as quais - ao menos provisoriamente - deve-se conviver. Estas dificuldades podem ser eventuais - tais como doenças, acidentes ou perda de emprego - ou, mais comumente, envolver transições normais no ciclo de vida familiar como, por exemplo, o casamento, o nascimento de um filho ou a aposentadoria. Para que uma dificuldade se torne um problema duas condições devem ser cumpridas: (1) a dificuldade é tratada erroneamente, e (2) quando a dificuldade não é resolvida, aplica-se "o mesmo remédio em maior dose", ou seja, insiste-se em tentar a mesma solução, cada vez mais intensamente. Este procedimento cria e mantém o problema, cuja natureza e gravidade podem ter pouca relação com a dificuldade original.

Watzlawick et al. (1974) identificam três formas de tratamento errôneo que se pode dar às dificuldades:

a) Tenta-se uma solução negando que determinado problema seja um problema, ou seja, comportando-se como se

ele não existisse. Uma ação é necessária mas não é praticada.

b) Tenta-se uma mudança com relação a uma dificuldade que, para todos os efeitos, ou é imutável (por exemplo, o hiato entre as gerações), ou é inexistente (algumas pessoas, por exemplo, vivem constantemente com medo de cometer erros. Em geral, suas preocupações as tornam mais propensas a cometer erros e deslizes, e são suas próprias tentativas de prevení-los que provocam sua ocorrência). Uma ação é praticada quando não deveria ser.

c) A ação é praticada em nível impróprio, criando um paradoxo. Os autores utilizam o conceito de níveis a partir da Teoria dos Tipos Lógicos de Whitehead e Russell (1910), exposta sucintamente no capítulo 1. Utilizam ainda os conceitos de mudança de primeira ordem e mudança de segunda ordem. A primeira ocorre dentro de um determinado sistema, que permanece porém inalterado. É o caso, por exemplo, de um esquizofrênico que, após um processo de terapia, deixa de apresentar sintomas, mas seu irmão passa então a desenvolver estes ou outros sintomas semelhantes. Embora tenha ocorrido uma mudança de primeira ordem (a melhora de um membro), o sistema como um todo não se alterou. Este tipo de situação em que um sistema pode passar por todas as mudanças internas possíveis (não importa quantas), sem efetuar uma mudança sistêmica é denominado "Jogo Sem Fim". O sistema não pode gerar a partir de seu próprio interior as condições para sua própria mudança, nem pode produzir as regras para mudar suas

próprias regras. A mudança de segunda ordem, ao contrário, é uma mudança sistêmica, alterando o conjunto de regras que governam a estrutura ou a ordem interna do sistema. É a mudança da mudança. É introduzida no sistema de fora para dentro e, portanto, costuma parecer bizarra, inesperada e fora do senso comum em termos das vicissitudes da mudança de primeira ordem. Porém, vista de fora do sistema, ela equivale simplesmente a uma mudança das premissas que governam o sistema como um todo. Uma mudança de primeira ordem significa uma mudança de um comportamento para outro dentro de determinada maneira de se comportar, enquanto que uma mudança de segunda ordem significa uma mudança de uma maneira de se comportar para outra.

Quando a ação é praticada em um nível impróprio, comete-se um erro de representação lógica, estabelecendo-se um Jogo Sem Fim. Isto pode ocorrer ou por se tentar uma mudança de primeira ordem em uma situação que só pode ser mudada a partir de um nível lógico imediatamente superior ou, inversamente, ao se tentar uma mudança de segunda ordem quando seria apropriada uma mudança de primeira ordem.

A persistência em tratar dificuldades de maneira inapropriada não se deve a uma falha fundamental na organização da família, a uma doença ou déficit mental, nem a motivações inconscientes ou ganhos secundários de um sintoma.

“Explicamos a persistência de um comportamento improdutivo com base em algumas observações

simples, envolvendo um mínimo de inferência e de construções teóricas: (1) Desde o começo da vida, aprendemos soluções culturalmente padronizadas para problemas culturalmente definidos. Estas soluções-padrão frequentemente funcionam, mas às vezes não. Posto que elas têm sido aprendidas em grande parte em um nível inconsciente ou implícito, questioná-las ou alterá-las é bastante difícil. (2) Quando as pessoas estão em situações estressantes como, por exemplo, quando estão enfrentando problemas, seu comportamento geralmente se torna mais limitado e rígido. (3) Ao contrário da crença comum de que as pessoas são ilógicas, propomos que as pessoas são demasiadamente lógicas, isto é, agem logicamente em termos de premissas básicas, não questionadas, e quando ocorrem resultados indesejados, elas empregam operações lógicas adicionais para justificar a discrepância, ao invés de rever as premissas" (Fisch et al., 1982, p. 287).

Não são estabelecidos padrões de normalidade a partir dos quais o terapeuta define se o cliente tem ou não um problema. Na orientação não normativa do MRI, nenhum comportamento é considerado como problema, a não ser que o cliente expresse insatisfação com ele.

"O maior perigo é que os padrões do terapeuta sejam considerados como critérios objetivos para a saúde mental, embora eles expressem meramente valores pessoais, culturais ou de classes sociais. Por exemplo, muitos terapeutas são oriundos da classe média, que tende a dar importância a ser independente da família extensa. Os clientes de tais terapeutas podem descobrir que estão sendo desencorajados a continuar um relacionamento íntimo com a família extensa, especialmente se se trata de um problema conjugal. Em alguns casos, este desencorajamento pode prosseguir, mesmo se o cliente indica que para ele a proximidade com os parentes da família extensa não é um problema. O terapeuta não crê que esteja impondo seus valores sociais ao cliente; ele crê que está simplesmente tentando alterar uma relação 'patológica'" (Fisch et al., 1982, pp. 121-122).

Também não se procuram outros problemas potenciais na família além daqueles identificados por ela, nem se fazem conjecturas sobre que função pode ter para a família o comportamento de um membro. Os problemas são vistos como comportamentos indesejados no presente, que ocorrem repetidamente, a despeito dos esforços para cessá-los. Assim, o que o cliente apresenta como queixa é identificado como o problema, e não, por exemplo, como um sintoma relacionado a algum distúrbio intrapsíquico com raízes no passado. O problema presente permite saber sobre o que o paciente está disposto a trabalhar e é, ao mesmo tempo, uma manifestação concentrada do que quer que esteja errado, e um indicador concreto de qualquer progresso terapêutico obtido. Exceto nos casos em que há um comprometimento orgânico claro e definido, todo comportamento - inclusive os tipos classificados como problemas - é formado e mantido por interações no aqui-e-agora com pessoas com as quais se têm um relacionamento significativo.

"Nossa premissa fundamental é que, não importam suas origens básicas e etiologia - se é que realmente elas podem ser confiavelmente determinadas - os tipos de problemas que as pessoas trazem para os psicoterapeutas persistem apenas se são mantidos pelo comportamento presente e continuado do paciente e de outras pessoas com as quais ele interage. De maneira correspondente, se tal comportamento mantenedor do problema é apropriadamente mudado ou eliminado, o problema será resolvido ou desaparecerá, não importa sua natureza, origem ou duração" (Weakland et al, 1974, pp. 144-145).

A persistência do problema, e muitas vezes sua própria intensificação, resulta do comportamento que têm o paciente e outras pessoas envolvidas ao tentar controlar ou resolver o problema. Cria-se assim um círculo vicioso de reforço recíproco entre o comportamento-problema e o comportamento envolvido nas "soluções" tentadas, ou seja, trata-se a dificuldade original com uma "solução" que a intensifica, e assim por diante. Os problemas que persistem há longo tempo não são vistos como "crônicos" - no sentido de implicarem em alguma deficiência básica do indivíduo ou da família -, nem como tendo se solidificado através do tempo, e sim como problemas que têm sido enfrentados de maneira inapropriada durante períodos de tempo mais longos.

A abordagem dada aos problemas pelo grupo do MRI não tem seu escopo limitado aos tipos de problemas classificados como clínicos, psiquiátricos ou psicológicos. Segundo seus autores, os conceitos básicos desta abordagem dizem respeito a como um comportamento, de qualquer tipo, se mantém ou é modificado em qualquer sistema de interação social. Assim, os princípios de formação e resolução de problemas apresentados neste capítulo podem ser aplicados a várias áreas fora do campo da psicoterapia, tais como em problemas organizacionais, e até em relações internacionais.

4.3. A TERAPIA

A abordagem terapêutica do MRI é essencialmente pragmática. As concepções e intervenções têm como base a observação direta nas situações de tratamento do que está ocorrendo nos sistemas de interação, em como tal funcionamento se mantém, e como pode ser efetivamente alterado. Não há preocupação em levantar as causas de um problema, tampouco se intenta produzir "insight" ou reorganizar as relações familiares do paciente.

"A questão 'Por que?' tende a promover uma concepção individualista, voluntarista e racionalista do comportamento humano, ao invés de uma concepção focada nos sistemas de interação e influência. Além disso, visto que as causas subjacentes são inerentemente inferenciais, e não observáveis, a preocupação com elas desvia a atenção do terapeuta da observação próxima do problema presente e do comportamento que pode estar o perpetuando" (Weakland et al., 1974, pp. 150-151).

As sessões - gravadas em áudio e vídeo - são realizadas em uma sala com tela de visão unidirecional, de modo que observadores em uma sala contígua possam assistir e, eventualmente, se comunicar com o terapeuta por um telefone com linha direta para fazer alguma observação. O tratamento é limitado a dez sessões.

Por razões táticas e estratégicas, a maioria das sessões são individuais, ou com duas ou três pessoas selecionadas, e não com toda a família. A justificativa para este

procedimento é que uma abordagem sistêmica envolve essencialmente um quadro de referência conceitual; o que importa é como se vê os problemas, e não se uma sessão é realizada com um indivíduo, ou com dois ou mais membros de uma família. Há terapeutas que, embora realizem as sessões com a presença de toda a família, concebem os problemas em termos monádicos, vendo os membros da família como um grupo de indivíduos, ao invés de uma unidade interacional. Nesses casos, pode-se dizer que, apesar da presença da família, a terapia é basicamente individual. Além disso, a mudança de comportamento de um membro da família pode influenciar o comportamento dos outros membros. É mais importante trabalhar com quem está motivado para resolver o problema, normalmente aquele mais incomodado por ele. Muitas vezes quem traz a queixa não é o paciente identificado, como ocorre, por exemplo, em problemas cujo centro é uma criança. Nestes casos, salvo algumas exceções, trabalha-se principalmente com um dos pais - ou com ambos -, embora possam haver algumas sessões conjuntas com a criança e os pais ou sessões individuais com a criança, a fim de obter informações iniciais, ou de fazer uma intervenção que requeira a presença de todos. Em famílias em que há membros em conflito significativo entre si, é mais produtivo atendê-los separadamente. Fazendo isto, o terapeuta tem liberdade para se engajar em uma coalizão aberta com cada um, obtendo mais facilmente sua cooperação.

O terapeuta tem grande controle sobre as sessões, assumindo um papel ativo e diretivo. Ele deve ter liberdade para proceder do modo que julgar mais apropriado ao longo do tratamento. Esta liberdade, denominada **maneabilidade do terapeuta** ("therapist's maneuverability") inclui, por exemplo, a liberdade de determinar o tempo e o ritmo do tratamento, de insistir para que o cliente seja claro e específico em seus comentários e respostas, de incluir nas sessões os membros da família que achar convenientes ou de decidir encerrar o tratamento. Quanto a esta última opção, o terapeuta deve estar sempre preparado para exercê-la se quiser lidar de maneira efetiva com a resistência do paciente. Estando assim preparado, o terapeuta raramente precisará exercê-la. O terapeuta não pode aceitar a imposição de condições restritivas ou de pressões por parte do cliente, pois isto impediria qualquer resultado benéfico. Um exemplo que pode ilustrar esta situação, é o caso de um homem que procura o terapeuta afirmando que sua esposa tem problemas mentais, embora ela não concorde com isso. Pede ele então ao terapeuta que vá jantar em sua casa fingindo ser um amigo, a fim de secretamente avaliar as condições mentais da esposa. Se aceitasse tal proposta, o terapeuta abdicaria de quase todas as suas opções - quando, aonde e quem atender, sob que contexto, etc. O marido poderia, assim, ter o controle do tratamento, o que certamente condenaria a terapia ao fracasso. A maneabilidade do terapeuta pode igualmente ser reduzida se ele, prematuramente, toma uma posição

definida antes de saber o suficiente sobre os valores, opiniões e prioridades do cliente. Sem uma coleta de dados não é possível fazer um planejamento adequado, e isto resulta em diminuição da credibilidade do terapeuta e, conseqüentemente, na dificuldade em conseguir que o cliente aceite e realize as diretivas planejadas. Também podem ocorrer dificuldades com pacientes que tenham tido tratamento terapêutico anterior e tentam impor as condições daquele no atual tratamento.

É importante o terapeuta procurar maximizar sua maneabilidade. "Visto que a maneabilidade do terapeuta depende da comparativa não-maneabilidade do paciente, o terapeuta - para falar francamente - precisa manter suas próprias opções, enquanto limita as do paciente. A base fundamental de tal maneabilidade é o reconhecimento do terapeuta de que o paciente precisa mais dele do que ele do paciente" (Fisch et al., 1982, p.23). Esta posição, segundo os autores, é eticamente consistente com a visão de que a orientação do tratamento é uma responsabilidade inerente ao terapeuta. Este não deve abdicar desta responsabilidade, sob pena de causar dano ao paciente, que não está em posição de saber como deve ser melhor abordado seu problema. É por isso, afinal de contas, que ele procura ajuda profissional. Ainda conforme os autores, quase todas as abordagens terapêuticas envolvem táticas que proporcionam ao terapeuta o controle do curso do tratamento, embora freqüentemente não

expresssem isto claramente. Na Psicanálise, por exemplo, o paciente no divã não tem a opção de observar o analista, enquanto que esse, sentado atrás dele, tem a livre opção de observá-lo ou não. Isto é visto, entretanto, apenas como parte do processo analítico. De maneira similar, o conceito de "defesa" permite ao analista desqualificar a discordância do paciente com suas interpretações, legitimando a sua suposta exatidão.

4.3.1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

O objetivo primordial da terapia é a resolução do problema tal como descrito pelo cliente. A resolução envolve uma mudança em determinados padrões de comportamento ou uma reavaliação do problema por parte do cliente, de modo que os comportamentos considerados como problema não mais sejam vistos como tal. Uma vez resolvido o problema presente, a terapia está encerrada.

O objetivo deve ser concretamente definido em termos comportamentais e ser realizável na prática. É comum que muitos clientes, quando indagados sobre seus problemas, dêem respostas vagas ou prolixas. Outros - especialmente aqueles mais familiarizados com a Psicologia ou que já tenham feito terapia anteriormente - costumam fazer formulações causais ou psicodinâmicas sobre o problema, ao invés de especificar o

tipo de comportamento que o constitui. Dessa forma, é o próprio caráter indefinido desses objetivos que os torna inalcançáveis. Nesses casos, o terapeuta deve solicitar ao cliente que diga de maneira clara como o problema se manifesta. Um bom modo de conseguir isso é pedir que dê exemplos que ilustrem as situações envolvidas no problema. Se, por exemplo, uma pessoa que busca ajuda descreve a mudança desejada com afirmações tais como "quero ser mais feliz" ou "quero ter melhor comunicação com meu marido", o terapeuta deve solicitar a ela que especifique o que teria de acontecer (ou deixar de acontecer) para fazê-la mais feliz ou melhorar sua comunicação com o marido. Há ainda clientes que começam a expor um problema e, no meio da narrativa, passam para outro, e deste para um terceiro problema, e assim por diante. Em tais situações, o terapeuta deve pedir ao cliente que estabeleça suas prioridades, definindo qual o problema mais importante.

Além de clara e concretamente definido, o objetivo deve ser razoavelmente pequeno para que a mudança possa ocorrer mais facilmente. Ao fazer com que o cliente defina um objetivo pequeno, realizável, o terapeuta evita que o cliente tenha objetivos utópicos, que freqüentemente levam a sentimentos de frustração ou desesperança. Ademais, se o paciente experimenta uma mudança pequena mas definitiva naquilo que lhe parece um grande problema, isto aumenta sua motivação para o tratamento e leva a futuras mudanças auto-

induzidas. Um objetivo pequeno e concreto permite estabelecer uma medida de sucesso tanto para o terapeuta quanto para o cliente.

4.3.2. TÉCNICAS DE TRATAMENTO

A primeira etapa do tratamento começa antes mesmo da primeira entrevista, no contato telefônico, quando os clientes querem marcar uma entrevista ou desejam informações sobre a terapia. Já nesta etapa, o terapeuta deve estar atento para preservar sua maneabilidade. Há clientes, por exemplo, que querem determinar quem comparecerá à primeira entrevista. Um caso típico é aquele em que um pai quer marcar uma entrevista para um filho, considerado como o paciente identificado. Embora sejam os pais os queixosos, incomodados pelo comportamento do filho, que consideram problemático, querem que o terapeuta trate apenas o garoto, esperando passivamente que ele seja "curado". Se o terapeuta aceita a imposição do pai, várias dificuldades poderão ocorrer. Nesta situação, o filho certamente não estará motivado para o tratamento e não será cooperativo. Os pais, por outro lado, se sentirão desvinculados do problema, e não parte dele. Além disso, como são eles que sentem mais desconforto com o problema, são justamente os mais empenhados em obter mudança e, portanto, mais indicados para o trabalho terapêutico. No exemplo acima, se o terapeuta percebe no

contato telefônico com os pais que o filho não está interessado na terapia, pode sugerir a eles que venham à primeira entrevista para dar informações sobre o filho e ajudar a planejar um meio de motivá-lo a vir às sessões.

Outro tipo de situação semelhante que pode ocorrer no contato telefônico é a pessoa que telefona propor a presença de toda a família na primeira entrevista alegando, por exemplo, a existência de problema que envolve a todos. Se o terapeuta aceita esta condição estará implicitamente legitimando a terapia familiar conjunta como a abordagem apropriada para a solução do problema - o que pode não ser o caso - e, dessa maneira, reduz sua maneabilidade. Ademais, a presença de todos os membros pode tornar difícil identificar o problema ou queixa, seja pela grande quantidade de dados, seja pela dificuldade dos membros em descrever o problema em termos mais pessoais. Pode ainda suceder que o problema principal seja algo que cause constrangimento se exposto diante de todos os membros da família, como pode ser o caso de problemas sexuais ou de um comportamento específico de um filho. Por estas razões, recomenda-se que o terapeuta pergunte no contato telefônico inicial qual o principal problema que preocupa seu interlocutor. Se este responde de modo vago, o terapeuta pode ser mais incisivo, indagando se sua preocupação principal se relaciona com ele mesmo, com o casamento ou com os filhos. Se a resposta for uma das duas primeiras opções, o terapeuta pode sugerir que apenas ele(a)

e seu cônjuge venham à primeira entrevista. Caso a preocupação principal seja em relação a um ou mais filhos, pode ser sugerido que o casal ou venha sozinho, ou acompanhado do(s) filho(s) em questão. Na primeira sessão com os pais o terapeuta pode obter informações que permitam decidir quem deve comparecer à próxima sessão, e como planejar o tratamento para os pais de forma que possa manter sua maneabilidade em tomar decisões sobre sessões subsequentes.

Em alguns casos, a pessoa que liga quer primeiro saber informações sobre o terapeuta e o tratamento. As questões mais comuns referem-se à formação acadêmica do terapeuta, à abordagem ou orientação teórica do tratamento, aos preços cobrados e aos horários disponíveis. Tais questões devem ser respondidas direta e sucintamente. A aqueles que perguntam se o terapeuta adota uma abordagem específica, deve-se responder de modo a manter a maneabilidade no curso do tratamento. Se, por exemplo, um terapeuta que utiliza a hipnose é indagado se faz uso dessa técnica, deve responder que sim, porém somente quando acha que ela constitui a melhor abordagem para resolver determinado problema. Deve acrescentar ainda que isso não é possível determinar pelo telefone, e que sua disposição de atender o paciente não deve ser interpretada como uma promessa implícita de usar hipnose.

A finalidade da primeira entrevista é obter informações acerca da natureza da queixa, sobre como o paciente tem lidado com o problema, quais seus objetivos mínimos a serem alcançados e qual é sua posição e sua linguagem. As informações devem ser claras, explícitas e expressas em termos comportamentais, ou seja, devem descrever como indivíduos específicos se comportam. Se o paciente faz afirmações genéricas ou dá interpretações explicatórias tais como "Nós não nos comunicamos bem", ou "Meu filho tem uma fobia escolar", o terapeuta deve solicitar ao paciente que tais declarações sejam redefinidas nos termos expostos acima.

A primeira entrevista deve começar indagando-se do paciente que problema o fez procurar ajuda terapêutica. A ênfase é sempre no problema presente. A história do problema tem pouca importância, embora saber há quanto tempo existe o problema e se houve tratamentos anteriores possa ser útil, pois isto pode influenciar as expectativas do paciente a respeito do tratamento presente. Se o paciente se estende demasiadamente em uma narrativa histórica, o terapeuta deve indicar que sua preocupação principal é com o estado atual do problema. A forma terapeuticamente útil sob a qual o cliente deve definir o problema, bem como algumas maneiras de lidar com possíveis dificuldades em obter tal definição, são narrados no parágrafo anterior e mais pormenorizadamente no item 4.3.1.

O passo seguinte é determinar quem tem tentado resolver

o problema, e de que modo. Mais importante do que saber que soluções já foram tentadas no passado, é saber que soluções estão sendo tentadas atualmente. Por via de regra, são justamente os esforços para resolver o problema feitos pelo paciente e/ou por outras pessoas significativamente envolvidas que mantêm - ou mesmo exacerbam - o problema. Ao ouvir as várias soluções já tentadas, é provável que o terapeuta possa identificar nelas uma natureza comum. Assim, por exemplo, um paciente que sofre de insônia pode narrar diversas formas pelas quais tentou dormir, mas todas têm em comum o fato de que foram esforços do paciente para tentar dormir. A próxima etapa consiste em estabelecer os objetivos do tratamento, o que já foi exposto no item 4.3.1.

É importante para o terapeuta saber qual a posição do cliente - isto é, sua visão, seus valores - com relação a seu problema e ao tratamento e/ou ao terapeuta. Considerando que, em essência, a principal tarefa da terapia é influenciar o cliente a lidar de forma diferente com seu problema, torna-se crucial conhecer a posição do cliente para conseguir sua cooperação, especialmente na aceitação e realização das diretivas indicadas. Fisch et al. (1982, p.92) resumem bem este ponto:

"Em geral, vir a um terapeuta é, em si, um reconhecimento do paciente de que está incomodado pelo seu problema, que tem sido mal sucedido em manejá-lo por si só, e que agora está procurando a ajuda do terapeuta. Ainda assim, muitos - se não a maioria - dos pacientes terão ainda noções com relação à natureza de seu problema e a sua

suposta causa, bem como algumas idéias gerais ou específicas sobre como pode ser resolvido. Muitas vezes eles expressarão essas noções no decurso da descrição do problema e de sua história. Se o terapeuta ignora estas 'declarações de posição', ele pode cambalear em uma estratégia que encontrará resistência; isto, no melhor dos casos, consumirá um tempo não-produtivo considerável e pode, provavelmente, indispor o cliente".

Para avaliar a posição do paciente é importante ouvir que palavras específicas ele usa, e com que tom e ênfase ele se expressa. Caso sua fala seja vaga ou apresente visões contraditórias, pode-se obter uma posição definida perguntando ao paciente porque, na sua opinião, o problema existe ou como ele explica o aparecimento e a persistência do problema. Tendo determinado a posição do paciente com relação ao seu problema e ao tratamento, o terapeuta, a fim de não criar uma resistência desnecessária, deve aceitar suas afirmações, reconhecer os valores que elas representam e evitar comentários provocantes ou que firam os valores do paciente. Uma exceção a essa regra pode ocorrer quando o terapeuta deliberadamente quer provocar a criação de resistência no paciente como parte de uma estratégia planejada. As diretivas apresentadas ao paciente devem ser compatíveis com sua posição. Portanto, em suma, o terapeuta deve falar na linguagem do paciente e utilizar a posição deste para provocar mudança, e não esperar que o paciente fale sua linguagem, adote sua visão ou aceite sua posição.

Após coletar os dados mencionados anteriormente, o terapeuta deverá formular uma estratégia para a solução do

problema. Isto inclui decidir que membros da família comparecerão nas próximas sessões e indicar que classe de comportamentos irá substituir a solução tentada atualmente, que perpetua o problema. Conhecendo as soluções já tentadas, o terapeuta pode evitar o "campo minado", ou seja, ao planejar diretivas evitará aquelas que poderiam manter o problema. As diretivas mais efetivas tendem a ser aquelas que representem uma mudança de 180 graus em relação à natureza básica das soluções tentadas pelo cliente. No caso citado do paciente que sofre de insônia, uma diretiva desse tipo seria "Esforce-se para permanecer acordado". A mudança para uma posição "neutra" não é suficiente. Uma diretiva eficiente para uma mulher que reclama constantemente do marido por ele beber demais não seria que ela se mostrasse indiferente a isso, e sim que o incentivasse a beber ainda mais. Todavia, a diretiva deve sempre ser dada de uma maneira aceitável para o cliente:

"Se o terapeuta fosse simplesmente falar para o cliente para parar de fazer o que tem feito e agir de maneira oposta, o cliente resistiria fortemente e, possivelmente, abandonaria completamente o tratamento. Por causa de seu quadro de referência, ele consideraria tais sugestões como loucas, perigosas ou jocosas. Portanto, uma vez tendo formulado uma tarefa para o cliente, o terapeuta precisa planejar como induzi-lo a aceitá-la. Como já mencionamos, em algumas terapias de longo prazo o terapeuta comumente tenta alterar o quadro de referência do cliente para se igualar ao seu. Mas na terapia breve, o próprio quadro de referência do cliente é usado. Nela, a posição do paciente proporciona uma importante alavanca, pois é uma expressão de seu quadro de referência. É a diretriz pela qual faria 'sentido' para o cliente" (Fisch et al.,

pp. 118-119).

O objetivo da Terapia Breve é diminuir ou eliminar o sofrimento do cliente. Isto pode ser feito interrompendo o comportamento que mantém o problema ou, em alguns casos, mudando a visão que o cliente tem do problema, de modo que ele não seja mais considerado como tal. Para alcançar este objetivo o terapeuta deve intervir para produzir uma mudança. Na realidade, desde o primeiro contato ele está intervindo, pois qualquer comportamento é uma forma de intervenção. Entretanto, há certas intervenções planejadas, que visam a implementar a estratégia básica do tratamento. Existem duas categorias de intervenções planejadas: as Intervenções Principais e as Intervenções Gerais. As Intervenções Principais são usadas após terem sido coletados dados suficientes e são formuladas dentro de um planejamento feito sob medida para as necessidades do caso específico. Elas serão apresentadas dentro do contexto das cinco soluções mais comumente tentadas pelo cliente observadas na prática clínica. A maioria dos problemas que levam as pessoas a procurar terapia são mantidos por uma dessas cinco soluções básicas.

(1) Tentar Forçar Algo Que Só Pode Ocorrer Espontaneamente -

Nesta categoria estão incluídos problemas tais como insônia, depressão, obsessões e compulsões, tremores, tiques, gagueira, problemas de apetite, de desempenho sexual e outros problemas de funcionamento corporal. As tentativas para

resolver estes tipos de problema geralmente envolvem esforços pertinazes de obter algo que só pode ocorrer espontaneamente. Tais tentativas podem até mesmo exacerbar o problema. É o caso, por exemplo, de uma mulher que tem dificuldade de atingir o orgasmo na relação sexual e cujo parceiro, tentando ajudar, pergunta durante a relação sobre o seu nível de excitação ou se está usando a técnica apropriada para estimulá-la. Agindo assim, ele faz com que ela tente cada vez mais obstinadamente atingir o orgasmo, o que só a deixa mais ansiosa e longe de alcançar seu objetivo. Nesses casos, de pouco adianta dizer ao paciente para cessar tais tentativas, pois ele normalmente crê que sua tentativa de solução é a única lógica ou sensata para lidar com o problema, ou que de outra forma as coisas só piorariam. Além disso, dizer simplesmente para interromper um comportamento torna o paciente mais consciente dele, tornando ainda mais difícil abandoná-lo.

O terapeuta, em tais casos, pode instruir o paciente a se comportar de uma forma que seja mutuamente exclusiva com o comportamento que se deseja eliminar. O paciente com insônia pode ser instruído a usar o tempo normalmente gasto tentando dormir executando uma tarefa árdua, tal como limpar a cozinha. Ao realizar tal tarefa, o paciente não pode, ao mesmo tempo, tentar sua solução habitual, ou seja, forçar o sono. Em problemas de desempenho, pode ser dada uma diretiva para que o paciente deliberadamente induza o sintoma. Pode

ser usada como justificativa a necessidade de provocar o sintoma para fins diagnósticos ou como um passo inicial para o controle do sintoma. No caso anteriormente citado da mulher com dificuldade de atingir o orgasmo, o terapeuta pode prescrever uma diretiva, na presença do parceiro, solicitando à mulher que durante uma semana, ao ter relações sexuais, evite ter um orgasmo. Solicita ainda a ela que se, por acaso, sentir o mais leve sinal de um orgasmo, não deixe seu parceiro perceber isso. Dessa forma, evitam-se as intervenções inadequadas do parceiro durante a relação sexual, permitindo à mulher diminuir sua ansiedade. Em algumas situações, o paciente pode ser influenciado a parar de lutar contra o sintoma indesejado se ele for definido como benéfico. Esta intervenção é um exemplo da técnica denominada **reformulação** ("reframing"), que significa "mudar o ponto de vista ou o cenário conceitual e/ou emocional em relação ao qual uma situação é vivenciada, e colocá-la sob uma outra forma que se adeque aos 'fatos' da mesma situação concreta igualmente bem ou até melhor e, desse modo, mudando-lhe todo o significado" (Watzlawick et al., 1974, p.95). Barton e Alexander (1981) dão outros exemplos de reformulação:

"Por exemplo, pais rígidos ou autoritários podem ser retratados como líderes ativos; pessoas que não revelam seus sentimentos podem ser reclassificadas não como retraídas, mas sim como preocupadas em não impor seus problemas aos outros; adolescentes 'desrespeitosos' podem ser retratados como lutando pela sua autonomia. (...) O objetivo de (...) reclassificar é, portanto,

não de representar a 'verdade' para os membros da família, e sim retratar tais membros e seu comportamento de forma que se adequem melhor às expectativas desejadas deles mesmos. Os membros da família estão mais dispostos a aceitar uma visão de mundo que os deixe sem culpa e que sugira que eles não são tão cruéis ou malevolentes uns com os outros. Por sua vez, os membros da família estão mais propensos a mudar suas classificações cognitivas, suas reações afetivas e comportamentos uns em relação aos outros se o terapeuta 'pinta um quadro' que retrata os membros da família de maneiras que eles gostariam de perceber uns aos outros. Em certo sentido, reclassificar pode, portanto, representar um processo de substituição conceitual ou afetiva. Uma mãe que experimenta culpa ou se percebe como falha é, presumivelmente, aliviada ao ouvir que o 'acting-out' do filho representa sua 'luta pela independência', ao invés de uma 'rejeição' dela " (pp.422-423).

(2) Tentar Dominar um Evento Temido Adiando-o - Este tipo de solução é típico de pacientes que apresentam estados de ansiedade, tais como fobias, timidez, bloqueio de atividades criativas, etc. Tais estados podem surgir e persistir independentemente da ação de outras pessoas, pois o paciente, através de seu próprio sistema cognitivo, pode entrar em pânico e manter-se vulnerável. A fobia é um exemplo clássico de como tais problemas surgem e são mantidos. Tipicamente, um sujeito que nunca teve problemas em executar certa tarefa, em determinado momento se depara com uma dificuldade inesperada e inexplicável em executá-la. Na maioria das vezes, trata-se de uma tarefa que envolve algum risco, embora este possa ser bem pequeno. Quando isto ocorre, o indivíduo começa a pensar insistentemente no assunto e fica alarmado, pensando que tal dificuldade pode voltar a suceder em

circunstâncias que seriam perigosas, humilhantes ou muito embaraçosas. Se, então, o indivíduo acha que está sendo tolo em ter tais pensamentos e decide enfrentar a dificuldade, sua apreensão vai gerar uma "profecia auto-realizável", e ele terá dificuldade em lidar com o evento temido. Tendo assim seus medos confirmados, instala-se uma fobia. O indivíduo se sente vulnerável e despreparado para enfrentar o evento temido e passa a se "preparar" interminavelmente para enfrentá-lo, adiando-o constantemente. A estratégia usada com pacientes que tentam este tipo de solução é expô-los ao evento temido, embora exigindo seu não-domínio ou o domínio incompleto. A um indivíduo desempregado, que sente pavor de fazer entrevistas para obter emprego, pode-se dar como diretiva marcar algumas entrevistas para empregos que não lhe interessam e, deliberadamente, fracassar. Um paciente que sente bloqueio quando tem que escrever pode ser instruído a se sentar para escrever durante apenas dez minutos por dia. Não importa o quanto ele tenha escrito, após dez minutos ele só poderá voltar a fazê-lo no dia seguinte.

(3) Tentar Chegar a um Acordo Através de Oposição - Os pacientes geralmente tentam esta solução quando têm conflitos em relacionamentos - normalmente com o cônjuge, com um filho "rebelde" ou com os pais. Em regra, quem procura a terapia é aquele que sente que a legitimidade de sua posição está ameaçada ou negada pela outra parte. Exemplos comuns são pais que acham que seus filhos não lhes têm o respeito

devido, ou um cônjuge que se sente desconsiderado por seu parceiro. Ordinariamente, a solução tentada nesses casos consiste em convencer a outra parte a concordar com as exigências de ter determinados comportamentos específicos e exigir que seja tratado com respeito, atenção ou deferência. Para conseguir isto pode-se utilizar ameaças, a força ou argumentação lógica, o que implica em se colocar em uma posição "superior". O que se consegue nestes casos, é provocar o próprio comportamento que se quer eliminar.

A principal estratégia para lidar com este tipo de problema é solicitar àquele que se queixa que assuma uma posição "inferior" em relação a outra parte. A maior dificuldade desta intervenção é obter a concordância do cliente para assumir esta posição de "fraqueza". O terapeuta deve planejar cuidadosamente uma explicitação convincente - o que geralmente envolve uma "reformulação" - para obter a aquiescência do cliente em cumprir tal diretiva. No caso de dificuldades com um filho que se nega a obedecer, não quer estudar, mantém o quarto em permanente desordem, chega tarde em casa ou até mesmo pode estar envolvido em atos delinquentes, além de assumirem uma posição inferior, os pais podem ser instruídos a utilizar uma técnica denominada "sabotagem benevolente". Esta consiste em assumir uma posição inferior, admitindo francamente para o filho a incapacidade de controlar seu comportamento. No tipo de situação em que ele se nega a chegar cedo em casa, os pais

devem falar algo como "Nós queremos que você chegue antes das onze horas. Mas se você não chegar, não há nada que possamos fazer". Esta reformulação faz com que o desafio do jovem não faça mais sentido. Além disso, os pais podem ser instruídos a trancar todas as portas e janelas da casa às onze horas, de modo que ao chegar o filho tenha que tocar a campainha ou bater na porta. Quando isto ocorrer, eles devem demorar bastante a abrir a porta, fingindo que estavam dormindo. Após entrar, devem se desculpar por o terem feito esperar ao relento e voltarem para cama sem as habituais indagações de onde ele esteve e porque chegou tarde. Na manhã seguinte não devem comentar sobre o assunto, a não ser que ele o faça. Nesse caso, deverão demonstrar embaraço e se desculparem novamente. A cada mau comportamento do filho os pais deverão responder tão rápido quanto possível com outro ato de sabotagem, sem nunca porém parecerem sarcásticos ou punitivos, mas sim distraídos e prontos a se desculparem.

(4) Tentar Obter Complacência Através de Ação Voluntária —

Esta solução é análoga à solução (1). Nela, exige-se um comportamento que, por sua própria natureza, só pode ser espontâneo, mas que não pode ser espontâneo como resultado de uma solicitação. Esta situação leva, inevitavelmente, a um paradoxo. Este é o caso, por exemplo, de uma mãe que quer que seu filho faça algo não porque ela queira, mas que ele "espontaneamente" queira; ou ainda, a esposa que quer que o marido lhe dê flores, mas considera que isso não teria valor

se ela lhe pedisse para fazê-lo. Watzlawick et al. (1974, pp. 64-66) ilustram bem essa questão:

"É precisamente este o dilema criado pela mãe bem-intencionada mencionada acima. Ela quer que seu filho concorde com o que ela exige dele não porque ela exige, mas espontaneamente, por vontade própria. Por exemplo, ao invés da simples exigência 'Quero que você estude' (que a criança pode ou não obedecer), ela exige, 'Quero que você **queira** estudar'. Isto requer que a criança não só faça a coisa certa (isto é, estudar), mas faça a coisa certa pela razão certa (isto é, que estude porque **quer** estudar), o que a) torna passível de punição fazer a coisa certa pela razão errada (isto é, estudar porque foi mandado e poderia ser punido se não o fizesse), e b) requer que ele faça uma fantástica acrobacia mental que o faça querer o que não quer e, conseqüentemente, também queira o que está sendo feito para ele. Também para a mãe, a situação é agora insustentável. A forma pela qual ela tenta mudar o comportamento do filho torna impossível o que ela quer alcançar, e ela está tão emaranhada quanto ele. Naturalmente, ela poderia forçá-lo a estudar e aplicar a mesma força em maior dose se ele continuasse a recusar-se, o que poderia levar a uma mudança de primeira ordem apropriada e satisfatória (...). Mas não é isso o que ela quer. Ela quer anuência espontânea, não apenas obediência a uma norma. Uma situação semelhante, freqüentemente encontrada em conflitos matrimoniais, é criada pelo cônjuge que deseja determinados comportamentos do outro, 'mas somente se ela/ele realmente o quiser - se eu tiver que pedir-lhe não terá valor'".

A estratégia recomendada nesses casos é conseguir que o cliente peça (ou, em alguns casos, exija) ao outro que tenha o comportamento que ele (cliente) deseja. Para que esta diretiva seja realizada é necessário que o terapeuta a formule de modo a torná-la aceitável pelo cliente, o que muitas vezes pode exigir uma justificativa que não o faça sentir-se culpado ou agindo de forma autoritária.

(5) Confirmar as Suspeitas do Acusador se Defendendo - Esta solução pode ser observada em casos de conflitos conjugais, em problemas de criação dos filhos e em dificuldades relacionadas a trabalho. Em geral, uma pessoa suspeita de que outra pratique ou tenha praticado algo considerado ilícito por ambos - infidelidade, delinquência, desonestidade, etc. - e passa a acusá-la. A pessoa acusada, por sua vez, responde negando as acusações e se defendendo, o que "confirma" as suspeitas do acusador, que passa a acusá-la ainda mais veementemente, e assim por diante. Este padrão de interação pode ser interrompido se o acusado concordar com as acusações e, especialmente, se esta concordância for levada a um grau obviamente absurdo. Um exemplo da utilização desta estratégia pode ser dado pelo caso de um casal de idosos, no qual a esposa há mais de trinta anos acusava o marido de "não ser nada divertido" e de ter proporcionado um sustento financeiro medíocre. Ele se defendia dizendo que tinha feito o melhor que pode, e que a esposa não reconhecia os sacrifícios que tinha feito ao abandonar sua profissão na Europa e ir para a América se casar com ela. Após as sessões iniciais que serviram para a coleta de dados e o planejamento do caso, o terapeuta decidiu que o tratamento deveria continuar apenas com a presença do marido. Este concordou em realizar a diretiva indicada que consistia, sempre que a esposa o acusava, em afirmar: (1) "Você está certa. Eu não sou nada divertido. O terapeuta me ajudou a ver isso"; (2)

"Eles me disseram que eu estou velho demais para mudar". Após algumas interações do tipo acusação-concordância, as acusações cessaram.

Outro tipo de intervenção usada para interromper o "jogo" acusador/defensor é a **obstrução** ("jamming"). Consiste em reduzir o valor informacional de uma comunicação interpessoal, tornando assim as trocas verbais entre as duas partes algo fútil, pois não é possível saber se elas se referem a fatos reais. Um exemplo desta técnica é a diretiva já mencionada, para que uma mulher com dificuldade de atingir o orgasmo não deixe seu parceiro saber sobre o seu nível de excitação. Caso ele se esqueça da diretiva ou insista em obter esta informação, ela deve sempre responder: "Eu não senti nada". Desta forma, qualquer intervenção dele a respeito disso se torna irrelevante, pois ele nunca poderá saber se a resposta corresponde à realidade.

As intervenções supra-mencionadas indicadas para cada uma das cinco soluções básicas tentadas pelos clientes não devem ser vistas como as únicas ou melhores para cada caso. O terapeuta deve se sentir livre para usar qualquer intervenção, desde que ela atenda o princípio geral de ser um meio de interromper a solução tentada pelo cliente.

As Intervenções Gerais têm um campo de aplicação mais amplo do que as Intervenções Principais, podendo ser usadas em qualquer etapa do tratamento e independentemente do

problema em particular ou da solução tentada pelo cliente. Muitas vezes são, por si sós, suficientes pra resolver o problema. São apresentados a seguir as quatro principais Intervenções Gerais.

1. Ir Devagar - A instrução para que o paciente vá devagar na resolução do problema é a tática mais frequentemente usada na Terapia Breve do MRI. Esta instrução paradoxal é utilizada tanto no início do tratamento, quanto quando o paciente já relata progressos feitos. A mensagem "Vá devagar" está também implícita ao se enfatizar o estabelecimento de objetivos mínimos. Esta intervenção paradoxal promove uma melhora rápida ao reduzir a ansiedade do paciente em relação à urgência da mudança - urgência que alimenta a persistência nas suas tentativas de resolver o problema. Além disso, aumenta o desejo do paciente de prosseguir melhorando para contrariar a cautela excessiva do terapeuta. A intervenção "Vá devagar" pode ser complementada com a prescrição para que o paciente tenha uma recaída. Isto é especialmente útil se ele superou pela primeira vez um obstáculo que era aparentemente intransponível e está agora eufórico com o sucesso, mas ao mesmo tempo temeroso de que isto tenha sido apenas uma casualidade de sorte. Pode-se dizer a ele que é desejável que ele provocasse uma recaída, pois isto lhe permitiria entender muito melhor a natureza do seu problema. No contexto dessa mensagem paradoxal há duas possibilidades: ou ele tem a recaída, e este acontecimento é

reformulado como sendo uma prova de que ele agora tem controle suficiente para provocar uma recaída deliberadamente, ou ele não tem a recaída, o que "prova" que ele agora tem controle suficiente para evitar deliberadamente seu problema. Em ambos os casos é recomendado que ele vá devagar.

2. Os Perigos da Melhora - Nesta intervenção - que pode ser considerada como uma extensão ou variação da intervenção anterior - o terapeuta pergunta ao paciente se pode reconhecer os perigos que podem surgir se ele (o paciente) resolver seu problema. Se o paciente não for capaz de mencionar nenhum, o terapeuta, usando um pouco de lógica e imaginação, pode inventar alguns. Um paciente obeso, por exemplo, pode ser lembrado que se emagrecer terá que comprar todo um guarda-roupa novo; uma paciente com problemas sexuais pode ser advertida de que caso melhore seu parceiro pode não ser capaz de se ajustar à nova situação, e assim por diante. Uma vez legitimada a argumentação do terapeuta, este pode utilizar esta intervenção para vários propósitos. Poderá ser uma complementação da intervenção "Vá devagar", servindo até como base para a mesma. Pode também ser usada com pacientes que não realizaram ou realizaram insatisfatoriamente uma tarefa indicada; nesse caso, pergunta-se ao paciente sobre os perigos da melhora logo após ele relatar a falha na execução da tarefa. Isto pode funcionar como uma forma de pressão para que ele aceite tarefas posteriores. Em alguns casos,

especialmente com problemas de ansiedade em relação a desempenho, esta intervenção pode trazer melhora significativa ou até resolver o problema. Isto ocorre porque se o cliente sente que a mudança pela qual ele tanto luta não lhe trará um "mar de rosas", poderá então se sentir mais relaxado e menos propenso a se forçar a ter um bom desempenho, tentando cada vez mais intensamente a mesma solução.

3. Fazer a Curva do U - Pode ocorrer que seja necessário que o terapeuta mude de uma posição diretiva ou estratégica para outra, às vezes até em uma direção oposta à anterior. Esta intervenção, que deve sempre ser acompanhada de alguma explicação para o cliente, é chamada de "Fazer a Curva do U" (ou "Fazer o Retorno"). É indicada nos casos em que o terapeuta, sem perceber, acaba por argumentar com o cliente quando não o deveria, pois não respeitou a posição do cliente. Deve também ser usada quando determinado curso de ação, embora aceito pelo cliente, demonstra ser improdutivo. Quanto mais cedo no curso do tratamento se perceber a necessidade desta intervenção, tanto mais fácil será fazê-la. Para justificar a mudança, o terapeuta pode dar a explicação de que, após pensar muito sobre o problema, percebeu que estava enfatizando demais certo ponto e negligenciando outro. Pode ainda, assumindo uma posição inferior, dar crédito ao cliente por tê-lo feito perceber que estava no caminho errado, devendo seguir outro melhor. Outra

forma também utilizada é dizer que consultou um especialista naquele problema específico, e que ele sugeriu que tentasse tal forma de ação.

4. Como Piorar o Problema - Às vezes, pode ter mais impacto para o cliente oferecer uma sugestão de como piorar o problema do que como melhorá-lo. Isto pode ser particularmente útil em casos em que o cliente resistiu a sugestões anteriores ou está relutante em tentar algo novo. Tal sugestão pode ser dada falando algo como: "Se você seguir o que eu vou sugerir, eu posso garantir que seu problema vai piorar". Em seguida, o terapeuta prescreve para o paciente exatamente o comportamento com o qual ele tem tentado resolver o problema.

Nas terapias de longo prazo desenvolve-se uma relação significativa entre terapeuta e paciente, e está implícita a idéia de que a terapia é algo mais do que a resolução de um problema específico, com o terapeuta ajudando o paciente a ter "insights" profundos sobre si mesmo e sua vida. Neste contexto, o término do tratamento constitui-se em um evento especial, merecendo uma preparação específica.

Na Terapia Breve, ao contrário, a brevidade do tratamento e a ênfase na resolução do problema fazem com que o término do tratamento seja um processo simples e natural. O término pode se dar por uma iniciativa do terapeuta, do cliente ou porque o limite de dez sessões foi alcançado. Na

última sessão o terapeuta deve fazer certos comentários, dependendo de se o problema foi resolvido ou não. Caso o problema tenha sido solucionado ou tenha havido uma melhora que satisfizesse o cliente, o terapeuta não deve se mostrar otimista. Inversamente, deve utilizar novamente a intervenção "Vá devagar", reconhecendo que houve melhora, mas que esta ocorreu muito rapidamente. Argumenta então que a melhora que ocorre lentamente e passo-a-passo tende a ser mais duradoura e instrui o cliente para que, pelo menos durante algum tempo, não tenha nenhuma melhora. Esta intervenção visa a evitar o reaparecimento do problema ou a sua exacerbação se o cliente estiver preocupado a respeito da durabilidade dos resultados e tentar intensamente "manter as coisas bem" -, o que pode levar a uma profecia auto-realizável. Para clientes que expressam apreensão a respeito do término, o terapeuta pode ainda dizer que seria benéfico se eles pudessem achar uma forma de exarcebar o problema, ao menos temporariamente. Estas intervenções trazem, implicitamente, mensagens otimistas, a saber, (a) que o cliente foi tão inesperadamente bem no tratamento, que não deve ter melhoras adicionais imediatamente; (b) se lhe foi solicitada que exarcebasse o problema, caso isso ocorra, será definido como algo sobre o qual ele tem controle; (c) a própria exacerbação foi definida como o resultado de um empreendimento bem sucedido, e não como um fracasso em manter a melhora. Se o paciente, satisfeito com os resultados do tratamento, atribuir o sucesso ao terapeuta, este deve se

colocar numa posição inferior, indicando que o êxito se deveu ao próprio cliente.

O término do tratamento sem a solução do problema pode se dar por iniciativa do cliente ou por ter se atingido o limite de dez sessões. Nesse último caso, o terapeuta deve iniciar a última sessão reconhecendo que o problema não foi resolvido, e lamentando não ter conseguido ajudar mais o paciente. Interessa ao terapeuta nesta última sessão indagar ao paciente o que, em sua opinião, foi ou não feito no tratamento que possa ter lhe impedido de resolver seu problema. Nos casos em que o término ocorre por iniciativa do cliente, o terapeuta deve, a todo custo, evitar a tentação de questionar a decisão do cliente ou sugerir que o tratamento deva continuar. Pode ser particularmente difícil não cair nesta tentação se o cliente afirma que não houve qualquer mudança, e o terapeuta acredita terem havido melhoras identificáveis. Os pacientes são informados na última sessão que em um prazo de aproximadamente três meses serão contactados para um "follow-up".

CAPÍTULO 5 - O GRUPO DE MILÃO

5.1. INTRODUÇÃO HISTÓRICA

Após a Segunda Guerra Mundial, os médicos italianos com frequência começaram a se deparar com pacientes com um distúrbio raro durante a guerra: moças adolescentes que definhavam, recusando-se a comer. A opinião médica corrente era de que o problema tinha origem em um distúrbio da hipófise que afetaria o apetite. Nesta época, Mara Selvini Palazzoli, então médica residente em Medicina Interna em Milão, começou a tratar essas pacientes. O interesse por esses casos e a suposição de terem uma explicação psicológica levaram-na a se especializar em Psiquiatria e em Psicanálise. Ao longo dos anos ela se tornou uma reconhecida autoridade em anorexia nervosa na Itália, autora de um livro e vários artigos sobre o assunto.

Durante a década de 60, Palazzoli tornou-se cada vez mais decepcionada com os resultados do tratamento psicanalítico de pacientes anoréxicos. Começou então a ter contato com a literatura sobre terapia de família e, após uma viagem aos E.U.A. em 1967, decidiu fundar em Milão o Centro para o Estudo da Família. Convidou Luigi Boscolo, recém-formado em Psiquiatria e Psicanálise em Nova York, para trabalhar com ela. Ambos não tinham qualquer experiência no

trabalho com famílias. O Centro foi criado como uma instituição sem fins lucrativos e completamente independente de instituições públicas. Os membros da equipe trabalhavam em tempo parcial, sem receber qualquer remuneração. O dinheiro arrecadado junto aos clientes - que pagavam de acordo com suas condições financeiras - era usado para cobrir as despesas da instituição.

A equipe do Centro começou em 1968 a trabalhar com pais de pacientes anoréxicos, sem contudo envolver toda a família no tratamento. A orientação continuava a ser predominantemente psicanalítica, e os subsistemas da família eram atendidos separadamente. Em 1971, Palazzoli propôs que o grupo abandonasse a abordagem psicanalítica e explorasse uma terapia baseada no modelo desenvolvido pelo grupo liderado por Bateson, e nas extensões desse modelo desenvolvidas por Haley e pelo Centro de Terapia Breve do MRI. O grupo, então já composto por oito membros, se dividiu. Aderiram à proposta Boscolo e outros dois psiquiatras, Gianfranco Cecchin e Giuliana Prata. Os quatro - que vieram a ser conhecidos como "Grupo de Milão" ou "Equipe de Milão" - elaboraram um plano de pesquisa que começou a ser executado no começo de 1972 e envolvia não apenas famílias de anoréxicos, mas também famílias de pacientes com outros tipos de problema, inclusive esquizofrenia. Durante este período estudaram principalmente os trabalhos de Haley, Jackson e Watzlawick e receberam por

três vezes a visita deste último para consultas e supervisão. O grupo decidiu que por algum tempo deveria restringir sua leitura apenas aos textos produzidos pelo "Grupo de Palo Alto" e evitar troca de informações com outros membros da comunidade terapêutica. Segundo Cecchin (citado por Simon, 1987a), "Nós ríamos bastante e gostávamos muito da companhia uns dos outros mas, de certo modo, éramos monges. Tínhamos medo de ser contaminados por idéias não-sistêmicas. 'A Pragmática da Comunicação Humana' era como se fosse nosso texto sagrado"(p. 21). Gradativamente, Palazzoli e sua equipe foram desenvolvendo seus próprios conceitos e técnicas que, embora estruturados dentro de um arcabouço sistêmico, se revelaram originais. Em 1974 foi lançado na Inglaterra "Self-Starvation", um estudo de Palazzoli sobre a anorexia nervosa, publicado originalmente na Itália em 1963 sem os capítulos sobre terapia de família. Neste mesmo ano foi publicado o primeiro artigo do grupo em inglês, "The Treatment of Children Through Brief Therapy of Their Parents" (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1974), no qual são introduzidas as novas técnicas desenvolvidas pelo grupo. No ano seguinte foi publicado na Itália "Paradosso e Contraparadosso" (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1975), o principal livro do grupo, que relata o trabalho realizado com famílias de anoréxicos e psicóticos no Centro e expõe as principais formulações teóricas e as técnicas utilizadas pela equipe. A tradução inglesa deste livro saiu nos E.U.A. em 1978. O trabalho e as idéias do

Grupo de Milão tornaram-se cada vez mais conhecidos nos E.U.A., especialmente no Ackerman Institute, que patrocinou uma conferência do grupo naquele país em 1977. Antes disso, em 1974, Peggy Papp, daquele instituto, esteve em Milão conhecendo o trabalho no Centro. Lynn Hoffman, nesta época também do Ackerman Institute, foi uma das principais divulgadoras do trabalho dos italianos nos E.U.A. Foi ela quem prefaciou "Paradox and Counterparadox" (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1978a) e escreveu um livro (Hoffman, 1981) que apresenta as idéias do Grupo de Milão. Outros artigos em inglês ampliaram o conhecimento das técnicas utilizadas pelo Grupo e aumentaram sua reputação (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1977, 1978b, 1980a, 1980b).

Em 1979 o grupo se separou. Boscolo e Cecchin decidiram formar seu próprio instituto, dedicando-se primordialmente ao treinamento, enquanto Palazzoli e Prata permaneceram juntas, concentradas principalmente em pesquisa. Palazzoli explica a separação do grupo da seguinte forma:

"Logo depois que nós escrevemos 'Paradox and Counterparadox', dois membros de minha equipe, (Gianfranco) Cecchin e (Luigi) Boscolo decidiram iniciar uma escola para ensinar terapia de família. Eu decidi que não queria me envolver nos aspectos institucionais de treinamento. Treinamento e pesquisa são, em minha opinião, coisas diferentes. Se estou preocupada com treinamento, eu não posso mudar minhas idéias e métodos a cada seis meses! Além disso, o treinamento consome tempo e energia demais para me permitir fazer a pesquisa que eu queria. Por esta

razão, a equipe se separou - não houve qualquer briga. Cecchin e Boscolo saíram, e Giuliana (Prata) decidiu ficar comigo para continuar a pesquisa" (Simon, 1987b, p.26).

Os dois novos grupos, apesar de manterem muitas idéias em comum, seguiram diferentes direções. Baseada no sucesso de uma intervenção utilizada com uma família com um membro anoréxico e que apresentava comportamento psicótico, Selvini Palazzoli decidiu deixar de usar as intervenções paradoxais e adotar esta nova intervenção com todas as famílias com membros psicóticos. Tal intervenção, denominada "prescrição invariante" ou "prescrição universal", surpreendeu Selvini Palazzoli e sua equipe quando a utilizaram pela primeira vez, pois interrompeu o "jogo psicótico" que ocorria há muitos anos na família, sem que os terapeutas tivessem antes descoberto e entendido o próprio jogo. Embora tivesse confiado na metáfora do jogo para descrever a organização interacional das famílias desde que adotou o modelo sistêmico e de ter reconhecido que interromper este jogo era tarefa do terapeuta, Selvini Palazzoli até então não tinha se concentrado nesta questão. "Interromper o jogo seria então nossa tarefa terapêutica. Mas primeiro tínhamos que conceituar corretamente o jogo contínuo, e isto exigia uma quantidade enorme de informação. Nós, portanto, focalizamos nossa atenção em melhorar nossa maneira de conduzir a entrevista" (Selvini Palazzoli, 1986, p. 341). A partir daí, além de aperfeiçoar a estratégia de intervenção, ela e sua equipe passaram a pesquisar os jogos presentes em cada

família - trabalho que resultou na publicação do livro "Family Games" (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1989), no qual é descrito um modelo geral dos processos psicóticos que ocorrem nas famílias. A parceria com Prata durou até 1982, quando Selvini Palazzoli formou uma nova equipe com Anna Maria Sorrentino, Stefano Cirillo, Maurizio Viaro e seu filho mais novo, Mateo Selvini.

Boscolo e Cecchin, que se auto-denominam os "Associados de Milão", continuaram suas atividades de treinamento e passaram a viajar para o exterior para dar "workshops", cursos de treinamento e conferências em países como Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos e Canadá. Ambos enfatizam a necessidade do aprendizado de uma epistemologia sistêmica. Preferem também adotar uma postura mais flexível que a do grupo original quanto às intervenções, podendo variá-las a cada sessão para cada família. Outra nova técnica consiste em mudar o sistema de crenças da família através do processo de questionamento. As idéias de Boscolo e Cecchin são expostas no livro "Milan Systemic Family Therapy" (1987) escrito com Lynn Hoffman e Peggy Penn.

As abordagens desenvolvidas por Selvini Palazzoli e seus associados ou ex-associados tiveram grande impacto no cenário da terapia de família, especialmente nos E.U.A. Neste país, muitos terapeutas ou centros de terapia adotaram as idéias dos milaneses como base para sua prática terapêutica. No

Ackerman Institute em Nova York, desenvolveu-se um modelo de antedimento semelhante ao de Milão. Penn (1982,1985) e Tomm (1987a,1987b,1988) criaram técnicas de entrevista baseadas na abordagem milanese. Coleman (1987) descreve o uso desta abordagem em contexto cultural diverso daquele onde foi criado. Também na Inglaterra o trabalho do grupo de Milão obteve boa repercussão (Campbell & Draper,1985; Campbell, Draper & Huffington, 1989a, 1989b).

Neste capítulo serão apresentados os principais conceitos e técnicas do grupo de Milão enquanto ainda composto por Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata. As várias divisões ocorridas a partir do grupo original geraram novos conceitos e técnicas que justificariam, se se intentasse apresentá-los, um outro capítulo.

5.2. PRINCIPAIS CONCEITOS

O grupo de Milão criou aquela que é usualmente considerada a mais "sistêmica" das terapias de família. Os conceitos sistêmicos de que fazem uso têm origem na Cibernetica, na Teoria dos Sistemas e na Teoria da Comunicação. As obras que mais influenciaram o grupo quanto a esses conceitos foram as de Bateson (1972,1979) e as de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967). Entre as idéias apresentadas neste último livro adotadas pelo grupo de Milão,

destacam-se a da interação humana vista como um sistema, da aplicação dos conceitos de realimentação e homeostase a esse sistema, de circularidade dos padrões de comunicação, da comunicação paradoxal e do uso do paradoxo em psicoterapia, além de alguns axiomas da comunicação (sobre a impossibilidade de não comunicar, o conteúdo e os níveis de relação de comunicação, a pontuação da seqüência de eventos, a comunicação digital e analógica, e a interação simétrica e complementar).

A aceitação destes conceitos exigiu uma mudança epistemológica. Esta nova epistemologia, baseada na Cibernetica, é apregoada pelo grupo como de vital importância em seu trabalho. Como já visto anteriormente, esta nova epistemologia foi introduzida nas ciências comportamentais principalmente por Gregory Bateson e transcende os dualismos cartesianos, pois a idéia de que em um sistema cada elemento interage com a totalidade descarta dicotomias tais como corpo-mente, consciente-inconsciente, etc. O uso desta epistemologia no lugar da tradicional epistemologia linear implica em considerar um erro epistemológico atribuir um comportamento de um indivíduo como causa do comportamento de outro(s). Esse erro resulta de uma pontuação arbitrária de uma seqüência de eventos, que divide o processo de interação em pequenos segmentos e considera um evento precedente como causa de outro posterior. Watzlawick et al.(1985) dão um exemplo desta situação:

"Suponhamos que um casal tem um problema conjugal, para o qual o marido contribui com um retraimento passivo, enquanto os 50 por cento da esposa são censuras e críticas irritantes. Ao explicar suas frustrações, o marido dirá que o seu retraimento é a sua **única defesa contra** as implicâncias da esposa, enquanto que ela classificará de uma grosseria e deliberada distorção do que 'realmente' acontece em seu casamento, notadamente, que ela o critica **por causa** da passividade do marido. Despojadas de todos os elementos efêmeros e fortuitos, as suas brigas consistem numa troca monótona de mensagens: 'Eu me retraio porque você implica' e 'Eu implico porque você se retrai' " (pp. 51-52).

O Grupo de Milão destaca como o maior obstáculo com que se deparam em sua abordagem das famílias a "tirania do condicionamento lingüístico". Segundo esta idéia, desenvolvida por Shands (1971), a linguagem determina em nós um ordenamento linear dos dados em seqüências discursivas. Influenciados por ela, aceitamos a noção de que o universo é organizado sobre uma base linear em padrões de causa e efeito; o modelo lingüístico e a realidade passam a ser a mesma coisa. Somos então aprisionados pela incompatibilidade absoluta entre os dois sistemas principais nos quais vive o ser humano: o sistema vivo, dinâmico e circular, e o sistema simbólico (a linguagem), que é descritivo, estático e linear. Assim, em consequência do modelo linear e causal da linguagem, temos um moralismo intrínseco a ela. Quando conceitualiza a realidade da família de acordo com o modelo lingüístico, o terapeuta tende a fazer julgamentos moralistas, atribuindo a uma ou mais pessoas a causa de uma

patologia, o que provoca resistências e diminui a eficácia da terapia. Além disso, outros erros também podem ocorrer. Em famílias de esquizofrênicos, o terapeuta poderá julgar o modo de comunicação da família "errado" e tentar ensinar o modo "correto". A adoção de uma epistemologia circular permite ao terapeuta tornar-se mais neutro, o que facilita com que a família explore mais livremente as alternativas de mudança. "Nossa experiência nos levou à convicção de que continuar vendo os fenômenos de acordo com um modelo causal é um sério impedimento à compreensão do jogo familiar e, portanto, torna impotente quem quer que tente mudá-lo" (Selvini Palazzoli et al., 1978, p.6).

Dentro desta perspectiva, a doença mental é encarada como resultante de padrões de comunicação patológicos da família - rejeição ou desconfirmação freqüente de mensagens transmitidas pelo outro, especialmente com relação às definições do eu nas relações, erros na tradução entre material analógico e digital, comunicação paradoxal, etc. Em famílias de anoréxicos, por exemplo, predomina a rejeição das mensagens de definição do eu, enquanto que nas famílias de esquizofrênicos predomina a desconfirmação de tais mensagens. As famílias disfuncionais apresentam regras rígidas que regulam o comportamento de seus membros, mantidas por mecanismos homeostáticos. Nesse contexto, o sintoma é visto como uma adaptação do sujeito ao modo de funcionamento da família. É o paciente identificado que mantém o equilíbrio

do sistema através de seus sintomas. Mudar o comportamento sintomático exige, pois, mudar as regras desse "jogo". Tais regras são encobertas e devem ser inferidas a partir da comunicação que ocorre na família.

Outra característica observada pelo Grupo de Milão em famílias disfuncionais é a presença de coalizões perversas que perpetuam a luta entre facções opostas da família. Haley (1966) é considerado pelo grupo como tendo feito a mais clara descrição deste processo. Ao apresentar um esboço de uma teoria dos sistemas patológicos, ele descreve relações triangulares nas quais um membro forma uma coalizão com outro de geração diferente (e de posição diferente na hierarquia de poder) contra outro membro da mesma geração. Esta coalizão, todavia, só é considerada patológica quando é negada, o que pode ocorrer, por exemplo, tornando-se um tema tabu. A coalizão entre um dos pais e a criança é chamada pelo Grupo de Milão "casamento". Nas famílias com um membro anoréxico, o pai e a mãe além de estarem casados um com o outro, estão cada um "casado" com o paciente. Este, na situação de estar "casado" com cada um dos pais, procura compensar as falhas de cada um.

"Estou absolutamente convencida de que os 'sintomas' mentais surgem em sistemas homeostáticos rígidos e que quanto mais secreta é a guerra fria travada pelo subsistema (coalizões pai-criança), mais intensos são estes sintomas. Sabemos que tais sistemas patológicos são regidos por regras secretas que evitam a luz do dia e que unem a família com vínculos patológicos" (Selvini

Palazzoli, 1978, p.239).

5.3. A TERAPIA

5.3.1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

O grupo de Milão usou a metáfora do jogo para descrever a organização interacional da família. O comportamento de cada membro da família seria o resultado de uma sequência de ações que são comparáveis aos movimentos de um jogador em um jogo convencional. A analogia se estende às regras implícitas e explícitas a serem respeitadas, aos objetivos a serem alcançados, às táticas, estratégias, etc. Nas famílias disfuncionais o comportamento do paciente identificado está diretamente relacionado ao jogo específico da família em questão e envolve uma rede de paradoxos. O objetivo terapêutico é interromper os jogos destas famílias, ou seja, quebrar estas redes patológicas. Para isso, o terapeuta deve colocar a família em um duplo vínculo terapêutico para neutralizar a troca de comunicações paradoxais entre os membros da família. Este **contraparadoxo** pode, freqüentemente, ser produzido combinando-se as técnicas da "conotação positiva" e da "prescrição de rituais paradoxais", que serão vistas no item seguinte.

Após a divisão do grupo de Milão, Selvini Palazzoli e

Prata mantiveram como objetivo terapêutico a interrupção do jogo da família disfuncional, embora usando uma técnica diferente - a prescrição invariável -, que permite interromper o jogo sem ter que entendê-lo antes. Boscolo e Cecchin, no entanto, tomaram outra posição. Para eles, o terapeuta deve permanecer neutro com relação a uma mudança comportamental, não estabelecendo qualquer objetivo específico para a família. O objetivo do terapeuta é obter uma metamudança, ou seja, uma mudança na capacidade de mudança da família. Isto significa aumentar a autonomia e a liberdade da família, permitindo que ela descubra soluções não-sintomáticas para os problemas que surgem no ciclo de vida.

5.3.2. TÉCNICAS DE TRATAMENTO

O Grupo de Milão dá grande importância ao contato telefônico inicial. É designado um horário especial no qual um ou mais membros da equipe ficam disponíveis para o atendimento de telefonemas visando à marcação de entrevista. Quando há telefonemas com esse objetivo fora deste horário, pede-se para voltar a telefonar dentro do horário especificado. O terapeuta deve estar atento para detalhes na conversação telefônica que são fundamentais para o começo de qualquer relação terapêutica: as peculiaridades de comunicação de seu interlocutor, seu tom de voz, as

tentativas de manipular o terapeuta, etc. Ao se marcar a entrevista, deve ser solicitada a presença de todos os que moram com a família. Pode haver exceções em se tratando da presença de crianças de menos de três anos ou crianças que tenham sido traumatizadas por experiências psiquiátricas negativas anteriores. Nesses casos, admite-se a presença apenas dos pais para analisar se se pode esperar bons resultados da terapia envolvendo somente o casal. As informações coletadas no primeiro contato telefônico são registradas em uma ficha padrão, contendo os seguintes itens:

- „ Nome da pessoa que encaminhou a família.
- „ Data do telefonema.
- „ Endereço da família.
- „ Nome, idade, grau de instrução, religião e profissão do pai, da mãe e dos filhos por ordem de nascimento.
- „ Data do casamento.
- „ Outras pessoas que moram na casa e grau de parentesco.
- „ Problema.
- „ Quem telefonou.
- „ Observações.

Além disso, caso tenha havido contato com o médico que encaminhou a família, todas as informações obtidas são registradas nesta ficha.

Na sala onde ocorrem as sessões há diversas poltronas,

um grande espelho unidirecional dando para uma sala de observação contígua, e um microfone - ligado a um gravador localizado na sala de observação - é colocado no teto da sala de atendimento, junto à lâmpada. A família é informada a respeito do uso do microfone, do espelho unidirecional e da presença de outros terapeutas assistindo à sessão, com os quais será discutido o caso antes do final de cada sessão.

Da mesma forma que o grupo de terapia breve do MRI, o Grupo de Milão fixa em dez o número de sessões, que pode, ocasionalmente, ser estendido por mais dez ao final do primeiro período. Apesar do pequeno número de sessões, o próprio grupo define seu método de trabalho como uma "terapia breve longa", pois o intervalo entre cada sessão é de aproximadamente um mês. A princípio as sessões eram semanais, mas devido ao fato de algumas famílias terem que viajar até 300 quilômetros para comparecer às sessões, decidiu-se por alargar os intervalos entre as mesmas. Notou-se então que as famílias nessa situação melhoravam mais rapidamente. A aplicação deste maior intervalo às famílias de Milão também revelou-se mais efetiva, o que acabou por generalizar esta prática. O grupo adverte ainda para o perigo potencial que pode representar para o processo e para os resultados terapêuticos os telefonemas de um membro da família depois de iniciado o tratamento. Durante tais telefonemas o terapeuta, inadvertidamente, pode dar respostas que não levam em conta o contexto terapêutico no qual eles

ocorrem. Uma ilustração desta situação é dada por Selvini Palazzoli e Prata (1982):

"O caso mais comum é aquele no qual um dos pais anuncia dramaticamente uma nova fase aguda dos sintomas do paciente identificado. Se conectarmos este telefonema com a sessão anterior, durante a qual, por exemplo, o terapeuta conseguiu identificar como paciente não o filho, mas a relação do casal, a mensagem implícita em tal telefonema será perfeitamente clara: 'Não esqueça, doutor, que o doente é meu filho!'" (p.444).

Nesses casos de telefonemas entre as sessões, o terapeuta não tenta cortar a conversa e, ao invés disso, aproveita para coletar todas as informações que considere úteis. A seguir, não dá qualquer resposta, mas afirma simplesmente que tomou nota de tudo e que vai relatar ao restante da equipe, sugerindo ainda que volte a ligar em um horário especificado. Neste horário então ele dará a resposta combinada pela equipe, que terá tido tempo suficiente para planejá-la, evitando a ocorrência de erros prejudiciais ao tratamento.

As sessões são divididas em cinco partes:

1) A pré-sessão, na qual os terapeutas se reúnem para discutir as informações obtidas no telefonema inicial ou na sessão anterior. São formuladas hipóteses sobre a família, bem como questões a serem levantadas na sessão para confirmar ou não tais hipóteses.

2) A sessão propriamente dita (entrevista) dura em torno de uma hora. Originalmente, um casal heterossexual de

terapeutas conduzia a sessão, enquanto outro ficava na sala de observação. Posteriormente esta composição foi alterada, adotando-se como padrão um único terapeuta conduzindo a sessão, ficando os demais na sala de observação. Durante a sessão, o terapeuta solicita informações concretas à família, observando não apenas o conteúdo, mas também de que forma são dadas as informações, o que revela o estilo transacional da família. Nesta etapa, o terapeuta se limita a fazer perguntas a cada um dos membros, não fazendo comentários nem tentando lhes alterar o comportamento. Os terapeutas observadores podem bater na porta e chamar o terapeuta para dar sugestões, ou tentar clarificar a situação se perceberem que ele está ficando confuso ou desorientado em consequência de alguma manobra da família.

3) A etapa seguinte consiste em uma discussão da sessão, que ocorre em uma sala reservada exclusivamente para este uso. Enquanto a família espera, os terapeutas elaboram e discutem hipóteses sistêmicas sobre a família e planejam uma intervenção para a conclusão da sessão.

4) Na conclusão da sessão, o terapeuta retorna à sala de atendimento, e faz a intervenção que foi planejada na etapa anterior - freqüentemente uma intervenção paradoxal. Evita-se discutir sobre a intervenção com a família. O terapeuta apenas apresenta a conclusão da equipe e encerra a sessão. Em se tratando da primeira entrevista, ele diz à família se o tratamento é indicado ou não. Em caso positivo - e se esta concorda -, combina-se o pagamento e o número de sessões.

5) Após a saída da família, a equipe se reúne e discute as reações à intervenção. É avaliada também a validade da hipótese formulada na terceira etapa, que serviu de base para o planejamento da intervenção. Por fim, faz-se uma síntese da sessão, que é registrada por escrito. Em caso de dúvidas, pode-se consultar as fitas gravadas.

Selvini Palazzoli e seus colegas (1980a) apresentam três princípios que consideram indispensáveis para entrevistar uma família de maneira eficaz: a **Hipotetização**, a **Circularidade**, e a **Neutralidade**. Tais princípios estão em conformidade com a epistemologia sistêmica adotada pelo grupo e pretendem ser um guia detalhado para o terapeuta que segue a orientação desta abordagem. A **hipotetização** se refere à formulação por parte do terapeuta de hipóteses acerca da família em tratamento. Tais hipóteses estabelecem um ponto de partida para o terapeuta planejar perguntas que possam prover informações que permitam confirmar, descartar ou modificar estas hipóteses. Elas, portanto, servem para dar ordem à entrevista. Em última análise, "o valor funcional da hipótese da entrevista familiar é substancialmente garantir a atividade do terapeuta, que consiste em descobrir os padrões relacionais. É muito provável que tais padrões sejam provocados e revelados pelo comportamento ativo do terapeuta" (Selvini Palazzoli et al., 1980a, p.5). Toda hipótese deve ser sistêmica, devendo incluir todos os componentes da

família e ter relação com a função relacional total. A hipotetização começa antes mesmo da primeira entrevista, sendo feita inicialmente com base nos dados obtidos no contato telefônico. As hipóteses sistêmicas são confirmadas ou sofrem modificações à medida que o terapeuta tem o "feedback". Hipóteses são também geradas a partir de experiências anteriores dos terapeutas com famílias com problemas e padrões de interação semelhantes.

A **circularidade** é definida como "a capacidade do terapeuta conduzir sua investigação com base na realimentação da família em resposta à informação que ele solicita sobre as relações e, portanto, sobre diferença e mudança" (Selvini Palazzoli et al., 1980a, p.8). Baseado no conceito de circularidade desenvolvido a partir da idéia de Bateson de que a informação é uma diferença, e que a diferença é uma relação (ou uma mudança na relação), o grupo de Milão criou a técnica do "**questionamento circular**". Tal técnica consiste em fazer perguntas aos membros da família que ressaltem as diferenças entre eles ou que definam relações, ao invés de perguntas sobre os sentimentos ou interpretações de um em relação ao outro. As informações geradas a partir deste método permitem à família encarar os problemas de modo diferente, evidenciando a natureza circular destes problemas. As perguntas podem ser de vários tipos:

"Perguntas sobre diferenças na percepção das

relações ('Quem é mais apegado ao pai, sua filha ou seu filho?'); perguntas sobre diferenças de grau de intensidade ('Em uma escala de um a dez, quão ruim você acha que está a briga esta semana?'); diferenças antes/depois ('Ela começou a perder peso antes ou depois que a irmã foi para a faculdade?'); e diferenças hipotéticas ou futuras ('Se ela não tivesse nascido, quão diferente seria seu casamento hoje?'; 'Se vocês se divorciassem, com qual dos dois as crianças ficariam?') " (Boscolo et al., 1987, p.11).

A cada membro da família é perguntado como vê a relação entre dois membros da família. As perguntas podem também envolver a solicitação de informações sobre interações específicas de comportamento em circunstâncias específicas ("Quando sua irmã se recusa a comer?"; "Como sua mãe reage a isso?"). As hipóteses feitas sobre a família servem para orientar o terapeuta sobre que perguntas fazer. As reações (inclusive não-verbais) dos membros da família às respostas devem ser atentamente observadas, pois permitem confirmar ou não as hipóteses previamente formuladas ou gerar outras novas.

A **neutralidade** do terapeuta implica em uma atitude de equilíbrio em relação aos membros da família, excluindo alianças ou relações privilegiadas com qualquer membro ou subgrupo da família. Deve-se tentar dar aproximadamente o mesmo tempo para cada membro falar, bem como deve-se evitar demonstrar concordância ou discordância com relação ao que cada um fala. Ao se dirigir a um membro da família pedindo que comente a relação de outros dois membros, o terapeuta

poderá parecer, naquele momento, estar aliado a este membro. No entanto, à medida que se dirige a outro e solicita que faça o mesmo, a aliança parecerá ter se deslocado para com este outro membro, e assim sucessivamente com relação a todos os membros. Assim, o resultado final destas alianças sucessivas é que o terapeuta estará aliado com cada membro e com nenhum ao mesmo tempo. A neutralidade implica também em não fazer julgamentos morais de quaisquer tipos, respeitando-se os valores, idéias e crenças de todos os membros e abstando-se de culpar qualquer um deles. Em suma, o terapeuta para ser efetivo deve se manter em um nível diferente (metanível) do da família.

O questionamento circular e a neutralidade do terapeuta, métodos utilizados na entrevista, produzem um efeito considerável sobre a família. Há porém ainda outras intervenções que só são utilizadas na conclusão da sessão, após terem sido planejadas na reunião da equipe. Estas intervenções - cujas principais são a **conotação positiva** e a **prescrição de rituais** - pretendem introduzir algo novo e inesperado para a família. A conotação positiva surgiu a partir da necessidade sentida pelo grupo de Milão de não se contradizer ao prescrever o sintoma para a família. Afinal, seria incoerente prescrever um comportamento que se critica ou que se conota negativamente. A conotação positiva consiste em o terapeuta redefinir para a família o

comportamento sintomático como positivo, sendo uma solução (embora temporária) para algo importante para a família como, por exemplo, manter a sua coesão. É, todavia, essencial conotar positivamente não apenas o comportamento do paciente identificado, mas o de toda a família. Isto evita a idéia de causalidade linear - a sugestão de que um ou mais membros da família estão se beneficiando dos sintomas de outro, ou a tendência de culpar a família pelo comportamento sintomático do paciente identificado. A explicação dada pelo terapeuta ao conotar positivamente o comportamento da família deve ser plausível, jamais podendo parecer irônica ou sarcástica, e deve ser baseada nas informações obtidas na entrevista. Boscolo et al. (1987) apresentam um exemplo deste tipo de intervenção usado pelo grupo de Milão no atendimento de uma família:

"SELVINI: [Para a família] Bem, eu quero transmitir-lhes a conclusão e as observações de nossa equipe com respeito à situação presente de sua família. (...) Vocês casaram-se com uma decisão muito forte: a Sra. Y deveria dar um pai muito bom a seus filhos, e o Sr. Y com a forte decisão de dar uma mãe muito boa para suas filhas. E vocês conseguiram. Nós estamos convencidos de que isso é muito importante para seus filhos. Mas é mais importante para vocês, uma vez que vocês tiveram experiências muito negativas, muito trágicas e muito dramáticas. Eu penso que vocês, os filhos, todos os cinco, estão fazendo muito para manter essa convicção, este mito. (...) Vocês estão contribuindo para manter este mito, esta convicção, de formas diferentes. Por exemplo, Harry e Barbara estão mantendo o mito com um comportamento perfeito; são bem sucedidos e muito bons na escola. Mamãe pode pensar: 'Eu dei um bom pai para meus filhos, para Harry e Barbara'; e papai pode pensar a mesma coisa. Mas também Donna e John estão, com seu próprio estilo, contribuindo consideravelmente: preocupando os pais, permitindo-

lhes que, fazendo ainda mais pelos filhos, sejam pais perfeitos, bons pais. Deborah ainda é pequena agora, mas talvez, no futuro, possa escolher entre ser perfeita ou ser um problema. Vocês são livres para escolher o que quiserem, mas o que estão fazendo pela necessidade de seus pais é muito importante".

A conotação positiva permite ao terapeuta colocar todos os membros da família no mesmo nível - no qual todos são complementares em relação ao sistema -, o que evita envolvimento em alianças ou divisões em subgrupos. Se tentasse mudar o sistema fazendo um julgamento negativo a respeito dele, o terapeuta estaria excluindo qualquer possibilidade de ser aceito por este sistema, que é caracterizado por uma tendência homeostática. Ao conotar positivamente a tendência homeostática do sistema (e não de seus membros), e até prescrevê-la, o terapeuta tem acesso a este sistema e pode, paradoxalmente, produzir a capacidade de mudança, pois a conotação positiva implicitamente coloca a família em um paradoxo: Por que a coesão do grupo, que o terapeuta descreve como boa e desejável, requer a presença do comportamento sintomático de um membro? Ademais, a conotação positiva permite ao terapeuta definir claramente a relação entre ele e a família sem o risco de ser recusado ou desqualificado, pois está confirmando a tendência homeostática do sistema.

A prescrição de rituais familiares tem papel de destaque na terapia criada pelo grupo de Milão e foi descrita por

diversas vezes (por exemplo, Selvini Palazzoli, 1974; Selvini Palazzoli et al., 1974, 1977, 1978a, 1978b). Um ritual familiar é definido como

"Uma ação ou uma série de ações, às vezes acompanhada por fórmulas ou expressões verbais, que devem ser realizadas por todos os membros da família. Um ritual é prescrito em cada detalhe: o lugar onde deve ser realizado, o horário, o número de repetições, as pessoas que devem proferir as expressões verbais e em que ordem, etc. Frequentemente estas instruções são dadas por escrito" (Selvini Palazzoli et al., 1977, p. 452).

O objetivo da prescrição de rituais é mudar as regras do "jogo" familiar sem recorrer a explicações, críticas ou quaisquer outras intervenções verbais. As regras que caracterizam os padrões transacionais entre os membros da família operam quase que exclusivamente no nível analógico, e não no nível verbal. Quanto mais disfuncional é uma família, maior incongruência existe entre as regras que operam no nível analógico e as que operam no nível verbal. Ao detectar a(s) regra(s) que gera(m) e perpetua(m) a disfunção, o terapeuta deve evitar a tentação de explicitá-la(s) para a família, sob a ilusão de que o "insight", por si só, produz mudança. A experiência terapêutica do grupo de Milão revelou que o desenvolvimento de "insight" pode ocorrer após a mudança ter ocorrido. Além disso, foi observado que, quando a consciência psicológica ("consciousness") precede a mudança, a família a usa a serviço da resistência. Assim, o terapeuta deve se valer de prescrições que conduzam à ações, e não de interpretações.

Há uma grande variedade de tipos de rituais que podem ser prescritos, e sua criação deve ser baseada na hipótese sistêmica formulada pela equipe terapêutica a respeito da família. O planejamento de um ritual deve levar em conta as peculiaridades de cada família e, por conseguinte, o ritual deve ser específico para a família em questão. Existe, contudo, um tipo de ritual denominado "Dias Pares e Dias ímpares" (Selvini Palazzoli et al., 1978b) que pode ser repetido em um formato idêntico com diferentes famílias. O texto essencial desta prescrição é o seguinte:

"Nos dias pares da semana - terças, quintas e sábados - a partir de amanhã e até a data da próxima sessão, e estabelecendo o horário entre X horas e Y horas (certificando-se de que toda a família estará em casa neste horário), qualquer coisa que Z faça (nome do paciente, seguido de uma lista de seus comportamentos sintomáticos), o pai vai decidir sozinho, em absoluta discricção, o que fazer com Z. A mãe vai ter que se comportar como se não estivesse ali. Nos dias ímpares - segundas, quartas e sextas -, no mesmo horário, qualquer coisa que Z faça a mãe vai ter total poder para decidir como agir em relação a Z. O pai terá que se comportar como se não estivesse ali. Aos domingos, cada um deve se comportar espontaneamente.

Cada um dos pais, nos dias designados para si, deve registrar em um diário qualquer violação por parte do parceiro da prescrição de se comportar como se não estivesse ali (Em alguns casos, uma criança tem sido incubida de registrar os possíveis erros de um dos pais, ou o próprio paciente, se ele se adequar à tarefa)" (Selvini Palazzoli et al., 1978b, p.5).

Esta intervenção é habitualmente usada com famílias que apresentam um filho com problema (por exemplo, anorexia ou

comportamento considerado "rebelde"), e cujos pais desqualificam um ao outro. Esta desqualificação - decorrente de uma luta com relação à definição da relação ("Eu sou quem sabe melhor") - se manifesta sob a forma de interferência e sabotagem relativas ao comportamento do parceiro e sua iniciativa acerca da criança. Nesses casos, a prescrição do ritual dos dias pares e ímpares funciona em diferentes níveis. Em um primeiro nível muda as regras do "jogo" que está sendo jogado, isto é, bloqueia as modalidades de transação usuais, permitindo à família uma experiência incomum. Em um segundo nível, explora uma possível competição dos pais pela aprovação do terapeuta. Esta competição para parecer "o melhor" desvia-lhes a atenção do problema da definição de sua relação para o problema do conteúdo, ou seja, do que fazer nos dias em que têm que agir em relação ao filho a fim de alcançar resultados elogiáveis. Por fim, em outro nível, obtêm-se da família uma realimentação esclarecedora ao saber-se se ela seguiu ou não a prescrição.

CONCLUSÕES

As abordagens em terapia de família apresentadas nos capítulos anteriores são usualmente classificadas como "sistêmicas" (Gurman & Kniskern, 1981; Sieburg, 1985; entre outros). No entanto, o emprego do termo "sistêmico" de maneira vaga e indiscriminada para classificar tais abordagens não deixa claro que características particulares as distinguem de outras abordagens, além de acobertar divergências às vezes profundas na prática terapêutica dentre as próprias abordagens com esta classificação.

De certa forma, pode-se dizer que todas as abordagens em terapia de família são "sistêmicas", pois reconhecem a família como sendo um sistema, isto é, como um conjunto de elementos interdependentes em interação entre si, cujas características são diferentes da soma das características dos componentes individuais. Que critério(s) usar então para estabelecer que abordagens são sistêmicas? Um freqüentemente utilizado é afirmar que tais abordagens são baseadas na Teoria Geral dos Sistemas, de Bertalanffy (1968). Apesar da inegável influência da TGS na Psicologia e na Psiquiatria, (por exemplo, Gray et al., 1968; Grinker, 1967; Menninger, 1963), dentre as abordagens expostas nos capítulos precedentes, apenas o Grupo de Milão alude a esta teoria como tendo influenciado seus conceitos, embora os demais façam

referência à família como um sistema. Ademais, como observa Bahg (1990), há diversas "teorias gerais dos sistemas", e muitas teorias de sistemas são tratadas por outros nomes, tais como Sinérgica, Cibernética e Teoria da Informação.

As abordagens ditas sistêmicas têm em comum diversas características. Contudo, no que diz respeito ao uso de conceitos sistêmicos - o que justificaria a denominação "sistêmicas" -, observa-se que, além da conceituação da família como um sistema - o que ocorre, como visto, em todas as abordagens -, as abordagens sistêmicas têm em comum o fato de verem a família a partir de um modelo cibernético, quer esteja isto explícito ou não. A Cibernética, termo cunhado pelo matemático Norbert Wiener (1948) a partir de uma palavra grega que significa "timoneiro" ou "piloto", foi definida por este como "a ciência do controle e da comunicação no animal e na máquina". Está ligada, essencialmente, ao estudo dos sinais por meio dos quais a informação é transmitida dentro de um sistema e de um sistema para outro. Um sistema cibernético é definido como capaz de se manter em um estado de equilíbrio ou de passar para um estado pré-programado através de um processo de realimentação ("feedback"), ou seja, é um sistema auto-regulador. O circuito de realimentação é circular, e uma variação em qualquer parte dele leva o sistema à reduzir este desvio, restabelecendo o equilíbrio anterior (realimentação negativa) ou a amplificar este desvio (realimentação positiva). Segundo Wiener (1954),

"A realimentação é um método de controlar um sistema reinserindo nele os resultados de seu desempenho anterior. Se estes resultados são usados simplesmente como dados numéricos para a análise do sistema e sua regulação, temos a realimentação simples dos engenheiros de controle. Se, no entanto, a informação que provém do desempenho anterior é capaz de mudar o método geral e o padrão de atuação, temos um processo que pode ser chamado de aprendizagem" (p.84).

Um exemplo clássico de realimentação negativa é um sistema de aquecimento de ambiente controlado por um termostato. Um termostato é calibrado para manter a temperatura dentro de determinada faixa. Se a temperatura sair destes limites, o termostato liga ou desliga - conforme o caso - o sistema de aquecimento, mantendo a temperatura dentro da faixa desejada. O sistema é, portanto, auto-corretivo. O termo "homeostase", criado pelo fisiologista francês Claude Bernard (1859) para descrever a manutenção constante das condições internas do organismo de animais com sangue quente, é usado na Cibernetica para designar o processo de manutenção da estabilidade de um sistema através da realimentação negativa.

Gregory Bateson foi o principal introdutor das idéias da Cibernetica nas ciências humanas e sociais. Ele participou de uma série de conferências interdisciplinares realizadas em Nova Iorque na década de 40 sob o patrocínio de Josiah Macy (dono de uma rede de lojas de departamento), cujo tema era o estudo dos mecanismos de realimentação e dos sistemas circulares causais. A Cibernetica como disciplina surgiu a

partir destas conferências, das quais participaram, entre outros, Wiener, Warren McCulloch, Heinz von Foerster e Margaret Mead. Grande parte das primeiras idéias cibernéticas e comunicacionais de Bateson foi resumida no livro de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967). O próprio Bateson (1967, 1971, 1972) escreveu sobre a Cibernética e a nova epistemologia resultante desta. Foi porém, Don Jackson quem introduziu o conceito de "homeostase familiar", conceito este central no enfoque cibernético da família. Em um trabalho intitulado "The Question of Family Homeostasis", apresentado na reunião anual da "American Psychiatric Association" em 1954 e publicado em 1957, Jackson, baseado na observação de famílias com pacientes esquizofrênicos, conclui que a família constitui-se em um sistema homeostático que procura manter sua estabilidade frente à mudança. Esta estabilidade é mantida através de regras que regulam o tipo de comportamento que pode ou não ocorrer, e de mecanismos de realimentação negativa usados para impor estas regras (por exemplo, sanções, mitos, duplos vínculos, sintomas, etc.). Há, todavia, mudanças inevitáveis em todas as famílias, resultantes do ciclo de vida familiar: o nascimento dos filhos, sua saída de casa na idade adulta, a aposentadoria, etc. Estas mudanças não implicam necessariamente em instabilidade, pois permitem que a família mantenha uma estabilidade dinâmica, adaptando-se às novas condições e encontrando um ponto de equilíbrio dentro de um limite aceitável. Há, entretanto, famílias que apresentam uma

homeostase patológica, sendo incapazes de suportar mudanças no "status quo" familiar. Quando a estabilidade de uma família é mantida através dos sintomas de um dos membros, a melhora ou supressão desses sintomas ocasionadas pelo processo terapêutico são frequentemente sabotadas por um ou mais membros. Em muitos casos, outro membro da família passa a apresentar sintomas psiquiátricos em substituição ao primeiro.

A introdução do modelo cibernético na terapia de família implicou em uma mudança do paradigma mecanicista da causalidade linear, tradicionalmente associado à terapia individual, para o paradigma da causalidade circular. Em consequência desta mudança, as abordagens que adotam o modelo cibernético compartilham de certas características resultantes deste novo paradigma. O "locus" da patologia não é visto como interno, localizado em um indivíduo, mas sim na forma de comunicação da família, mantida por uma seqüência repetitiva de comportamentos, caracterizando um padrão homeostático patológico. Assim, o objetivo terapêutico é mudar o modo de funcionamento presente da família, descartando-se a importância da história passada e de sua interpretação. Outras semelhanças entre essas abordagens incluem o papel ativo e diretivo do terapeuta, o uso de diretivas (inclusive paradoxais) e a brevidade do tratamento (variável entre as abordagens aqui apresentadas, porém qualquer uma delas pode ser considerada breve comparada com a

maioria das outras abordagens terapêuticas).

Existem, não obstante, diferenças relevantes entre as abordagens "sistêmicas". Minuchin e Haley enfatizam a estrutura familiar, pondo em relevo a questão da hierarquia na família, com suas implicações de status e poder. Ambos vêem o sintoma como indicativo de uma confusão hierárquica na família.

"Qualquer que seja o tipo de arranjo, toda família deve lidar com a questão de se organizar em uma hierarquia, e devem ser estabelecidas regras sobre quem é primário em relação ao status e ao poder, e quem é secundário. Quando um indivíduo apresenta sintomas, a organização tem um arranjo hierárquico que está confuso. Ela pode estar confusa por ser ambígua, de modo que ninguém sabe exatamente quem é seu igual ou quem é seu superior" (Haley, 1976, p. 103).

Coerentemente com esta posição, as abordagens de Haley e Minuchin preconizam que o terapeuta faça uma aliança com um subsistema sempre que isto for necessário para reestruturar a família.

Os grupos de Milão e do MRI, por sua vez, focalizam mais sua atenção no processo, ou seja, no modo como a família funciona, e tendem a não considerar as relações na família em termos de hierarquia.

"Quem quer que se considere como estando em uma posição 'superior' acredita que seja aquele que tem poder, assim como o que está na posição 'inferior' considera-se como sem poder. Sabemos porém que

estas convicções estão erradas: o poder não pertence nem a um nem a outro. O poder está somente nas regras do jogo, que não podem ser mudadas pelas pessoas envolvidas nele" (Selvini Palazzoli et al., 1978a, p. 6).

Por outro lado, o grupo de Milão vê o sintoma no paciente identificado como tendo o propósito de manter o equilíbrio do sistema, enquanto o grupo do MRI, embora reconhecendo que o sintoma possa ter um objetivo, não acha necessário conhecê-lo, pois está interessado somente em remover o sintoma.

A abordagem do MRI se diferencia das demais no que tange à unidade de tratamento. Como estão preocupados em se concentrar sobre o problema e não sobre a família, podem atender indivíduos separadamente, o casal, ou qualquer outra combinação que proporcione a maior facilidade possível para a solução do problema. Haley, Minuchin e Selvini Palazzoli recomendam a presença de toda a família nuclear, sendo que esta última chega a convidar os avós.

O grupo de Milão, a partir da separação do grupo original de quatro membros, tornou-se menos estratégico, o que significou passar a aplicar mais um método geral do que desenvolver um plano específico para cada problema. Selvini Palazzoli e Prata, ao adotarem a "prescrição invariável", consituem um nítido exemplo desta mudança. Da mesma forma, Boscolo e Cecchin se afastaram da manipulação estratégica para adotar uma atitude de colaboração com a família,

formulando hipóteses sistêmicas sobre seus problemas. Atualmente é difícil considerar qualquer dos dois grupos como estratégico. Minuchin, por seu turno, ao contrário de Haley e do grupo do MRI, nunca foi considerado como estratégico, pois sua abordagem terapêutica sempre se concentrou mais em métodos gerais de ação.

A partir das divergências descritas acima, pode-se questionar a validade de classificar tais abordagens sobre o mesmo rótulo. Se respondermos positivamente a esta questão, parece-nos mais acertado classificá-las não como "sistêmicas" - termo vago e impreciso como já mostramos -, mas sim como "cibernéticas", uma vez que a maioria dos pontos de convergência entre elas deriva da adoção deste modelo.

CONCLUSÕES

As abordagens em terapia de família apresentadas nos capítulos anteriores são usualmente classificadas como "sistêmicas" (Gurman & Kniskern, 1981; Sieburg, 1985; entre outros). No entanto, o emprego do termo "sistêmico" de maneira vaga e indiscriminada para classificar tais abordagens não deixa claro que características particulares as distinguem de outras abordagens, além de acobertar divergências às vezes profundas na prática terapêutica dentre as próprias abordagens com esta classificação.

De certa forma, pode-se dizer que todas as abordagens em terapia de família são "sistêmicas", pois reconhecem a família como sendo um sistema, isto é, como um conjunto de elementos interdependentes em interação entre si, cujas características são diferentes da soma das características dos componentes individuais. Que critério(s) usar então para estabelecer que abordagens são sistêmicas? Um frequentemente utilizado é afirmar que tais abordagens são baseadas na Teoria Geral dos Sistemas, de Bertalanffy (1968). Apesar da inegável influência da TGS na Psicologia e na Psiquiatria, (por exemplo, Gray et al., 1968; Grinker, 1967; Menninger, 1963), dentre as abordagens expostas nos capítulos precedentes, apenas o Grupo de Milão alude a esta teoria como tendo influenciado seus conceitos, embora os demais façam

referência à família como um sistema. Ademais, como observa Bahg (1990), há diversas "teorias gerais dos sistemas", e muitas teorias de sistemas são tratadas por outros nomes, tais como Sinérgica, Cibernética e Teoria da Informação.

As abordagens ditas sistêmicas têm em comum diversas características. Contudo, no que diz respeito ao uso de conceitos sistêmicos - o que justificaria a denominação "sistêmicas" -, observa-se que, além da conceituação da família como um sistema - o que ocorre, como visto, em todas as abordagens -, as abordagens sistêmicas têm em comum o fato de verem a família a partir de um modelo cibernético, quer esteja isto explícito ou não. A Cibernética, termo cunhado pelo matemático Norbert Wiener (1948) a partir de uma palavra grega que significa "timoneiro" ou "piloto", foi definida por este como "a ciência do controle e da comunicação no animal e na máquina". Está ligada, essencialmente, ao estudo dos sinais por meio dos quais a informação é transmitida dentro de um sistema e de um sistema para outro. Um sistema cibernético é definido como capaz de se manter em um estado de equilíbrio ou de passar para um estado pré-programado através de um processo de realimentação ("feedback"), ou seja, é um sistema auto-regulador. O circuito de realimentação é circular, e uma variação em qualquer parte dele leva o sistema à reduzir este desvio, restabelecendo o equilíbrio anterior (realimentação negativa) ou a amplificar este desvio (realimentação positiva). Segundo Wiener (1954),

"A realimentação é um método de controlar um sistema reinserindo nele os resultados de seu desempenho anterior. Se estes resultados são usados simplesmente como dados numéricos para a análise do sistema e sua regulação, temos a realimentação simples dos engenheiros de controle. Se, no entanto, a informação que provém do desempenho anterior é capaz de mudar o método geral e o padrão de atuação, temos um processo que pode ser chamado de aprendizagem" (p.84).

Um exemplo clássico de realimentação negativa é um sistema de aquecimento de ambiente controlado por um termostato. Um termostato é calibrado para manter a temperatura dentro de determinada faixa. Se a temperatura sair destes limites, o termostato liga ou desliga - conforme o caso - o sistema de aquecimento, mantendo a temperatura dentro da faixa desejada. O sistema é, portanto, auto-corretivo. O termo "homeostase", criado pelo fisiologista francês Claude Bernard (1859) para descrever a manutenção constante das condições internas do organismo de animais com sangue quente, é usado na Cibernetica para designar o processo de manutenção da estabilidade de um sistema através da realimentação negativa.

Gregory Bateson foi o principal introdutor das idéias da Cibernetica nas ciências humanas e sociais. Ele participou de uma série de conferências interdisciplinares realizadas em Nova Iorque na década de 40 sob o patrocínio de Josiah Macy (dono de uma rede de lojas de departamento), cujo tema era o estudo dos mecanismos de realimentação e dos sistemas circulares causais. A Cibernetica como disciplina surgiu a

partir destas conferências, das quais participaram, entre outros, Wiener, Warren McCulloch, Heinz von Foerster e Margaret Mead. Grande parte das primeiras idéias cibernéticas e comunicacionais de Bateson foi resumida no livro de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967). O próprio Bateson (1967, 1971, 1972) escreveu sobre a Cibernética e a nova epistemologia resultante desta. Foi porém, Don Jackson quem introduziu o conceito de "homeostase familiar", conceito este central no enfoque cibernético da família. Em um trabalho intitulado "The Question of Family Homeostasis", apresentado na reunião anual da "American Psychiatric Association" em 1954 e publicado em 1957, Jackson, baseado na observação de famílias com pacientes esquizofrênicos, conclui que a família constitui-se em um sistema homeostático que procura manter sua estabilidade frente à mudança. Esta estabilidade é mantida através de regras que regulam o tipo de comportamento que pode ou não ocorrer, e de mecanismos de realimentação negativa usados para impor estas regras (por exemplo, sanções, mitos, duplos vínculos, sintomas, etc.). Há, todavia, mudanças inevitáveis em todas as famílias, resultantes do ciclo de vida familiar: o nascimento dos filhos, sua saída de casa na idade adulta, a aposentadoria, etc. Estas mudanças não implicam necessariamente em instabilidade, pois permitem que a família mantenha uma estabilidade dinâmica, adaptando-se às novas condições e encontrando um ponto de equilíbrio dentro de um limite aceitável. Há, entretanto, famílias que apresentam uma

homeostase patológica, sendo incapazes de suportar mudanças no "status quo" familiar. Quando a estabilidade de uma família é mantida através dos sintomas de um dos membros, a melhora ou supressão desses sintomas ocasionadas pelo processo terapêutico são frequentemente sabotadas por um ou mais membros. Em muitos casos, outro membro da família passa a apresentar sintomas psiquiátricos em substituição ao primeiro.

A introdução do modelo cibernético na terapia de família implicou em uma mudança do paradigma mecanicista da causalidade linear, tradicionalmente associado à terapia individual, para o paradigma da causalidade circular. Em consequência desta mudança, as abordagens que adotam o modelo cibernético compartilham de certas características resultantes deste novo paradigma. O "locus" da patologia não é visto como interno, localizado em um indivíduo, mas sim na forma de comunicação da família, mantida por uma seqüência repetitiva de comportamentos, caracterizando um padrão homeostático patológico. Assim, o objetivo terapêutico é mudar o modo de funcionamento presente da família, descartando-se a importância da história passada e de sua interpretação. Outras semelhanças entre essas abordagens incluem o papel ativo e diretivo do terapeuta, o uso de diretivas (inclusive paradoxais) e a brevidade do tratamento (variável entre as abordagens aqui apresentadas, porém qualquer uma delas pode ser considerada breve comparada com a

maioria das outras abordagens terapêuticas).

Existem, não obstante, diferenças relevantes entre as abordagens "sistêmicas". Minuchin e Haley enfatizam a estrutura familiar, pondo em relevo a questão da hierarquia na família, com suas implicações de status e poder. Ambos vêem o sintoma como indicativo de uma confusão hierárquica na família.

"Qualquer que seja o tipo de arranjo, toda família deve lidar com a questão de se organizar em uma hierarquia, e devem ser estabelecidas regras sobre quem é primário em relação ao status e ao poder, e quem é secundário. Quando um indivíduo apresenta sintomas, a organização tem um arranjo hierárquico que está confuso. Ela pode estar confusa por ser ambígua, de modo que ninguém sabe exatamente quem é seu igual ou quem é seu superior" (Haley, 1976, p. 103).

Coerentemente com esta posição, as abordagens de Haley e Minuchin preconizam que o terapeuta faça uma aliança com um subsistema sempre que isto for necessário para reestruturar a família.

Os grupos de Milão e do MRI, por sua vez, focalizam mais sua atenção no processo, ou seja, no modo como a família funciona, e tendem a não considerar as relações na família em termos de hierarquia.

"Quem quer que se considere como estando em uma posição 'superior' acredita que seja aquele que tem poder, assim como o que está na posição 'inferior' considera-se como sem poder. Sabemos porém que

estas convicções estão erradas: o poder não pertence nem a um nem a outro. O poder está somente nas regras do jogo, que não podem ser mudadas pelas pessoas envolvidas nele" (Selvini Palazzoli et al., 1978a, p. 6).

Por outro lado, o grupo de Milão vê o sintoma no paciente identificado como tendo o propósito de manter o equilíbrio do sistema, enquanto o grupo do MRI, embora reconhecendo que o sintoma possa ter um objetivo, não acha necessário conhecê-lo, pois está interessado somente em remover o sintoma.

A abordagem do MRI se diferencia das demais no que tange à unidade de tratamento. Como estão preocupados em se concentrar sobre o problema e não sobre a família, podem atender indivíduos separadamente, o casal, ou qualquer outra combinação que proporcione a maior facilidade possível para a solução do problema. Haley, Minuchin e Selvini Palazzoli recomendam a presença de toda a família nuclear, sendo que esta última chega a convidar os avós.

O grupo de Milão, a partir da separação do grupo original de quatro membros, tornou-se menos estratégico, o que significou passar a aplicar mais um método geral do que desenvolver um plano específico para cada problema. Selvini Palazzoli e Prata, ao adotarem a "prescrição invariável", consituem um nítido exemplo desta mudança. Da mesma forma, Boscolo e Cecchin se afastaram da manipulação estratégica para adotar uma atitude de colaboração com a família,

formulando hipóteses sistêmicas sobre seus problemas. Atualmente é difícil considerar qualquer dos dois grupos como estratégico. Minuchin, por seu turno, ao contrário de Maley e do grupo do MRI, nunca foi considerado como estratégico, pois sua abordagem terapêutica sempre se concentrou mais em métodos gerais de ação.

A partir das divergências descritas acima, pode-se questionar a validade de classificar tais abordagens sobre o mesmo rótulo. Se respondermos positivamente a esta questão, parece-nos mais acertado classificá-las não como "sistêmicas" - termo vago e impreciso como já mostramos -, mas sim como "cibernéticas", uma vez que a maioria dos pontos de convergência entre elas deriva da adoção deste modelo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abt, L.E. & Stuart, I.R. (Eds.) (1982). The New Therapies. New York, Van Nostrand.

Ackerman, N.W. (1958). The Psychodynamics of Family Life. New York, Basic Books.

----- (1966). Treating the Troubled Family. New York, Basic Books.

----- (1967). The Emergence of Family Diagnosis and Treatment: A Personal View. Psychotherapy, 4, 125-129.

Ackerman, N.W. & Sobel, R. (1950). Family Diagnosis: An Approach to the Preschool Child. American Journal of Orthopsychiatry, 20, 744-753.

Andolfi, M. (1974). Paradox in Psychotherapy. American Journal of Psychoanalysis, 34, 221-228.

Bahg, C. (1990). Majors Systems Theories Throughout the World. Behavioral Science, 35, 79-107.

Barton, C. & Alexander, J.F. (1981). Functional Family Therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Handbook of Family Therapy. New York, Brunner/Mazel.

Bateson, G. (1936). Naven: A Survey of the Problems Suggested by a Composite Picture of the Culture of a New Guinea Tribe Drawn From Three Points of View. Cambridge, Cambridge University Press.

----- (1942). Some Systematic Approaches to the Study of Culture and Personality. Character and Personality, 11, 76-82.

----- (1946a). The Pattern of an Armaments Race. Part I: An Anthropological Approach. Bulletin of the Atomic Scientists, 2(5/6), 10-11.

- (1946b). The Pattern of an Armaments Race. Part II: An Analysis of Nationalism. Bulletin of the Atomic Scientists, 2(7/8), 26-28.
- (1967). Cybernetic Explanation. American Behavioral Scientist, 10(6), 29-32.
- (1971). The Cybernetics of 'Self': A Theory of Alcoholism. Psychiatry, 34, 1-18.
- (1972). Steps to an Ecology of Mind. New York, Ballantine Books.
- (1979). Mind and Nature: A Necessary Unity. New York, E.P. Dutton.
- Bateson G.; Jackson, D.D. ; Haley, J. & Weakland, J.
(1956). Toward a Theory of Schizophrenia. In: Bateson, G. Steps to an Ecology of Mind. New York, Ballantine Books.
- (1963). A Note on the Double Bind. Family Process, 2, 154-161.
- Beels, C. & Ferber, A. (1972). What Family Therapists Do. In: Ferber, A. ; Mendelsohn, M. & Napier, A. The Book of Family Therapy. New York, Jason Aronson.
- Bell, J.E. (1961). Family Group Therapy. Public Health Monograph Number 64. Washington, DC, US Government Printing Office.
- (1962). Recent Advances in Family Group Therapy. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 3, 1-15.
- (1976). A Theoretical Framework for Family Group Therapy. In: Guerin, P.J. (Ed.) Family Therapy: Theory and Practice. New York, Gardner Press.
- (1978). Family Context Therapy: A Model for Family Change. Journal of Marriage and Family Counseling, 40, 111-126.

- Berger, A. (1965). A Test of the Double Bind Hypothesis of Schizophrenia. Family Process, 4, 198-205.
- Berger, M.M. (1978). Beyond the Double Bind. New York, Brunner/Mazel.
- Bernard, C. (1859). Leçons sur les Propriétés physiologiques et les Altérations Pathologiques des Liquides de L'Organism. Paris, Ballière.
- Bertalanffy, L. (1968). General System Theory. New York, Braziller.
- Bloch, D.A. & Weiss, H.M. (1981). Training Facilities in Marital and Family Therapy. Family Process, 20, 133-146.
- Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L. & Penn, P. (1987). Milan Systemic Family Therapy. New York, Brunner/Mazel.
- Bowen, M. (1975). Family Therapy After Twenty Years. In: Ariete, S.; Freeman, D.X. & Dyrud, J.E. (Eds.) American Handbook of Psychiatry V: Treatment (2nd Ed.). New York, Basic Books.
- Broderick, C.B. & Schrader, S.S. (1981). The History of Professional Marriage and Family Therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (Eds.) Handbook of Family Therapy. New York, Brunner/Mazel.
- Campbell, D. & Draper, R. (Eds.) (1985). Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach. London, Grune & Stratton.
- Campbell, D. ; Draper, R. & Huffington, C. (1989a). A Systemic Approach to Consultation. London, Karnac Books.
- (1989b). Second Thoughts on the Therapy and Practice of the Milan Approach. London, Karnac Books.
- Coleman, S. (1987). Milan in Bucks County. Family Therapy Networker, 11(5), 42-47.

- Eiguer, A. (1985). Um Divã para a Família. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Everstine, D.S. & Everstine, L. (1983). People in Crisis: Strategic Therapeutic Interventions. New York, Brunner/Mazel.
- Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1982). The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly. San Francisco, Jossey-Bass.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. Psychiatry, 11, 263-274.
- Gray, W., Rizzo, V.D., & Ouhl, F.D. (Eds.) (1968). General Systems Theory and Psychiatry. Boston, Little, Brown.
- Grinker, R.R. (Ed.) (1967). Toward a Unified Theory of Human Behavior (2nd Ed.). New York, Basic Books.
- Guerin, P.J. (Ed.) (1976). Family Therapy: Theory and Practice. New York, Gardner Press.
- Haley, J. (1958). An Interactional Explanation of Hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 1, 41-57.
- (1959a). An Interactional Description of Schizophrenia. Psychiatry, 22, 321-332.
- (1959b). The Family of the Schizophrenic: A Model System. American Journal of Nervous and Mental Diseases, 129, 357-374.
- (1960). Control of Fears With Hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 2, 109-115.
- (1963). Strategies of Psychotherapy. New York, Grune & Stratton.
- (1967). Toward a Theory of Pathological Systems In: Zuk, J. & Boszormenyi-Nagy, I. (Eds.) Family Therapy

and Disturbed Families. Palo Alto, Science and Behavior Books.

----- (Ed.) (1968). Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Paper of Milton H. Erickson, M.D.. New York, Norton.

----- (1969). The Power Tactics of Jesus Christ and Other Essays. New York, Grossman.

----- (1973). Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D.. New York, Ballantine Books.

----- (1976). Problem-Solving Therapy. New York, Harper.

----- (1978). Ideas With Handicap the Therapist. In: Berger, M. (Ed.) Beyond the Double Bind. New York, Brunner/Mazel.

----- (1980). Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People. New York, McGraw-Hill.

----- (1981). Reflections on Therapy and Other Essays. Chevy Chase, MD, The Family Therapy Institute of Washington, DC.

----- (1984). Ordeal Therapy. San Francisco, Jossey-Bass.

----- (1985a). Conversations With Milton H. Erickson, M.D. Vol. 1: Changing Individuals. New York, Norton.

----- (1985b). Conversations With Milton H. Erickson, M.D. Vol. 2: Changing Couples. New York, Norton.

----- (1985c). Conversations With Milton H. Erickson, M.D. Vol. 3: Changing Children and Families. New York, Norton.

Haley, J. & Weakland, J. (1959). A Transcript of Trance Induction with Commentary. American Journal of Clinical Hypnosis, 2, 39-84.

- Hoffman, L. (1981). Foundations of Family Therapy. New York, Basic Books.
- Jackson, D.D. (1957). The Question of Family Homeostasis. Psychiatric Quarterly Supplement, 31, 79-90.
- (1959). Family Interaction, Family Homeostasis, and Some Implications for Conjoint Family Therapy. In: Masserman, J. (Ed.) Individual and Family Dynamics. New York, Grune & Stratton.
- Kafka, J.S. (1971). Ambiguity for Individuation: A Critique and Reformation of Double-Bind Theory. Archives of General Psychiatry, 25, 232-239.
- Kuhn, T.S. (1962). The Structure of Scientific Revolutions. Chicago, The University of Chicago Press.
- Lemaire, J. (1980). Introduction aux Thérapies Familiales. Dialogue, 66, 3-28.
- Lidz, R.W. & Lidz, T. (1949). The Family Environment of Schizophrenic Patients. American Journal of Psychiatry, 106, 332-345.
- Lidz, T.; Cornelison, A.; Fleck, S. & Terry, D. (1957a). Intrafamilial Environment of the Schizophrenic Patient. I: The Father. Psychiatry, 20, 329-342.
- (1957b). Intrafamilial Environment of Schizophrenic Patients. II: Marital Schism and Marital Skew. American Journal of Psychiatry, 114, 241-248.
- Lidz, T. & Fleck, S. (1960). Schizophrenia, Human Integration, and the Role of The Family. In: Jackson, D.D. The Etiology of Schizophrenia. New York, Basic Books.
- Lidz, T.; Parker, B. & Cornelison, A.R. (1956). The Role of the Father in the Family Environment of the Schizophrenic Patient. American Journal of Psychiatry, 113, 126-132.

- Lipset, D. (1981). Gregory Bateson: The Legacy of a Scientist. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Madanes, C. (1981). Strategic Family Therapy. San Francisco, Jossey-Bass.
- (1984). Behind the One-Way Mirror: Advances in the Practice of Strategic Therapy. San Francisco, Jossey-Bass.
- (1990). Sex, Love and Violence. New York, Norton.
- Menninger, K. (1963). The Vital Balance. New York, Viking Press.
- Minuchin, S. (1974). Families and Family Therapy. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1990). Técnicas de Terapia Familiar. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Minuchin, S.; Montalvo, B.; Guernsey, Jr., B.G.; Rosman, B.L. Schumer, F. (1967). Families of the Slums: An Exploration of Their Structure and Treatment. New York, Basic Books.
- Minuchin, S.; Rosman, B. & Baker, L. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Mittleman, B. (1948). The Concurrent Analysis of Married Couples. Psychoanalytic Quarterly, 17, 182-197.
- Olson, D.H. (1982). Empirically Unbinding the Double Bind. Family Process, 11(1), 69-93.
- Olson, D.H.; Russell, C.S. & Sprenkle, D.H. (1980). Marital and Family Therapy: A Decade Review. Journal of Marriage and the Family, 42, 973-993.
- Parsons, T. & Bales, R.F. (1955). Family Socialization and Interaction. Glencoe, IL, Free Press.

Penn, P. (1982). Circular Questioning. Family Process, 21, 267-280.

----- (1985). Feed-forward: Future Questions, Future Maps. Family Process, 24, 299-310.

Ringuette, E.L. & Kennedy, T. (1966). An Experimental Study of the Double-Bind Hypothesis. Journal of Abnormal Psychology, 71, 136-141.

Ruesch, J. & Bateson, G. (1951). Communication: The Social Matrix of Psychiatry. New York, Norton.

Satir, V.M. (1964). Conjoint Family Therapy. Palo Alto, Science and Behavior Books.

Selvini Palazzoli, M. (1978). Self-starvation: From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa. New York, Jason Aronson.

----- (1986). Towards a General Model of Psychotic Family Games. Journal of Marital and Family Therapy, 12(4), 339-349.

Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. & Prata, G. (1974). The Treatment of Children Through Brief Therapy of their Parents. Family Process, 13(4), 429-442.

----- (1975). Paradosso e Contrapadosso. Milano, Feltrinelli Editore.

----- (1977). Family Rituals: A Powerful Tool in Family Therapy. Family Process, 16(4), 445-453.

----- (1978a). Paradox and Counterparadox. New York, Jason Aronson.

----- (1978b). A Ritualized Prescription in Family Therapy: Odd Days and Even Days. Journal of Marriage and Family Counseling, 4(1), 3-9.

----- (1980a). Hypothesizing - Circularity - Neutrality:

Three Guidelines for the Conductor of the Session. Family Process, 19(1), 3-12.

----- (1980b). The Problem of the Referring Person. Journal of Marital and Family Therapy, 6(1), 3-9.

Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1989). Family Games: General Models of Psychotic Processes in the Family. New York, Norton.

Selvini Palazzoli, M. & Prata, G. (1982). Snares in Family Therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 8(4), 443-450.

Shands, H.C. (1971). The War with Words. The Hague-Paris, Mouton.

Sieburg, E. (1985). Family Communication. New York, Gardner Press.

Simon, R. (1987a). Good-bye Paradox, Hello Invariant Prescription. Family Therapy Networker, 11(5), 16-25.

----- (1987b). An Interview with Mara Selvini Palazzoli. Family Therapy Networker, 11(5), 26-33.

Singer, M.T. & Wynne, L. (1965a). Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: III. Methodology Using Projective Techniques. Archives of General Psychiatry, 12, 187-200.

----- (1965b). Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: IV. Results and Interpretations. Archives of General Psychiatry, 12, 201-212.

Sluzki, C.E. & Veron, (1971). The Double Bind as a Universal Pathogenic Situation. Family Process, 10, 397-409.

Sojit, C. M. (1969). Dyadic Interaction in a Double Bind Situation. Family Process, 18, 235-259.

Sullivan, H.S. (1953). Interpersonal Theory of Psychiatry.

New York, Norton.

Tomm, K. (1987a). Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist. Family Process, 26(1), 3-13.

----- (1987b). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Mean to Enable Self Healing. Family Process, 26(2), 167-183.

----- (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic or Reflexive Questions? Family Process, 27(1), 1-15.

Watzlawick, P. (1977). Introduction. In: Watzlawick, P. & Weakland, J.H. (Eds.) The Interactional View: Studies at the Mental Research Institute, 1965-1974. New York, Norton.

Watzlawick, P.; Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). Pragmatics of Human Communication. New York, Norton.

----- (1985). Pragmática da Comunicação Humana. São Paulo, Cultrix.

Watzlawick, P.; Weakland, J. & Fisch, R. (1974). Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution. New York, Norton.

Weakland, J.H. (1960). The "Double-Bind" Hypothesis of Schizophrenia and Three-Party Interaction. In: Jackson, D.D. (Ed.) The Etiology of Schizophrenia. New York, Basic Books.

Weakland, J.H.; Fisch, R.; Watzlawick, P. & Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. Family Process, 13(2), 141-168.

Whitehead, A.N. & Russell, B. (1910). Principia Mathematica. Vol. 1. Cambridge, Cambridge University Press.

Wiener, N. (1948). Cybernetics. New York, John Wiley & Sons.

- (1954). The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Society. New York, Avon.
- Wynne, L.C. (1961). The Study of Intrafamilial Splits and Alignments in Exploratory Family Therapy. In: Ackerman, N.W.; Beatman, F.L. & Sherman, S.N. (Eds.) Exploring the Base for Family Therapy. New York, Family Service Association of America.
- (1971). Some Guidelines for Exploratory Conjoint Family Therapy. In: Haley, J. (Ed.) Changing Families: A Family Therapy Reader. New York, Grune & Stratton.
- (1983). Family Research and Family Therapy: A Reunion? Journal of Marital and Family Therapy, 9; 113-117.
- Wynne, L.C.; Jones; J.E. & Al-Khayyal, M. (1982). Healthy Family Communication Patterns: Observations in Families "at Risk" for Psychopathology. In: Walsh, F. (Ed.) Normal Family Process. New York, Guilford Press.
- Wynne, L.C.; Ryckoff, I.; Day, J. & Hirsch, S.I. (1958). Pseudomutuality in the Family Relationships of Schizophrenics. Psychiatry, 21, 205-220.
- Wynne, L.C. & Singer, M. (1963a). Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: I. A Research Strategy. Archives of General Psychiatry, 9, 191-198.
- (1963b). Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: II. A Classification of Forms of Thinking. Archives of General Psychiatry, 9, 199-206.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RIO pelo aluno CARLOS RAIMUNDO MACHADO MOTTA, intitulada "Terapia de Família: As abordagens Sistêmicas". Fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Terezinha Fêres Carneiro

D^{na}. Terezinha Fêres Carneiro
Profa. Orientadora

Angela Baraf Podkameni

Dra. Angela Baraf Podkameni
PUC/RIO

Carolina Lo Bianco

Dra. Anna Carolina Lo Bianco
UFRJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 5 de Março de 1993

Ana Maria Nicolaci-da-Costa
Coordenadora dos Programas
de Pós-Graduação e Pesquisa
do Centro de Teologia e Ciências Humanas.