

## Do mito da família unida à terapia familiar

DANIEL SAMPAIO  
JOSÉ GAMEIRO \*

1. Os últimos anos têm-se caracterizado, no campo de saúde mental, por profundas alterações no tipo de intervenção e nas diferentes qualidades de serviços. Estas mudanças provêm de diversas causas, desde as de ordem económica e social (desemprego, dificuldades escolares, mudança do papel e do suporte familiar), até às motivadas pelo tipo de pedido feito pelos utentes: se o número de solicitações de consultas parece continuar a subir, no seu conjunto são em particular os problemas relacionados com a psiquiatria infantil, da adolescência, da 3.<sup>a</sup> idade, que parecem crescer de modo alarmante em muitos países.

Os serviços de saúde mental procuram, dentro do possível, adaptar-se a estas circunstâncias de mudança. A vida institucional tende a mudar de uma orientação centrada sobre o leito hospitalar para uma perspectiva comunitária, tentando diminuir os efeitos nocivos de uma hospitalização prolongada, impedindo a segregação dos doentes crónicos e activando os serviços de reabilitação e integração social.

A filosofia geral de intervenção pressupõe assim que o serviço de saúde mental deve ser

flexível e encontrar-se apto a responder às mudanças de pedido, articulando-se com a comunidade através de um rede de serviços integrados. Não basta, assim, decidir «por decreto» a diminuição das camas hospitalares ou a criação de novos serviços, pois é necessário criar toda uma série de estruturas alternativas, tais como serviços de psiquiatria em hospitais gerais, hospitais de dia, centros de saúde com valência de saúde mental, etc.

O que importa salientar é que actualmente se entende que a atenção deve ser transferida da cama hospitalar para a família e para a comunidade onde esta se insere. O movimento da terapia familiar surge assim, a nível internacional, como resultado desta mudança.

2. A situação em Portugal reveste-se de aspectos particulares. Dificuldades de ordem económico-social de grande parte da população, desarticulação dos serviços de saúde em geral e dos de saúde mental em particular, incidência muito alta de determinadas situações patológicas (por exemplo, problemas ligados ao alcoolismo) têm motivado que se continue a dar muito ênfase ao internamento completo em instituição hospitalar como solução para muitos problemas. Não devemos esquecer no entanto, que também entre nós a situação se vai modificando a pouco e pouco. O movimento da psi-

\* D. S. é Especialista de Psiquiatria, Clínica Psiquiátrica Universitária de Lisboa e presidente da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar; J. G. é Interno de Psiquiatria, Clínica Psiquiátrica Universitária de Lisboa e membro fundador da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar.

quiatria social, particularmente na sua dimensão da comunidade terapêutica intra-hospitalar, a psicoterapia institucional (particularmente através da contribuição da psicanálise e grupanálise), a maior informação sobre o tema — particularmente através do grande interesse dos meios de comunicação social sobre o assunto — levaram à criação de novas unidades de intervenção e a outra expectativa terapêutica.

A terapia familiar que surge agora organizada entre nós deriva de uma prática quotidiana que se defronta com estes e outros problemas. O termo *família* está carregado de múltiplos significados, de ordem afectiva, social, económica e política, etc. Para uns, a família constitui o baluarte de uma sociedade sã, para outros a instituição familiar é contrária ao progresso.

Durante muitos anos fomos inundados por diversa informação veiculada pelos adeptos do regime anterior, sobre o papel da família. Esta era-nos apresentada como uma célula de paz e amor, perene de significado e que era preciso manter a todo o custo. Como um de nós escreveu noutro local, «a guerra de África colaborava eficazmente com a pílula impedindo o avanço demográfico, havia uma consoladora unanimidade de opiniões que muito contribuía para a consolidação da família e a Mocidade Portuguesa garantia que o bom filiado se educa a si próprio por sucessivas vitórias da vontade». Se nessa altura se falava em terapia familiar, seria certamente para impedir que a família se desagregasse, ou para a proteger de alguma central ideológica estrangeira.

Os tempos foram mudando, o papel da família foi-se alterando marcadamente em toda a parte (industrialização, mudança do papel da mulher, movimentos das mulheres, diminuição do apoio das instituições escolares, etc.) e sobretudo entre nós a partir do 25 de Abril. A crescente participação social que se seguiu à mudança de regime levou a uma alteração da ideia de família, que passou a ser considerada como um suporte afectivo, mas também, e saudavelmente, como fonte de conflitos. Recentemente, e sempre acompanhando as altera-

ções de ordem política, assiste-se a um ressuscitar do velho mito da família unida, suporte da Pátria e da civilização. Vai-se ao ponto de sugerir, de um modo mais ou menos oficial, a criação de cursos de formação de pais por correspondência, procurando consolidar a espiritualidade da Pátria.

3. Queremos deixar bem claro que a terapia familiar que defendemos não tem nada a ver com estes valores, mas antes considera a família como um sistema aberto em relação com a sociedade em que está inserida e em contínua transformação. Esta noção pressupõe o facto da família possuir um dinamismo interno, permitindo aos seus membros apoio afectivo, mas ao mesmo tempo devendo possibilitar-lhes a sua autonomia psicossocial. A família não é assim, na nossa perspectiva de terapia familiar, uma unidade estática e inquestionável, mas sim um sistema dinâmico que perante as mudanças exteriores ou interiores vai pôr em acção a sua capacidade homeostática (que diz respeito à sua regulação interna — ver mais adiante e noutros textos deste número de *Psicologia*) e a sua capacidade de transformação.

A dada altura da terapia é necessário decidir se se vai trabalhar com a família nuclear (pais e filhos), se juntar a família de origem, trabalhar com casais separados ou mesmo fazer uma intervenção social mais vasta (comunitária). Em todos os casos, terapia familiar não visa curar, transformar ou destruir famílias, mas aproveitar as suas próprias capacidades terapêuticas de transformação. É sempre necessário definir de que família se trata e *escolhê-la na perspectiva de analisar toda uma rede de interacções dentro da família e entre esta e a comunidade*. A intervenção terapêutica leva em linha de conta uma exploração alargada em termos da sociedade que nos rodeia. Escolhe-se a família não só pelo seu valor afectivo e mais fácil acessibilidade, mas porque esta, como unidade de socialização, é anterior à escola e ao grupo, e portanto determinante na evolução.

A terapia familiar que defendemos vai assim para além de uma intervenção na família visando, sempre que possível, um contexto mais vasto. Experiências da terapia familiar noutros países mostram-nos que é possível ter técnicos de saúde mental trabalhando na comunidade, intervindo nas famílias e com estas em ligação com as estruturas locais.

4. As instituições que em Portugal se dedicam às questões da saúde mental já numerosas vezes se confrontaram com problemas postos pelas famílias dos doentes em tratamento. É de todos conhecida a mãe que traz à consulta o seu filho fármaco-dependente; o pai que empurra para as mãos do psiquiatra o seu adolescente turbulento; o marido que responsabiliza a angústia da mulher pelo seu insucesso profissional. Os técnicos de saúde mental no seu dia a dia encontram dificuldades em dar resposta às questões postas pela família sobre diagnóstico, prognóstico, terapêutica e são os primeiros a averiguar a importância da família na evolução do paciente identificado. Esta questão da influência da família põe-se qualquer que seja a abordagem terapêutica. Muitas psicoterapias analíticas de longa duração foram interrompidas por pressões familiares (nas quais, é evidente, o cliente tem sempre larga participação); numerosos tratamentos psicofarmacoterapêuticos foram alterados por «alguém lá em casa» sugerir a interrupção da medicação. Nos serviços de internamento psiquiátricos, quer em regime de tempo completo, quer em regime de Hospital de Dia, é flagrante a influência do «ir a casa», ou do «fim de semana», na evolução das situações clínicas. Quantas «boas evoluções» são repentinamente postas em causa por uma discussão familiar, até às vezes por um simples telefonema para o hospital?

Mas é sem dúvida no tratamento psicológico das perturbações da infância e da adolescência que a questão da família põe mais problemas. O adolescente e sobretudo a criança são trazidos à consulta por um familiar. O técnico de saúde mental fica embaraçado: fala à

frente de todos? Primeiro com a família? Conta depois o que ouviu? Recebe um telefonema do pai depois de falar com o jovem?

Podemos dizer-se que foi a partir destas questões muito simples que nasceu a terapia familiar. Alguém observou as profundas alterações determinadas numa enfermaria com doentes diagnosticados com esquizofrenia após a visita de suas mães, outros lembraram-se de juntar num Centro de Saúde Mental Infantil, na mesma sala de consulta e *simultaneamente*, as crianças-problema e os seus pais. Nos últimos vinte anos a terapia familiar (ver a Introdução para a definição do conceito) tem tido um desenvolvimento crescente, buscando novos princípios e sedimentando uma teoria da técnica. Um dos seus mais importantes contributos diz respeito à *perspectiva de interacção* que domina toda a sua filosofia de intervenção. Queremos com isto dizer que a terapia familiar põe claramente em questão o conceito de causa-efeito que deriva do modelo médico e que tem impregnado a intervenção em saúde mental.

Assim, o psiquiatra tradicional aceita que o comportamento descrito pelo doente na sua frente é determinado por um conjunto de factores numa sequência *linear*. É sempre nesta perspectiva de linearidade, qualquer que seja a sua ideologia e técnica de intervenção, que alguns valorizarão mais o conflito intra-psíquico, outros a sociogénese, mas não explorarão o *componente interactivo* da situação.

Assim, se uma jovem com o diagnóstico de anorexia mental é trazida à consulta porque não come, em regra ouve-se a família para complemento da informação e decidir-se-á, conforme a urgência da situação e a perspectiva do técnico, por um internamento ou por uma psicoterapia individual. O terapeuta familiar entenderá a situação que lhe é posta do seguinte modo:

Trata-se de uma família em crise, cujos mecanismos habituais de resolução dos problemas estão bloqueados (diz-se que a *homeostase* da família está perturbada). Há um elemento da família que nos *mostra* um determinado com-

portamento (a anorexia), mas os restantes familiares inter-agem com esse comportamento. Há que verificar quem, consciente ou inconscientemente, o estimula. Que alianças se estabelecem. Como será possível romper um círculo vicioso de relações (por exemplo, a filha não come, o pai exaspera-se e grita, a mãe interpõe-se defendendo a filha hiperprotegendo-a, esta reage à hiperprotecção recusando-se a comer, o que aumenta a cólera do pai... a hiperprotecção da mãe e... etc.). É urgente intervir nesta rede de interacções familiares. Justifica-se a *terapia familiar*.

Chegamos assim à noção de *sistema* — uma ordenação dinâmica de partes e processos que interagem reciprocamente — em que a família não é considerada uma entidade isolada, antes mergulhada num sistema mais vasto, a sociedade. O sistema familiar tem alterações no seu comportamento determinadas por informações do seu ambiente (*feedback*), que vão possibilitar avanços ou recuos, modificações na sua estrutura e actividade, de modo a alcançar os seus objectivos.

E atingimos a importante noção da *circulabilidade* (Selvini Palazzoli *et al.*, 1978), por oposição à de linearidade que apresentámos. Quer dizer, um determinado comportamento tem de ser analisado não na perspectiva da sua causalidade, mas da cadeia de interacções que o desencadearam e que ele faz perpetuar.

Este importante conceito põe em questão a velha querela, tão académica mas infelizmente ainda tão frequente, da antinomia psicogénese-sociogénese. Sem rejeitar nenhuma destas contribuições, o pensamento sistémico coloca a tónica da sua intervenção no aqui e agora da situação conflitual, na interacção terapêutica vivida naquele encontro com o técnico. Com esta perspectiva procura-se actuar directamente sobre o conflito e evitar que, uma vez reposta a cadeia de interacções patológicas (por exemplo com o regresso a casa da jovem anoréxica) o sintoma se reinicie. Esta intervenção reveste-se de vantagens importantes de economia de tempo (e de dinheiro...). É de todos sa-

bido como por vezes acontece vários elementos de uma mesma família serem tratados separadamente, por técnicos diferentes, durante longos anos.

5. Pensamos que estes conceitos estão longe de obterem ainda a aceitação em Portugal, se bem que hoje em dia exista muito maior atenção para questões deste tipo. O modelo de intervenção está ainda muito impregnado pelo pensamento linear: ouve-se a família do jovem que está internado, não para mudar a perspectiva de encarar o problema, mas para *obter mais elementos* que permitam sedimentar melhor os diagnósticos da sua afecção. Fala-se então eufemisticamente em diagnóstico familiar, mas obtém-se quando muito uma *informação familiar* sobre o diagnóstico prévio de um dos seus membros. Muitas vezes chega-se ao ponto de agravar cisões familiares, pondo uma parte da equipa a falar com o paciente identificado e outra parte dos técnicos a falar com o resto da família.

Existem várias razões para que isto aconteça. Na sua interacção com as famílias que os solicitam, os técnicos são assaltados por dúvidas que muitas vezes levam a um confronto com a sua família de origem ou actual; a intervenção terapêutica é também influenciada por toda uma série de convenções de natureza sócio-cultural, relativas ao sistema comum aos técnicos e aos utentes. Mas talvez o mais importante seja constituído por uma ameaça: a terapia familiar na instituição põe em risco a rígida hierarquia que caracteriza a equipa de saúde mental, habitualmente escalonada, por ordem decrescente de importância, do seguinte modo: médico-psicólogo-assistente social-enfermeiro. Ora é evidente que um técnico de serviço social com uma sólida preparação em terapia familiar pode estar mais apto a dar resposta a um pedido de uma família do que um psiquiatra solidamente e cientificamente instalado no seu modelo linear médico, o que pode ser embaraçoso na orgânica dos serviços de saúde mental.

6. Julgamos, contudo, que estas e outras questões serão resolvidas a médio prazo. Os esforços até aqui isolados de vários técnicos de saúde mental e que podem agora ser aglutinados na Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, traduzem um entusiasmo crescente, em Portugal, por esta técnica de intervenção.

Esperamos que a Terapia Familiar possa continuar entre nós não como a solução para todos os problemas da saúde mental, mas como contribuição para a resolução de alguns. O facto de estarmos naquilo a Napier e Whitaker (1979) chamam «a fase de adolescência da T. F.», possibilita um entusiasmo inovador levando investigadores de todo o mundo, sem sectarismos, a contribuir para o seu aperfeiçoamento. Procura-se uma melhor compreensão da psicodinâmica familiar, um melhor conhecimento dos princípios da comunicação humana, verbal e não verbal, e uma técnica de intervenção mais adequada. Estende-se a intervenção para além da família nuclear, abrangendo a escola, a comunidade — é a denominada *intervenção social de conjunto*. Não se considera a família isolada, mas inserida numa rede social, mais vasta, por sua vez também plena de mitos, regras, e pressupostos.

Julgamos que a Terapia Familiar em Portugal, sobretudo a nível institucional, tem um importante papel a desempenhar, quer no campo da investigação quer no campo da actuação terapêutica. E que em breve será um modelo de intervenção conhecido entre nós, contribuindo para o arejamento dos nossos serviços de saúde mental.

#### RESUMO

*Depois de enquadrarem o movimento da terapia familiar na evolução dos serviços de saúde mental, os AA analisam alguns dos seus problemas e dificuldades da sua implementação em Portugal.*

#### SUMMARY

*After reframing the family therapy field in the different approaches in mental health, the Authors analyse some of the difficulties of the method and stress its importance and the problems of its implementation in Portugal.*

#### REFERÊNCIAS

- NAPIER, A. e WHITAKER, C. (1979) — *The Family Crucible*, Harper & Row Publis., New York.  
SELVINI PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G. (1978) — *Paradox and Counter Paradox*, New York.