

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RAFAEL SCHMITT WILHELMS

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO TERAPEUTA SISTÊMICO:
RESSONÂNCIAS E TRANSFORMAÇÕES**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia.

Porto Alegre
2017

RAFAEL SCHMITT WILHELMS

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO TERAPEUTA SISTÊMICO:
RESSONÂNCIAS E TRANSFORMAÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido para obtenção de grau no curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Gageiro

Coorientadora: Psicóloga Mara Lúcia Rossato

Porto Alegre
2017

*Aos meus amigos por se fazerem presentes até nos momentos mais inoportunos;
À minha família pela força e apoio;
Aos professores e supervisores do curso de graduação em psicologia da UFRGS
especialmente a professora Mara Lúcia Rossato por ter tamanho esforço e dedicação em
fazer seus alunos aprenderem com excelência;
E em especial, à minha esposa por tanto amor.*

Resumo:

Para obtenção do diploma em Psicologia é necessário a passagem por estágios obrigatórios nos quais o futuro psicólogo desenvolverá habilidades para melhor desempenhar suas funções. No entanto, diversas questões são suscitadas neste período de formação. Este trabalho tem por proposta ilustrar a importância da figura do supervisor durante estágios voltados para área clínica, especialmente Terapia Sistêmica, bem como ressaltar a importância da necessidade de um tratamento psicoterápico para o terapeuta em formação. A linha de trabalho é pesquisa bibliográfica apoiada em relatos sobre as vivências do autor enquanto estagiário de psicologia. A partir das questões levantadas nestas vivências o autor propõe exemplos que compõem, junto à teoria, ilustrações demonstrativas da ocorrência de fenômenos associados à Terapia Sistêmica assim como situações comuns ao processo de formação de um terapeuta.

Palavras-chave: Terapia Sistêmica; Ressonância; Intersecções; Homeostase; Autorreferência.

Abstract:

In order to obtain a diploma in psychology it is necessary to pass through obligatory stages in which the future psychologist will develop the skills to perform his or her duties better. However, a number of issues are raised during this training period. This work has the purpose of illustrating the importance of the supervisor during stages in the clinical area, especially Systemic Therapy, as well as emphasizing the significance of the need for a psychotherapeutic treatment for the therapist in formation. The line of work is a bibliographical research based on reports about the experiences of the author as a psychology trainee. From the questions raised in these experiences the author proposes examples that together with the theory make up illustrations demonstrating the occurrence of phenomena associated with Systemic

Keywords: Systemic Therapy; Resonance; Intersections; Homeostasis; Self-reference.

SUMÁRIO

1. Introdução – A Busca por uma Proposta de Trabalho Clínico.	Pg 6
2. Terapia Sistêmica – Origem da Abordagem e Teorias.	Pg 8
3. A Formação do Terapeuta na Abordagem Sistêmica – Composição de um Olhar Sistêmico.	Pg 14
4. Ilustrações Clínicas – O <i>Self</i> do Terapeuta na Clínica Sistêmica.	Pg 21
5. O Psicólogo Clínico – Consolidação das Percepções e Mudança de Postura.	Pg 30

1. Introdução – A Busca por Proposta de Trabalho Clínico.

No curso de graduação em psicologia pela UFRGS o aluno é apresentado a algumas linhas teóricas de trabalho em clínica porém, sem dúvidas, a psicanálise se apresenta como uma das propostas com força dominante na instituição tendo então maior destaque frente outras formas de ver e fazer clínica. Como um dos requisitos para formação em psicologia é a passagem por estágios obrigatórios busquei por focalizar minha atenção nos ambientes que favorecessem o saber clínico e assim pude experienciar algumas possibilidades diferentes da psicanálise.

Meu primeiro estágio foi em Acompanhamento Terapêutico com supervisões de orientação psicanalítica.

O segundo estágio foi em atendimento individual na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS e este era voltado para psicanálise com viés Lacaniano. Esta Clínica fica localizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e tem seu endereço situado na Avenida Protásio Alves, número 297 porém seu acesso se dá pela rua São Manoel. A clínica da UFRGS atende à comunidade em geral prestando serviços de atendimento psicológico e propicia, também, espaço para formação de psicólogos durante o processo de graduação assim como especialização em Psicanálise e Terapia Sistêmica.

Inicialmente os pacientes são recebidos através do procedimento chamado de Entrevistas Iniciais no qual serão atendidos por profissional que fará a acolhida inicial do caso e direcionará o paciente para atendimento individual, casal ou família, podendo ser na própria Clínica ou fora, para diferentes instituições ou consultórios de profissionais que aceitam atender com valores diferenciados. Esta escolha depende das características de cada caso e é definida pelo terapeuta com supervisão equipe responsável pelas EIs. Após este breve período de acolhida, em média de uma a três sessões mas não se limitando a isto, o paciente é encaminhando para atendimento na Clínica com o terapeuta que atenderá aquele caso.

Neste estágio pude desenvolver muito da atenção flutuante e escuta clínica que são necessários para a atuação nesta modalidade de atendimento, todavia sentia que eu não me enquadrava na teoria e, por sua vez, na prática de forma que buscava para meu terceiro e final ano de estágio uma formação em algo que fosse diferente do experienciado até o momento.

Graças a uma disciplina eletiva do curso de graduação tive o contato inicial com a

Teoria Sistêmica e encontrei na própria Clínica da UFRGS esta possibilidade de estágio no qual imaginava que acabaria por ampliar os conhecimentos obtidos naquelas aulas. Desta forma ingressei no estágio voltado para terapia de casais e famílias que utilizaria a orientação Sistêmica especialmente a abordagem Estrutural de Salvador Minuchin mas não se limitando a esta.

Acontece que em todos os espaços de estágio pelos quais passei me defrontei com a ocorrência de um fenômeno comum à atuação Clínica. Neste, o terapeuta por vezes acaba se envolvendo com os casos trabalhados e de alguma forma entra em sintonia com a homeostase familiar e o tratamento apresenta as consequências deste envolvimento.

Freud chamou isto de transferência e Lacan posteriormente inseriu o conceito de contratransferência. Para Freud, durante o tratamento, sentimentos sintomáticos surgem do paciente em relação ao seu analista os quais podem muitas vezes serem entendidos como raiva, amor, etc (Freud, 1915). Cabe ao analista saber identificar a ocorrência deste fenômeno e direcionar o uso dele em direção ao tratamento.

Lacan elaborou ainda mais esta ideia e diz que, na realidade, as resistências ao tratamento existem na figura do terapeuta e nele surgem as mesmas emoções (Lacan, 1961). O analista, então, tenta negar as emoções que surgem na sessão e, desta forma, o atendimento acaba por ficar em um impasse no qual o paciente deseja se tratar mas o terapeuta evita tocar em suas próprias fragilidades e relembrar suas experiências (Lacan, 1961).

Durante meu período de estágio senti diversas vezes raiva, pena, tristeza, alegria, etc em relação aos pacientes que atendia e busquei trabalhar estas questões em minha terapia individual (vale atentar a importância de tratamento do terapeuta, algo que Freud já dizia ser de máxima significância). Eu reagia a ocorrência destes fenômenos de interação terapeuta-paciente exatamente como nos dizia Lacan, gerando resistência, fato que demonstrou ser causador de interferência nos atendimentos.

Logo, encontrei-me em um impasse: percebia que tinha muito desejo em ser terapeuta mas que minha prática era contaminada por minhas emoções. Ao mesmo tempo, não conseguia aceitar que tudo o que surgia dentro de mim no decorrer de uma sessão de atendimento deveria ser colocado de lado ou, simplesmente, ignorado.

Ao iniciar o estágio em Terapia Sistêmica me deparei com um novo olhar sobre este fenômeno. Nesta abordagem estas situações são chamadas de Ressonância, conceito pelo qual a teoria Sistêmica propõe um modo de lidar diferente do que havia encontrado até então.

Resolvi dedicar um estudo à formação do terapeuta utilizando minhas experiências clínicas como contexto para ilustrar o que encontrei na teoria e assim demonstrar o percurso da formação em graduação como psicólogo.

Mas antes de falar sobre isto é necessário contextualizar um pouco sobre o que é a Terapia Sistêmica.

2. Terapia Sistêmica – Origem da Abordagens e Teorias.

Atribui-se o início da terapia Sistêmica à década de 1950 nos Estados Unidos. No entanto, estudos anteriores já chamavam a atenção para ocorrências em terapia que serviram de base para a formulação de novas teorias as quais propiciariam o surgimento desta abordagem.

Nichols e Schwartz (2007) nos trazem uma correlação com o tratamento em pequenos grupos:

Aqueles que começaram a tentar compreender e tratar as famílias descobriram prontamente um paralelo com pequenos grupos. As dinâmicas grupais são relevantes para a terapia familiar porque a vida em grupo é uma mistura complexa de personalidades individuais e propriedades grupais supraordenadas. Durante a década de 1920, os cientistas sociais começaram a estudar grupos naturais na sociedade, na esperança de aprender a resolver problemas políticos pelo entendimento da interação social em grupos organizados. Em 1920, o psicólogo social pioneiro William McDougall publicou *The group mind*, em que descrevia como a continuidade de um grupo depende de o mesmo ser uma idéia importante na mente de seus membros, da necessidade de fronteiras e estruturas que permitam a diferenciação de funções e da importância dos costumes e hábitos, para que os relacionamentos possam ser fixos e definidos. Uma abordagem mais científica à dinâmica de grupo foi introduzida nos anos de 1940 por Kurt Lewin, cuja teoria de campo (Lewin, 1951) orientou uma geração de pesquisadores, psicólogos do trabalho, terapeutas de grupo e agentes de mudança social. Valendo-se da escola gestáltica de psicologia perceptual, Lewin desenvolveu a noção de que o grupo é mais do que a soma de suas partes. Essa propriedade transcendente dos grupos tem uma relevância óbvia para os terapeutas familiares... (Nichols & Schwartz, 2007 p28).

Desta fala chama à atenção especialmente: da necessidade de **fronteiras e estruturas** que permitam a diferenciação de funções e da importância dos costumes e hábitos. Que são conceitos utilizados atualmente em Terapia Sistêmica.

Estes autores também citam outras contribuições:

Wilfred Bion foi outro importante estudioso da dinâmica de grupo que enfatizou o grupo como um todo, com dinâmica e estrutura próprias (...). As “suposições básicas” de Bion são facilmente extrapoláveis para a terapia familiar. Algumas famílias têm tanto medo do conflito que contornam as questões polêmicas como um gato que gira em torno de uma cobra. Outras usam a terapia apenas para dar vazão à sua irritação, preferindo brigar interminavelmente a considerar concessões mútuas e, ainda menos, mudança. A dependência se mascara de terapia quando um terapeuta ativo em demasia subverte a autonomia da família em nome da solução de problemas. A formação de pares é vista nas famílias quando um dos pais entra em conluio com os filhos para ridicularizar e diminuir o outro. A distinção **processo/conteúdo** na dinâmica de grupo teve um grande impacto sobre o tratamento familiar...” (Nichols & Schwartz, 2007 p31).

Ainda anterior aos estudos de caráter psicológicos (mas de grande importância) foi a contribuição dos assistentes sociais.

Nichols e Schwartz (2007) nos trazem:

Nenhuma história da terapia familiar estaria completa se não mencionássemos a imensa contribuição dos assistentes sociais e sua tradição de atendimento público. Desde o início da profissão, os assistentes sociais têm-se preocupado com a família, tanto como a unidade social crítica quanto como o foco de intervenção (Ackerman, Beatman e Sherman, 1961). Na verdade, o paradigma central do trabalho social – tratar a pessoa-no-ambiente – antecipou a abordagem ecológica da terapia familiar muito antes de ser introduzida a teoria sistêmica. ...

O visitante amigo era o assistente social que visitava as famílias em casa para avaliar suas necessidades e oferecer ajuda. Ao levar os assistentes para fora de seus consultórios e para dentro da casa dos clientes, essas visitas ajudavam a romper a artificialidade do modelo médico-paciente. ... O *estudo de caso familiar* era o foco mais importante da formação em trabalho social. De fato, o primeiro curso ministrado pela escola original de trabalho social nos Estados Unidos foi “O Tratamento de Famílias Carentes em Suas Próprias Casas” (Siporin, 1980). Os visitantes amigos aprendiam a importância de entrevistar ambos os pais ao mesmo tempo para obter um quadro completo e exato dos problemas da família – muito antes de os profissionais da saúde mental tradicional começarem a experimentar sessões familiares conjuntas. Esses assistentes sociais da virada do século estavam bem cientes de algo que a psiquiatria levou mais 50 anos para descobrir – que as famílias precisam ser consideradas como unidades. (Nichols & Schwartz, 2007 p29).

Porém, acredito que o princípio em terapia familiar começa com os estudos das relações entre os membros de famílias de pacientes que apresentavam esquizofrenia. Tal tema já havia sido introduzido por Freud em 1911 em sua fala sobre o caso de Schreber quando cita a relação deste com o pai mas, apenas na década de 1940/1950 no grupo de Palo Alto, capitaneado por Gregory Bateson, nos Estados Unidos isto foi levado a estudo.

As pesquisas sobre esquizofrenia acabaram por voltar a atenção dos estudiosos para os padrões de funcionamento destas famílias uma vez que a interação relacional de seus membros chamava muito a atenção:

Era comum perceber que um paciente apresentava comportamento organizado dentro da instituição psiquiátrica mas ao voltar a ter contato com seus familiares acabava apresentando episódios de surtos psicóticos com relativa frequência. Isso acabou gerando uma ideia equivocada de que talvez as famílias (e o modo de seus membros se comportarem entre si) destes pacientes que seriam as responsáveis pela origem da doença em seus componentes. (Nichols & Schwartz, 2007 p29).

Em Palo Alto, Bateson, ao estudar o modo de comunicar-se das famílias com pacientes esquizofrênicos percebeu que o comportamento dos membros psicóticos era condizível com o ambiente familiar no qual se envolviam pois este mesmo ambiente apresentava-se muitas vezes de forma caótica. Destes estudos ficaram como legado duas proposições a **homeostase** e o **duplo vínculo**:

Bateson e seus colegas hipotetizaram que a estabilidade familiar é obtida pelo feedback que regula o comportamento da família e de seus membros. Sempre que o sistema familiar é ameaçado – isto é, perturbado – ele tenta manter sua estabilidade ou **homeostase**. Assim, comportamentos aparentemente surpreendentes podem ser compreendidos se os percebermos como um mecanismo homeostático. Por exemplo, se sempre que os pais discutem e um dos filhos apresenta um comportamento sintomático, os sintomas podem ser uma maneira de interromper a briga ao unir o casal em uma mesma preocupação. Assim, o comportamento sintomático tem a função cibernética de preservar o equilíbrio familiar. Em 1956, Bateson e colegas publicaram seu famoso relatório *Toward a theory of schizophrenia*, em que introduziram o conceito de **duplo-vínculo**. Eles supunham que o comportamento psicótico poderia fazer sentido no contexto da comunicação familiar patológica. Os pacientes não estavam loucos de uma maneira autônoma; eram uma extensão compreensível de um ambiente familiar louco. Imagine uma pessoa em um relacionamento importante, em que não é possível escapar e é necessária uma resposta. Se essa pessoa receber duas mensagens relacionadas, mas contraditórias, em diferentes níveis, e tiver dificuldade para detectar ou comentar a inconsistência (Bateson, Jackson, Haley e Weakland, 1956), essa pessoa está em um duplo vínculo. (Nichols & Schwartz, 2007 p36).

Deste mesmo grupo em Palo Alto os pesquisadores Don Jackson e Jay Haley também trouxeram contribuições que influenciariam bastante o desenvolver-se da terapia familiar:

O conceito de Jackson de **homeostase familiar** – as famílias como unidades que

resistem à mudança – tornar-se-ia a metáfora definidora dos primeiros anos da terapia familiar. Com o que sabemos hoje, podemos dizer que a ênfase na homeostase familiar superestimou as propriedades conservadoras das famílias e subestimou sua flexibilidade. Na época, entretanto, o reconhecimento de que as famílias resistem à mudança foi imensamente produtivo para se compreender o que mantém as pessoas empacadas. ... Ao se afastar da inferência mentalista e se aproximar da observação comportamental das seqüências da comunicação, Jackson descobriu que precisava de uma nova linguagem de interação. Sua suposição básica era que todas as pessoas em relacionamentos contínuos desenvolvem padrões fixos de interação, o que ele chamou de “redundância comportamental”(Jackson, 1965). ... Outro construto importante no pensamento de Jackson é a dicotomia entre relacionamentos complementares e simétricos. (Como tantas das ideias seminais da terapia familiar, essa foi primeiramente articulada por Bateson.) Nos relacionamentos complementares, as pessoas são diferentes de uma maneira que se ajusta bem: se uma delas é lógica, a outra é emotiva; se uma é frágil, a outra é forte. Os relacionamentos simétricos baseiam-se na igualdade e semelhança. O casamento entre duas pessoas que têm suas carreiras e dividem as tarefas domésticas é simétrico. A maior parte dos conceitos de Jackson (complementar/simétrico, duplo vínculo) descreve relacionamentos entre duas pessoas. Embora a sua intenção fosse desenvolver uma linguagem descritiva das interações familiares, o maior sucesso de Jackson eram as descrições dos relacionamentos entre marido e mulher. Este estreito foco na díade conjugal sempre foi um dos limites do grupo de Palo Alto. Seu interesse na comunicação levou-os a um viés centrado no adulto, e eles tendiam a negligenciar os filhos e as várias tríades que constituem as famílias. (Nichols & Schwartz 2007 p43).

Quanto a Jay Haley temos:

Haley também se interessava por tríades ou, como as chamava, **coalizões**. Coalizões são diferentes de alianças – arranjos cooperativos entre duas partes, não formados à custa de uma terceira. Nas famílias sintomáticas, observou Haley, a maioria das coalizões era “geracional cruzada”, um dos pais unindo-se a um filho contra o outro pai. Por exemplo, a mãe pode defender um filho de uma maneira que desmerece o pai. Em outros casos, um filho pode se insinuar entre pais que brigam sendo “útil” ou ficando “doente”. (Nichols & Schwartz, 2007 p45).

Existem mais contribuições deste grupo mas estas resumem bem o germinar da Teoria Sistêmica.

Percebi que a teoria da Terapia Sistêmica, creio que como muitas outras, surgiu das lacunas deixadas pela prática e teorias psicanalíticas, aliadas as experimentações e pesquisas psiquiátricas em relação a esquizofrenia.

Disto, Nichols e Schwartz dizem:

Para tratar aquilo que torna difícil para a família enfrentar seus problemas, você precisa saber onde procurar. Para isso, você necessita de uma maneira de compreender o que move as famílias. Você precisa de uma teoria. Quando começaram a observar famílias discutindo seus problemas, os terapeutas perceberam, imediatamente, que nem todos estavam envolvidos. No clamor de brigas barulhentas, todavia, é difícil enxergar além das personalidades – a adolescente mal-humorada, a mãe controladora, o pai distante – e perceber os padrões que os conectam. Em vez de se concentrar em indivíduos e suas personalidades, os terapeutas familiares consideram como os problemas podem, pelo menos em parte, ser produto dos relacionamentos que os cercam. (Nichols & Schwartz, 2007 p98).

Já nestes estudos iniciais era possível perceber a força das relações entre os componentes de um grupo, no caso as famílias, e os efeitos que a forma como os papéis são assumidos por seus membros provocam no manutenção de sintomas em seus integrantes.

Neste período ocorria uma espécie de caça às bruxas com as famílias de pacientes esquizofrênicos pois, se atribuía aos pais as causas dos comportamentos de seus filhos e por consequência o adoecimento destes. Minuchin em 1987 nos diz: “*Durante esta época, Bettelheim, em la escuela Ortogénica em Chicago, escribia sobre la influencia patógena de los padres*” (Minuchin, 1987).

Da mesma forma, temos:

Poucos culpavam a família de pura malevolência, mas havia uma injustiça latente nessas observações. A história oficial da terapia familiar é uma história de respeito pela instituição da família, mas talvez nenhum de nós jamais supere totalmente a ideia de que as famílias são o inimigo da liberdade. (Nichols & Schwartz, 2007 p30).

Outro campo que contribuiu para a formação da Terapia Familiar atual foi a cibernética cuja teoria pode ser resumida em:

A cibernética foi fruto da imaginação do matemático do MIT (Massachusetts Institute of Technology) Norbert Wiener (1948), que desenvolveu o que se tornaria o primeiro modelo de dinâmica familiar em um ambiente muito improvável. Durante a Segunda Guerra Mundial, Wiener foi solicitado a estudar o problema de como as armas de defesa antiaérea poderiam derrubar os aviões alemães, que voavam tão rápido que era impossível ajustar as baterias de artilharia com rapidez suficiente para atingir os alvos. Sua solução foi incorporar um sistema de feedback interno, em vez de confiarem

observadores para reajustar as armas depois de cada erro de alvo. Gregory Bateson entrou em contato com a cibernética em uma série notável de encontros multidisciplinares, as conferências Macy, que iniciaram em 1942 (Heins, 1991). Bateson e Wiener travaram uma camaradagem imediata nesses encontros, e seus diálogos tiveram um profundo impacto sobre Bateson, levando-o a aplicar a teoria do sistemas à terapia familiar. Visto que a cibernética surgiu do estudo das máquinas, em que os circuitos de feedback positivo levavam a “descontroles” destrutivos, fazendo com que a máquina estragasse, a ênfase foi no feedback negativo e na manutenção da homeostase. O ambiente do sistema mudaria – a temperatura subiria ou baixaria – e esta mudança desencadearia mecanismos de feedback negativo para reconduzir o sistema à homeostase – o calor aumentaria ou diminuiria. Os circuitos de feedback negativo controlam tudo, do sistema endócrino ao ecossistema. As espécies animais são equilibradas pela morte por inanição e por predadores, quando ocorre uma superpopulação, e por aumento nos índices de nascimento, quando seu número se reduz demais. Os níveis de açúcar no sangue são equilibrados pelo aumento da produção de insulina quando sobem demais e pelo aumento do apetite quando baixam demais. (Nichols & Schwartz, 2007 p100).

A aplicação da Cibernética na teoria sistêmica se deu na seguinte forma:

Aplicada às famílias, a cibernética concentrou-se em diversos fenômenos:

1. regras familiares, que governam a variação de comportamento que um sistema familiar é capaz de tolerar (a variação homeostática da família);
2. mecanismos de feedback negativo que as famílias empregam para impor essas regras (culpa, punição, sintomas);
3. seqüências de interação familiar em torno de um problema que caracterizam a reação de um sistema a ele (os circuitos de feedback em torno de um desvio);
4. o que acontece quando o feedback negativo costumeiro do sistema é inefetivo, desencadeando circuitos de feedback positivo. (Nichols e Schwartz, 2007 p100).

Como ilustração de situações de *feedback* temos:

Exemplos de circuitos de feedback positivo são aqueles “ciclos viciosos” incômodos, nos quais as ações postas em prática só pioram as coisas. A bem conhecida “profecia autocumpridora” é um desses circuitos de feedback positivo: as apreensões da pessoa levam a ações que precipitam a situação temida, o que, por sua vez, justifica os medos do indivíduo, e assim por diante. Outro exemplo de feedback positivo é o “efeito modismo” – a tendência de uma causa de ganhar apoio simplesmente devido ao crescente número de adeptos. Podemos pensar em algumas modas passageiras e um bom número de grupos de música pop que devem muito de sua popularidade ao modismo. (Nichols & Schwartz, 2007 p103).

Posteriormente foram sendo desenvolvidas técnicas com base nas descobertas de como se davam as interações entre os membros da família, como citado anteriormente, e a partir

disto a teoria Sistêmica começou a tomar forma incorporando a ela mais técnicas e práticas como, por exemplo, o uso de genogramas.

3. A Formação do Terapeuta na Abordagem Sistêmica – Composição de um Olhar Sistêmico.

Aqui ocorre a principal diferenciação da proposta Sistêmica em relação a outras teorias.

Um terapeuta sistêmico tem um papel realmente ativo durante uma sessão ou, ainda melhor definido, nesta abordagem se é responsivo de forma realmente pessoal, com envolvimento no caso. Whitaker e Bumberry nos trazem a seguinte proposição:

Finalmente, devemos compreender que devido à intensidade e à profundidade com que a família nos chega, estamos sujeitos a ter intensa reação de contratransferência. Esta sobrepasa em muito a que é típica da terapia individual. De fato, nós chegamos a pensar nisto como co-transferência, significando que se trata de uma transferência real do que meramente uma contratransferência reativa. (Whitaker e Bumberry, 1990 p151).

Através da abordagem Sistêmica pude compreender melhor o que aconteceu comigo nas experiências de estágio anteriores e assim pude dar uma função ao que ocorria nos atendimentos.

Convém citar a importância sumária de dois elementos que entendo serem indispensáveis à formação de um terapeuta: a **terapia do próprio psicólogo** e as **supervisões de caso**. Nestes é possível compreender melhor o que ocorre nos sistemas e como isto afeta a pessoa do psicólogo haja visto a necessidade de trabalhar com **autorreferência** de modo que a **ressonância** torne-se produtiva nos tratamentos.

Para falar sobre autorreferência se faz necessário explicar sobre as **intersecções** nos encontros terapêuticos e os efeitos disto em minha atuação e, por consequência, no aprendizado.

Imaginemos uma família que inicie seu tratamento em uma abordagem Sistêmica. Tais pessoas trazem para a sessão um conjunto de valores e aprendizados advindos de sua própria história e certamente os membros que a compõe possuem suas maneiras muito particulares de ver o mundo e reagir às ocorrências que se apresentam a eles.

De mesmo modo o profissional responsável pelo tratamento detém, por suas próprias experiências, sua maneira pessoal de lidar com outras pessoas.

Imaginemos, também, que no encontro destes dois mundos, família e terapeuta, surja uma zona de intersecção constituída na borda, limite, de encontro entre eles. São valores que muitas vezes são diferentes, e também similares, e nesta zona que se faz a possibilidade da intervenção do profissional pois nela ocorrem os conflitos, possibilidades de acordos e entendimentos que permitirão a mudança no estado de **homeostase** que compõe esta família. As intersecções fazem com que o terapeuta se envolva na forma com que as famílias resolvem seus conflitos e por muitas vezes repita a maneira com que o sistema lida com estes.

Percebi que, quando supervisionava os casos, muito do modo com que atuava nas sessões acabava por se repetir. Se eu reagia agressivamente a determinada proposta tendia a defender-me nas sessões e o mesmo aconteceu em supervisão. Quando evitava tocar em determinado assunto, em atendimento, também tendia a fazer o mesmo com o supervisor. Lembro bem de situações em que me vi refém da forma como determinada família conduzia as soluções de seus problemas, por exemplo, com evitação, e passava as questões do caso ao supervisor da mesma forma. Na prática o que eu dizia era também o que vivenciava enquanto atendia.

Nesta situação é necessário identificar o que ocorre nas sessões como sendo questões do terapeuta ou do caso, o que nos leva ao conceito de autorreferência.

Em relação a **autorreferência** primeiro é necessário pensar sobre a posição do observador e a postura deste quando em atuação terapêutica.

Tradicionalmente espera-se uma espécie de neutralidade que permita um adequado mapeamento de determinada situação como se fosse possível ao terapeuta manter-se à distância do objeto de estudo e, assim, evitar a falta de objetividade.

Porém, em terapia Sistêmica compreende-se que como faz parte do sistema terapêutico, junto com a família, isto não é possível já que existem regramentos intrínsecos ao sistema observado que levarão o observador a reagir a este. O que o terapeuta sabe sobre a família é o que aprende enquanto compõe sistema com ela, o que surge como possibilidades e soluções é particular àquele sistema e referenciado somente a ele.

Encontramos em Andolfi a seguinte afirmação que vem ao encontro da autorreferência:

Com a mudança introduzida pelo pensamento sistêmico e pela perspectiva construtivista, o terapeuta relacional passa a fazer parte do sistema observado. Nenhuma descrição de um fenômeno pode ser considerada independente de quem a observa. Não sendo possível se chegar mais à objetividade, a única maneira para se compreender um sistema é incluir na sua análise as interações entre sistema observado e sistema observante. Nesta concessão, o passado não é mais um dado histórico fixo para sempre a ponto de determinar o presente, mas é uma construção subjetiva, uma história passível de ser continuamente reescrita e reinventada (Ugazio, 1985). O próprio encontro terapêutico torna-se um processo de conhecimento graças ao qual o cliente e o terapeuta constroem, pela sua interação, novos significados, pontuando de modo diverso os eventos e permitindo à família organizar-se de acordo com uma modalidade mais útil. (Andolfi, 1996 p65).

O autor Mony Elkaïm melhor nos explica o conceito de ressonância da seguinte maneira:

A ressonância manifesta-se em uma situação onde a mesma regra aplica-se ao mesmo tempo à família do paciente, à família de origem do terapeuta, à instituição onde é recebido o paciente, ao grupo de supervisão, etc. O conceito de ressonância é um caso particular do que denomino “reunião”. As ressonâncias são constituídas por elementos semelhantes, comuns a diferentes sistemas em intersecção, enquanto que as reuniões são compostas de elementos diferentes, que podem estar ligados a dados individuais, familiares, sociais ou outros. Para mim, é a ampliação dessas reuniões formadas tanto de regras intrínsecas quanto de singularidades do sistema terapêutico que provoca a mudança ou o bloqueio de um sistema. (...) Eu proponho não tanto encetar uma busca exaustiva dos sistemas em ressonância – aqueles que eu poderia nomear ou aqueles que um outro poderia descobrir – quanto pensar naquilo com o que somos confrontados em termos de recursos práticos de uma situação. (...) É evidente que a intervenção dependerá do lugar onde a pessoa que intervém se situa. Se se trata de uma instituição, será lá que, prioritariamente, a ressonância poderá ser modificada. (Elkaïm, 1990 p33)

Na prática de estágio vivi momentos que me colocaram em posição ora desconfortável, ora agradável e, para um terapeuta Sistêmico, as situações nas quais ocorrem estas intersecções das vivências permitem a atuação de forma a promover a mudança na homeostase das famílias uma vez que se compreende que o terapeuta passa a ser um novo elemento a compor o sistema terapêutico, trazendo suas sensações, percepções e sentimentos que podem operar como elemento terapêutico caso sejam utilizados de maneira adequada.

Outro aspecto da formação em Terapia Familiar Sistêmica que considero importante é a composição multifacetada referente a abordagem pois recorreremos a diversos teóricos para compor nosso aprendizado. Entendo que esta pluralidade de autores e teorias permite ao

terapeuta Sistêmico ampliar seu olhar e enxergar os casos por aspectos diversificados.

Como na UFRGS não dispomos de muitas disciplinas que abordem a teoria Sistêmica é durante o estágio, com auxílio dos supervisores, que temos contato com os teóricos que compõem esta área de estudo. Por indicação dos supervisores estudei autores como Salvador Minuchin, Carl Whitaker, Peggy Papp, Mony Elkaïm, Nichols, Bowen e outros que utilizei como suporte teórico para aprendizado.

No entanto, acredito que o maior aprendizado foi efetivamente feito durante os episódios de supervisão de casos.

Como temos obrigatoriedade de supervisionar cada caso atendido acabamos tendo contato com profissionais cujas origens acadêmicas, e teorias, mostraram-se diversificadas.

Tive professores que aplicavam técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental, outros com suporte Analítico, Estruturais, entre outros. Ao perceber a pluralidade de possibilidades práticas e teóricas compreendi que não existe um modo único de se fazer terapia Sistêmica mas sim um “olhar” Sistêmico que deve ser refinado de forma a integrar todas estas propostas de trabalho.

Com cada supervisor de caso o terapeuta em formação aprende propostas de trabalho com as quais vai buscando se identificar.

Com o passar do tempo e a prática, o estudante aprende a colocar em ação o que foi aprendido nestes encontros e, gradualmente, sua técnica começa a ser composta pela multiplicidade de vozes com as quais mantém contato.

No entanto, não somos apenas uma soma de tudo o que vivemos e aprendemos pois se assim o fosse seríamos como a Tábula Rasa de John Locke na qual nossas experiências, e principalmente, nossas trocas são desconsideradas.

Para melhor ilustrar isto Minuchin nos diz:

*Logicamente, para unir de maneira útil tantas vozes juntas es necesario un marco de organización. En resumen, el tema del terapeuta familiar es **el cambio**. Bajo este paraguas opero con un conjunto de premisas que me son familiares. Yo busco dentro de una familia distancia e intimidad y hago un mapa de la familia dentro de esos parámetros. (...) Dentro de este encuadre las posibilidades son muchas y variadas, tal como lo son las voces que me hablan. Hoy ellas son la forma en que hago terapia. Evidentemente, las voces que escuchano **no** significan que todo es lo mismo o que eclecticismo es hermoso. Las demandas de una situación y las propias posibilidades y limitaciones aún operan de modo selectivo. Quizás esto es como el contexto armónico de una melodía. Dentro de esse contexto aparece un tema, es recibido por outras vozes y puede aparecer em contrapunto o em inversión. Dentro de las*

possibilidades que se nos presentan, lo mejor de nosotros siempre aprende de lo mejor de otros. (Minuchin, 1987 p35).

Esta fala de Salvador Minuchin destaca a importância da multiplicidade de teorias e práticas (vozes) que compuseram seu fazer clínico. No entanto, o autor nos situa da importância da troca como instrumento de aprendizado e frisa como aquilo que aprendemos não opera de forma mandatória mas mais como maior possibilidade de compreensão e atuação quando atendemos as famílias.

É importante, também, falar das contribuições de Bowen à Terapia Sistêmica, uma vez que foi nesta abordagem que encontrei maior consonâncias com minhas ideias.

Nichols e Schwartz a introduzem da seguinte forma:

A base da teoria de Bowen é um conceito simultaneamente intrapsíquico e interpessoal. Mais ou menos análogo ao termo força de ego, a diferenciação do self é a capacidade de pensar e refletir, de não responder automaticamente a pressões emocionais, internas ou externas (Kerr e Bowen, 1988). É a capacidade de ser flexível e agir sabiamente, mesmo diante da ansiedade. Pessoas indiferenciadas são facilmente levadas à emotividade. Sua vida é movida pela reatividade àqueles que as cercam. A pessoa diferenciada é capaz de equilibrar pensamento e sentimento, capaz de fortes emoções e espontaneidade, mas também possui a autocontenção que acompanha a capacidade de resistir à pressão dos impulsos emocionais. Em contraste, a pessoa indiferenciada tende a reagir impetuosamente – com submissão ou desafio – aos outros. Ela tem dificuldade de manter sua autonomia, especialmente com relação a questões que despertam ansiedade. Se perguntarmos o que ela pensa, ela diz o que sente; se perguntarmos no que acredita, ela ecoa o que ouviu. Ou ela concorda com tudo o que você diz ou discorda de tudo. Em contraste, a pessoa diferenciada é capaz de assumir uma posição em qualquer assunto, pois pode refletir sobre as coisas, decidir no que acredita e, então, agir em função dessas crenças. (Nichols e Schwartz, 2007 p152).

Com base neste conceito os seguidores de Bowen ampliaram a forma de ver e fazer clínica trazendo como objetivos da terapia o seguinte:

Os bowenianos não tentam mudar as pessoas, nem estão muito interessados em resolver problemas. Eles vêm a terapia como uma oportunidade de as pessoas aprenderem mais sobre si mesmas e seus relacionamentos, para que possam assumir a responsabilidade pelos próprios problemas. Isso não significa, todavia, que o terapeuta simplesmente se acomoda na cadeira e deixa que a família resolva sozinha suas questões. Pelo contrário, a terapia boweniana é um processo de investigação ativa, em que o terapeuta, orientado pela mais abrangente das teorias na terapia familiar, ajuda os membros da família a irem além da culpa e da acusação, a fim de enfrentarem e

explorarem o papel de cada um nos problemas familiares. Traçar o padrão dos problemas familiares significa prestar atenção ao processo e à estrutura. O processo refere-se aos padrões de reatividade emocional; a estrutura, à rede interligada de triângulos.

Para modificar um sistema, a mudança precisa ocorrer no triângulo mais importante da família – aquele que envolve o casal. Para conseguir isso, o terapeuta cria um novo triângulo, um triângulo terapêutico. Se o terapeuta permanece em contato com os parceiros e, ao mesmo tempo, mantém-se emocionalmente neutro, eles podem começar o processo de destriangulação e diferenciação que modificará de modo profundo e permanente todo o sistema familiar.

A metodologia clínica ligada a essa formulação requer: (1) aumentar a capacidade dos pais de manejar a própria ansiedade e, assim, conseguir lidar melhor com o comportamento dos filhos; (2) fortalecer o nível de funcionamento emocional do casal, aumentando sua capacidade de agir com menos ansiedade em suas famílias de origem. ... O objetivo da terapia de casal é melhorar o foco no self, diminuir a reatividade emocional e modificar padrões disfuncionais. Se isso puder ser realizado, os cônjuges irão se tornar melhores parceiros, amantes e amigos. Como parte deste processo, aprenderão a perceber no que acreditam, não apenas o que são contra, a apreciar suas idiossincrasias e as do parceiro, e serão mais capazes de aceitar as próprias forças e limitações, assim como as do outro.” (Nichols e Schwartz, 2007 p152).

Por fim temos o seguinte resumo:

A lente conceitual de Bowen era mais ampla do que a da maioria dos terapeutas familiares, mas sua unidade real de tratamento mais limitada. Sua preocupação era sempre com o sistema familiar multigeracional, mesmo que ele habitualmente atendesse indivíduos ou casais. Desde que introduziu a hipótese trigeracional da esquizofrenia, estava ciente de como triângulos interligados conectam uma geração com a seguinte – como fios tramados em um tecido familiar total. Embora os terapeutas bowenianos sejam únicos ao mandar pacientes para casa a fim de consertarem seus relacionamentos com os pais, a idéia de conexões intergeracionais tem sido muito influente no campo. Segundo Bowen, o maior problema nas famílias é a fusão emocional, e o principal objetivo, a diferenciação. A fusão emocional surge de uma necessidade instintiva do outro, mas é um exagero prejudicial dessa necessidade. Algumas pessoas manifestam a fusão diretamente, como uma necessidade de proximidade; outras a mascaram com uma fachada de pseudo-independência. A pessoa com um self diferenciado não precisa se isolar, mas pode permanecer em contato com os outros e manter sua integridade. Da mesma forma, a família sadia é aquela que mantém um contato emocional viável de uma geração para outra. Na teoria boweniana, o triângulo é a unidade universal de análise – em princípio e na prática. Como Freud, Bowen enfatizava a importância crucial das relações familiares iniciais. O relacionamento entre o self e os pais é descrito como um triângulo e considerado o mais importante na vida. O entendimento de Bowen dos triângulos é uma de suas contribuições mais importantes e uma das idéias seminais na terapia familiar. Para Bowen, a terapia era uma extensão lógica da teoria. Antes de podermos fazer incursões significativas em problemas familiares, precisamos compreender como o sistema

familiar funciona. A cura é voltar para trás, visitar nossos pais, avós, tias e tios, e aprender a nos relacionarmos com eles. A teoria de Bowen defende o equilíbrio entre a proximidade e a independência, mas a prática tem um caráter distintamente intelectual. Bowen via a ansiedade como uma ameaça ao equilíbrio psíquico, e, conseqüentemente, sua abordagem de tratamento muitas vezes parece desapaixonada. Ele afastava-se do calor das confrontações familiares para contemplar a história dos relacionamentos da família. Como quando saímos do campo de jogo para as arquibancadas, os padrões se tornam mais visíveis, mas pode ser mais difícil ter um impacto imediato. O modelo de Bowen tira o foco dos sintomas em favor da dinâmica sistêmica. O tratamento desestimula o terapeuta a tentar consertar os relacionamentos e, ao invés, encoraja os clientes a começar um esforço vitalício de autodescoberta. No entanto, isso não é mera questão de introspecção, e sim de realmente fazer contato com a família. Os clientes são equipados para essa jornada com ferramentas para entender seus próprios padrões de apego e evitação emocional. (Nichols e Schwartz, 2007 p153).

Na teoria Boweniana tanto o terapeuta quanto os pacientes são encorajados a assumir uma postura pessoal mais ativa, no sentido de dizerem o que sentem, o que por Bowen é chamado de **posição-eu**. Por esta premissa os pacientes devem assumir um posicionamento mais sincero e pessoal ao assumir o que sentem e evitar de dizer o que os outros fazem. “Significa dizer que deseja que o outro ajude mais em vez de chamar ele de preguiçoso, por exemplo.” (Nichols e Schwartz, 2007 p154).

Associo as ideias e práticas de Bowen com a de Mony Elkaïm por entender que as triangulações têm efeitos em ambas teorias.

Em Elkaïm temos a importância das intersecções:

A intersecção entre as construções do real do terapeuta e dos membros da família está ligada, evidentemente, a elementos próprios a essas pessoas, mas essa intersecção não é de nenhum modo redutível somente a esses participantes. Em certas situações, é preferencialmente sobre o vínculo com as regras da instituição que é preciso insistir, em outras é sobre uma intersecção com outros contextos. (...) O que me interessa é a questão: que faz com que eu viva isto aqui neste momento preciso? Qual é a função, não somente para mim, mas também para o contexto mais amplo ao qual pertencço? E como utilizar isto? (Elkaïm, 1990).

Compreendo que estas intersecções produzem as zonas de atuação nas quais o terapeuta atua e destas surgem as Ressonâncias que operarão no tratamento das famílias.

4. Ilustrações Clínicas – O *Self* do Terapeuta na Clínica Sistêmica.

Durante o processo de formação do profissional psicólogo é no período referente ao seu estágio que este põe em prática muitos dos conhecimentos adquiridos em sua graduação.

No que se refere à minha trajetória, por ter escolhido à área clínica, pude vivenciar uma pluralidade de sentimentos e emoções que neste trabalho trago sobre a óptica da teoria Sistêmica e assim escolhi relatar situações ocorridas nos atendimentos, com minhas inquietações e atitudes, buscando ilustrar o que a teoria nos traz.

Por razões de sigilo clínico todos os nomes citados foram trocados.

Meu primeiro estágio foi com o trabalho de Acompanhante Terapêutico no qual fiquei encarregado de acompanhar uma família com três membros: uma mãe e seus dois filhos adultos.

O trabalho era realizado por uma dupla de estagiários pois a proposta era atender os dois irmãos, ambos com diagnóstico de esquizofrenia, pois trabalhando em dupla dividiríamos a tarefa, cada um atendendo um paciente. No entanto, somente tínhamos acesso ao irmão mais velho pois o mais novo dizia não ter interesse em continuar o tratamento (éramos a terceira dupla a atender o caso) porém nossa preocupação era maior em relação ao segundo pois trazia em seu discurso ideias suicidas.

Nos primeiros encontros com Bruno, o mais velho, focalizei meus esforços em possibilitar que este encontrasse um emprego uma vez que em seu relato queixava-se da impossibilidade de fazê-lo pois precisava manter constante vigilância sobre seu irmão, Ricardo, para evitar que este viesse a atentar contra a própria vida, posto que havia tentado suicídio anteriormente.

Como o discurso de Bruno era bem articulado, ainda que simples, questionei o diagnóstico dado a ele de esquizofrenia já que o paciente fornecera informações que nos levaram a entender que este havia sido designado de forma a facilitar a obtenção de benefícios com a ajuda de assistentes sociais que também cuidavam do caso (ele contava com um Benefício de Prestação Continuada).

Durante o período de estágio eu estava envolvido com questões referentes a busca de emprego (fazia concursos públicos) e as queixas do paciente tocaram em questões centrais para mim naquele momento.

Passei a direcionar meu discurso no sentido do que pensava auxiliaria o paciente a

organizar sua rotina para obtenção de um trabalho e ele reagiu a esta postura de forma amigável e positiva porém por mais propostas que fizesse elas nunca eram cumpridas por Bruno.

Hoje, utilizando-me de um olhar Sistêmico, penso que ocorreu entre nós uma zona de intersecção na qual as questões do paciente misturaram-se às minhas e isto formou uma situação na qual a Ressonância impediu, ao menos naquele momento, o andamento do tratamento.

Este período inicial foi marcado por uma postura agressiva em minha forma de atender na qual inquiria Bruno dos motivos para não obter sucesso na busca por emprego mesmo quando eu indicava as soluções que achava serem as mais adequadas para resolução dos problemas apresentados.

Apesar de há época não trabalhar com entendimento Sistêmico, é nele que me apoio para compreender o que ocorreu naquele período e, desta forma, trago de Whitaker e Napier a seguinte citação:

“... os terapeutas podem ter uma visão distorcida do que eles podem ou não fornecer. Eles tentam fornecer motivação para mudança.” (Whitaker & Napier, 1978 p138).

Entendo que por apresentar uma postura rígida deixei também de melhor utilizar uma das mais proveitosas ferramentas disponíveis para um estagiário que vem a ser a supervisão de caso.

Em AT empregávamos somente a modalidade coletiva de supervisão mas mesmo nesta era possível que os estagiários trabalhassem suas questões individuais. Percebo que me sentia muito exposto nestas situações e assim evitava falar para não me sentir julgado, o que prejudicava em muito minha atuação e aprendizado como terapeuta.

Porém minha postura mudou na medida em que me deparava com determinadas situações. A mais marcante se deu no dia que atendi sozinho tanto Ricardo quanto Bruno pois meu colega de estágio não pudera comparecer.

Como Ricardo não costumava nos receber estranhei que ao chegar na residência ele e Bruno já me esperavam para conversar.

A fala de Ricardo era confusa e delirante pois mudava o foco diversas vezes, ao mesmo tempo o paciente chorava e reclamava de diversos assuntos o que acabou me deixando atordoado de modo que pedi que ambos pacientes prestassem atenção no que eu diria para assim ficarem quietos por algum tempo.

Resolvi fazer perguntas a ambos, um de cada vez. Ao que me surpreendi quando os dois respondiam as minhas questões e, gradualmente, uma hipótese foi sendo formulada por mim: ambos pacientes eram esquizofrênicos.

A melhor definição para o que ocorreu pode ser definida pelo dito popular “mirou em um e acertou o outro” pois compreendia que Ricardo era esquizofrênico e Bruno não e, assim, concentrei minhas perguntas de forma a calar um mas recebia respostas de outro.

Aos poucos comecei a me questionar se o discurso organizado de Bruno em realidade não se tratava de delírios como os do irmão mais novo porém com conteúdos que, para mim, surgiam como mais compreensíveis.

Depois disto levei o caso para supervisão e passamos, meu colega e eu, a tratar de forma totalmente diversa a condução dos atendimentos.

Passado este episódio minha postura quanto a supervisão mudou e pude aproveitá-la mais sendo, então, mais participativo e isto fez grande diferença no meu aprendizado.

Após o ocorrido naquela sessão saí com a impressão de que estava errando no que se referia ao estágio e como em supervisão fui aconselhado a ver quais questões pessoais estavam interferindo nos atendimentos resolvi iniciar minha terapia individual.

No início não acreditava que houvesse maior importância na relação terapia individual e conduta nos atendimentos mas hoje entendo que esta foi indispensável em minha formação.

Disto Whitaker nos diz:

“Reconhecendo manifestamente sua vida emocional do momento, o terapeuta ensina, do modo mais íntimo, auto-aceitação. Essa abertura é particularmente poderosa se o terapeuta está suficientemente livre dos conflitos internos prementes para participar integralmente e responder ao encontro família-terapeuta.” (Whitaker & Napier, 1978 p151).

A segunda parte desta afirmação é o que vivencio em minha formação porém não é nenhuma novidade quando pensamos sobre a formação em psicologia uma vez que Freud já nos dizia:

Para a psiquiatria psicanalítica, seria preciso haver também disponibilidade de um departamento de pacientes mentais internos. Devemos considerar, por último, a objeção de que, seguindo essa orientação, o estudante de medicina jamais aprenderia a psicanálise propriamente dita. Isso, de fato, é procedente, se temos em mente a verdadeira prática da psicanálise. Mas, para os objetivos que temos em vista, será suficiente que ele aprenda algo sobre psicanálise e que aprenda algo a partir da psicanálise. (Freud 1918).

Ou seja, é necessário levar em consideração as questões do próprio terapeuta quando este atende e, no decurso da formação, é importante dar maior atenção a esta necessidade.

Utilizei como ilustração meu primeiro estágio para trazer a luz a importância destas duas questões na formação do terapeuta sistêmico, supervisão e terapia individual, pois entendo serem comuns a diversos processos de formação em psicoterapia (como exemplos, terapia Sistêmica e psicanálise).

Ao pensar sobre o ocorrido naquele estágio identifiquei que naquele momento surgiam em mim as inquietações quanto minha prática clínica que busquei trabalhar no meu tratamento individual, algo que sinto ter feito grande diferença para meu aprendizado em clínica.

No último ano de estágio dediquei-me à abordagem Sistêmica e neste período pude, aliado à teoria, aprender mais sobre a importância destas questões.

Nos atendimentos em terapia Sistêmica surgem as chamadas zonas de intersecção onde a história de vida dos pacientes e terapeutas se confrontam e, ao mesmo tempo, misturam.

Neste encontro ocorrem as ressonâncias que explicitam as dificuldades que serão tratadas em cada caso mas, que ao mesmo tempo, podem “engessar” o tratamento. E foi nas supervisões que, ao identificar alguma situação em que ocorria a existência de uma ressonância, percebi que algo da minha história de vida estava se relacionando com o caso em questão. Sendo assim, precisaria trabalhar isto em minha terapia individual pois se não o fizesse continuaria a colaborar para o manutenção da homeostase disfuncional nos atendimentos.

Na minha prática de estágio tive diversos momentos em que isto ocorreu.

Tomo por exemplo o atendimento de uma família cuja queixa inicial fora o comportamento agressivo dos filhos que a mãe tivera em seu relacionamento anterior.

Segundo ela, estes meninos a desobedeciam e não mantinham boa relação com seu atual companheiro.

Pela fala do casal veio à tona que ocorriam diversas brigas entre eles e não era possível evitar que as crianças tivessem contato com estas situações.

A postura que tive neste caso foi deixar de atender as crianças e centralizar o atendimento no casal por acreditar que as brigas constantes provocavam o mau comportamento dos filhos.

Nos encontros eram trabalhadas questões como a dificuldade de comunicação, definições de termos. Todavia, em quase todas as sessões ocorriam brigas e discussões as quais eu apresentava dificuldade em lidar.

Ao levar o caso para supervisão discutimos, supervisora e eu, formas de condução do caso mas nenhuma mostrou ser frutífera e o caso seguia fazendo poucos avanços.

Até que, em determinada sessão, os pacientes trouxeram as crianças para a Clínica pois não dispuseram de babá para cuidar delas. Durante o atendimento, estes meninos, filhos do homem, ficaram brincando e desenhando em uma sala separada, distante, daquela na qual acontecia o atendimento do casal.

Mais uma vez tivemos intensa discussão durante a sessão de modo que precisei sair da sala para tomar um pouco de água, na realidade uma desculpa para obter uma pausa, e ao sair percebi que os três meninos estavam no corredor reclamando da briga (eles ouviam com clareza o que era dito).

Neste momento chamei um dos filhos para entrar comigo na sala e pedi que este dissesse o que sentia quando ocorriam tais discussões ao que ele declarou que era “chato e cansativo e que o casal não deveria brigar pois era feio”. Agradei, dispensei a criança e logo na sequência a sessão encerrou.

Após o episódio fiquei pensando sobre a atitude que tive, chamar a criança para a sessão, e, ao informar a supervisora do caso o que havia acontecido esta não titubeou ao dizer que eu deveria ver esta questão em minha terapia individual e assim o fiz.

Na terapia se tratou questões referentes a minha história pessoal e como as brigas que presenciara, de meus próprios pais, em minha infância influenciaram na condução do caso.

Como não havia lidado em terapia com estas experiências elas tenderiam a ocorrer sempre que estivesse em situação análoga a de minha infância.

Tanto a sensação de impotência que vivenciara, a inabilidade em conduzir este caso, a proposta de colocar nas crianças a responsabilidade quanto a evitação das brigas, eram originadas de minha experiência pessoal infantil.

Esta contribuía para manter a homeostase disfuncional daquele caso e somente após ter esgotado o tema em terapia que minha postura quanto ao atendimento, modificou.

Após a terapia as propostas trabalhadas em supervisão passaram a surtir efeito e a condução do caso foi alterada de forma a gerar modificações no comportamento do casal.

Passei a atender as crianças em sessões separadas (elas não estavam em terapia, até

então), mudei a forma de atender o casal para uma postura mais ativa ao que este respondeu melhor ao tratamento.

Identifico aqui uma situação em que a história do terapeuta encontra com a dos pacientes e ocorre um paradoxo no qual a ressonância opera de forma a manter a homeostase disfuncional do comportamento familiar.

No entanto, saliento que devido a supervisão, esta dificuldade pôde ser identificada e trabalhada (no terapeuta) e assim, uma vez que resolvida a questão, em terapia, a postura do terapeuta modificou e o tratamento continuou sem este entrave.

Em outro caso que atendi, o tratamento ia em direção a uma provável separação do casal. Eles mantinham poucas relações íntimas e isto frustrava a ambos. Conversar e expor o assunto pouco efeito fazia para promover mudanças na relação deles e outra vez acabei tendo a sensação de que meu trabalho não lograva êxito de forma a auxiliar aquelas pessoas em suas questões.

Mais uma vez a supervisão de caso mostrou ter efeito benéfico em identificar o que provocava o “travamento” da terapia.

À época que comecei este atendimento fazia pouco que terminara uma relação relativamente duradoura, seis anos, e as características apresentadas no caso eram muito parecidas com as que enfrentara em minha separação e, quando, a supervisora atentou para as minhas reações ao relatar o caso percebi que deveria levar aquilo para minha terapia individual.

Em terapia, finalmente, tratei sobre a separação e os motivos que levaram a esta. Foram necessárias diversas sessões para trabalhar esta questão mas mesmo no início minha postura, e a dos pacientes, mudou.

Passamos a deixar de encarar as dificuldades e nos concentramos em encontrar soluções para resolver os problemas apresentados.

Cito, mais uma vez, Nichols e Schwartz que, desta vez, relatam sobre a teoria Boweniana, o chamado triângulo terapêutico:

O triângulo terapêutico. Esta técnica baseia-se na suposição teórica de que os processos conflituosos de relacionamento dentro da família ativam triângulos-chave relacionados aos sintomas, em uma tentativa de restabelecer a estabilidade, e de que a família automaticamente tentará incluir o terapeuta no processo de triangulação. Se conseguir, a terapia estagnar-se-á. Por outro lado, se o terapeuta permanecer livre de emaranhamentos emocionais reativos – em outras palavras, permanecer destriangulado

–, o sistema familiar e seus membros irão se acalmar a ponto de começarem a buscar soluções para seus dilemas.” (Nichols & Schwartz, 2007 p153).

Compreendo que somente pude sair da situação de triangulação após ter resolvido minhas questões relativas ao término de meu casamento em minhas sessões de terapia. Assim como esta família, na etapa final de meu casamento, minha ex-esposa e eu mantínhamos baixa frequência em relação ao sexo. Quando o assunto vinha à tona em sessão eu ficava preocupado com a possibilidade de eles terminarem o casamento assim como ocorreu com o meu. Da mesma forma, em terapia, foram trabalhados aspectos referentes à ansiedade quanto processos de rompimento, separação e elaboração de luto que surgiam no atendimento do casal. Após minha resolução destas questões pessoais em terapia, pela evolução do caso, o casal deste exemplo passou a trabalhar nas soluções dos problemas e veio a receber alta.

Outra ilustração clínica nos traz a relação dos pais com os filhos porém, desta vez, não envolvia brigas do casal.

Neste atendimento a mãe relatava que seus filhos eram desobedientes e arranjavam problemas com os professores na escola pois não seguiam regras. Seu marido não desejava comparecer às sessões pois, segundo a mulher, ele havia discutido com a terapeuta anterior e não acreditava na necessidade, ou possibilidade, de tratamento.

Ao iniciar o trabalho com esta família tentei trazer o pai para as sessões mas ele não aderiu ao tratamento e desta forma resolvemos, supervisora e eu, atender somente os membros que comparecessem.

Muito foi trabalhado com a família no sentido de identificar o que era inerente ao ciclo vital em que se encontravam aqueles filhos, um adolescente a outra no início da adolescência. Deste modo as questões de desobediência foram compreendidas como naturais, em muitos casos, e até mesmo, esperadas. Ajustes foram feitos quanto aos comportamentos que geravam problemas e a família, de um modo geral, avançava de forma proveitosa no tratamento.

No entanto, havia a questão relativa à ausência deste pai e, ao buscar supervisão, foi possível perceber que este homem possuía comportamento extremamente narcisista, provavelmente com um transtorno de personalidade.

Como em minha terapia individual identificara que utilizava de muitas defesas narcísicas pensei que saberia lidar com a situação e mais uma vez solicitei a presença deste homem às sessões ao que o menino relatou que seu pai somente viria se sua irmã o chamasse.

Resolvi solicitar à menina, após tratar em supervisão sobre o assunto, que pedisse ao

seu pai que comparecesse e assim ela o fez.

O resultado foi positivo e pude, finalmente, falar com o homem. A sessão iniciou de forma dura pois o paciente resistia à proposta de tratamento e dizia estar magoado com a postura da terapeuta anterior e que, também, iniciar com um novo terapeuta era para ele um retrocesso ainda maior e que estava cansado de: — Ouvir os outros dizerem o que fazer e como criar os filhos.

Pensei, então, no que poderia convencer a mim a aderir a um tratamento e me coloquei no lugar daquele homem.

A primeira coisa a ser trabalhada foi justificar e explicar o comportamento da colega a qual o paciente identificava negativamente. Como se tratava de norma da clínica referente ao horário disponível para atendimento o paciente compreendeu o que ocorrera e deixou de “fazer caso” com a questão.

Posteriormente trabalhei de forma a tentar desenvolver vínculo com aquele pai e tratei da importância da presença dele em sessão uma vez que os membros da família utilizavam do espaço da terapia para tratar sobre questões referentes a suas relações com ele, o que teve efeito positivo e o paciente aceitou comparecer ao tratamento.

Convém citar que acredito que este pai tenha aderido ao tratamento também pelo fato de eu ser um terapeuta homem haja visto que ele manifestava determinados comportamentos que identifiquei machistas que, provavelmente, dificultaram sua relação com a terapeuta anterior.

Nesta situação clínica o papel da terapia se deu anteriormente à identificação em supervisão do que poderia auxiliar no caso. Como eu havia trabalhado minhas questões narcísicas em meu atendimento pude apresentar propostas que tiveram efeito positivo em trazer o paciente para tratamento.

Da mesma forma, nesta família a ressonância não surgiu e o tratamento pode continuar de forma positiva e funcional.

Outro caso que atendi tinha como questão inicial o mau comportamento do filho do casal. Esta família era composta pelos pais e por um menino de sete anos que desobedecia a estes e discutia em grau de igualdade.

Em supervisão foi diagnosticado que as fronteiras eram difusas e as figuras parentais não desempenhavam papel bem definido de forma que a criança intrometia-se nas discussões destes e participava de decisões que cabiam somente aos pais.

Para este caso, recorri a Paul Watzlawick que propõe o abandono da repetição na seguinte forma:

“Así pues, durante la primera entrevista preguntamos – Qué soluciones ha intentado usted hasta ahora? - Como ha procurado mejorar las cosas? Y sobre todo: - Qué tipo de consejo ha recibido de su medio circundante?” (Watzlawick, 1998 p151).

Minha intenção era centralizar na solução dos problemas, porém, a resposta não ocorreria da forma que imaginava.

Tratamos de exemplos negativos que deveriam ser abandonados nos cuidados do menino e, a família e eu, nos concentramos em trabalhar nas definições dos papéis parentais. No entanto, por mais que ocorressem mudanças nos comportamentos apresentados pelos membros da família, o discurso dos pais era voltado ao paciente identificado: o menino.

Eles traziam constantemente, à tona, questões referentes ao comportamento deste e concentravam seu discurso em reclamar da criança.

Neste caso, como no outro, fiquei envolvido nas ressonâncias do caso as quais fizeram com que tomasse partido de defender o menino do que acreditava serem abusos por parte dos pais. Outra vez em supervisão fui alertado quanto ao meu modo de tratar o caso e como havia acontecido, na outra situação, eu estava misturando as questões de minha infância com as que a família trazia.

Outra vez foi em meu tratamento que tive que trabalhar as questões que interferiam na forma de conduzir o caso e somente após identificar e resolver algo de meu passado que o tratamento em família pôde ter êxito.

Como último caso ilustrativo trago a paciente identificada como Amanda, uma menina de cinco anos que vivia com seus avós, Rosa e Delmar.

Amanda fora trazida para a Clínica por orientação de sua professora que percebeu na menina comportamentos agressivos em suas brincadeiras e elaboração de histórias.

A primeira sessão foi somente com Rosa pois apenas ela compareceu, ainda que tenha convidado todos os componentes da família, e nesta sessão, a paciente concentrou seu discurso em relatar como a mãe da menina era negligente nos cuidados desta.

Imediatamente antagonizei com a figura desta avó pois supus que ela desejava suporte técnico de forma a obter a guarda legal da menina e como, por razões institucionais, não nos é permitido emitir laudos ou pareceres clínicos achei que aquela não era uma conduta adequada.

No início do tratamento mantive postura inquisitória e minhas falas buscavam obter

uma espécie de confissão por parte dos avós do que eles desejavam para o atendimento. Quando levei minhas questões para supervisão fui alertado que agia com intensa agressividade mas desta vez demorei em perceber a necessidade de lidar com isto em minha terapia individual.

Quando finalmente o fiz pude perceber que as figuras parentais que estes avós desempenhavam para a menina era muito similares às minhas: uma mãe dominadora e um pai periférico. Somente após tratar disto em supervisão que levei a questão para meu tratamento e finalmente compreendi o que ocorria.

Mais uma vez eu buscava defender a criança dos “carrascos” que a cuidavam e esta postura era relacionada ao modo como minha família cuidava de seus filhos.

Outro fator que entendo gerar dificuldade neste atendimento é minha inexperiência em lidar com uma menina tão pequena haja visto que não tenho em minha família contato com crianças.

Dos casos que atendi penso que neste a ressonância teve maior efeito pois foi necessário tratar das questões do caso em muitas supervisões e terapias e gradualmente isto passou a ter efeito terapêutico tanto em mim quanto no caso.

Quando deixei de centralizar a condução do tratamento às figuras parentais diretas busquei ampliar a rede familiar para compor tanto com o pai da menina como com a mãe dela o que, entendo, propiciou efetivamente o tratamento do caso.

Resumo da seguinte forma o que ocorreu: quando deixei de “brigar” com *minha mãe*, na figura de Rosa, pude de fato atender ao caso. Esta mudança ocorreu na medida em que minha postura em relação a minha mãe se alterava devido aos conteúdos trabalhados em minha terapia individual. Confesso que foi um trabalho interno realmente intenso.

5. O Psicólogo Clínico – Consolidação das Percepções e Mudança de Postura.

Estas situações que trouxe ilustram como as questões do terapeuta influenciam na condução do tratamento. Nelas, devido às supervisões, foram identificadas situações nas quais a ressonância operava de modo a manter a homeostase disfuncional no grupo familiar. Mas, para além disto, trabalhar estas dificuldades possibilitou operar mudanças na forma como conduzo os atendimentos.

Após haver percebido a influência de minhas questões pessoais nos tratamentos passei

a desenvolver como capacidade a identificação de quando uma ressonância estava em operação.

Como era necessário entender os nós que se apresentavam em cada atendimento e, diferenciar o que era do terapeuta e o que era do caso, passei a me utilizar de perguntas que pudessem permitir à família dizer se algo que entendia era uma questão minha ou do sistema.

Andolfi nos traz a importância desta capacidade:

Retornando ao conceito de encontro terapêutico como co-criação, expresso por Sluzki, e ao papel fundamental desenvolvido pela subjetividade do terapeuta, a sua capacidade de entrar dentro de um sistema como terceiro pólo depende daquilo que se define como “ressonâncias”. Por ressonância compreendem-se aquelas ligações particulares devido à intersecção de dois sistemas diversos em torno de um único elemento.

“Sistemas humanos diversos podem entrar em ressonância sob efeito de um elemento comum, como aqueles corpos que vibram sob efeito de uma determinada frequência” (Elkaïm, 1990). Por exemplo, elementos de ressonância podem ser algumas regras, papéis, mitos e modalidades de exprimir as emoções, encontrados tanto na família que constitui o sistema-cliente, quanto na família de origem do terapeuta, ou no contexto institucional onde tem lugar o encontro terapêutico.

Um primeiro modo de reagir por parte do terapeuta diante destas emoções poderia ser aquele de considerá-las um elemento perturbador do processo conhecedor em ação e, assim, deixá-las de lado. Desta forma, o terapeuta perderia um instrumento precioso à sua disposição. Novamente, o terapeuta seria considerado externo ao sistema. Compreender aquilo que acontece à luz da história pessoal criando conexões entre a própria vida e aquela dos clientes constitui um recurso útil e válido. Por exemplo, o fato de colocar-se como polo de uma configuração triangular, buscando colher semelhanças e diferenças entre a situação que o cliente está vivendo e a própria experiência ou em relação à distribuição dos papéis na própria família, representa possíveis portas de entrada no sistema. Assim num encontro terapêutico podem-se criar diversas portas, cada uma específica daquele laço entre Pr e C. (Andolfi, 1998 p82).

Freud já identificara, há quase cem anos em 1919, as supervisões acadêmicas são poderosos instrumentos de formação de um psicólogo clínico pois nelas, com auxílio do profissional mais experiente, o terapeuta em formação obtém aprendizado através do olhar de outro.

Outros autores, mais atuais, propõem o seguinte para definir a função da supervisão clínica:

A supervisão, por configurar uma situação de aprendizagem, também traz consigo o caráter avaliativo, sendo o supervisor um representante autorizado pela instituição a

controlar e validar o trabalho de um membro mais jovem e inexperiente (Fuks, 2002). Rocha (2003) historia que, na época da fundação da Policlínica de Berlim, a supervisão passou a ser considerada como uma etapa necessária, exigência na formação do analista, com, inclusive, o poder de o supervisor, então, retirar o caso do analista estudante, tomando para si o seguimento do tratamento. A supervisão é, portanto, um processo de habilitação do candidato, devendo o supervisor estimular, em seu supervisionando, o desenvolvimento de suas próprias habilidades – para este sentir-se seguro e ajudar os pacientes, variando suas técnicas conforme as necessidades de cada um – e a capacidade em perceber suas dificuldades (Silva, 2003; Zaslavsky et al.,2003). (Nunes & Saraiva, 2007).

Compreende-se que um terapeuta em formação utilizará deste espaço para questionar, ouvir e compreender as questões que operam em sua atuação clínica e desta forma obterá êxito em aprender novos modos de propor os atendimentos. Da mesma forma às famílias atendidas também obtém ganhos com esta proposta de aprendizagem haja visto que o terapeuta aprendiz dá voz àquela família quando se esforça em tentar reproduzir o que acontece no *setting* terapêutico.

Mas, compreendo que em minha formação o instrumento da supervisão permitiu trabalhar de modo adequado a ocorrência da ressonância pois muito do que fora interpretado como situações de dificuldade quanto ao caso eram, na realidade, dificuldades minhas enquanto terapeuta. Andolfi ressalta a importância dos processos autorreferenciais do terapeuta:

É importante que a formação do Pr permita a conscientização dos próprios processos auto-referenciais – contratransferenciais, diria um analista -, nos quais obter informações sobre o que provavelmente acontece no cliente e dar início a ações voltadas a produzir experiências corretivas. Seria necessário considerar o quanto as respostas do próprio interlocutor irão, de alguma maneira, representar conclusões ou ampliar coisas difíceis de serem administradas. (Andolfi, 1996 p70)

Ao perceber nas supervisões que minhas experiências pessoais estavam influenciando o modo de conduzir os casos busquei intensificar minha terapia individual aumentando o número de sessões de uma para duas vezes por semana. O que percebi foi uma melhora na condução dos casos e que da mesma forma tive benefícios em meu tratamento pois o que dificultava o avanço dos casos que atendia era aquilo que viria a ser trabalhado em terapia. Com o passar do tempo aumentei o número de sessões de meu tratamento para três vezes semanais e cada vez mais os temas giravam em torno do ser e fazer terapêutico.

Como citei, muitas vezes utilizei de defesas narcísicas que passavam uma ideia falsa

de confiança quando atendia. Propunha nos atendimentos que entendia e sentia o que os pacientes traziam para a sessão mas não era verdade.

A literatura nos traz os efeitos dessa postura:

Talvez não exista desafio mais ameaçador para o jovem terapeuta do que a oportunidade, realmente a necessidade, de se envolver, de ser integralmente uma pessoa na hora terapêutica. É difícil expressar raiva, é ainda mais difícil expressar amor. Assim, frequentemente suprimimos nossos sentimentos positivos, de interesse pela família, dificilmente percebendo que os temos. Afinal, isso é trabalho, não romance. Nós pensamos, e labutamos e perdemos a oportunidade de celebrar. Talvez muitos terapeutas até mesmo evitem completamente a terapia familiar, devido ao seu embaraço em relação a demonstrar interesse por seus clientes. Além disto, para famílias cuja auto-estima é baixa, cujos membros têm um sentimento negativo a respeito de si mesmos não pode haver nenhum acontecimento mais importante do que *os sentimentos positivos de alguém em relação a eles* e o partilhar desses sentimentos positivos. Naturalmente, a experiência precisa ser **genuína**, para ser útil. E há muitos outros aspectos de sua experiência que o terapeuta pode e deve partilhar: seu aborrecimento, sua ansiedade, sua raiva, sua vulgaridade, sua tolice irresponsável, sua perspicácia, sua condição humana.

Reconhecendo manifestamente sua vida emocional do momento, o terapeuta ensina, do modo mais íntimo, auto-aceitação. Essa abertura é particularmente poderosa se o terapeuta está suficientemente livre dos conflitos internos prementes, para participar integralmente e responder ao encontro família-terapeuta. Lutando para ser mais plenamente uma pessoa, na hora terapêutica, o terapeuta modela crescimento para a família. (Napier e Whitaker, 1978 p151).

Esta fala de Napier e Whitaker faz maior sentido quando pensamos em um terapeuta mais experiente, ou melhor, mais bem resolvido quanto suas questões internas, sua história, sua terapia, etc. Se imaginarmos o terapeuta nos estágios iniciais de sua formação dificilmente encontraríamos as condições necessárias para o bom uso desta proposta.

Hoje, olhando para o passado recente de minha formação, que fiz esforço em relatar neste trabalho, percebo que experienciei muito do que ocorrera com a evolução da própria teoria Sistêmica. Passei de um inquisidor, no início, para um terapeuta cujas questões internas estão melhor resolvidas e acredito poder contribuir de maneira mais adequada ao tratamento das famílias que atendi. Os últimos dias de supervisão de caso puderam indicar que muitos avanços foram efetivados porém era necessária uma postura genuína que reconhecesse o trabalho feito por mim e pelas famílias que atendi. No entanto, apesar da melhoria, sinto ainda ter muito a aprender para efetivamente tornar-me um terapeuta sistêmico. Mas, os primeiros passos foram dados.

REFERÊNCIAS

- Andolfi, M. (1996) **A linguagem do encontro terapêutico**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Napier, A. Y. & Whitaker, C. (1980) **The family crucible**. 1 ed. Estados Unidos: Bantam Books, 136-152 p.
- Elkaïm, M. (1998) **La terapia familiar en transformación**. 1 ed. Buenos Aires: Paidós.
- Elkaïm, M. (1990) **Se você me ama, não me ame**: Abordagem sistêmica em psicoterapia familiar e conjugal. 1 ed. Campinas: Papirus.
- Freud, S. (1913) **VOLUME 12** – O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos
- Freud, S. (1916) **VOLUME 14** – A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos.
- Freud, S. (1916) **VOLUME 15** – Conferências introdutórias sobre psicanálise (Partes I e II).
- Freud, S. (1917) **VOLUME 16** – Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III).
- Minuchin, et al. (2009) **Famílias e Casais: Do Sintoma ao Sistema**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed. 54-68 p.
- Minuchin, S. (1987) "Mis multiplas voces". **Revista Sistemas Familiares**, Buenos Aires, p. 25-35, dez/dez.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. (2007) **Terapia Familiar: Conceitos e Métodos**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Papp, P. (1992) **O processo de mudança**: Uma abordagem sistêmica prática à terapia sistêmica da família.. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 30-338 p.
- Saraiva, et al. (2007) A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. **Estudos de Psicologia**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 259-268, dez. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/epsic/v12n3/a08v12n3>. Acesso em: 03 jul. 2017.