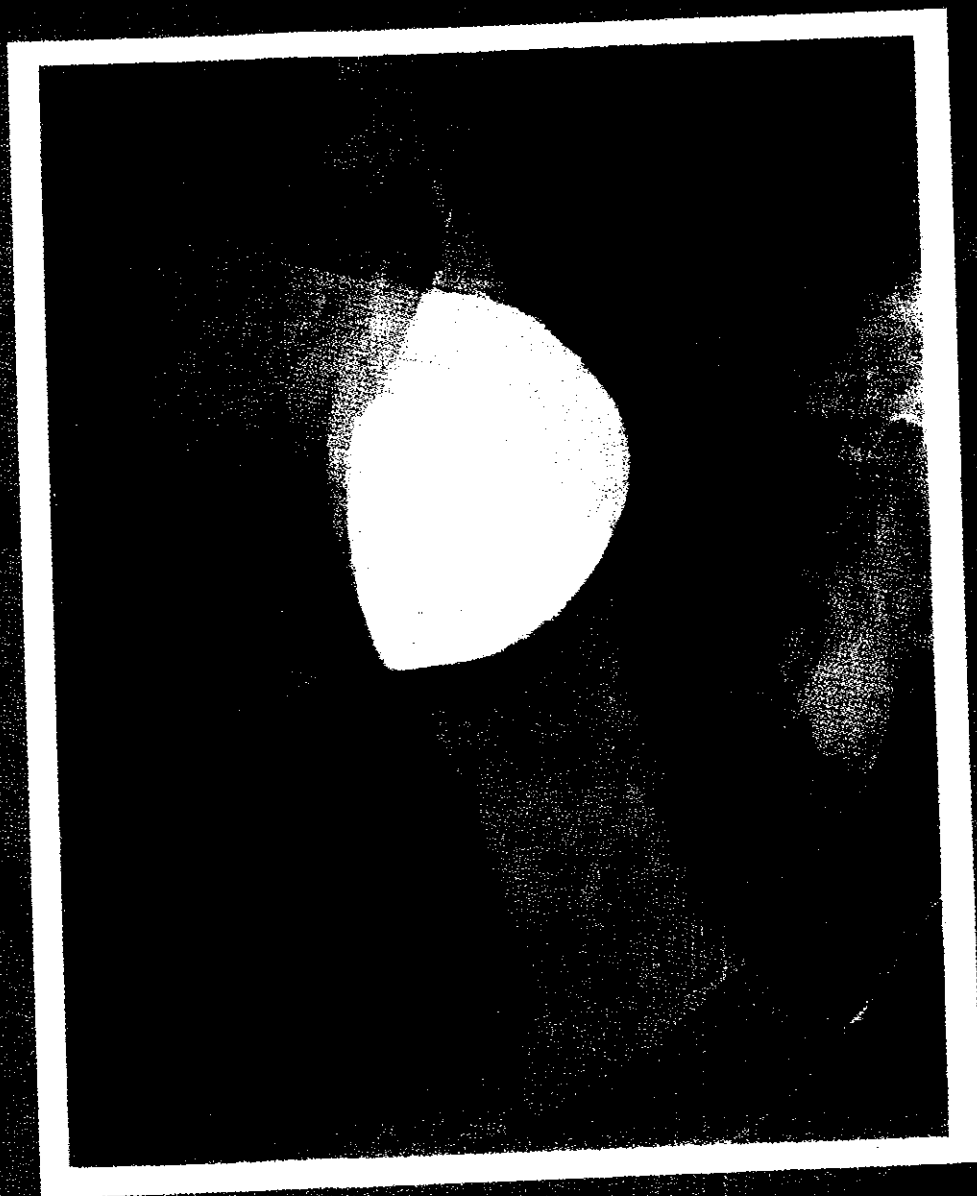


de familie

CONCEPTE ȘI METODE



S-1605

MICHAEL P. NICHOLS
ȘI RICHARD C. SCHWARTZ

Terapia de familie

Concepte și metode

Ediția a șasea

Michael P. Nichols

Programul Consorțiului de Psihologie Clinică din Virginia

Colegiul William și Mary

și

Richard C. Schwartz

Director, Centrul pentru conducerea sinelui, Oak Park, IL

Cuvânt înainte de

Salvador Minuchin



110044
B.C.U. - IASI



Boston • New York • San Francisco
Mexico City • Montreal • Toronto • London • Madrid • München • Paris
Hong Kong • Singapore • Tokyo • Cape Town • Sydney

Cuprins

Evenimente majore în istoria terapiei de familie	xv
Cuvânt înainte, de Salvador Minuchin, Dr. în medicină	xxi
Prefață	xxv

PARTEA ÎNTÂI * Contextul terapiei de familie

1 Bazele terapiei de familie **1**

Mitul eroului	4	
Sanctuarul psihoterapeutic	5	
Terapia de familie versus terapia individuală		6
Psihologia și contextul social	7	
Puterea terapiei de familie	8	
Gândirea liniară, gândirea circulară		9
Lecturi recomandate	10	
Bibliografie	10	

2 Evoluția terapiei de familie **11**

Războiul nedeclarat	11	
Dinamica grupurilor mici	13	
Mișcarea de orientare a copilului		17
Influența asistenței sociale	19	
Cercetarea despre dinamica familiei și etiologia schizofreniei		20
Gregory Bateson – Palo Alto	21	
Theodore Lidz-Yale	24	
Lyman Wynne – Institutul Național de Sănătate Mentală		25
Teoreticienii rolului	27	

Cuprins

Consilierea cuplurilor căsătorite	28
De la cercetare la tratament: pionierii terapiei de familie	30
John Bell	30
Palo Alto	30
Murray Bowen	36
Nathan Ackerman	38
Carl Whitaker	41
Ivan Boszormenyi-Nagy	42
Salvador Minuchin	43
Alte centre timpurii ale terapiei de familie	45
Epoca de aur a terapiei de familie	46
Rezumat	50
Lecturi recomandate	53
Bibliografie	54

3 Modele timpurii și tehnici de bază: Procesul de grup și

analiza comunicării 58

Figuri reprezentative	59
Formulări teoretice	59
Dezvoltarea familiei normale	61
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	62
Scopurile terapiei	63
Condiții pentru schimbarea comportamentului	64
Tehnici	65
Lecții din modelele timpurii	70
Anxietatea sistemică	73
Etapele terapiei de familie	75
Convorbirea telefonică inițială	75
Primul interviu	76
Faza timpurie a tratamentului	79
Faza mediană a tratamentului	81
Sfârșitul terapiei	82
Evaluarea familiei	83
Problema prezentată	84
Înțelegerea circuitului de trimitere	84
Identificarea contextului sistemic	85
Faza ciclului de viață	85
Structura familiei	85

Comunicarea	86
Abuzul de droguri și alcool	86
Violența domestică și abuzul sexual	86
Implicări extramaritale	87
Genul	87
Factorii culturali	88
Dimensiunea etică	89
Terapia de familie cu probleme specifice prezentate	92
Violența maritală	93
Abuzul sexual al copiilor	96
Lucrul cu asistență instituționalizată	98
Lecturi recomandate	100
Bibliografie	101

4 Conceptele fundamentale ale terapiei de familie 104

Cibernetica	105
Teoria sistemelor	108
Teoria generală a sistemelor	109
Construcționismul social	111
Constructivismul	111
Construcția socială a realității	114
Teoria atașamentului	116
Concluzii	119
Conceptele de lucru ale terapiei de familie	119
Contextul interpersonal	119
Complementaritate	120
Cauzalitate circulară	121
Triunghiurile	121
Structura familiei	122
Proces/conținut	123
Semnificația (funcția) simptomelor	124
Ciclul vieții de familie	124
Rezistența	127
Narațiunile familiei	128
Genul	129
Cultura	130
Lecturi recomandate	132
Bibliografie	132

PARTEA A DOUA * Școlile clasice de terapie de familie

5 Terapia sistemică de familie a lui Bowen 136

Figuri reprezentative	137	
Formulări teoretice	138	
Diferențierea sinelui	138	
Triunghiurile emoționale	139	
Procesul emoțional al familiei nucleare		140
Procesul de proiecție al familiei	140	
Procesul de transmitere multigenerațional		141
Poziția de frați	141	
Separarea emoțională	142	
Procesul emoțional societal	143	
Dezvoltarea familiei normale	143	
Dezvoltarea tulburărilor de comportament		145
Scopurile terapiei	148	
Condiții pentru schimbarea comportamentului		150
Terapia	151	
Evaluarea	151	
Tehnici terapeutice	153	
Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei		162
Rezumat	164	
Lecturi recomandate	167	
Bibliografie	168	

6 Terapia de familie strategică 170

Figuri reprezentative	170	
Formulări teoretice	173	
Dezvoltarea familiei normale	176	
Dezvoltarea tulburărilor de comportament		176
Scopurile terapiei	179	
Condiții pentru schimbarea comportamentului	181	
Terapia	182	
Evaluarea	182	
Tehnici terapeutice	183	
Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei		193
Rezumat	195	
Lecturi recomandate	197	
Bibliografie	197	

7 Terapie de familie structurală 200

Figuri reprezentative	201	
Formulări teoretice	202	
Dezvoltarea familiei normale	205	
Dezvoltarea tulburărilor de comportament		207
Scopurile terapiei	211	
Condiții pentru schimbări de comportament		212
Terapia	214	
Evaluarea	214	
Tehnici terapeutice	215	
Evaluarea teoriei și rezultatelor terapiei		225
Rezumat	227	
Lecturi recomandate	229	
Bibliografie	229	

8 Terapie de familie experiențială 231

Figuri reprezentative	232	
Formulări teoretice	233	
Dezvoltarea familiei normale	235	
Dezvoltarea tulburărilor de comportament		236
Scopurile terapiei	236	
Condiții pentru schimbare comportamentală		238
Terapia	240	
Evaluarea	240	
Tehnici terapeutice	241	
Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei		251
Rezumat	253	
Lecturi recomandate	254	
Bibliografie	254	

9 Terapie de familie psihanalitică 257

Figuri reprezentative	258	
Formulări teoretice	259	
Psihologia freudiană a impulsurilor		260
Psihologia sinelui	261	
Teoria relațiilor de obiect	261	

Dezvoltarea familiei normale	263
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	265
Scopurile terapiei	269
Condiții pentru schimbare comportamentală	271
Terapia	272
Evaluare	272
Tehnici terapeutice	274
Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei	280
Rezumat	281
Lecturi recomandate	282
Bibliografie	282

10 Terapia de familie cognitiv-comportamentală 286

Figuri reprezentative	286
Formulări teoretice	288
Dezvoltarea familiei normale	289
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	290
Scopurile terapiei	293
Condiții pentru schimbarea comportamentului	293
Terapia	297
Formarea comportamentală a părintelui	297
Terapia comportamentală de cuplu	304
Abordarea cognitiv-comportamentală în terapia de familie	309
Tratamentul disfuncției sexuale	312
Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei	313
Rezumat	316
Lecturi recomandate	318
Bibliografie	318

PARTEA A TREIA • Dezvoltări recente în terapia de familie

11 Terapia de familie în secolul XXI 327

Eroziunea granițelor	327
Postmodernismul	328
Critica feministă	329
Construcționismul social și revoluția narativă	331

Răspunsul terapiei de familie dat sistemului de sănătate instituționalizată:	
Terapia focalizată pe soluție	333
Violența în familie	333
Multiculturalismul	334
Rasa	335
Sărăcia și clasele sociale	337
Drepturile homosexualilor și lesbienele	338
Spiritualitatea	338
Stabilirea tratamentului pentru populații și probleme	339
Servicii sociale la domiciliu	340
Terapia medicală de familie și psihoeducația	343
Pseudoeducația și schizofrenia	343
Terapia medicală de familie	345
Ocrotirea instituționalizată a sănătății	345
Rezumat	346
Lecturi recomandate	348
Bibliografie	349

12 Terapia focalizată pe soluție 354

Figuri reprezentative	355
Formulări teoretice	356
Dezvoltarea familiei normale	357
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	358
Scopurile terapiei	358
Condiții pentru schimbarea comportamentului	359
Terapia	360
Evaluarea	360
Tehnici terapeutice.	361
Evaluarea teoriei și rezultatelor terapiei	367
Rezumat	369
Lecturi recomandate	371
Bibliografie	371

13 Terapia narativă 373

Figuri reprezentative	374
Formulări teoretice	376
Dezvoltarea familiei normale	378

Dezvoltarea tulburărilor de comportament	379
Scopurile terapiei	380
Condiții pentru schimbarea comportamentului	381
Terapia	382
Evaluarea	382
Tehnici terapeutice	383
Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei	388
Rezumat	389
Lecturi recomandate	390
Bibliografie	391

14 Modele integratoare 393

Eclectismul	394
Împrumutul selectiv	395
Modele integratoare concepute special	397
Modele cuprinzătoare, teoretic inclusive	397
Modele care combină două abordări distincte	399
Modele concepute pentru probleme clinice specifice	409
Terapia de familie comunitară	411
Rezumat	413
Lecturi recomandate	414
Bibliografie	414

PARTEA A PATRA • Evaluarea terapiei de familie

15 Analiza comparativă 416

Formulări teoretice	416
Famiiliile ca sisteme	416
Stabilitate și schimbare	418
Proces/Conținut	418
Modelul monadic, diadic sau triadic	419
Familia nucleară în context	421
De la personal la politic	423
Granițele	424
Dezvoltarea familiei normale	424
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	426
Sisteme inflexibile	426

Funcționarea simptomelor	427	
Dinamica de bază	429	
Triunghiurile patologice	430	
Scopurile terapiei	431	
Condiții pentru schimbarea comportamentului		432
Acțiune sau intuiție?	432	
Rezistența	434	
Relația familie-terapeut		436
Terapia	438	
Evaluarea	439	
Intervenții decisive	440	
Rezumat	443	
Lecturi recomandate	445	
Bibliografie	445	

16 Progrese ale cercetării în terapia de familie 447

Howard A. Liddle și Cindy L. Rowe

Rezultatul terapiei de familie	449	
Tulburările de comportament ale copilăriei și adolescenței		449
Terapia de familie pentru depresie și anxietate		453
Terapia de familie pentru tulburările provocate de folosirea substanțelor	457	
Terapia de familie în cazul schizofreniei		462
Terapia de familie în cazul tulburărilor de nutriție		464
✱ Eficiența terapiei maritale și de cuplu	466	
Contribuțiile cercetării la procesul terapiei de familie		469
Concluzii și direcții viitoare	473	
Lecturi recomandate	476	
Bibliografie	477	

ANEXA A: Lecturi recomandate 493

ANEXA B: Glosar 496

ANEXA C: Carieră și formare 505

Credite 513

Index de nume 515

Index de subiecte 531

Bazele terapiei de familie

Părăsirea casei

Nu existau prea multe informații pe foaia de internare. Doar un nume, Holly Roberts, faptul că era în ultimul an de facultate și plângerea ei: „dificultăți în luarea deciziilor”.

Primul lucru pe care Holly l-a spus după ce s-a așezat a fost: „Nu sunt sigură că e nevoie să fiu aici. Probabil că sunt mulți alți oameni care au nevoie de ajutorul vostru mai mult decât mine”. Apoi a început să plângă.

Era primăvară. Lalelele înfloriseră, copacii aveau frunzele de un verde deschis, iar florile violete de liliac parfumau aerul. Viața și toate posibilitățile acesteia erau deschise în fața ei, dar Holly era deprimată într-un mod inexplicabil.

Decizia pe care Holly nu putea să o ia era ce să facă după absolvire. Cu cât încerca mai mult să-și imagineze aceasta, cu atât era mai puțin capabilă să se concentreze. A început să doarmă până târziu, lipsind de la orele de clasă. În cele din urmă, colega ei de cameră a convins-o să meargă la Serviciul de Sănătate. „Nu trebuia să fi venit” a spus Holly. „Pot să am singură grijă de problemele

mele”. Pe atunci eram adeptul terapiei catartice. Cei mai mulți oameni aveau povești de spus și lacrimi de vărsat. Unele dintre aceste povești erau, după cum suspectam, dramatizate intenționat pentru a atrage compasiunea și atenția. Se pare că ne permitem să plângem numai când avem o scuză foarte acceptabilă. Dintre toate emoțiile omenești de care ne este rușine, în capul listei rămâne aceea de a ne auto-compătimi.

Nu știam ce era în spatele depresiei lui Holly, dar eram sigură că o puteam ajuta. Mă simțeam în largul meu cu oamenii depresivi. Încă din ultimii ani de liceu, când prietenul meu Alex a murit, mă simțeam eu însumi puțin deprimat.

După moartea lui Alex, restul verii a fost în ceață pentru mine. Am plâns mult. Și înnebuneam ori de câte ori cineva îmi spunea că viața merge înainte. Preotul lui Alex a spus că moartea lui nu este o tragedie reală pentru că acum „Alex este cu Dumnezeu în Rai”. Aș fi vrut să urlu, dar am început să număr în

gând în loc de asta, toamna am plecat mai departe la facultate și chiar dacă părea nedrept față de Alex, viața continua într-adevăr. Mai plângeam din când în când, dar odată cu lacrimile venea și o dureroasă descoperire. Suferința mea nu era toată pentru Alex. Da, îl iubisem. Da, îmi era dor de el. Dar moartea lui mi-a oferit justificarea de a-mi plânge tristețile din viața mea de toate zilele. Poate înăhnirea este totdeauna așa. La momentul respectiv am simțit această descoperire pe ca trădare. Foloseam moartea lui Alex pentru a-mi plânge de milă.

Mă întrebam ce o făcea pe Holly să se simtă atât de tristă? De fapt, povestea ei nu era tragică. Sentimentele ei nu erau canalizate. După acele prime momente din cabinetul meu, rar a mai plâns vreodată. Atunci când a plâns, a fost mai degrabă o primare involuntară decât o descărcare în hote. Vorbea despre viitor, neștiind ce vrea să facă cu viața ei. Vorbea despre faptul că nu avea un prieten și că foarte rar avea întâlniri. Nu spunea niciodată prea multe despre familia ei. Și adevărul este că nici nu mă interesa prea mult. Atunci credeam că „acasă” este locul de care să te depărtezi dacă vrei să te maturizezi.

Holly era vulnerabilă și avea nevoie de ceva pe care să se bazeze, dar ceva o încerca, ca și cum nu s-ar fi simțit în siguranță, și cum nu avea încredere în mine. Și asta mă frustrant. Vroiam foarte mult să o ajut. A trecut o lună și depresia lui Holly s-a intensificat. Am început să ne vedem de trei ori pe săptămână, dar nu ajungeam la nimic. Într-o zi după-amiază, Holly se simțea atât de curajată încât nu am crezut că e bine să se arce singură la cămin. Am rugat-o să se așeze pe canapeaua din cabinetul meu și, cu misiunea ei, i-am sunat pe părinții ei. Doamna Roberts a răspuns la telefon. A spus că ea, împreună cu soțul, ei trebuie

să vină la Rochester și să se întâlnească cu mine și cu Holly pentru a discuta despre posibilitatea ca Holly să-și ia concediu medical și să se ducă acasă. Nesigur pe autoritatea mea cum eram atunci, mă înarmasem pentru o discuție în contradictoriu. Spre surprinderea mea, doamna Roberts a fost de acord să vină imediat.

Primul lucru care m-a izbit când i-am văzut pe părinții lui Holly a fost diferența de vârstă dintre ei. Lena Roberts părea o versiune ușor mai în vârstă a lui Holly; nu putea avea mai mult de 35 de ani. Soțul ei părea de 60. A reieșit că era tatăl vitreg al lui Holly. S-au căsătorit când Holly avea 16 ani.

Privind înapoi, în timp, nu-mi amintesc să fi spus prea multe în acea primă întâlnire. Amândoi părinții erau îngrijorați cu privire la Holly. ”Vom face ce credeți că este cel mai bine” a spus doamna Roberts. Domnul Morgan (tatăl vitreg al lui Holly) a spus că ei ar putea aranja pentru un bun psihiatru care „să o ajute pe Holly să depășească criza”. Dar Holly a spus că nu vrea să se ducă acasă și a spus-o cu o energie pe care eu nu o mai auzisem de multă vreme. Aceasta se petrecea într-o zi de sâmbătă. Am sugerat să nu ne grăbim să luăm o decizie și am stabilit să ne întâlnim luni.

Când Holly și părinții ei s-au așezat în cabinetul meu, luni dimineata, era evident că se întâmplase ceva. Ochii doamnei Roberts erau roșii de plâns. Holly s-a uitat urât la ea și apoi și-a întors privirea în altă parte, buzele ei erau strânse și neîndurătoare. Dl. Morgan s-a întors spre mine: „Ne-am certat tot weekend-ul. Holly striga la mine și când încercam să-i răspund, Lena îi lua apărarea. Așa a fost din prima zi a acestei căsătorii”.

Povestea care a ieșit la iveală era una din acele istorii triste, pline de resentimente și gelozie care transformă dragostea în amărăciune, sentimente rănite și care, mult prea des, separă familiile. Lena Roberts avea 34 de ani când l-a cunoscut pe Tom Morgan.

El era un bărbat bine la 56 de ani. În afară de vârstă, cea de-a doua diferență evidentă dintre ei erau banii. El fusese agent de bursă de succes, care se pensionase și avea o fermă de cai. Ea era chelnăriță și din acel salariu se întreținea pe ea și pe fiica ei. Era cea de-a doua căsătorie pentru amândoi.

Lena a văzut în Tom modelul de rol și sursa de disciplină care lipseau din viața lui Holly. Din nefericire, Lena nu a putut accepta regulile stricte pe care Tom a vrut să le impună. Și așa Tom a devenit răutăciosul tată vitreg. A făcut greșeala de a încerca să stăpânească situația, iar când inevitabilele certuri au apărut, Lena îi lua apărarea fiicei ei. Erau lacrimi și scene cu strigăte în miez de noapte. Holly a plecat de acasă de două ori, la o prietenă de a ei, pentru câteva zile. Triunghiul părea imposibil, dar lucrurile s-au mai liniștit atunci când Holly a plecat la colegiu.

Holly se așteptase ca odată ce a plecat de acasă să nu se mai uite înapoi. Avea să-și facă prieteni noi. Avea să învețe din greu să-și aleagă o carieră. Nu va depinde niciodată de un bărbat care să o susțină material. Din nefericire, ea a plecat de acasă cu o serie de probleme nerezolvate. Îl ura pe Tom pentru felul cum acesta se lua la harță cu ea și pentru felul în care o trata pe mama ei. El vroia să știe întotdeauna unde se ducea mama ei, cu cine se ducea și când avea să se întoarcă. Dacă mama ei întârzia, cât de puțin, începea o scenă. De ce oare suporta mama ei așa ceva?

A da vina pe Tom era simplu și satisfăcător. Dar mai era o serie de sentimente în Holly, cărora le făcea față cu greu și care o măcinau. Își ura mama pentru că se căsătorise cu omul acela și pentru că îl lăsa să se poarte așa de urât cu ea. În primul rând, ce o fi văzut mama ei la el? S-a vândut oare pentru o casă mare și o mașină la modă? Holly nu avea nici un răspuns la aceste întrebări. Nici nu îndrăznea să le accepte existența în mod conștient. Din nefericire, reprimarea nu

merge așa ca și cum ai închide niște lucruri undeva în dulap, uitând de ele. Îți ia multă energie să ții în frâu emoțiile nedorite.

Holly găsea scuze să nu se ducă prea mult acasă în timpul școlii. Oricum, nu se mai simțea acasă acolo. S-a îngropat în studii. Dar furia și amărăciunea nu au lăsat-o în pace, săpându-i încrederea din ce în ce mai mult, până când a ajuns în ultimul an de facultate, în fața unui viitor nesigur, știind doar că acasă nu se mai putea întoarce. Și atunci s-a lăsat pradă disperării și lipsei de speranță. Nu era de mirare că era deprimată.

Întreaga poveste mi s-a părut foarte tristă. Neștiind nimic despre dinamica familială și fără să fi trăit vreodată într-o familie cu părinți vitregi, mă întrebam pur și simplu de ce nu se pot înțelege mai bine. Aveau atât de puțină compasiune unul față de celălalt. De ce nu putea Holly să accepte dreptul mamei ei de a găsi dragostea a doua oară în viață? De ce nu putea Tom să respecte prioritatea soției sale în relația cu fiica sa? Și de ce nu putea mama lui Holly să asculte furia adolescentină a fiicei sale fără să devină așa defensivă?

Acea ședință cu Holly și părinții ei a fost prima mea lecție de terapie de familie. Membrii unei familii în terapie vorbesc, dar nu despre experiențele actuale, ci despre amintirile reconstruite care se aseamănă cu experiențele originale doar în câteva privințe. Amintirile lui Holly se asemanau foarte puțin cu ale mamei sale, dar aproape de loc cu ale tatălui ei vitreg. Și, în spațiile dintre adevărurile lor era puțin loc pentru rațiune și nici o dorință de a fi rațional.

Chiar dacă ședința aceea nu a fost prea productivă, a pus cel puțin nefericirea lui Holly în perspectivă. Nu mă mai gândeam acum la ea ca la o femeie tânără tragică, singură pe lume. Era și asta, bineînțeles, dar ea era, de asemenea, o fiică distrusă între dorința de a fugi cât se poate de departe de casă – unde nu-și mai găsea locul – și frica de a o lăsa singură pe mama ei cu bărbatul

acela în care nu avea încredere. Cred că atunci am devenit terapeut de familie. A spune că nu știam prea mult despre familii și nici atât despre tehnicile de a-i ajuta pe membrii familiei să gândească împreună, ar fi o subestimare. Dar terapia de familie nu este doar un set de noi tehnici. Este un mod de abordare pentru a înțelege comportamentul uman – ca fundament condiționat de contextul social.

Mitul eroului

Cultura noastră celebrează unicitatea individului și căutarea unui eu autonom. Povestea lui Holly ar putea fi înțeleasă ca o dramă a vârstei: lupta unei persoane tinere de a se îndepărta de copilărie și provincialitate, de a pune stăpânire pe maturitate, promisiuni și viitor. Dacă eșuează, suntem tentați să ne uităm în interiorul tânărului adult, la eroul înfrânt.

Chiar dacă individualismul nețărnut al „eroului” poate fi încurajat mai mult la bărbați decât la femei, ca ideal cultural suntem cu toții sub tutela lui. Chiar dacă Holly e interesată în egală măsură de autonomie și de stabilirea de legături sociale, ea ar putea fi judecată după imaginea mai proeminentă a împlinirii.

Am fost crescuți cu mitul eroului: Cavalerul Singuratic, Robin Hood, Femeia Minune. Când ne-am maturizat am început să căutăm eroi în viața reală: Eleanor Roosevelt, Martin Luther King, Nelson Mandela. Acești bărbați și femei au luptat pentru ceva. Ce bine ar fi dacă am putea să fim și noi ca acești oameni, care par să se ridice deasupra situațiilor.

Doar mai târziu unii dintre noi realizează că aceste „circumstanțe” deasupra cărora dorim să ne ridicăm erau parte integrantă a condiției umane – relațiile inevitabile cu familiile noastre. Imaginea romantică a eroului

se bazează pe iluzia ca individualitatea autentică se poate obține de către o persoană mândră și autonomă. Facem multe lucruri singuri, dintre care unele sunt cu adevărat eroice, dar ne definim și suntem susținuți de o rețea de relații umane. Nevoia noastră de a idolatriza eroii este parte din dorința noastră de a ne ridica deasupra micimii și a îndoielii de sine, dar poate fi în egală măsură un produs al imaginării unei vieți neatinsă de toate acele relații plictisitoare, care mai niciodată nu sunt așa cum ni le dorim noi.

Atunci când ne gândim la familii, de regulă, o facem în termeni negativi – ca la niște forțe de dependență care ne trag înapoi sau ca la elemente distructive din viața pacienților noștri. Ceea ce ne atrage atenția în familii sunt diferențele și neînțelegerile. Armoniile vieții de familie – loialitatea, tolerența, ajutorul și sprijinul reciproc – ne scapă adesea neobservate și le luăm ca atare, ca pe o parte a trecutului vieții care ne-a fost dată. Dacă am fi fost eroi, atunci ar fi trebuit să avem dușmani.

Există multe discuții despre „familiile disfuncționale”. Din nefericire, acestea se reduc la „a lovi în părinți”. Suferim pentru *ceea ce ei au făcut*: alcoolismul mamei, brutalitatea sau răceala tatălui – acestea sunt cauzele nefericirii noastre. Poate acesta este un pas înainte de a cădea în vină și rușine, dar mai este încă o cale lungă până la a înțelege ce se întâmplă cu adevărat în familii.

Unul din motivele blamării suferințelor familiei privind eșecurile personale ale părinților vine din faptul că unei persoane obișnuite îi este greu să-și includă personalitățile din trecut în modelele structurale care alcătuiesc o familie – un sistem de vieți interconectate, guvernate de reguli stricte, dar nespuse.

Oamenii se simt controlați și neajutorați nu pentru că sunt victimele prostiei sau minciunilor părinților, ci pentru că ei nu înțeleg acele forțe care-i atrag pe soți și soții

și pe părinți și pe copii împreună. Afectați de anxietate și depresie sau pur și simplu tulburați și nesiguri, unii oameni apelează la psihoterapie pentru ajutor și consolare. În acest timp, se depărtează de iritățile care i-au împins spre terapie. Printre primele dintre aceste iritații sunt relațiile nefericite – cu prietenii sau iubiții și cu familia. Tulburările noastre sunt indispoziții personale. Când ne retragem în securitatea unei relații sintetice, ultimul lucru pe care îl vrem este să luăm cu noi familiile noastre. Ne mai mirăm atunci când Freud s-a aventurat să cerceteze forțele întunecate ale minții, el a încuiat familia în afara cabinetului de consultații?

Sanctuarul psihoterapeutic

Psihoterapia era odată o întreprindere privată. Cabinetul de consultații era un loc de vindecare, da, dar în egală măsură era un sanctuar, un refugiu din lumea problematică și creatoare de probleme.

Îngropați în iubire și muncă, incapabili să-și găsească liniștea și alinarea în altă parte, adulții veneau la terapie să-și găsească satisfacțiile și înțelesurile pierdute. Părinții, îngrijorați de proasta comportare a copiilor lor, de timiditatea lor sau de lipsa de realizări, îi trimiteau la terapie pentru orientare și găsirea unei direcții. Psihoterapia a înlocuit în multe feluri rolul familiei în rezolvarea problemelor vieții de zi cu zi.

Este tentant să privim în urmă, înainte de terapia de familie și să-i vedem pe cei care au insistat asupra separării pacienților de familiile lor ca pe niște naivi și încăpățânați, exponenți ai unui punct de vedere învechit privind tulburările mintale, în conformitate cu care maladiile psihiatrice erau înrădăcinate în capul indivizilor. Considerând că, clinicienii nu au început să trateze familii întregi împreună până la mijlocul anilor 1950, este tentant să întrebăm „De ce le-a trebuit atât

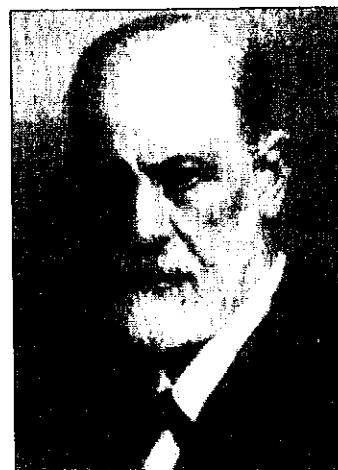
de mult timp?” De fapt există o serie de motive ca psihoterapia să se desfășoare în particular.

Cele două abordări, cele mai influente ale secolului douăzeci, psihanaliza lui Freud și terapia centrată pe client a lui Rogers, erau amândouă bazate pe supozițiile că problemele psihologice sunt provocate de interacțiunile nesănătoase cu ceilalți și ar putea fi combătute cel mai eficient printr-o relație particulară între terapeut și client.

Descoperirile lui Freud acuzau familia mai întâi ca pe un teren de creștere a seducției copilăriei și mai târziu ca pe un agent al represiunii culturale. Dacă oamenii cresc puțin neurotici – speriați de instinctele lor naturale – cine ar trebui învinuiți dacă nu părinții acestora?

Dat fiind că aceste conflicte neurotice erau răspândite în familie, nimic nu părea mai normal decât să se presupună că cel mai bun mod de anihilare a influenței familiei era de a izola rudele de la tratament, de a împiedica influența lor contaminată în cabinetul terapeutic.

Freud a descoperit faptul că, pe măsură ce el dezvăluia mai puțin despre sine însuși, cu atât mai mult pacienții lui reacționau față de el ca și când el era una dintre figurile



Freud a exclus familia din psihanaliză pentru a ajuta pacienții să se simtă în siguranță să exploreze întreaga gamă a gândurilor și sentimentelor lor.

semnificative ale familiilor lor. La început aceste reacții de *transfer* păreau un obstacol, dar Freud a realizat curând că ele s-au dovedit a fi o privire fugară, neprețuită în trecut. După aceea, analiza transferurilor a devenit piatra fundamentală a tratamentului psihanalitic. Aceasta a însemnat că din momentul în care analiștii au fost interesați de amintirile și fanteziile pacientului despre familie, prezența familiei reale nu făcea nimic altceva decât să umbrească adevărul subiectiv al trecutului. Freud nu era interesat de familia reală; el era interesat de familia-despre-care-își-amintea, blocată departe în inconștient.

Prin conducerea tratamentului în particular, Freud asigură încrederea pacientului în sanctitatea relației terapeutice și maximizează astfel probabilitatea ca pacienții să repete, în relația cu analistul, înțelegerea sau neînțelegerea copilăriei lor timpurii.

Carl Rogers considera, de asemenea, că problemele psihologice își au originea în interacțiunile distructive din primii ani de viață. Fiecare dintre noi, spunea Rogers, se naște cu o tendință înăscută spre *actualizarea de sine*, o idee care a devenit premisa tuturor psihoterapiilor umaniste. Lăsați de capul nostru, vom avea tendința să ne urmăm propriul nostru interes. Explorăm și învățăm pentru că suntem curioși și inteligenți; ne jucăm și facem exerciții pentru că avem corpuri puternice; și pentru că a fi împreună cu alți oameni ne aduce bucurie, suntem deschiși, iubitori și afectivi.

Din nefericire, spunea Rogers, instinctul nostru sănătos de actualizare devine subjugat tânjirii noastre după aprobare. Învățăm să facem ceea ce credem că ceilalți vor, chiar dacă nu este cel mai bun lucru pentru noi.

Treptat, conflictul dintre împlinirea de sine și nevoia de aprobare conduce la negarea și distorsionarea determinărilor

noastre interne – și chiar a sentimentelor care le semnaleză. Ne înghițim furia, ne înăbușim exuberanța și ne îngropăm viețile sub un munte de așteptări.

Terapia pe care Rogers a dezvoltat-o era destinată să ajute pacienții să-și dezvăluie sentimentele lor reale și impulsurile oneste. Imaginea terapeutului în ochii lui era cea a unei doici – pasivă, dar care te ajută. Terapeutul rogerian nu făcea nimic pacienților, dar le oferea sprijinul care-i ajuta să descopere ce trebuia făcut, în primul rând punându-le la dispoziție o *privire pozitivă necondiționată*. Terapeutul asculta atent și cu simpatie, oferind înțelegere, căldură și respect. În prezența unui astfel de ascultător, pacienții intrau treptat în contact cu propriile lor sentimente și determinări interne.

În calitate de psihanalist, terapeutul centrat pe client menținea intimitatea absolută în relația terapeutică, pentru a evita orice posibilitate ca sentimentele reale ale pacienților să fie bulversate pentru a câștiga aprobarea. S-ar putea conta numai pe o persoană obiectivă din afară pentru a pune la dispoziție acceptarea necondiționată de a ajuta pacienții să-și redescopere eu-rile lor reale. Din această cauză membrii familiei nu au nici un loc în terapia centrată pe client.

Terapia de familie versus terapia individuală

După cum se vede, au fost și continuă să existe multe motive serioase care condiționează psihoterapia ca pe o relație privată și confidențială. Dar, în ciuda faptului că sunt foarte multe argumente în favoarea psihoterapiei individuale, sunt tot atâtea pentru terapia de familie.

Psihoterapia individuală și terapia de familie oferă, fiecare, două lucruri: un mod de abordare a tratamentului și o manieră de

înțelegere a comportamentului uman. Ca moduri de abordare a tratamentului, atât terapia individuală, cât și terapia de familie au virtuțile lor speciale. Terapia individuală poate pune la dispoziție atenția concentrată pentru a ajuta oamenii să se confrunte cu temerile lor și să-i învețe să devină mai complet ei înșiși. Terapeuții individuali au recunoscut întotdeauna importanța vieții de familie în formarea personalității, dar au presupus că aceste influențe sunt internalizate și că dinamica intrapsihice devin forțele dominante care controlează comportamentul. De aceea, tratamentul poate și trebuie orientat către persoană și către propria ei construcție personală. Pe de altă parte, terapeuții de familie cred că forțele dominante din viețile noastre sunt localizate în afara noastră, în familie. Terapia bazată pe aceste concepții este orientată spre schimbarea organizării familiei. Atunci când organizarea familiei este transformată, viața fiecărui membru al familiei este alterată în mod corespunzător.

Acest ultim punct – acela că modificând o familie se schimbă viața fiecărui membru al acesteia – este suficient de important pentru a elabora. Terapia de familie nu are de-a face numai cu schimbarea pacientului individual în context. Terapia de familie determină modificări asupra întregii familii; astfel, beneficiile pot fi de lungă durată deoarece fiecare membru al familiei este schimbat și continuă să exercite asupra celorlalți schimbări sincronice.

Aproape orice dificultate umană poate fi tratată, fie de terapia individuală, cât și de terapia de familie. Dar anumite probleme sunt adecvate, în special, pentru terapia de familie, printre acestea problemele cu copiii (care trebuie, indiferent de ceea ce se întâmplă în timpul terapiei, să se întoarcă acasă sub influența părinților), plângeri despre căsătorii sau alte relații intime, certuri familiale și alte simptome care se dezvoltă în individ în timpul unei tranziții familiale majore.

Dacă problemele care apar în jurul tranzițiilor familiale îl fac pe terapeut să se gândească mai întâi la rolul familiei, terapia individuală poate fi folositoare în special atunci când oamenii identifică ceva despre ei înșiși, pe care ei au încercat din răspuțeri să-l schimbe, în timp ce mediul lor social pare stabil. De aceea, dacă o femeie este depresivă în timpul primului an de facultate, terapeutul se întreabă dacă nu cumva tristețea ei are de-a face cu plecarea ei de acasă și cu faptul de a-i fi lăsat pe părinți singuri unul cu altul. Dar dacă această depresie apare la 40 de ani, în viața aceleiași femei, în timpul unei lungi perioade de stabilitate din viața ei, ne întrebăm dacă nu cumva este ceva în neregulă cu modul în care ea abordează viața ei, care o face să se simtă neîmplinită și dacă ea este responsabilă de nefericirea ei. Examinând viața ei în particular – departe de relațiile cu probleme – nu înseamnă că ar trebui să creadă că se poate împlini singură, izolată de ceilalți oameni, din viața ei.

Considerarea persoanelor drept entități separate, cu familii care acționează asupra lor este compatibilă cu modul în care ne percepem noi înșine. Recunoaștem influența persoanelor intime – în special ca obligații și constrângeri – dar este greu să vedem că suntem prinși într-o rețea de relații, că suntem parte a ceva mai larg decât noi înșine.

Psihologia și contextul social

Terapia de familie a înflorit nu numai pentru că și-a demonstrat eficiența clinică, ci și pentru că redescoperim interconexiunea care caracterizează comunitatea noastră umană. De obicei, problema terapiei de familie față de terapia individuală este pusă ca o problemă tehnică: Care abordare rezolvă mai bine o problemă dată? Dar alegerea reflectă, de asemenea, un mod filozofic de înțelegere a naturii umane. Chiar dacă psihoterapia

reuşeşte concentrându-se, fie pe psihologia individuală, fie pe organizarea familială, ambele perspective – psihologia şi contextul social – sunt indispensabile unei înţelegeri depline a oamenilor şi a problemelor lor.

Terapeuţii de familie ne învaţă că familia este mai mult decât o colecţie de indivizi separaţi; ea este un sistem, un tot organic ale cărui părţi funcţionează într-un fel care transcend caracteristicile individuale. Dar, chiar dacă avem calitatea de membri ai unui sistem de familie, nu încetăm să fim indivizi, cu inimi, minţi şi dorinţe numai ale noastre. Chiar dacă nu este posibil să înţelegem oamenii fără să luăm în consideraţie contextul lor social – în special familia – am greşi dacă ne-am limita numai la suprafaţa interacţiunilor – la comportamentul social separat de experienţa internă.

A lucra cu sistemul întreg înseamnă nu numai a considera pe toţi membrii familiei, ci şi, de asemenea, a lua în considerare dimensiunile personale ale experienţelor acestora. Să luăm cazul unui tată care zâmbeşte fără să vrea în timpul unei discuţii despre comportamentul delincvent al fiului său. Poate că acel zâmbet dezvăluie plăcerea secretă a tatălui la gândul rebeliunii fiului său – într-un fel care-l sperie puţin. Sau să luăm cazul unui soţ care se plânge că soţia lui nu-l lasă să facă nimic cu prietenii lui. Soţia poate îl restricţionează într-adevăr, dar faptul că el se supune fără să o contrazică, poate înseamnă că el este în conflict cu sine însuşi cu privire la „a se distra”. Oare negocierea cu soţia sa îi va rezolva acestui bărbat anxietăţile personale în legătură cu faptul de „a face lucruri pe cont propriu”? Probabil că nu. Oare dacă îşi rezolvă el singur constrângerile interioare, soţia lui va începe dintr-o dată să-l încurajeze să iasă în oraş şi să se distreze? Probabil că nu. Aceste impasuri, ca şi multe alte probleme umane, există în psihologia individului şi sunt expuse în interacţiunile lor. Ideea este aceasta: pentru a pune la

dispoziţie un ajutor psihologic eficient şi de lungă durată, psihoterapeutul are nevoie să înţeleagă şi să motiveze indivizii şi să influenţeze interacţiunile lor.

Puterea terapiei de familie

Terapia de familie s-a născut în 1950, a crescut între anii 1960 şi s-a maturizat în anii 1970. Valul iniţial de entuziasm de a trata întreaga familie ca pe o unitate a fost urmat de o diversificare crescută a şcolilor, fiecare vizând o bucăţică de adevăr şi o piaţă a serviciilor.

Într-o zi, s-ar putea să privim înapoi la perioada dintre anii 1975 – 1985 ca la vârsta de aur a terapiei de familie. Acei ani au văzut înflorirea abordărilor cele mai imaginative şi vitale de tratament. A fost o perioadă plină de entuziasm şi încredere. Terapeuţii de familie poate aveau puncte de vedere diferite în ceea ce priveşte tehnica, dar ei împărtăşeau optimismul şi scopul comun. De atunci multe transformări au zguduit domeniul de zelul şi supraîncrederea sa. Modelele de pionerat au fost puse la încercare (atât în ceea ce priveşte fundamentele clinice, cât şi socio-culturale), iar graniţele lor s-au încetăşat; astăzi foarte puţini terapeuţi se identifică exclusiv cu o anumită şcoală. Chiar distincţia dintre terapia individuală şi cea de familie este mai puţin clară, întrucât din ce în ce mai mulţi terapeuţi practică ambele forme de tratament.

Tendinţele dominante ale ultimelor decenii au fost construcţionismul social (ideea că experienţa noastră este în funcţie de modul în care gândim despre aceasta), terapia narativă, abordările integrative şi o preocupare în creştere pentru problematica socială şi politică. Capitolele care urmează explorează aceste dezvoltări, precum şi altele. Sugerăm aici, că pe parcursul lecturii acestora veţi lua în consideraţie posibilitatea că, la fel ca orice dezvoltare nouă, ele au plusuri şi minusuri.

Gândirea liniară, gândirea circulară

Boala mentală a fost explicată în mod tradițional în termeni liniari ori medicali ori psihanalitici. Ambele paradigme tratează suferința emoțională ca pe un simptom de disfuncțiune internă cu cauze istorice. Modelul medical consideră că încadrând simptomele în sindroame vom ajunge la soluții biologice pentru probleme psihologice. În explicațiile psihanalitice se spune că simptomele au apărut dintr-un conflict care își are originea în trecutul pacientului. În ambele modele, tratamentul se concentrează asupra individului.

Explicațiile liniare iau forma *A*, cauzele *B*. Acest tip de gândire funcționează bine în unele situații. Dacă conduceți mașina și dintr-o dată dă să se oprească nu aveți decât să începeți să cautați o cauză simplă. Poate nu mai aveți benzină. Dacă este așa, există o soluție simplă. Problemele umane sunt de obicei ceva mai complicate.

Când lucrurile nu merg bine într-o relație, cei mai mulți oameni dau credit cu generozitate celeilalte persoane. De vreme ce ne uităm la lume din lăuntrul nostru, vedem mult mai clar contribuțiile celorlalți oameni la problemele noastre reciproce. A da vina este o reacție naturală. Iluzia unei influențe unilaterale temperează și pe terapeuți, în special atunci când ei aud numai o parte a poveștii. Dar în momentul în care ei înțeleg că reciprocitatea este principiul care guvernează orice relație, terapeuții pot ajuta oamenii să gândească în condiții de victime și vătămați.

Să presupunem, de exemplu, că un tată se plânge despre comportamentul fiului său adolescent:

Tatăl: „Este fiul meu. Este nepoliticos și nepăsător”.

Terapeutul: „Cine l-a învățat așa?”

În loc să accepte punctul de vedere al tatălui că el este o victimă a răutății fiului său, întrebarea provocatoare a terapeutului îl invită pe tată să caute modele de influență reciprocă. Ideea nu este să mutăm vina de la o persoană la alta, ci să ne îndepărtăm cu totul de la a da vina pe alții. Atât timp cât el vede problema ca pe ceva ce face fiul său, tatăl are o posibilitate redusă de a spera că băiatul se va schimba. (A aștepta ca oamenii să se schimbe este ca și cum ți-ai planifica viitorul în funcție de un câștig la loterie). A învăța să gândească circular, mai degrabă decât linear, îi dă putere tatălui să se uite la jumătate din ecuația pe care o poate controla.

Puterea terapiei de familie vine din faptul de a-i aduce împreună pe bărbați și femei, pe părinți și copii, pentru a transforma interacțiunile lor. În loc să izole indivizii de sursa originală de conflict, problemele sunt adresate direct la sursa acestora.

Ceea ce blochează pe oameni este marea dificultate de a vedea propria participare în problemele care îi afectează. Cu ochii fixați pe ceea ce fac celelalte persoane recalitrante, este greu pentru mulți oameni să vadă paternurile care-i leagă împreună. Unul din rolurile terapeutului de familie este să le dea semnalul de deșteptare. Atunci când soțul se plânge că soția sa îl cicălește, iar terapeutul îl întreabă cu ce contribuie el pentru a o determina pe ea să se comporte așa, terapeutul îl provoacă pe soț să vadă liniuța dintre el-și-ea, care este produsul interacțiunilor lor.

Atunci când Bob și Shirley au venit să ceară ajutor pentru problemele lor conjugale, plângerea ei era că el nu-i împărtășea sentimentele, iar a lui era că ea îl critică întotdeauna. Acesta este schimbul clasic de plângeri care blochează cuplurile atâta timp

cât ei nu-și dau seama de modelul reciproc în care fiecare partener provoacă în celălalt exact comportamentul pe care nu-l suportă. Astfel, terapeutul l-a întrebat pe Bob: „Dacă ai fi o broască cum te-ai comporta dacă Shirley te-ar transforma în prinț?” Iar când Bob a răspuns că motivul pentru care el nu vorbește cu ea este că ea este prea critică, părea că vechile discuții reapar. Dar terapeutul a văzut în aceasta un început al schimbării – Bob a început să vorbească. O manieră de a crea o deschidere într-o familie rigidă este de a-l sprijini pe cel învinovătit și a-l ajuta să revină în ring.

Când Shirley l-a criticat pe Bob pentru plângerile lui, el a încercat să retracteze, dar terapeutul a spus: „Nu. Continuă. Ești încă o broască.”

Bob a încercat să mute responsabilitatea înapoi la Shirley. „Nu trebuie să mă sărute ea mai întâi?” Dar terapeutul a spus: „Nu, în viața reală, asta vine după aceea. Trebuie mai întâi să o meriți.”

La începutul romanului *Ana Karenina* Tolstoi scria: „Toate familiile fericite se aseamănă una cu alta. Fiecare familie nefericită este nefericită în felul ei.” Fiecare familie nefericită o fi într-adevăr nefericită în felul ei, dar toate familiile nefericite se împiedică de aceleași încercări familiare ale vieții de familie. Nu e nici un secret care sunt aceste încercări – a învăța să trăiești împreună, să te descurci cu rudele dificile, să supraveghezi copiii, să te descurci cu adolescența lor și așa mai departe. Dar ceea ce nu toată lumea poate realiza este că odată înțeles, un număr relativ mic de sisteme dinamice luminează aceste încercări și dau putere familiilor să depășească cu succes dilemele predictibile ale vieții. Ca orice vindecători, terapeuții de familie se ocupă și cu cazuri bizare și neobișnuite, dar majoritatea muncii lor este cu ființe umane normale care învață lecțiile dureroase ale vieții. Poveștile lor și poveștile bărbaților și femeilor din terapia de familie, care s-a angajat să-i ajute, alcătuiesc tema acestei cărți.

—Lecturi recomandate—

Nichols, M.P. 1987. *The self in the system*. New York. Brunner/Mazel

Nichols, M.P. 1999. *Inside family therapy*. Boston Allyn & Bacon

—Bibliografie—

Minuchin, S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard. University Press.
Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata, G. 1978. *Paradox and counter-*

paradox. New York; Jason Aronson.
Watzlawick, P., Beavin, J., and Jackson, D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York; Norton.

Evoluția terapiei de familie

O schimbare revoluționară în perspectivă

In acest capitol vom explora antecedentele și primii ani ai terapiei de familie. Sunt două povești fascinante aici, una a personalităților, alta a ideilor. Veți citi despre pionieri – iconoclaști și marii inventatori care au reușit cumva să spargă tiparul în care era văzută viața și problemele ei, ca pe o funcție a indivizilor și a psihologiei acestora. Să nu facem nici o greșală: schimbarea perspectivei de la cea individuală la perspectiva sistemică a fost una revoluționară, care a făcut posibilă luarea în stăpânire a unui instrument profund și puternic pentru înțelegerea și rezolvarea problemelor umane.

A doua poveste a evoluției terapiei de familie este una a ideilor. Curiozitatea neliniștită a primilor terapeuți de familie i-a condus la o diversitate de moduri noi, ingenioase, de conceptualizare a bucuriilor și tristeților vieții de familie.

Atunci când citiți aceste istorii, rămâneți deschiși la surprize. Fiți gata să reexaminați afirmații simple – incluzând-o pe aceea care pare evidentă – cum că terapia de familie a

început cu un efort benevol de a susține instituția familiei. Adevărul este că, la început, terapeuții au avut în sistemul de familie cel mai puternic adversar.

Războiul nedeclarat

Chiar atunci când ne gândim la aziluri ca la niște locuri pline de cruzime și detenție, ele au fost construite la început pentru a salva pe cei nesănătoși de persecuția rudelor, de la a fi încuiați și torturați în podurile caselor. Corespunzător, în afara contractului de achita nota de plată, psihiatrii spitalului au ținut familiile la distanță pentru mult timp. În anii 1950, totuși, două evenimente tulburătoare i-au forțat pe terapeuți să recunoască puterea familiei de a influența cursul tratamentului.

Terapeuții au început să observe că, adesea, atunci când un pacient se făcea bine, altcineva din familie se îmbolnăvea, aproape ca și cum familia *avea nevoie* de un membru simptomatic. Ca și jocul de-a-v-ați-ascun-

selea, părea să nu conteze cine se ascundea, atâta vreme cât cineva juca rolul. Într-un caz, Don Jackson (1954) trata o doamnă de depresie. Când ea a reușit să-și revină, soțul ei a început să se plângă că situația ei de fapt se înrăutățea. Pe măsură ce ea se însănătoșea, soțul ei și-a pierdut slujba. Până la urmă, când a fost complet refăcută, soțul ei s-a sinucis. Aparent, stabilitatea acestui bărbat se baza pe faptul că avea o soție bolnavă.

Într-un alt caz al lui Jackson, un soț își implora soția să urmeze un tratament pentru „frigiditate”. Când, după câteva luni de terapie, responsivitatea ei sexuală a crescut, el a devenit impotent.

—Studiu de caz—

O altă poveste ciudată de schimbare a tulburărilor era aceea în care pacienții se însănătoșeau frecvent în spital doar ca să se îmbolnăvească din nou când se întorceau acasă. Într-un caz bizar de complex oedipian, Salvador Minuchin a tratat un bărbat tânăr spitalizat de mai multe ori pentru că a încercat să-și scoată proprii ochi. Pacientul era bine în Bellevue, dar tendințele de automutilare reveneau de fiecare dată când el mergea acasă. Se părea că el putea fi sănătos numai într-o lume nesănătoasă.

A reieșit că tânărul era extrem de apropiat de mama lui, o legătură care s-a intensificat în timpul celor șapte ani de absență misterioasă a tatălui. Tatăl era un cartofoz notoriu care a dispărut la puțin timp după ce a fost declarat legal drept incompetent. Erau zvonuri cum că l-ar fi răpit Mafia. Când, la fel de misterios, tatăl a reapărut, fiul său a început cu ciudatele încercări de automutilare. Poate că vroia să se orbească singur pentru a nu vedea obsesia sa pentru mama lui și ura față de tatăl său.

Dar această familie nu era nici antică, nici greacă, iar Minuchin era mai mult un pragmatic decât un poet. L-a provocat pe tată să-și protejeze fiul începând prin a trata în mod direct cu soția lui și apoi a provocat atitudinea pretențioasă a acestuia față de soția sa, ceea ce a făcut-o pe ea să simtă și mai mult nevoia proximității și protecției fiului ei. Terapia a fost o provocare a structurii familiale și, în Bellevue, a lucrat cu personalul psihiatric pentru a face mai ușoară întoarcerea tânărului în familie.

Minuchin i-a spus tatălui: „Ca părinte al unui copil în pericol, ceea ce faci nu este suficient”.

„Ce aş putea să fac?” a întrebat tatăl.

„Nu știu” a răspuns Minuchin. „Întreabă-ți fiul”. Apoi, pentru prima dată, de ani de zile, tatăl și fiul au început să vorbească. Chiar atunci când aproape nu mai aveau ce să-și spună unul altuia, Dr. Minuchin a comentat către ambii părinți: „Într-un fel ciudat, el vă spune că preferă să fie tratat ca un copil mic. Când era în spital el avea 23 de ani. Acum că s-a întors acasă el are șase ani”.

Ceea ce arată acest caz dramatic este cum părinții își folosesc copiii – ca să dea un sens existenței lor sau ca un tampon care să-i protejeze de o intimitate pe care nu o pot manevra – și cum unii copii acceptă acest rol.

Minuchin a spus noului Oedip: „Îți scoti ochii pentru mama ta, pentru ca ea să aibă pentru ce să-și facă griji? Ești un băiat bun. Copiii buni se sacrifică pentru părinții lor.”

Ce a demonstrat acest caz și altele similare a fost faptul că familiile sunt legate cu un lipici ciudat – se întind, dar nu vor să se rupă. Câțiva au învinovățit familia pentru reavoință fățișă, dar au fost și curente invidioase împotriva acestor observații. Povestea oficială a terapiei de familie este una a respectului față de instituția familiei, dar poate că nici unul dintre noi nu renunță

complet la ideea adolescenței că familiile sunt dușmanii libertății.

Impactul îmbunătățirii stării pacientului asupra familiei nu este întotdeauna negativ. Fisher și Mendell (1958) au raportat o răspândire a schimbărilor pozitive de la pacienți la alți membri ai familiei. Oricum, nu este important pentru moment dacă influența pacienților și a familiilor acestora unii asupra altora este bună sau rea. Problema este: schimbarea unei persoane schimbă sistemul.

Dinamica grupurilor mici

Cei care au încercat să înțeleagă și să trateze familiile au găsit o paralelă a familiilor cu grupurile mici. Dinamica grupului este relevantă pentru terapia de familie pentru că viața de grup este o combinație complexă de personalități individuale și proprietăți supraordonate ale grupului.

În anii 1920, cercetătorii din științele sociale au început studiul grupurilor naturale din societate cu speranța de a învăța cum să rezolve problemele politice înțelegând interacțiunile sociale în grupuri organizate. În 1920, pionierul psihologiei sociale, William McDougall a publicat „*Mintea Grupului*” în care a descris cum continuitatea unui grup depinde de ideea prezentă în mințile membrilor acestuia: de nevoia de linii de demarcație și structuri în care diferențierea și specializarea funcțiilor pot apărea, așa încât relațiile de la membru-la-membru să fie fixe și definite. O nouă abordare mai științifică a dinamicii grupului a fost promovată în anii 1940, de către Kurt Lewin, a cărui *teorie a câmpului* (Lewin, 1951) a ghidat o generație întreagă de cercetători psihologi industriali, terapeuți de grup și agenți ai schimbării sociale.

Inspirându-se și pornind de la Școala Gestalt a psihologiei perceptuale, Lewin a dezvoltat ideea că grupul este mai mult decât suma părților sale. Această proprietate a

grupului de a transcende are o relevanță evidentă pentru terapeuții de familie, care trebuie să muncească nu numai cu indivizii, dar și cu sistemele de familie – și cu rezistența lor faimoasă în fața schimbării.

Analizând ceea ce el a numit „*echilibru social cvasi-staționar*”, Lewin a indicat faptul că schimbarea comportamentului de grup necesită „dezghețare”. Numai după ce se întâmplă ceva care tulbură credințele și obiceiurile grupului, membrii grupului vor fi gata să accepte schimbarea. În terapia individuală, acest proces este inițiat de experiențele neplăcute care au determinat persoana să caute ajutor. În momentul în care acceptă statutul de pacient și se duce la terapeut, individul începe deja să-și „dezghețe” vechile obiceiuri. Când familiile vin la tratament, problema se schimbă.

Mulți membri ai familiilor nu sînt încă suficient de zdruncinați de situația simptomatică grea a unui membru al familiei, așa încât să fie pregătiți să-și schimbe propriile tabieturi. Mai mult decât atât, membrii familiei își aduc cu ei grupul primar de referință, cu toate tradițiile, moravurile și obiceiurile lui. Prin urmare, pentru a dezgheța o familie sau pentru a o zgâlțâi, înainte ca schimbarea terapeutică să poată avea loc este nevoie de mult mai mult efort. Nevoia de „dezghețare” a pus la încercare preocuparea terapeuților de familie de deranjare sau întrerupere a *homeostazei* de familie, o noțiune care a dominat terapia de familie zeci de ani.

Wilfred Bion este o altă figură majoră în studierea dinamicii grupurilor, care a accentuat grupul ca un întreg, cu propria lui dinamică și structură. După Bion (1948) cele mai multe grupuri divaghează de la sarcinile lor primare prin angajarea în modele de *ceartă-ceartă, dependență sau împerechere*. „Ipotezele de bază” ale lui Bion se extrapolează ușor terapiei de familie: Unele familii sunt atât de speriate de conflict încât se învârt în jurul unor probleme fierbinți,

Primii oameni care au practicat terapia de familie s-au întors la terapia de grup pentru un model



precum pisica în jurul cozii. Alții folosesc terapia doar ca să scape de plictiseală, preferând să se certe la nesfârșit mai degrabă decât să ajungă la un compromis, problema schimbării nu se mai pune. Terapia ia și masca dependenței atunci când terapeuți superactivi răpesc autonomia familiei în numele rezolvării problemelor. „Coalizarea se întâlnește în familii atunci când unul dintre părinți se aliază cu copiii pentru a-l zefle-misi și submina pe celălalt părinte.

Distincția între **proces/conținut** a avut în dinamica grupului, de asemenea, un impact major asupra tratamentului familiei. Terapeuții experimentați au învățat să fie atenți oricât de mult la *felul în care* familiile vorbesc, precum și la conținutul discuțiilor. De exemplu, o mamă i-ar putea spune fiicei ei că nu trebuie să se joace cu păpușile Barbie deoarece ea nu ar trebui să aspire la un asemenea ideal de frumusețe. *Conținutul* mesajului mamei este: respectă-te pe tine ca persoană și nu ca ornament. Dar dacă mama își exprimă punctul de vedere prin discreditarea sentimentelor fiicei, atunci *procesul* mesajului va fi: sentimentele tale nu contează.

Din păcate, conținutul unor discuții este atât de forțat încât terapeuții sunt distrași de la dimensiunile procesului. Să presupunem, de exemplu, că un terapeut invită un adolescent să vorbească cu mama sa despre dorința sa de a nu mai merge la școală. Să spunem că băiatul a mormăit ceva despre faptul că școala este o prostie, iar mama sa răspunde cu afirmații puternice despre nevoia de educație. Un terapeut care ar înclina să sprijine poziția mamei ar putea face o mare greșală. În ceea ce privește conținutul, mama s-ar putea să aibă dreptate, o diplomă de liceu poate fi folositoare. Dar poate este mai important, pe moment, să ajutăm băiatul să vorbească pentru el însuși – și să o ajutăm pe mamă să învețe să asculte.

Teoria rolurilor, explorată în literatura psihanalitică și a dinamicii grupului, are aplicații importante pentru studiul familiilor. Speranțele pe care rolurile le oferă aduc cu regularitate situațiilor sociale complexe.

Descriem adesea membrii familiei în termenii unui singur rol (soție sau soț), dar trebuie să ne amintim că soția poate fi, de asemenea, o mamă, o prietenă, o fiică și o persoană cu carieră profesională. Chiar și

rolurile pe care subiecții nu le îndeplinesc au mare potențial și de aceea sunt importante. Când membrii unei familii nefericite se fixează pe câteva roluri rigide, ei dezvoltă „artrita” interpersonală, o boală care conduce la rigiditate familială și atrofia unei vieți nefolosite.

În timp ce limitarea rolurilor duce la îngustarea posibilităților vieții de grup (și de familie), membrii grupului cărora li se cere să joace prea multe roluri sunt supuși supraîncărcării și credințelor conflictuale (Sherif, 1948). Printre rolurile potențiale dintr-o familie sunt acelea de părinte, gospodar, câștigător de pâine, bucătar și șofer. Aceste roluri pot fi împărțite – un partener este cel care asigură veniturile, celălalt gătește și face curățenie – sau împărțite – ambii muncesc în afara casei și împart celelalte munci casnice. Dar unul dintre parteneri poate fi prins într-un conflict de rol, dacă ea este forțată să aleagă între a sta târziu la o întâlnire de afaceri și a merge acasă să pregătească cina și a-i duce pe copii la antrenamentul de fotbal – dar, pentru că – în ciuda faptului că ea are un partener, acesta nu-și îndeplinește aceste roluri.

Rolurile tind să devină stereotipe în majoritatea grupurilor și, în acest fel, sunt parteneri de comportamente caracteristice membrilor grupului. Virginia Satir (1972) a descris rolurile din familie, precum „împăciuitorul” sau „neînțelegătorul”, în cartea sa „*Să facem oameni*” s-ar putea să vă dați seama că ați jucat un rol predictibil în timpul creșterii în propria familie. Poate ați fost „copilul care ajută” sau „tăcutul”, „comediantul”, „consilierul”, „rebelul” sau „copilul de succes”. Problema este că, odată învățate, asemenea roluri sunt greu de înlăturat. A executa ascultător, ceea ce ți se spune și a aștepta în tăcere pentru recompensă s-ar putea să meargă pentru „copilul care ajută”, dar aceasta s-ar putea să nu meargă în cariera profesională, unde sunt necesare mai multe acțiuni insistente.

Un lucru care face teoria rolurilor să fie atât de folositoare în înțelegerea familiilor este că rolurile tind să fie reciproce și complementare. Să spunem, de exemplu, că o femeie este mult mai dornică să petreacă mai mult timp cu prietenul ei decât este el. Poate, lăsat în voia lui, el ar suna-o de două ori pe săptămână. Dar dacă ea sună de trei ori pe săptămână, el s-ar putea să nu fie prin preajmă să răspundă apelului. Dacă relația lor progresează și acest model este menținut, ea va fi întotdeauna cea care urmărește, iar el cel care se distanțează. Sau să luăm cazul a doi părinți care pretind de la copiii lor să se poarte frumos la masă. Tatăl este mai iute la mânie și le face observații copiilor la zece secunde după ce aceștia încep să se poarte urât, în timp ce mama așteaptă o jumătate de minut pentru a face observația. Dar, dacă el va fi mereu primul care vorbește, ea nu va avea niciodată această șansă. Acești părinți pot deveni, în cele din urmă, polarizați în roluri complementare de strictete și îngăduință. Ceea ce face această reciprocitate rezistentă la schimbare este faptul că situațiile se întăresc și alimentează reciproc – și că fiecare așteaptă ca celălalt să se schimbe.

Terapeuții din grupul psihanalitic considerau grupul ca o recreare a familiei, în care terapeutul este obiect de transfer și membrii grupului pe poziții frățești. Așadar, în mod ironic, terapia de grup analitică, care a devenit unul din prototipuri pentru tratamentul familial, a început prin a trata grupul ca pe o familie surogat. Grupurile analitice au fost concepute să fie nestructurate într-un mod aproape frustrant pentru a provoca conflicte latente inconștiente și a revitaliza problemele din grupul familial de origine. Motivele de bază ale membrilor grupului au fost considerate combinații conflictuale de dragoste și ură, de plăcere și durere și exigențe ale superegoului vizavi de nevoile impulsurilor primitive. Observați că accentul

se pune asupra individului, mai degrabă decât pe grup ca întreg.

În abordarea dinamicii de grup, dezvoltată de Foulkes, Bion, Ezriel și Anthony din Marea Britanie, accentul s-a schimbat de la indivizi la grupul însuși, văzut ca o entitate transcendentă cu propriile ei legi inerente. Acești terapeuți au studiat interacțiunile grupului nu numai pentru ceea ce acestea dezvăluiau, ci și pentru a descoperi temele sau dinamica comună tuturor membrilor grupului. Acest *proces de grup* a fost considerat ca o caracteristică fundamentală a interacțiunii sociale și un instrument major de schimbare.

O altă direcție pornită de la terapia de grup psihanalitică a fost modelul experimental. Terapia de grup experimentală susținută de psihiatrii existențialiști Ludwig Binswanger, Medărd Boss și Rollo May în Europa și de Carl Rogers, Carl Whitaker și Thomas Malone în Statele Unite, a pus accentul pe implicarea personală, profundă, cu pacienții, abordare opusă tratării pacientului ca pe un obiect supus disecției. Fenomenologia a luat locul analizei și experiența imediată a fost văzută ca un drum regal de dezvoltare personală.

Psihodrama lui Moreno, în care pacienții interpretează conflictele în loc să le discute, a fost una din abordările cele mai timpurii în tratamentul grupului (Moreno, 1945). Psihodramele sunt interpretări dramatice din viațile pacienților, folosind tehnici pentru a stimula expresia emoțională și pentru a clarifica conflictele. Deoarece accentul se pune pe acțiunea interpersonală, psihodrama este un mijloc direct și puternic de explorare a relațiilor și de rezolvare a problemelor de familie. Deși psihodrama rămâne tangențială abordării principale a terapei de grup, tehnicile de tipul joc-de-rol ale lui Moreno au fost adoptate în mare măsură de către conducătorii de grup și de terapeuții de familie.

Terapia gestaltistă a lui Fritz Perls are ca scop creșterea spontaneității, a creativității și

a responsabilității personale. Chiar dacă este frecvent folosită în grupuri, terapia gestaltistă descurajează membrii grupului de la interacțiune, în timp ce o persoană lucrează la un moment dat cu terapeutul. Și chiar dacă tehnicile gestaltiste sunt folosite mai frecvent în terapia individuală decât în cea de grup, ele au fost împrumutate de către liderii de grup și de câțiva dintre terapeuții de familie pentru a stimula interacțiunea emoțională (de exemplu, Kempler, 1974; Schwartz, 1995).

Date fiind procedurile extensive și diverse de explorare a relațiilor interpersonale dezvoltate de terapeuții de grup, a fost normal ca unii terapeuți de familie să aplice modelele de tratament de grup în lucrul cu familiile. A fost o etapă scurtă de la observarea reacțiilor unui pacient la cele ale celorlalți membri ai grupului – unele dintre ele putând să fie similare fraților sau părinților – pentru observarea interacțiunilor din familiile reale. La urma urmelor, ce sunt familiile dacă nu grupuri colective cu subgrupuri variate?

Din punct de vedere tehnic, terapiile de grup și de familie sunt similare: ambele includ mai multe persoane. Ambele sunt complexe și amorse, mai asemănătoare cu realitatea socială de fiecare zi decât cu terapia individuală. În grupuri și în familii, fiecare pacient trebuie să reacționeze la un număr de oameni nu numai la terapeut, iar folosirea terapeutică a acestei interacțiuni este un mecanism definitiv al schimbării în ambele situații. În consecință, mulți terapeuți de grup și de familie încercau să rămână relativ inactivi și descentralizați în așa fel încât pacienții din cabinet să relaționeze unul cu celălalt.

În tratamentul individual terapeutul este un confident sigur, dar artificial. Pacienții se așteaptă ca terapeuții să fie înțelegători și agreabili, un auditoriu pentru o singură persoană prietenoasă. Nu este același lucru cu grupurile și familiile. În ambele cazuri,

situația este mai naturală, mai amenințătoare poate, dar, de asemenea, mult mai asemănătoare cu experiența de zi cu zi. Transferul la viața din afara cabinetului de consultații este de aceea mult mai direct.

Cu toate acestea, la o examinare mai atentă, putem vedea că diferențele dintre familii și grupurile de străini sunt atât de multe și de importante încât modelul de grup are numai aplicabilitate limitată la tratamentul de familie. Membrii familiei au o lungă istorie și – mai important – un viitor împreună. A te dezvălui pe tine însuși străinilor este mai ușor și mai sigur decât să te expui membrilor propriei tale familii. De fapt, daune serioase pot fi aduse de către terapeuții care sunt atât de naivi încât să forțeze membrii familiei să fie întotdeauna „complet sinceri și deschiși” unul față de celălalt. Odată expuse, dezvăluirile pripite, care ar fi fost mai bine să rămână private, nu mai pot fi retrase – aventura de mult terminată sau a admite că o femeie *are mai multă grijă* de cariera ei decât de copiii ei. Continuitatea, angajarea și distorsiunile împărtășite, toate ne conduc la concluzia că tratamentul pentru familii trebuie să fie diferit de terapia pentru grupuri.

În unul din puținele studii despre grupurile mici, folosind familii, Strodbeck (1954) a testat o varietate de propuneri derivate din grupurile de străini și a găsit diferențe majore, pe care le-a subscris relațiilor de durată ale membrilor familiei. Strodbeck (1958) a detaliat mai târziu opinia că interacțiunile familiale, spre deosebire de cele din grupurile ad-hoc, pot fi înțelese numai în condițiile istoriei grupului familial.

Grupurile terapeutice sunt destinate creării unei atmosfere de căldură și de sprijin. Acest sentiment de siguranță între străini înțeleșători nu poate fi parte a terapiei de familie, în loc de a separa tratamentul de un mediu stresant, mediul stresant însuși este luat în tratament. Mai mult, în terapia de grup,

pacienții pot avea putere și statut egale, în timp ce egalitatea democratică nu este proprie familiilor. Cineva trebuie să fie (sau ar trebui să fie) responsabil. Mai mult, pacientul oficial în familie se simte izolat și stigmatizat. La urma urmei, el sau ea este „problema”. Sentimentul de protecție dat de apartenența la grupul terapeutic al străinilor, cu care nu trebuie să stai față în față la masa de seară, nu există în terapia de familie, unde, *nu este* întotdeauna sigur să vorbești deschis.

Deși terapia de grup a fost folosită ca un model pentru terapia de familie de unii practicieni timpurii, numai distincția proces/ conținut și teoria rolurilor au avut un impact de durată asupra curentului terapiei de familie. O aplicație a metodelor de grup care a persistat în terapia de familie este cea a grupurilor de cupluri, iar noi vom examina această formă de tratament în capitolele următoare.

Mișcarea de orientare a copilului

Freud a fost acela care a introdus ideea că tulburările psihologice sunt consecința unor probleme nerezolvate în copilărie. Alfred Adler a fost primul dintre urmașii lui Freud care a continuat ideea că tratarea copiilor în creștere ar putea fi cea mai eficientă cale de a preveni nevrozele adulților. În acest scop, Adler a organizat clinici de orientare a copiilor la Viena, unde se oferea consiliere copiilor, familiilor și profesorilor. Adler a oferit încurajare și sprijin într-o atmosferă de optimism și încredere. Tehnica lui a ajutat la alinarea sentimentelor *de inferioritate* ale copiilor, în așa fel încât ei să poată avea un *stil de viață* sănătos și să poată fi competenți și să aibă succes prin *utilitate socială*.

În 1909, psihiatrul William Healy a fondat Institutul de Psihopatie pentru Copii, (cunos-

cut și sub numele de Institutul de Cercetare Juvenilă din Chicago), un pionier în practica clinică pentru orientarea copiilor. În 1917, Healy s-a mutat la Boston, unde a înființat Centrul de Orientare Judge Baker, destinat evaluării și tratamentului copiilor delincvenți.

Atunci când mișcarea de orientare a copiilor s-a extins, în anii 1920, printr-o bursă de la Fondul Commonwealth (Ginsburg, 1955), Rudolph Dreikurs, unul din studenții lui Adler, a devenit unul dintre cei mai eficienți și proeminenți. În 1924, a fost organizată Asociația Americană de Ortopsihiatrie pentru a lucra în domeniul prevenirii tulburărilor emoționale la copii. Deși clinicile de orientare a copiilor rămăneau puține la număr până după al doilea război mondial, acum ele există în fiecare oraș din Statele Unite, asigurând un cadru pentru studierea și tratamentul problemelor psihologice ale copilăriei și ale fortelor complexe sociale și de familie care contribuie la aceste probleme. Tratamentele au fost conduse de către echipe de psihiatri, psihologi și asistenți sociali, care și-au concentrat foarte mult atenția asupra mediului de familie al copilului.

Treptat, lucrătorii din domeniul orientării copiilor au ajuns la concluzia că problema reală nu era cea aparentă, simptomele copilului, ci mai degrabă tensiunile din familie erau sursa acelor simptome. La început a existat o tendință de a învinovăți părinții, în special mamele.

Cauza principală a problemelor psihologice ale copilăriei, după Levy, era *protecția maternă excesivă*. Mamele care, ele însele, au fost lipsite de dragoste în timpul creșterii au devenit excesiv de protectoare cu copiii lor. Unele au făcut acest lucru într-o manieră dominatoare, altele au fost prea indulgente. Copiii mamelor autoritare erau submisivi acasă, dar aveau dificultăți să-și facă prieteni; copiii cu mame indulgente erau neascultători acasă, dar se comportau bine la școală.

În această perioadă, Frieda Fromm-Reichmann (1948) a formulat una dintre frazele cele mai acuzatoare din istoria psihiatriei: **mamele schizofrenice**. Aceste femei autoritare, agresive, respingătoare și nesigure, mai ales atunci când erau căsătorite cu bărbați nepotriviți, pasivi și indiferenți, erau considerate responsabile pentru crearea unei creșteri patologice care producea schizofrenie. Descrierile Adelaidei Johnson cu privire la transmiterea unor *superego lacunae* constituie un alt exemplu pentru felul în care părinții erau acuzați și învinovați pentru cauzarea de probleme copiilor lor (Johnson & Szurek, 1954). După Johnson, comportamentul antisocial al delincvenților și psihopatilor se datora unor defecte în superego-urile lor, care le-au fost transmise de părinți.

Tendința de a învinovăți părinții, în special mamele, pentru problemele din familie a fost o direcție revoluționară greșită care continuă să bântuie domeniul. Cu toate acestea, acordând atenție la ce se întâmplă între părinți și copii, Levy, Fromm-Reichmann și Johnson au ajutat la pavarea drumului spre terapia de familie.

Chiar dacă importanța familiei era recunoscută, mamele și copiii erau încă tratați separat, iar discuțiile dintre terapeuți erau descurajate pe motiv că ar putea compromite relațiile terapeutice individuale. Aranjamentul uzual era ca psihiatrul să trateze copilul, în timp ce un asistent social să vadă mama. Consilierea mamei era un fapt secundar față de scopul principal de tratare a copilului. În acest model, familia era văzută ca o extindere a copilului, în loc să fie invers.

În final, mișcarea de orientare și-a modificat punctul de focalizare de la a vedea părinții ca agenți nocivi, la credința că patologia a fost inherentă în relațiile dintre pacienți, părinți și alții importanți. Această schimbare a avut consecințe profunde. Acum psihopatologia nu mai era localizată în interiorul indivizilor; părinții nu mai erau

răufăcători, iar pacienții victime. Acum natura interacțiunii acestora a fost văzută ca o problemă.

Activitatea lui John Bowlby la Clinica Tavistock a exemplificat tranziția de la abordarea individuală la abordarea familială. Bowlby (1949) trata un copil într-o manieră psihanalitică și făcea progrese foarte lente. Simțindu-se frustrat, el a hotărât să vadă împreună, într-o ședință, copilul cu părinții săi. În timpul primei jumătăți a acestei ședințe de două ore, copilul și părinții s-au plâns pe rând, fiecare învinuindu-l pe celălalt. În timpul celei de a doua jumătăți, Bowlby le-a împărtășit ce credea el despre contribuția fiecăruia la problema existentă. Până la urmă, lucrând împreună, toți cei trei membri ai familiei au ajuns să dezvolte o anumită înțelegere pentru punctul de vedere al fiecăruia.

Chiar dacă era intrigat de posibilitățile acestor interviuri cuplate, Bowlby a rămas legat de formatul unu-la-unu. Întâlnirile de familie pot fi un catalizator, credea Bowlby, dar numai ca un auxiliar al tratamentului *adevărat*, care rămânea terapia psihanalitică. Ceea ce a început Bowlby ca un experiment, a fost continuat de Nathan Ackerman – terapia de familie ca formă primară a tratamentului clinic de orientare a copilului. Încă înainte de 1938, Ackerman a sugerat valoarea întrevederilor cu familia ca o întreagă entitate, atunci când avem de a face cu tulburări la nivelul unuia dintre membrii acesteia (Ackerman, 1938). Mai departe, el a recomandat studierea familiei ca pe un mijloc de înțelegere a copilului – în loc de ordinea inversă (Ackerman & Sobel, 1950). De îndată ce a simțit nevoia de a înțelege familia pentru a diagnostica problemele, Ackerman a făcut rapid pasul următor – tratamentul familiei. Dar înainte de a ajunge acolo, totuși, să examinăm dezvoltările paralele în asistența socială și în cercetare privind schizofrenia care au dus la crearea terapiei de familie.

Influența asistenței sociale

Nici o istorie a terapiei de familie nu ar fi completă fără a menționa contribuția enormă a asistenților sociali și a tradiției lor în serviciul public. Încă de la începutul profesiei lor, asistenții sociali au fost preocupați de familie, atât ca unitate socială de bază, cât și ca centru al intervenției (Ackerman, Beatman, & Sherman, 1961). Într-adevăr, paradigma centrală a asistenței sociale – a trata persoana-în-mediul-ei a anticipat abordarea ecologică a terapiei de familie mult înainte ca teoria sistemelor să fi fost introdusă.

Domeniul asistenței sociale s-a lărgit ca urmare a mișcărilor de caritate din Marea Britanie și din Statele Unite ale Americii la sfârșitul secolului al XIX-lea. Atunci, ca și acum, asistenții sociali se dedicau îmbunătățirii condițiilor de viață ale celor săraci și neprivilegiați. În plus, prin administrarea unor nevoi fundamentale ale clienților pentru hrană, îmbrăcăminte și adăpost, asistenții sociali au încercat să ușureze stresul emoțional în familiile clienților lor și să redreseze forțele sociale responsabile pentru distanțierea extremelor: sărăcia și privilegiile.

Vizitatorul prietenos era un asistent social care vizita clienții acasă pentru a evalua nevoile lor și a oferi ajutor. Prin aducerea ajutoarelor în afara birourilor, în casele clienților lor, aceste vizite au distrus artificialitatea modelului medic-pacient care a fost dominant atât de mult timp. (Terapeuții de familie au redescoperit, în această perioadă, valoarea faptului de a ieși din cabinetele lor și de a-și întâlni clienții acolo unde aceștia trăiesc).

Asistența de caz cu familiile era cel mai important obiectiv al formării asistenței sociale la începuturile ei. De fapt, primul curs predat la școlile originale de asistenți sociali în Statele Unite era „Tratamentul Familiilor Nevoiașe în Propriile lor Case” (Siporin, 1980).

Vizitatorii prietenoși erau învățați despre importanța interviuării ambilor părinți în același timp pentru a putea obține o imagine completă și exactă a problemelor familiei – cu mult înainte ca asistenții din sănătatea mintală tradițională să înceapă să experimenteze ședințele de familie unite.

La începutul secolului, asistenții sociali de caz erau de mult conștienți de ce psihiatriei i-a trebuit încă cincizeci de ani să descopere – că familiile trebuie considerate ca unități. Mary Richmond (1917), în scrierile ei clasice, „*Diagnoza socială*” prescria tratamentul „întregii familii” și avertiza împotriva izolării membrilor familiei în afara contextului lor natural. Conceptul lui Richmond de „*coeziune a familiei*” a avut o impresionantă rezonanță modernă, anticipând dezvoltările ulterioare în teoria rolurilor, dinamica de grup și, desigur, teoria structurală a familiei. După Richmond, gradul de legătură emoțională dintre membrii familiei este critic pentru abilitățile lor de a supraviețui și a se dezvolta.

Richmond a anticipat direcții de dezvoltare care au început să preocupe terapia de familie în anii 1980, prin a vedea familiile ca sisteme în cadrul sistemelor. Așa cum subliniază Bardhill și Saunders (1988),

Ea a recunoscut că familiile nu sunt entități izolate (sisteme închise), ci există într-un context social specific, pe care-l influențează interactiv și este influențat de funcționalitate (adică sunt deschise). Ea a descris în mod grafic situația folosind un set de cercuri concentrice pentru a reprezenta nivelurile sistemice diferite de la individual la cultural. Abordarea ei practică era să se ia în considerare efectul potențial al intervențiilor la fiecare nivel sistemic și să se înțeleagă și să se folosească interacțiunea reciprocă a ierarhiei sistemice în scopuri terapeutice. Ea a abordat într-adevăr o perspectivă sistemică a suferinței umane. (p. 319)

Atunci când mișcarea terapiei de familie a fost lansată, asistenții sociali erau printre cei mai numeroși și importanți contribuabili. Printre liderii care au venit în terapia de familie printr-o formare ca asistenți sociali au fost: Virginia Satir, Ray Bardhill, Peggy Papp, Lynn Hoffman, Froma Walsh, Insoo Berg, Jay Lappin, Richard Stuart, Harry Aponte, Michael White, Doug Breunlin, Olga Silverstein, Lois Braverman, Steve de Shazer, Peggy Penn, Betty Carter, Braulino Montalvo și Monica McGoldrick. (Incidental, numai a începe o astfel de listă este dificil deoarece am putea continua pe pagini întregi și am putea omite o groază de nume importante).

Cercetarea despre dinamica familiei și etiologia schizofreniei

Familiile cu membri schizofreni s-au dovedit a fi o zonă deosebit de fertilă pentru cercetare pentru că modelele lor stranie de interacțiune erau atât de dramatice. Cu toate acestea, faptul că terapia de familie a apărut din cercetarea schizofreniei a dus la speranța mult prea optimistă că terapia de familie ar putea fi o cale de vindecare a acestei cumplite forme de nebunie. Mai mult decât atât, deoarece familiile anormale sunt atât de rezistente la schimbare, terapeuții de familie timpurii tind să exagereze proprietățile homeostatice ale vieții de familie.

Terapeuții de familie nu au descoperit rolul familiei în schizofrenie, ci, de fapt, observând interacțiunile familiilor, au fost martorii modelelor asupra cărora predecesorii lor au făcut numai speculații. Influențele familiei asupra schizofreniei au fost recunoscute încă timpuriu, la Freud, în descrierea faimosului caz al doctorului Schreber (1911). În această primă formula-

re psihanalitică a psihozei, Freud discută factorii psihoanalitici din paranoia și schizofrenie și, de asemenea, sugerează cum relația bizară a pacientului cu tatăl său a jucat un rol în deziluziile sale fantastice.

Harry Stack Sullivan s-a concentrat asupra relațiilor interpersonale în strălucita sa lucrare despre schizofrenie. Începând cu 1927, el a subliniat importanța „familiei spitalului” – medici, surori și ajutoare – ca un substitut benevol pentru familia reală a pacientului. Sullivan însă nu a dus această idee mai departe pentru a implica direct familiile în tratament. Frieda Fromm-Reichmann credea, de asemenea, că familia juca un rol în dinamica schizofreniei și considera crucială familia spitalului în rezolvarea episoadelor schizofrenice. Chiar dacă acești psihiatri interpersonali au recunoscut importanța vieții de familie în schizofrenie, ei au continuat să trateze familia ca un mediu patologic din care pacienții trebuie îndepărtați.

În anii 1940 și 1950, cercetările asupra legăturii dintre viața de familie și schizofrenie au condus la munca de pionierat a primilor terapeuți de familie.

Gregory Bateson – Palo Alto

Unul din grupurile cu cel mai puternic drept de a reclama apariția terapiei de familie a fost proiectul despre schizofrenie al lui Gregory Bateson de la Palo Alto, California. Om de știință de formație clasică, Bateson a studiat comportamentul animal, teoria învățării, evoluția și ecologia, precum și psihiatria de spital. El a lucrat cu Margaret Mead în Bali și în Noua Guinee; apoi, interesat de cibernetică, a scris *Naven* și a lucrat la sintetizarea ideilor cibernetice și a datelor antropologice¹.

A introdus domeniul psihiatric, în momentul în care, împreună cu Jurgen Ruesch, la Clinica Langley Porter, a scris „*Comunicarea: matricea socială a psihiatriei*”. În 1962, Bateson s-a întors la studierea comunicării între animale și începând din 1963 până la moartea sa, în 1980, a lucrat la Institutul de Oceanografie din Hawaii.

Proiectul Palo Alto a început în toamna anului 1952, când Bateson a primit o bursă din partea Fundației Rockefeller să studieze natura comunicării în condițiile nivelurilor. Orice comunicare, scria Bateson (Bateson, 1951), are două niveluri sau funcții diferite: *relatarea și comanda*. Orice mesaj are un conținut declarat, ca de exemplu „Spală-te pe mâini, este ora mesei!”; dar, în plus, mesajul mai conține indicații asupra felului cum trebuie primit. În acest caz, al doilea mesaj este că vorbitorul este responsabil.

Acest al doilea mesaj – *metacomunicarea* – este ascuns și adesea trece neobservat. Dacă o soție îi face observații soțului să nu pornească mașina de spălat vase când este numai pe jumătate plină și el spus că e de acord, dar se întoarce și face exact același lucru două zile mai târziu, ea este plictisită că el nu a ascultat-o. Ea vrea să comunice un mesaj. Dar poate lui nu i-a plăcut metame-sajul. Poate lui nu-i place ca ea să-i spună ce să facă, de parcă ea ar fi mama lui.

În 1953, lui Bateson i s-au alăturat Jay Haley și John Wakland. Haley a fost la început interesat de analiza socială și psihologică a fanteziei; Weakland era un inginer chimist care a devenit interesat de antropologia culturii. Mai târziu, în același an, un psihiatru, William Fry li s-a alăturat; interesul lui major a fost pentru studiul umorului. Acest grup de talente eclectice și interese catolice a studiat jocul vidrelor,

¹ Norbert Wiener (1948) a inventat termenul de *cibernetică* pentru corpul cunoștințelor despre comanda feedback-ului sistemelor de procesare informatice.

Aplicată la familii, metafora cibernetică concentrează atenția asupra felului în care familiile se blochează în buclele repetitive ale comportamentului neproductiv.

antrenarea câinilor însoțitori, înțelesul și folosirea umorului, semnificația socială și psihologică a filmelor populare și modalitățile de exprimare ale pacienților schizofrenici. Bateson le-a lăsat membrilor proiectului libertatea de acțiune; dar, deși ei au investigat multe feluri de comportamente umane și animale complexe, toate studiile acestora au avut ca subiect conflictele dintre mesaje și mesajele calificate.

În 1954, Bateson a primit o bursă de doi ani de la Fundația Macy pentru a studia comunicarea schizofrenicilor. Puțin după aceea, grupului i s-a lăturat Don Jackson, un eminent psihiatru, care a lucrat în calitate de consultant clinic și supervisor de psihoterapie.

Interesele grupului s-au îndreptat spre dezvoltarea teoriei comunicării, care putea explica originea și natura comportamentului schizofrenic, în special în contextul familiilor. Merită menționat, totuși, faptul că la începuturile proiectului nici unul dintre ei nu se gândea de fapt să observe schizofrenicii și familiile acestora.

Bateson și colegii săi presupuneau că stabilitatea familiei este realizată prin feedback-ul care reglementează comportamentul familiei și al membrilor acesteia. Ori de câte ori sistemul familiei este amenințat – adică este perturbat – tendința este de a menține stabilitatea sau **homeostazia**. De aceea, comportamentul aparent enigmatic poate deveni de înțeles dacă este perceput ca un mecanism homeostatic. De exemplu, dacă atunci când doi părinți se ceartă că un copil prezintă comportamente simptomatice, simptomele pot fi o modalitate de a întrerupe cearta prin unirea părinților în această preocupare. Comportamentul simptomatic servește, astfel, funcția cibernetică de păstrare a echilibrului familiei. Din nefericire, în timpul procesului, unul din membrii familiei poate să-și asume rolul de „pacient identificat”.

Speculând că schizofrenia ar putea fi un rezultat al interacțiunii familiale, grupul lui

Bateson a încercat să identifice secvențele de schimbare care ar putea induce simptomatologia. Odată ce au fost de acord că această comunicare schizofrenică trebuie să fie un produs a ceea ce a fost învățat în interiorul familiei, grupul a căutat împrejurările care ar fi putut conduce la asemenea modele de vorbire confuză și amănunțite.

În 1956, Bateson și colegii lui au publicat celebrul raport „Spre o teorie a schizofreniei”, în care au introdus conceptul de **legătură dublă**. Ei presupuneau că acest comportament psihotic ar putea fi decodat în contextul comunicării patologice de familie. Pacienții nu sunt nebuni într-un fel autonom: ei sunt o extensie de înțeles a mediului de familie nebun. Considerați pe cineva într-o relație importantă în care scăparea nu este posibilă, iar răspunsul este necesar; dacă el sau ea primesc două mesaje legate, dar contradictorii la diferite nivele, dar găsesc inconsistența dificil de detectat sau de comentat (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956), atunci acea persoană este într-o legătură dublă.

Deoarece acest concept dificil este folosit adesea greșit ca un sinonim al mesajelor paradoxale sau contradictorii simple, merită să se revizuiască fiecare trăsătură a legăturii duble așa cum autorii le-au nominalizat. Legătura dublă are șase trăsături caracteristice:

1. Două sau mai multe persoane într-o relație importantă.
2. Experiență repetată.
3. Interdicția primară negativă, precum „Nu face X sau te voi pedepsi.”
4. O a doua interdicție la un nivel mult mai abstract, în contradicție cu prima, întărită, de asemenea, prin pedeapsă sau percepută ca amenințare.
5. O a treia interdicție negativă împiedicând scăparea și cerând un răspuns. Fără

această restricție „victima” nu s-ar simți legată.

6. În cele din urmă, setul complet de ingrediente nu mai este necesar din momentul în care victima este condiționată să perceapă lumea în condițiile legăturilor duble; oricare din părțile secvenței devine suficientă pentru a provoca panică sau furie.

Cele mai multe exemple de legături duble din literatură sunt inadecvate deoarece nu includ toate trăsăturile caracteristice critice. Robin Skynner, de exemplu, cita (1976): „Băieții trebuie să înfrunte viața singuri și să nu fie efeminați”; dar „Nu fi aspru... nu fi rău cu mama ta” Derutant? Da. Conflictual? Poate. Dar aceste două mesaje nu constituie o legătură dublă; ele sunt mai degrabă o contradicție. Confruntat cu asemenea două declarații, un copil este liber să asculte de oricare dintre ele, să alterneze sau chiar să se plângă de această contradicție. Acesta și alte multe exemple similare ignoră specificarea ca cele două mesaje să fie conduse la niveluri diferite.

Un exemplu mai bun este cel dat în articolul original de Bateson, Jackson, Haley și Weakland (1956). Un tânăr care se recupera în spital după un episod de schizofrenie este vizitat de mama lui. Când și-a pus brațul în jurul ei, s-a încordat: „Nu mă mai iubești?” El s-a înroșit, iar ea a spus: „Dragă, nu trebuie să te rușinezi și să-ți fie teamă de sentimentele tale.” După acest schimb de cuvinte pacientul s-a supărat; după ce vizita s-a terminat, el a agresat o soră și a trebuit să fie izolat.

Observați că toate cele șase caracteristici ale dublei legături se găsesc în acest schimb de cuvinte și, de asemenea, faptul că tânărul este prins. Nu există nici o legătură dacă subiectul nu este legat. Conceptul este interacțional.

Un alt exemplu de legătură dublă ar putea fi un profesor care cere studenților să participe la oră, dar se enervează atunci când

unul dintre aceștia întrerupe lecția cu o întrebare sau un comentariu. Atunci se întâmplă un lucru nefavorabil. Dintr-un motiv staniu pe care oamenii de știință trebuie să-l descifreze, studenții tind să nu vorbescă la cursurile unde comentariile lor sunt respinse sau ridiculizate. Atunci când profesorul ajunge, în sfârșit, la momentul când așteaptă întrebări, și nimeni nu răspunde, el se supără. („Studenții sunt atât de pasivi!”). Dacă vreunul dintre studenții îndrăznește să comenteze lipsa de receptivitate a profesorului, atunci acesta s-ar înfuria și mai mult. Astfel, studenții vor fi pedepsiți dacă nu au înțeles că profesorul vrea de fapt ca numai ideile lui să fie auzite și admirate. (Acest exemplu este, desigur, ficțiune pură).

Noi toți avem de a face cu legături duble ocazionale în mod continuu – și aceasta are un efect înnebunitor. Fără să fie în stare să comenteze dilema, schizofrenicul răspunde defensiv, poate pentru că răspunsurile sale sunt concrete și literale, poate pentru că vorbește cu răspunsuri sau metafore deghizate. În cele din urmă, schizofrenicul, ca și paranoicul, poate presupune că în spatele fiecărei afirmații este un înțeles ascuns.

Descoperirea că simptomele schizofreniei aveau înțeles în contextul unor familii putea fi un progres științific, dar a avut influențe morale și politice. Nu numai acești cercetători s-au văzut ei înșiși drept niște cavaleri răzbnători porniți să salveze „pacienții identificați” prin uciderea dragonului familiei, ei erau, de asemenea, cruciați într-un război sfânt împotriva așezământului psihiatric. Mai numeroși și înconjurați de critica ostilă, campionii terapiei de familie au pus la îndoială ipoteza ortodoxă că schizofrenia era o boală biologică. Vindecătorii psihologi au încurajat-o pretutindeni. Din păcate, ei au greșit.

Observația conform căreia comportamentul schizofrenic pare să se potrivească în unele familii nu înseamnă că familiile provoacă schizofrenia. În logică, acest tip de

raționament se numește „a se grăbi să tragă concluzii”. Este trist că familiile cu membri schizofrenici au suferit ani de zile datorită ipotezei că ei erau de vină pentru tragedia psihozelor copiilor lor.

După publicarea lucrării despre legătura dublă, membrii proiectul au început să intervieveze părinții împreună cu copiii schizofrenici ai acestora. Aceste ședințe erau mai degrabă exploratorii decât terapeutice, dar ele au reprezentat un progres major; au dat posibilitatea observării interacțiunilor familiale, în locul speculării despre acestea. Aceste ședințe de familie unite au ajutat propulsarea mișcării terapiei de familie și vom vedea în secțiunea următoare ce au dezvăluit ele.

Toate descoperirile grupului lui Bateson se unesc într-un punct comun, centralitatea comunicării în organizarea familiilor. Ceea ce face ca familiile să devină patologice, au concluzionat ei, era comunicarea patologică. Ei nu au ajuns la un acord privind sublinierea motivației pentru mesaje neclare pe care le-au observat. Haley credea că o luptă ascunsă era forța motivatoare pentru legăturile duble: Bateson și Weakland erau de părere că nevoia de a ascunde sentimentele inacceptabile era responsabilă. Dar toți erau de acord că, un comportament nesănătos poate fi adaptiv în contextul familiei. Cele două mari descoperiri ale acestei echipe talentate au fost: (1) nivelurile multiple ale comunicării și (2) modelele distructive ale relației sunt menținute de interacțiunile de autoreglare ale grupului familial.

Theodore Lidz-Yale

Cercetările lui Theodore Lidz-Yale asupra dinamicii de familie a schizofreniei s-au concentrat în jurul a două preocupări psihanalitice tradiționale: rolurile familiale suprarigide și modelele parentale defectuoase de identificare.

Lidz a atacat convingerea conform căreia respingerea maternă era caracteristica distinctivă majoră a familiilor schizofrenice și, într-una din cele mai notabile descoperiri, a observat că în mod frecvent influența cea mai distructivă era cea a tatălui. Într-o lucrare de marcă intitulată „Mediul intrafamilial al pacientului schizofrenic, I: Tatăl” (Lidz, Cornelison, Fleck & Terry, 1957a), Lidz și colegii lui descriau cinci modele de patologie a tatălui în familiile schizofrenicilor.

Primul grup era dominant și autoritar, în conflict constant cu soțiile lor. Al doilea grup era ostil față de copii mai degrabă decât față de soțiile lor. Acești bărbați rivalizau cu copiii lor pentru atenția și afecțiunea mamei, comportându-se mai mult ca niște frați geloși decât ca părinți. Cel de-al treilea grup de tați prezentau grandomanie paranoică pură. Ei erau rezervați și distanți. Al patrulea grup de tați erau niște ratați în viață și niște non-entități acasă la ei. Copiii din aceste familii au crescut ca și cum nu ar fi avut tată. Al cincilea grup de tați erau pasivi și submisivi și se comportau mai mult ca niște copii în loc de a se comporta ca părinți. Ei erau plăcuți, aproape mămoși, dar ofereau modele slabe de identificare. Acești tați submisivi nu reușeau să contrabalanseze influența dominantă a soțiilor lor. Lidz a tras concluzia că ar putea fi mai bine să crești fără tată decât cu unul care este prea rezervat sau slab ca să servească ca model sănătos de identificare.

După descrierea unor caracteristici patologice ale tatilor din familiile schizofrenicilor, Lidz și-a întors atenția spre defectele din relațiile maritale. Tema care stătea la baza descoperirilor sale era absența *reciprocității rolurilor*. Într-o relație de succes nu este suficient să-ți îndeplinești numai propriul rol – să fii o persoană eficientă, ci este, de asemenea, necesar să-ți echilibrezi rolul cu cel al partenerului – să fii o perche eficientă. În familiile schizofrenice, Lidz a constatat

că soții nu erau capabili să-și îndeplinescă propriile roluri și nici nu ofereau un sprijin partenerilor lor.

Lidz a găsit relațiile maritale dereglate în toate cazurile studiate (Lidz, Cornelison, Fleck & Terry, 1957b). Concentrându-se asupra eșecului pentru a ajunge la roluri reciproce și cooperante, Lidz a identificat două tipuri generale de dezacord. În primul, **schismul marital**, este un eșec cronic de a se acomoda unul cu altul sau de a realiza reciprocitatea rolului. Acești soți și soții își subminează în mod cronic valoarea și concurează unul cu altul pentru loialitatea și afecțiunea copiilor lor. Căsătoriile lor erau terenuri de luptă. Al doilea patern, **dezechilibrul marital**, implică o psihologie severă a unuia dintre parteneri care-l domină pe celălalt. Astfel, un părinte devine extrem de dependent în timp ce celălalt apare ca o figură de părinte puternic, dar este, de fapt, un fanfaron patologic. Partenerul mai slab, în cazurile lui Lidz, de obicei tatăl, continuă să meargă împreună cu distorsiunile patologice ale celui dominant. În toate aceste familii, copiii nefericiți sunt consumați de loialități conflictuale și sunt apăsați de presiunea de a echilibra căsătoriile precare ale părinților lor.

Lyman Wynne – Institutul Național de Sănătate Mentală

Niciunul dintre liderii terapiei de familie nu a avut o carieră atât de lungă și deosebită ca Lyman Wynne. Pregătirea sa impecabilă și interesul pasionat pentru cei nefericiți i-au servit drept inspirații timp de patruzeci de ani de cercetare pragmatică și deosebit de productivă. Ca și alții înaintea lui, Wynne a examinat efectele comunicării și ale rolurilor în familie. Ceea ce i-a individualizat activitatea a fost orientarea sa asupra modului cum este transmisă gândirea patologică în familii.

După terminarea pregătirii sale medicale la Harvard, în 1948, Wynne și-a luat doc-



Studiile lui Lyman Wynne au legat devierea comunicării în familii cu tulburarea gândirii la pacienții schizofrenici

toratul la Departamentul de Relații Sociale. Acolo a întâlnit lucrările personalităților importante din sociologie, psihologie și sisteme sociale, inclusiv pe Talcott Parsons de la care a învățat să privească personalitatea ca un subsistem în cadrul unui sistem de familie mai larg.

Pentru Wynne, ideea că noi suntem o parte a ceva mai mare decât noi înșine a fost piatra de temelie a abordării sale profesionale privind indivizii cu probleme și angajarea sa personală în problemele societății. În aceste preocupări gemene, Lyman Wynne rămâne un model pentru întregul domeniu.

În 1952, Wynne s-a alăturat Laboratorului de Studii Sociale și de Mediu Înconjurător de la Institutul Național de Sănătate Mentală (NIMH = the National Institute of Mental Health), unde a fost primul care a început să lucreze în mod intens cu familii cu pacienți bolnavi psihic (Broderick & Shrader, 1991). În 1954, atunci când Murray Bowen a venit la NIMH, ca șef al proiectului de cercetare privind schizofrenicii și familiile acestora, Wynne a găsit un coleg care-i împărtășea credința că familia trebuie să fie unitatea de tratament (chiar dacă cei doi nu au fost întrutotul de acord cu natura acelui tratament). Atunci când Bowen a părăsit NIMH, în 1959, Wynne a preluat funcția de șef al cercetării de familie, unde a rămas până la începutul anilor 1970.

În timpul deținerii acestei funcții la NIMH, Wynne a studiat la Institutul de Psihanaliză din Washington și a fost și la Facultatea Școlii de Psihiatrie din Washington. Din 1950 până în 1970, Wynne a publicat multe rapoarte de cercetare și a pregătit mulți clinicieni-cercetători talentați printre care Shapiro, Beels și Reiss. În 1972, Wynne a părăsit NIMH pentru a deveni profesor la catedra Departamentului de Psihiatrie al Universității din Rochester. S-a pensionat în 1997.

Studiile lui Wynne privind familiile schizofrenice au debutat în 1954, când el a început să vadă, de două ori pe săptămână, părinții pacienților lui spitalizați. Ce l-a izbit pe Wynne în mod deosebit la familiile cu tulburări au fost caracteristicile ireale, ciudate ale emoțiilor pozitive și negative pe care le-a denumit pseudomutualitate și pseudo-ostilitate, iar natura granițelor dintre ele – limite de departajare – cedând aparent, dar erau impermeabile, de fapt, la influențele din afară (în special la influențele terapeuților).

Pseudomutualitatea (Wynne, Ryckoff, Day & Hirsh, 1958) este o fațadă a faptului de a fi împreună, care maschează conflictul și blochează intimitatea. Asemenea familii au o spaimă nefirească de despărțire. Ele sunt atât de preocupate de a se potrivi unul cu celălalt încât nu mai rămâne nici un loc pentru identități separate sau autointerese divergente. Aceste familii nu pot să tolereze nici relațiile mai profunde, mai oneste sau independența. Acest fel superficial de a fi împreună ascunde sentimentele afective și sexuale profunde și împiedică apariția, atât a conflictului, cât și a unei intimități mai mari.

Pseudo-ostilitatea este un fel diferit de înțelegere secretă de a ascunde *alinierile și dezbinările* (Wynne, 1961). Pseudo-ostilitatea este o operație de autosalvare. Chiar dacă este zgomotoasă și intensă, ea semnalează doar o dezbinare superficială. Pseudo-ostilitatea este mai mult o ceartă și o ciorovăială

a familiilor în situații comice decât o animozitate reală. La fel ca pseudo-mutualitatea, ea întunecă intimitatea și afecțiunea, ca și ostilitatea mai profundă; pseudo-ostilitatea distorsionează comunicarea și dăunează precepției reale și gândirii raționale despre relații.

Limita de departajare este o barieră invizibilă care se întinde pentru a permite implicarea extrafamilială obligatorie, precum mersul la școală, care trage imediat înapoi dacă această implicare se petrece prea repede. Structura de roluri rigidă a familiei persistă, protejată de izolarea familiei. Cea mai dăunătoare caracteristică a limitei de departajare este că tocmai acele persoane care ar avea nevoie cel mai mult de contactul cu exteriorul pentru a corecta distorsiunile realității create de familie, au cel mai puțin această libertate. În loc să fie un subsistem al societății (Parsons & Bales, 1955), familia schizofrenică devine o mică societate bolnavă în ea însăși.

Wynne a legat noul concept de *devianță a comunicării* cu noțiunea mai veche de *tulburare de gândire*. El a văzut comunicarea ca mijlocul de transmitere a tulburării de gândire, care este caracteristica definitorie a schizofreniei. Devianța comunicării este un concept mult mai interacțional decât tulburarea gândirii și mai ușor de observat decât legăturile duble. În 1978, Wynne a studiat peste 600 de familii și a adunat dovezi incontestabile că stilurile deviante ale comunicării sunt trăsătura distinctivă a familiilor cu tineri adulți schizofrenici. Tulburări similare apar, de asemenea, în familiile aflate la limită, neurotice și normale, dar sunt progresiv mai puțin severe (Singer, Wynne & Toohey, 1978). Această observație – faptul că devianța comunicațională nu este rezervată numai familiilor schizofrenice, ci se situează pe un continuum (devianța mai mare apare la familiile cu patologie mai severă) – este verificată și de alte studii care

descriu „un spectru de tulburări schizofrenice”.

Teoreticienii rolului

Fondatorii terapiei de familie au prins momentul în dezvoltarea disciplinei lor prin concentrarea restrânsă asupra comunicării verbale. Făcând ca acest lucru să fie adaptabil la acea epocă, dar concentrându-se exclusiv asupra acestui singur aspect al vieții de familie au neglijat, atât intersubiectivitatea individuală, cât și influențele sociale mai extinse.

Teoreticienii rolului, ca John Spiegel, au descris cum indivizii se deosebeau în rolurile sociale în cadrul sistemelor de familie. Acest fapt important a fost umbrat de folosirea versiunilor simplificate ale teoriei sistemelor, în conformitate cu care indivizii erau tratați ca niște șuruburi într-o mașină. Nu mai devreme de 1954, Spiegel a arătat că sistemul în terapie include atât terapeutul, cât și familia (o idee reintrodusă mai târziu ca „cibernetică de rangul doi”). El a mai făcut, de asemenea, o distincție valoroasă între „interacțiuni” și „tranzacții”. Bilele de biliard *interacționează* – ele se ciocnesc și-și alterează cursul una altelei, dar rămân, în esență, neschimbate. Oamenii *tranzacționează* – ei se întâlnesc în așa fel încât nu-și modifică numai cursul unul altuia, ci, de asemenea, produc și schimbări interne.

În mod ironic pentru un domeniu în care cauzalitatea circulară avea să devină un concept favorit, direcția greșită și nefericită de descriere a influențelor negative în familii drept liniare – învinovățind părinții pentru respingerea sau supraprotecția sau dubla legătură a copiilor lor – nu a fost numai nedreaptă, dar a adus și daune reputației terapiei de familie. Familiile persoanelor bolnave psihic aveau motive să fie atente față de faptul că erau învinovățite pentru nefericirea copiilor lor.

În 1951, Grupul pentru Avansarea Psihiatriei (GAP) a hotărât că familiile au fost neglijate în psihiatrie și de aceea a desemnat un comitet, prezidat de John Spiegel, care să cerceteze domeniul și să raporteze constatările. Raportul comitetului GAP (Kluckhohn & Spiegel, 1954) sublinia rolurile drept componente structurale primare ale familiilor. Ei au ajuns la concluzia că familiile sănătoase conțineau relativ puține roluri stabile, și că acest model era esențial pentru deprinderea de către copii a sensului statutului și identității. Existau norme pentru fiecare rol, iar copiii au învățat aceste norme prin imitare și identificare.

Rolurile familiale nu există independent unul de celălalt; fiecare rol este circumscris de altul, roluri reciproce. Nu poți avea o soție dominatoare, de exemplu, fără un soț submisiv. Comportamentul de rol a două sau mai multe persoane implicate în tranzacții reciproce definește și reglează interschimbările acestora. Un exemplu comun este acela că în multe familii un părinte este mai sever decât celălalt. Diferențele pot fi ușoare la început, dar părintele mai sever este mult mai îngăduitor decât este celălalt pe cale să devină. Comitetul GAP a explicat rolurile drept o funcție, atât a influențelor sociale externe, cât și a nevoilor și impulsurilor interne. Astfel, teoria rolurilor a servit drept o legătură între structurile *intrapersonale* și *interpersonale*.

Spiegel a mers la Școala de Medicină de la Harvard, în 1953, unde și-a urmărit preocupările în teoria rolurilor și patologia de familie. El a observat că și copiii simptomatici tind să fie implicați în conflictele dintre părinții lor; copiii nonsimptomatici pot avea și ei părinți cu conflicte, dar acești copii nu sunt implicați în mod direct în aceste conflicte. Spiegel (1957) și-a descris observațiile în termeni psihanalitici: copilul se identifică cu dorințele inconștiente ale părinților și exteriorizează conflictul lor

emoțional. Exteriorizarea copilului servește părinților ca o apărare, ca urmare ei pot evita confruntarea cu propriile lor conflicte – și unul cu altul.

Analiza dinamicii familiale a lui R.D. Laing a fost mai degrabă polemică decât didactică, dar observațiile lui au contribuit la popularizarea rolului familiei în psihopatologie. Laing (1965) a împrumutat conceptul lui Marx de **mistificare** (exploatarea de clasă) și l-a aplicat „politicilor de familie”. Mistificarea se referă la procesul de distorsiune a experienței copilului prin negarea sau reetichetarea ei. Un astfel de exemplu este un părinte care îi spune copilului care este trist: „Trebuie să fii obosit” (*Du-te la culcare și lasă-mă în pace*). În mod similar, ideea conform căreia copiii „buni” sunt întotdeauna cei tăcuți duce la creșterea copiilor conformiști și fără spirit.

Această funcția primară a mistificării este menținerea status quo-ului. Mistificarea contrazice percepțiile și sentimentele și, în general, realitatea. Când părinții mistifică neconținut experiența copilului, existența lui devine neautentică. Deoarece sentimentele lor nu sunt acceptate, acești copii proiectează *un EU fals*, în vreme ce păstrează pentru ei înșiși *EU-ul adevărat*. În cazurile mai puțin severe, aceasta produce lipsa autenticității, dar când distincția dintre eu-ul real și eu-ul fals este dusă la extrem, rezultatul este nebunia (Laing, 1960).

Consilierea cuplurilor căsătorite

Istoria consilierii profesionale a căsătoriilor este unul dintre factorii mai puțin cunoscuți care au contribuit la terapia de familie, deoarece cea mai mare parte a acestora a avut loc în afara curentului principal al psihiatriei. Mulți ani s-a crezut că nu era nevoie de o

profesie separată de consilieri ai cuplurilor căsătorite. Era – și încă este – mai potrivit ca persoanele cu probleme maritale să le discute cu doctorii lor, cu clerul, cu avocații sau cu profesorii lor, decât să se adreseze unor specialiști în sănătate mentală. Primele centre profesioniste pentru consiliere maritală au fost înființate în jurul anului 1930. Paul Popenoe a deschis Institutul American de Relații de Familie la Los Angeles, iar Abraham și Hannah Stone au deschis o clinică similară la New York. Un al treilea centru a fost Consiliul pentru Căsătorii de la Philadelphia, inițiat în 1932 de Emily Hartshorne Mudd (Brodderick & Schrader, 1981). Membrii acestei noi profesii au început să se întâlnească anual, începând din 1942, și au format, în 1945, Asociația Americană de Consilieri Maritali.

În timp ce aceste dezvoltări aveau loc, o tendință paralelă printre câțiva psihanalisti a condus la terapia maritală combinată. Chiar dacă majoritatea psihanalistilor au urmat interdicția lui Freud de contact cu familia pacientului, câțiva au încălcat regulile și au experimentat **terapia concomitentă și comună** pentru pacienții căsătoriți.

Primul raport privind psihanaliza cuplurilor căsătorite a fost făcut de Clarence Oberndorf la convenția din 1931 a Asociației Americane de Psihiatrie. Oberndorf a avansat teoria conform căreia cuplurile căsătorite dezvoltă nevroze interblocante și că ele sunt foarte bine tratate împreună. Acest punct de vedere avea să devină punctul de bază al înțelegerii dintre aceia care în comunitatea analitică au devenit interesați de tratarea cuplurilor. „Datorită naturii continue și intime a căsătoriei, fiecare nevroză apărută la o persoană căsătorită este puternic ancorată în relațiile maritale. Este folositor și uneori indispensabil ca măsurile terapeutice să se concentreze asupra discuțiilor analitice despre complementaritatea partenerilor și, după caz, tratarea ambilor parteneri” (Mittleman, 1944, p. 491).

În 1948, Bela Mittleman de la Institutul de Psihanaliză din New York a publicat prima lucrare din Statele Unite despre terapia maritală concomitentă. Mai înainte, René LaFogues a raportat, în 1937, propria sa experiență analizând mai mulți membrii ai aceleiași familii în același timp. Mittleman a sugerat că soții și soțiile pot fi tratați de același analist și prin examinarea lor în același timp a fost posibil să se re-examineze percepțiile iraționale ale fiecăruia. (Mittleman, 1948). Acesta a fost într-adevăr punctul de vedere al unui analist: realitatea relațiilor obiective poate fi cel puțin la fel de importantă ca reprezentările lor intrapsihice. Nathan Ackerman (1954) a fost de acord că tratamentul concomitent al partenerilor căsătoriți a fost o idee bună și, de asemenea, a sugerat că mamele și copiii ar putea profita pentru a fi tratați împreună.

Între timp, în Marea Britanie, unde **relațiile de obiect** erau preocuparea centrală a psihanalistilor, Henry Dicks și asociații săi de la Clinica Tavistock au înființat o Unitate de Psihiatrie de Familie. Aici, cuplurile trimise de tribunalele care judecau divorțuri erau ajutate să reconcilieze diferențele (Dicks, 1964). Prin urmare, familia Balint și-a afiliat Biroul ei de Discuții cu Familiile la Clinica Tavistock, adăugând prestigiul clinicii la cel al agenției ei de lucru de caz cu cupluri căsătorite și, indirect, întregului domeniu de consiliere maritală.

În 1959, Victor Eisenstein, director al Institutului de Neuropsihiatrie din New Jersey, a publicat un volum intitulat „*Interacțiunile Neurotice în Căsătorie*”. Aici se găsesc mai multe articole care descriu terapia maritală. Frances Beatman, director asociat al Serviciilor Evreiești ale Familiei din New York, descria abordarea tratamentului de lucru cu cazurile cu probleme maritale (Beatman, 1956); Lawrence Kubie a realizat o psihanaliză a dinamicii căsătoriei (Kubie, 1956); Margaret Mahler a descris efectele

conflictului marital asupra dezvoltării copiilor (Mahler & Rabinovitch, 1956); și Ashley Montague a adăugat o perspectivă culturală a influențelor dinamice asupra căsătoriei (Montague, 1956).

În același volum, Mittlemann (1956) a făcut o descriere mai extinsă a punctelor sale de vedere privind tulburările maritale și a tratamentului acestora. El a descris un număr de modele maritale complementare, inclusiv diadele agresive/submisive și detașate/revendicative. Aceste vechi potriviri sunt făcute, după Mittleman, din cauză că aceste cupluri iubitoare își distorsionează personalitățile unul altuia prin iluziile lor. Ea vede independența lui ca pe o putere; el vede independența ei ca pe o adorare. Mittleman, de asemenea, a subliniat că reacția cuplului unul față de celălalt poate fi conturată de relațiile acestora cu părinții lor. Fără intuiție, motivația inconștientă poate domina comportamentul marital, care conduce la acțiuni și reacții nevrotice reciproce. Mittleman credea că, pentru tratament 20% din timpul unui terapeut ar putea fi petrecut cu toți membrii familiei, dar în alte cazuri ar trebui mai bine ca terapeuții diferiți să trateze fiecare membru.

Cam în același timp, Don Jackson și Jay Haley au scris, de asemenea, despre terapia maritală în cadrul analizei comunicărilor. Din momentul în care ideile lor au câștigat teren printre terapeuții maritali, domeniul terapiei maritale a fost absorbit în mișcarea mai largă a terapiei de familie.

Mulți scriitori nu fac distincție între terapia maritală și terapia de familie. Terapia de cuplu, în conformitate cu această gândire este tocmai terapie de familie aplicată unui subsistem anumit al familiei. Tindem să fim de acord cu această gândire și, de aceea, veți găsi descrierea noastră privind diferitele abordări ale cuplurilor și ale problemelor lor înrădăcinate în discuțiile diferitelor modele considerate în această carte. Totuși, există un caz pentru a considera terapia cuplurilor o

înreprindere distinctă (Gurman & Jacobson, 2002).

Din punct de vedere istoric, multe din abordările influente ale terapiei de cuplu au venit înaintea replicilor terapiei de familie a acestora. Printre acestea sunt terapia maritală cognitiv-comportamentală, terapia maritală a relațiilor de obiect și multe dintre abordările integrative considerate în Capitolul 14. Dincolo de întrebarea care apare prima, terapia de cuplu diferă în practică de terapia de familie permițând o concentrare mai profundă asupra psihologiei și experienței individuale. Ședințele cu familia întreagă tind să fie zgomotoase. În timp ce este posibil în acest context să consumi timp discutând cu membrii familiei despre sentimentele, dorințele și temerile lor, nu este posibil să pierzi mult timp pentru explorarea psihologiei unui individ – mai puțin decât doi. Pe de altă parte, a face terapie de cuplu permite o concentrare mai mare asupra ambelor schimbări diadice și asupra experienței de bază a relațiilor intime.

De la cercetare la tratament: Pionierii terapiei de familie

Am văzut cum terapia de familie a fost anticipată de progrese în psihiatria clinică, dinamica grupurilor, psihiatria interpersonală, mișcarea de orientare a copilului, cercetări în schizofrenie și consiliere maritală. Dar, de fapt cine a început terapia de familie? Chiar dacă mulți rivali pretind această onoare, meritele deosebite trebuie împărțite de John Elderkin Bell, Don Jackson, Nathan Ackerman și Murray Bowen. Pe lângă acești fondatori ai terapiei de familie, Jay Haley, Virginia Satir, Carl Whitaker, Lyman Wynne, Ivan Boszormenyi-Nagy, Christian Midelfort și Salvador Minuchin au fost, de asemenea, pionieri importanți.

John Bell

John Elderkin Bell, un psiholog de la Universitatea Clark din Worcester, Massachusetts, care a început tratarea familiilor în 1951, ocupă o poziție unică în istoria terapiei de familie. El ar putea fi primul terapeut de familie, dar el este menționat numai tangențial în două din cele mai importante istorii ale mișcării (Guerin, 1976; Kaslow, 1980), deoarece, deși el a început să vadă familii în 1950, nu și-a publicat ideile până în deceniul următor. Mai mult decât atât, spre deosebire de ceilalți părinți ai terapiei de familie, el a avut puțini urmași. El nu a înființat un centru clinic important, nu a dezvoltat un program de pregătire sau nu a avut studenți bine pregătiți.

Abordarea lui Bell (Bell, 19961, 1962) a fost preluată direct din terapia de grup. „Terapia de familie de grup” se baza în primul rând pe stimularea unei discuții deschise pentru a-i ajuta pe membrii familiei să-și rezolve problemele. Ca terapeut de grup, Bell intervenea pentru a încuraja pacienții tăcuți să vorbească, iar el interpreta motivele atitudinii lor ca defensive.

Bell credea că terapia de grup de familie trece prin faze predictibile așa cum se întâmplă în cazul grupurilor de străini. La începutul studiului său (Bell, 1961), el structura tratamentul în serii de etape, fiecare dintre ele concentrată asupra segmentului particular al familiei. Mai târziu, el a devenit mai puțin directiv, permițând familiilor să evolueze într-o succesiune naturală de dezvoltare. Pentru o descriere mult mai completă a terapiei de grup de familie, vezi Capitolul 3.

Palo Alto

Grupul lui Bateson s-a întâlnit cu terapia de familie mai mult sau mai puțin întâmplător.

Odată ce grupul a început să se întâlnească cu familii schizofrenice, în 1954, sperând să descifreze mai bine paternurile lor de comunicare, membrii proiectului s-au văzut ei înșiși desemnați în roluri de ajutorare atrase de suferința acestor familii (Jackson & Weakland, 1961). În timp ce Bateson era conducătorul științific indiscutabil al grupului, Don Jackson și Jay Haley erau mult mai influenți în dezvoltarea terapiei de familie.

Jackson a respins conceptele psihanalitice pe care le-a învățat în pregătirea sa și s-a concentrat, în schimb, asupra dinamicii interschimbării între persoane. Analiza comunicării a fost instrumentul lui primar.

În 1954, Jackson a dezvoltat o terapie de familie interacțională rudimentară, despre care a scris un raport, „Problema Homeostaziei Familiei”, prezentat la convenția de la St. Louis a Asociației Americane de Psihiatrie. Împrumutând din biologie și teoria sistemelor, Jackson a descris familiile ca unități homeostatice care mențin constanța relativă a funcționării interne.

Conceptul lui Jackson de **homeostază a familiei** – familiile ca unități care rezistă schimbării – avea să devină o metaforă definitorie a terapiei de familie a primelor trei decenii. În înțelegerea ulterioară, putem spune că accentul exagerat pe homeostazie a supraestimat proprietățile conservatoare ale familiilor și a subestimat flexibilitatea lor. Dar, în acel timp, recunoașterea că familiile rezistă schimbărilor și că au o influență de constrângere a fost enorm de productivă pentru a înțelege ce anume ținea oamenii blocați.

Chiar dacă în practică Jackson și colegii lui au suprasimplificat probabil natura homeostatică a familiilor, lucrările lor teoretice au devenit din ce în ce mai sofisticate. Consistența, au observat ei, nu înseamnă în mod necesar rigiditate. (Mult mai înainte, în 1939, psihologul Walter Cannon a spus că, la fel



Don Jackson a descris paternurile problematice ale comunicării într-o manieră care este încă folositoare astăzi

ca sistemele fiziologice ale trupului „chiar organizațiile sociale și industriale mențin o stare relativ stabilă în fața perturbărilor externe”). Homeostazia familiei este o stare dinamică, după cum spune Cannon, o stabilitate *relativă*. Familiile caută să-și mențină sau să restabilească status quoul, membrii familiei funcționează ca regulatori, iar familia se spune că acționează în moduri activate de erori (Haley, 1963). Rezultatul nu este invarianța, ci stabilitatea în varianța comportamentului.

În „Sistemele Schizofrenice și Interacțiunea Familiei” (Jackson & Weakland, 1959), Jackson arăta cum simptomele pacienților conservau stabilitatea familiilor lor. Într-un astfel de caz, o tânără femeie diagnosticată drept schizofrenică catatonică manifestă simptomul cel mai proeminent, o nehotărâre profundă. Oricum, atunci când ea se comportă mai decisiv, părinții ei se despart. Mama ei a devenit neajutorată și dependentă; tatăl ei a devenit literalmente impotent. Într-una din întâlnirile de familie, părinții ei nu au observat când pacienta a luat o simplă decizie. Numai după ce au ascultat înregistrarea pe casetă de trei ori, părinții au auzit în cele din urmă afirmația fiicei lor. Indecizia pacientei nu era nici nebunească sau fără nici un sens; mai degrabă ea și-a protejat părinții de la confruntarea cu propriile lor dificultăți. Acest caz este unul dintre cele mai timpurii

exemple publicate care arată cum, chiar simptomele psihotice pot avea un sens în contextul familial. Această lucrare conține, de asemenea, observația ageră că simptomele copiilor sunt adesea o versiune exagerată a problemelor părinților.

Trecând de la deducția mentală la observația comportamentală a succesiunilor de comunicare, Jackson și-a dat seama că are nevoie de un nou limbaj de interacțiune. Ipoteza lui de bază era că oamenii care se află în relații continue dezvoltă seturi de paternuri de interacțiune. El a denumit aceste paternuri „redundanță comportamentală” (Jackson, 1965).

Termenul de *redundanță* nu numai că include o caracteristică importantă a comportamentului familiei, dar, de asemenea, reflectă poziția fenomenologică a lui Jackson. Termenii psihiatrici tradiționali cum ar fi *proiecție*, *apărare* și *regresie* implică mult mai mult despre stările interioare de motivare decât simplul limbaj descriptiv al terapeuților de familie timpurii. Chiar atunci când folosea concepte care implică recomandări, Jackson rămânea devotat descrierii. Astfel, *ipoteza regulilor* avansată de el, era un mijloc simplu de a rezuma observațiile făcute asupra unei anumite unități (diadă, triadă sau un grup mai larg) în care se întâlneau paternurile comportamentale redundante. Regulile (așa cum învață orice student de la filozofie atunci când studiază determinismul) pot descrie regularitatea, mai degrabă decât reglementarea. O a doua parte a ipotezei regulilor a fost că membrii familiei folosesc numai o parte din gama de comportamente care le stă la dispoziție. Acest fapt aparent inocent este exact lucrul care face posibilă terapia de familie.

Familiile care vin la terapie pot fi considerate ca și cum ar fi blocate într-o serie îngustă de opțiuni sau de reguli rigide inutile. Și atât timp cât regulile în familii nu sunt discutate, nimeni nu le ratifică, ele se schimbă foarte greu. Terapeutul, totuși, ca o persoană

din afară poate ajuta familiile să vadă – și să reexamineze – regulile după care trăiesc.

Strategiile terapeutice ale lui Jackson se bazează pe premisa că problemele psihiatrice rezultă din felul în care oamenii se comportă unul cu celălalt într-un context dat. El a văzut problemele umane ca interacționale și situaționale. Rezolvarea problemei implică schimbarea contextului în care problemele apar. Chiar dacă Jackson a scris mai mult despre cum să înțelegem familiile decât despre cum să le tratăm, multe dintre conceptele sale explicative (*mecanismele homeostatice*, *qui pro quo*, *legătura dublă*, *simetria* și *complementaritatea*) au stat la baza strategiilor lui și au devenit limbajul de început al terapeuților de familie de orientare sistemică. El a încercat în primul rând să distingă interacțiunile (*modelele comportamentale redundante*) care erau funcționale de cele care erau disfuncționale (*menținerea problemei*). Pentru a face acest lucru, el a observat când apăreau problemele și în ce context, cine era prezent și cum răspundeau oamenii la problemă. Dată fiind supoziția că simptomele sunt un mecanism homeostatic, Jackson era interesat adesea cum situația unei familii se înrăutățește pe măsură ce problema își găsea rezolvarea. Persoana dorea să se facă bine, dar familia poate avea nevoie de cineva care să joace rolul bolnavului. Îmbunătățirea poate fi o amenințare la adresa ordinii defensive a lucrurilor.

Modelul familiei, după Jackson, ca sistem homeostatic, sublinia calitățile de menținere a echilibrului comportamentului simptomatic. Aceasta a condus direct la ideea că deviația sau devianță, care include comportamentul simptomatic și irațional nu erau în mod necesar negative, cel puțin nu din punctul de vedere al celor care se obișnuiau să trăiască cu el. Problema faptului că tatăl bea, de exemplu, îl poate reține de la a avea pretenții de la soție sau de a impune disciplina copiilor lui. Din păcate însă, urmându-l pe Jackson,

unii terapeuți de familie au trecut de la observația că simptomele pot servi un scop, la ipoteza că unele familii *au nevoie* de un bolnav, care, la rândul ei a dus la părerea că părinții își victimizează copiii făcându-i „*tapi ispășitori*” ai familiei. În ciuda limbajului puțin ciudat, aceasta făcea parte din tradiția onorată de timp de învinovățire a părinților pentru eșecurile copiilor lor. Dacă un băiețel de 6 ani nu se comportă cuviincios acasă, atunci ar trebui să ne uităm la părinți. Dar alcoolismul soțului nu este neapărat vina familiei lui și, în mod sigur, nu era cinsit să se insinueze că familiile erau responsabile pentru comportamentul psihotic al unuia dintre membrii lor schizofrenici.

Uitându-ne înapoi, putem să vedem cum s-a pus accentul pe homeostazie, ca și pe metafora cibernetică a familiei ca mașină, putem înțelege cum terapeutul era mai mult un mecanic decât un vindecător. În zelul lor de a salva „*tapii ispășitori*” din ghiarele familiilor lor „patologice”, terapeuții de familie de la început au provocat o rezistență de care s-au plâns. Terapeuții care se vedeau pe ei înșiși drept salvatori ai victimelor inocente din mâinile familiilor lor și care-și însușeau o poziție adversă nu sunt departe de o persoană care răstoarnă o broască testoașă pe spate și observă apoi că aceasta nu vrea să iasă din cochilia ei.

Printre lucrările cele mai influente ale lui Jackson a fost și „Reguli de familie: Quid Pro Quo-ul Marital” (Jackson, 1965). Împărțirea rolurilor într-o căsnicie nu este, conform scrierilor lui Jackson, o simplă problemă de diferențe de gen; în schimb, ele rezultă dintr-o serie de **quid pro quo**-uri elaborate în orice relație de lungă durată. Abordarea tradițională, conform căreia rolurile maritale izvorăsc din rolurile subscrise fiecărui sex, atribuie comportamente personalităților individuale, în loc de a recunoaște gradul în care relațiile depind de interacțiunile și de regulile de interacțiune care funcționează între oameni. Opinia lui

Jackson nu a fost aceea că diferențele sexuale nu există, ci că ele sunt relativ neimportante. Diferențele majore într-o căsătorie, ca și în alte relații, funcționează, nu sunt date². Faptul că multe din *quid pro quo*-urile maritale nu sunt conștiente sau deschise înseamnă că terapeuții de familie pot juca un rol folositor în dezvoltarea acelor aranjamente care nu funcționează sau care nu sunt corecte.

O altă noțiune importantă pentru gândirea lui Jackson era dihotomia dintre relațiile *complementare* și cele *simetrice*. (Ca multe dintre ideile seminale ale terapiei de familie și aceasta a fost mai întâi articulată de Bateson). În **relațiile complementare** partenerii sunt diferiți în modurile în care se potrivesc reciproc: dacă unul este rațional, celălalt este emoțional; dacă unul este slab, celălalt este puternic. **Relațiile simetrice** se bazează pe egalitate și similaritate. Căsătoriile dintre două persoane în care ambele au cariere profesionale și care își împart responsabilitățile casnice sunt simetrice.

Cea mai mare parte a conceptelor lui Jackson (*complementaritate/simetrie, quid pro quo, legătură dublă*) descriu relațiile dintre doi oameni. Chiar dacă intenția lui a fost să dezvolte un limbaj descriptiv al tuturor interacțiunilor familiale, succesul major al lui Jackson a fost în descrierea relațiilor dintre soți și soții. Această concentrare limitată asupra diadei maritale a fost, de asemenea, una dintre limitele grupului de la Palo Alto. Interesul lor sofisticat pentru comunicare a condus la o înclinare subiectivă centrată asupra adulților, ceea ce înseamnă o tendință de neglijare a copiilor, precum și a diferitelor triade care alcătuiesc familiile.

2. În entuziasmul lor pentru nou descoperitele forțe interacționale, terapeuții de familie timpurii puteau să subestimeze importanța genului și efectul genului asupra familiilor.

Marea descoperire a grupului lui Bateson a fost că nu există un asemenea lucru ca o simplă comunicare; fiecare mesaj este calificat printr-un alt mesaj de la un nivel mai înalt. În *Strategiile Psihoterapiei*, Jay Haley (1963) explora modul în care mesajele ascunse sunt folosite în lupta pentru comandă, care caracterizează toate relațiile. Simptomele, argumenta el, reprezintă o incongruență între nivelele de comunicare. Persoana simptomatică face ceva, precum atinge clanța ușii de șase ori înainte de a o apăsa, în vreme ce aceeași persoană indică faptul că, de fapt, nu face *nimic*. Nu o poate ajuta; este doar condiția sa. Între timp, simptomele persoanei – asupra căreia nu are nici un control au consecințe asupra lui și a altora. O persoană care „are o constrângere” de asemenea proporții te-ai aștepta să iasă cu dificultate din casă dimineata, nu-i așa?

Atâta vreme cât comportamentul simptomatic nu era „rațional”, Haley nu se baza pe raționare cu pacienții pentru a-i ajuta. În schimb, terapia a devenit un joc strategic de-a șoarecele și pisica. Haley (1963) definea această terapie ca o formă directivă de tratament și recunoștea contribuția lui Milton Erickson împreună cu care a studiat hipnoza din 1954 până în 1960. Într-adevăr, în lucrările timpurii ale lui Haley este dificil să știi unde se oprește contribuția lui Erickson și unde începe Haley. În ceea ce denumea „terapie scurtă”, Haley reducea la zero contextul și funcțiile probabile ale simptomelor pacientului. Primele lui mișcări erau de regulă îndreptate spre câștigarea controlului relației terapeutice. Haley îl cita pe Erickson care își sfătuia pacienții ca în primul interviu s-ar putea să existe lucruri pe care doreau să le spună și altele, desigur, pe care ar dori să le păstreze pentru sine și acestea ar trebui să nu le ascundă. Prin aceasta, desigur, terapeutul direcționează pacienții să facă ceea ce aceștia ar face oricum și prin aceasta terapeutul câștigă controlul în mod subtil.

Tehnica decisivă în terapia de scurtă durată a fost totdeauna folosirea *directive-lor*. După cum spunea Haley, nu este suficient ca problemele să fie explicate pacientului; ceea ce contează este să-i determine *să facă* ceva cu ele.

Unul dintre pacienții lui Haley era un fotograf independent care în mod repetat făcea gafe atât de mari în timp ce fotografia, încât strica fiecare fotografie. În cele din urmă, pacientul a devenit atât de preocupat în evitarea greșelilor încât era prea nervos ca să mai facă fotografii. Haley l-a sfătuit să se ducă și să facă trei fotografii, făcând o greșeală în mod deliberat în fiecare din ele. Paradoxul este în acest caz faptul că nu poți să faci o greșeală în mod accidental dacă o faci în mod deliberat.

Într-un alt caz celebru, Haley i-a spus unei persoane suferinde de insomnie că, dacă se scoală la mijlocul nopții, să se dea jos din pat și să ceruiască podeaua din bucătărie. Vindecare instantanee. Principiul cibernetic ilustrat aici este: Majoritatea oamenilor ar face orice pentru a scăpa de treburile casnice.

Cele mai multe din ideile care au provenit de la grupul Palo Alto – legătura dublă, complementaritatea, quid pro quo-ul – sunt focalizate pe diade, dar Haley a devenit, de asemenea, interesat de triade sau, așa cum le numea el, **coaliții**. Coalițiile se deosebesc de alianțe, ele sunt aranjamente de cooperare între două părți, care nu sunt formate pe seama unei a treia părți. În familiile simptomatice, Haley a observat că cea mai mare parte a coalițiilor sunt „transgeneraționale”, un părinte coalizându-se cu un copil împotriva celuilalt părinte. De exemplu, o mamă poate vorbi în numele copilului într-un fel care să-l discrediteze pe tată. În alte cazuri, un copil s-ar putea interpune între părinții certăreți prin a fi „de ajutor” sau prin „a se îmbolnăvi”.

În „Spre o teorie a sistemelor patologice”, Haley a descris ceea ce el numea „triunghiurile perverse” care adesea

conduceau la violență, psihopatologie sau la năruirea sistemului. Un triunghi pervers este o coaliție ascunsă care subminează ierarhiile generaționale. Exemplele includ un copil care aleargă pentru alinare la bunica ori de câte ori mama sa încerca să-l pedepsească sau un părinte plângându-se copiilor despre celălalt părinte. Triunghiurile perverse apar, de asemenea, în organizații, atunci când, de exemplu, un supraveghetor se coalizează cu un subaltern împotriva altuia sau atunci când un profesor se plânge studenților lui despre șeful catedrei. Trăgând cu coada ochiului la cibernetică și la diade, triade și ierarhii, Haley a devenit una din figurile cele mai importante care face legătura între abordările strategice și structurale ale terapiei de familie.

Un alt membru al grupului de la Palo Alto care a jucat un rol conducător în terapia de familie din primul deceniu a fost Virginia Satir, unul din marii pionieri carismatici. Cunoscută mai mult pentru activitatea ei clinică decât pentru contribuțiile teoretice, impactul lui Satir a fost extrem de viu pentru cei care au văzut-o în acțiune. Ca și confrății ei, Satir era interesată de comunicare, dar ea a adăugat o dimensiune sentimentală care a ajutat la contrabalansarea a ceea ce altfel ar fi fost o abordare intelectualizată.

Satir vedea membrii familiei cu tulburări ca blocați în rolurile familiei restrânse, precum *victima, împăciuitorul sau salvatorul* care constrângeau relațiile și secătuiau stima de sine. Preocuparea ei pentru identificarea acelor roluri constrictive de viață și cu eliberarea membrilor familiei din ghiarele acelor roluri, era în perfectă concordanță cu preocuparea ei majoră, care a fost întotdeauna individul. Astfel, Satir a fost forța umanizatoare în perioada de început a terapiei de familie, atunci când mulți erau atât de îndrăgostiți de metafora sistemică încât neglijau viața emoțională a familiilor.

Satir s-a concentrat asupra clarificării comunicării, a exprimării sentimentelor și

formării unui climat de acceptare și căldură reciprocă. Forța ei mare a fost legătura cu familiile nu în condiții de supărare și resentiment, ci în condiții de speranță și frică, de dorințe și dezamăgiri. Un terapeut care poate scoate singurătatea și dorințele puternice din spatele ieșirilor furioase este un terapeut care poate uni oamenii.

Satir era renumită, pe bună dreptate, pentru abilitatea ei de a transforma negativul în pozitiv. Ceea ce face această abilitate să fie importantă pentru un terapeut de familie este faptul că cele mai multe familii au cel puțin un membru ale cărui greșeli sau eșecuri l-au distribuit în rolul unei persoane din afară. Chiar dacă acești membri ai familiei mai puțin favorizați pot fi luați în cercul familiei, nici vindecarea, nici cooperarea nu sunt posibile.

Într-un caz, citat de Lynn Hoffman (1981), Satir a intervievat familia unui adolescent, fiul unui pastor local, care lăsase însărcinate două colege de clasă. Într-o parte a camerei stăteau părinții băiatului și frații săi. Băiatul stătea cu capul plecat în colțul opus. Satir s-a prezentat ea însăși și i-a spus băiatului „Ei bine, tatăl tău mi-a spus la telefon multe despre situația ta, și ceea ce aș vrea să spun înainte de a începe este faptul că știm un lucru cu certitudine: Știm că ai sămânță bună!” Băiatul și-a ridicat privirea cu uimire în timp ce Satir se adresa deja mamei întrebând-o cu seninătate: „Ați putea să începeți prin a ne spune percepția dumneavoastră asupra situației?”

În 1964, publicarea cărții lui Satir, *Terapia de familie în comun*, a făcut mult pentru popularizarea mișcării terapiei de familie. Această carte, împreună cu „*Pragmatica comunicării umane*” (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), a ajutat la răspândirea influenței gândirii sistemice a grupului de la Palo Alto. În cele din urmă, Satir a continuat pentru a deveni un lider al mișcării potențialului uman, iar noi vom analiza activitatea ei, mai detaliat, în Capitolul 8.

Murray Bowen

Ca mulți dintre fondatorii terapiei de familie, Murray Bowen a fost un psihiatru specializat în schizofrenie. Spre deosebire de alții, totuși, el a subliniat teoria în lucrările sale și, astăzi, teoria lui Bowen este cel mai fertil sistem de idei pe care terapia de familie l-a produs.

Bowen și-a început activitatea clinică la Clinica Menninger, în 1946, unde a studiat mamele și copiii schizofrenici ai acestora care trăiau împreună în case mici. În acea epocă, interesul lui major era simbioza mamă-copil, care a condus la formularea conceptului său de **diferențiere a sinelui** (autonomia de alții și separarea gândirii de sentimente). De la Menninger, Bowen a plecat la NIMH, unde a dezvoltat un proiect de spitalizare a întregii familii cu membri schizofrenici. Acest proiect a dezvoltat conceptul de simbioză mamă-copil pentru a include rolul taților și pentru a conduce la conceptul de **triunghiuri** (deviind conflictul dintre două persoane prin implicarea unei a treia persoane). În 1959, Bowen a părăsit NIMH pentru Școala de Medicină din Georgetown, unde a fost profesor de psihiatrie și director al propriului său program de pregătire până la moartea sa, în 1990.

În primul an al proiectului NIMH (1954), Bowen a avut terapeuți separați pentru membrii individuali de familie. El a descoperit, totuși, că aceste eforturi tind să fracționeze familiile. În loc să încerce să trateze problemele lor reciproce împreună, membrii familiei aveau tendința să gândească. „Voi discuta problema mea cu terapeutul *meu*” (Bowen, 1976). (Desigur, acest lucru nu se întâmpla niciodată când persoane drăguțe ca dumneavoastră sau ca mine mergem la terapeuții *noștri* individuali). După un an, concluzionând că familia era unitatea de tulburare, Bowen a început să trateze familiile împreună. Astfel, în 1955, Bowen

a devenit unul din primii care au inventat terapia de familie.

Începând din 1955, Bowen a început să țină ședințe mari de terapie de grup pentru personalul întregului proiect și toate familiile. În această formă timpurie a terapiei de rețea, Bowen a estimat că faptul de a fi împreună și comunicarea deschisă vor fi terapeutice – pentru problemele din cadrul familiilor și între familii și personal.

La început, Bowen a folosit patru terapeuți pentru a conduce aceste întâlniri multifamiliale, dar el a devenit nemulțumit atunci când a observat că terapeuții aveau tendința să tragă în direcții diferite. Astfel, el a făcut responsabil un terapeut și a desemnat pe alții pentru rolurile de sprijin. Cu toate acestea, la fel ca și atunci când terapeuții aveau tendința să tragă în direcții diferite, așa au făcut și familiile multiple. Imediat ce un subiect fierbinte era pus în discuție într-o familie, cineva din altă familie devenea neliniștit și schimba subiectul. În cele din urmă, Bowen a hotărât că familiile trebuie să o facă pe rând – o familie era subiectul central în fiecare ședință, cu celelalte ca auditori tăcuți.

La început, abordarea lui Bowen a familiilor singure a fost aceeași pe care el a folosit-o în ședințele mari. El a făcut ceea ce majoritatea terapeuților de familie de astăzi fac: iau membrii de familie împreună și încearcă să-i facă să vorbească. El s-a gândit că situația acelor familii se va îmbunătăți prin simplul fapt că vin împreună și discută în mod reciproc problemele. Curând el a respins această idee. Pălăvrăgelile nestructurate ale familiei sunt atât de productive pentru terapie ca și un meci de box fără arbitru între câțiva combatanți de diferite categorii.

Atunci când Bowen i-a pus pe membrii familiei împreună pentru a-și discuta problemele, el a fost frapat de intensitatea lor **reactivitate emoțională**. Sentimentele copleșesc gândirea și fac să dispară indivi-

dualitatea în haosul grupului. Bowen a simțit tendința familiei de a-l împinge în centrul acestei **mase a ego-ului nediferențiat al familiei** și el a trebuit să facă un efort concertat pentru a rămâne neutru și obiectiv (Bowen, 1961). Abilitatea de a rămâne neutru și atent la proces, mai degrabă decât conținutul discuțiilor de familie este ceea ce distinge un terapeut de un participant la drama familiei.

Pentru a controla nivelul emoției, Bowen a încurajat membrii familiei să-i vorbească lui, nu să vorbească unul cu celălalt. El a observat că era mai ușor pentru oameni să asculte fără să reacționeze atunci când partenerii lor vorbeau terapeutului în loc să vorbească direct cu ei.

Bowen a descoperit, de asemenea, că terapeuții înșiși nu sunt imuni la a fi implicați în conflicte de familie. Această conștientizare conduce la cea mai mare intuiție a sa: Ori de câte ori două persoane se luptă cu un conflict pe care nu pot să-l rezolve există o tendință automată de a se deplasa spre o a treia parte. De fapt, așa cum Bowen credea, **triunghiul** este cea mai mică unitate stabilă a relațiilor.

Orice sistem emoțional de două persoane va forma sub stres un sistem de trei persoane. Un soț care nu se poate opune întârzierii obișnuite a soției sale, dar care poate sta în picioare și poate să-i vorbească despre aceasta, poate începe să se plângă despre ea unuia dintre copiii săi. Plângerea sa poate scoate la iveală tensiunea sa, dar procesul de a se plânge unei terțe părți îl face mai mic decât dacă abordează problema inițială la sursa acesteia. Toți ne plângem despre alte persoane din când în când, dar Bowen a observat că acest proces de „triunghiuri” este distructiv atunci când devine o caracteristică regulată a sistemului.

Un alt lucru descoperit de Bowen despre triunghiuri este acela că ele se răspândesc: dacă tensiunea relației nu rămâne localizată

în perechea originală, este ca și cum triunghiurile ar fi din ce în ce mai mult activate. În cazul care urmează, o familie a fost prinsă în mrejele unui întreg labirint de triunghiuri.

Într-o sâmbătă dimineața „D-na McNeil”, care era neliniștită ca familia să fie la timp la biserică, a strigat la fiul ei de nouă ani să se grăbească. Atunci când acesta i-a spus „să nu mai latre” ea i-a dat două palme. În acel moment, fiica sa de patrușprezece ani, a înșfăcat-o și amândouă au început să se lupte corp la corp. Atunci Megan a fugit la casa de alături, la prietenii ei. Când părinții prietenilor ei au observat că Megan avea o buză tăiată, iar atunci când ea le-a povestit ce s-a întâmplat, ei au chemat poliția. În acea perioadă familia a venit să mă vadă, formându-se următoarele triunghiuri: d-na McNeil, care a fost scoasă din casă la ordinul judecătorului de familie, era aliată cu avocatul ei împotriva judecătorului: ea avea, de asemenea, un terapeut individual care i s-a alăturat crezând că ea va fi tratată incorect de asistenții de la protecția copilului. Copilul de nouă ani era încă întăritat la culme de mama sa, iar tatăl său îl sprijinea în învinovățirea acesteia pentru că își ieșea repede din fire. Dl. McNeil, care era un alcoolic care recupera, forma o alianță cu sponsorul său, care simtea că dl. McNeil era pe cale să se prăbușească total în afară de cazul în care soția sa nu începea să-l sprijine mai mult. În același timp, Megan a format un triunghi cu vecinii ei, care credeau că părinții ei erau groaznici și nu trebuia să li se permită să aibă copii. Pe scurt, fiecare avea un avocat – fiecare, asta e, cu excepția unității familiei.

În 1966, o criză emoțională în familia lui Bowen l-a condus la inițierea unei călătorii personale de descoperire care s-a dovedit a fi importantă pentru teoria lui Bowen, așa cum analiza sinelui a lui Freud a fost pentru psihanaliză.

Ca adult, Bowen, cel mai mare dintre cei cinci copii ai unei familii rurale strâns legate,

păstra distanța față de părinții săi și față de restul familiei sale extinse. Ca mulți dintre noi, el a confundat evitarea cu emanciparea. Dar, așa cum a realizat el mai târziu, afacerile emoționale neterminate rămân cu noi, făcându-ne vulnerabili să repetăm conflictele pe care niciodată nu am reușit să le rezolvăm cu familiile noastre.

Realizarea cea mai importantă a lui Bowen a fost să se desprindă el însuși din triumghiul părinților săi, care erau obișnuiți să i se plângă fiecare dintre ei. Mulți dintre noi sunt flatați să primească aceste confidențe, dar Bowen a ajuns să recunoască această triumphiulare drept ceea ce ea a fost, iar atunci când mama sa se plângea de tatăl lui, el i-a spus tatălui său: „Soția ta mi-a spus o poveste despre tine”. Firește, tatăl său a discutat acest lucru cu mama sa și, firește, ea s-a supărat.

Cu toate că eforturile sale au generat un fel de schimbare totală care a sfârșit regulile de familie, manevra lui Bowen a fost eficientă în păstrarea părinților departe de încercarea de a fi de partea cuiva – dar a fost mai greu pentru ei să evite discutarea lucrurilor între ei înșiși. Repetarea a ceea ce cineva ți-a spus ție despre altcineva este una din căile de a opri triumphiurile din drumul lor.

Prin eforturile din propria familie, Bowen a descoperit că *diferențierea de sine* este cel mai bine realizată de dezvoltarea unei persoane, relația de la persoană-la-persoană cu fiecare părinte și cu cât mai mulți posibil membri ai familiei extinse. Dacă vizita este dificilă, scrisorile și convorbirile telefonice pot ajuta la restabilirea relațiilor, mai ales dacă sunt personale și intime. Diferențierea sinelui fiecăruia de familie este realizată atunci când aceste relații sunt menținute fără fuziune emoțională sau formare de triumphiuri. Detaliile muncii personale a lui Bowen privind relațiile cu familia sa sunt complexe, dar merită citite de studenții conștiincioși (Anonymous, 1972).

Astfel, începând cu 1971, studiarea propriei familii a devenit una din pietrele de încercare ale abordării lui Bowen pentru formare. Scopul este să te întorci la propria familie de origine, să realizezi un contact, să dezvolți o relație personală onestă cu fiecare membru al familiei și să înveți să discuți problemele familiei fără să devii reactiv din punct de vedere emoțional sau să fii parte în triumphiuri.

Nathan Ackerman

Nathan Ackerman a fost un psihiatru de copii a cărei activitate de pionierat cu familiile a rămas credincioasă rădăcinilor sale psihanalitice. Cu toate că focalizarea sa pe conflictul intrapsihic ar putea părea mai puțin inovatoare decât atenția asupra comunicării ca feedback al grupului de la Palo Alto, el a avut un simț ascuțit al organizării globale a familiilor. Familiile, spunea Ackerman, pot da aparența de unitate, dar sub aceasta ei sunt divizați emoțional în facțiuni competitive. Puteți recunoaște aceasta ca fiind asemănătoare modelului psihanalitic al indivizilor care, în ciuda unității aparente a personalității, sunt în prezent minți în conflict, guvernate de atacuri și apărări războinice.

Ackerman s-a alăturat personalului de la Clinica Menninger și, în 1937, el a devenit psihiatru șef al Clinicii de Orientare a Copilului. La început, el a urmat modelul de orientare al copilului de a avea un psihiatru care tratează copilul și un asistent social care se ocupă de mamă. Dar pe la mijlocul anului 1940, el a început experimentul cu același terapeut care să-i examineze pe amândoi. Spre deosebire de Bowlby, Ackerman a făcut mai mult decât ședințe reunite ca un expedient temporar: în schimb, el a început să vadă familia ca unitatea de bază pentru diagnostic și tratament.

În 1955, Ackerman a organizat prima sesiune privind diagnosticul de familie la

reuniunea Asociației Americane de Ortopsihiatrie. Acolo Jackson, Bowen, Wynne și Ackerman au aflat unul de existența celuilalt și s-au alăturat scopului comun. Doi ani mai târziu, Ackerman a deschis Clinica de Sănătate Mentală de Familie a Serviciilor Evreiești de Familie din New York City și a început să predea la Universitatea Columbia. În 1960, el a fondat Institutul Familiei, care a fost redenumit, după moartea sa, în 1971, Institutul Ackerman.

În completarea inovațiilor sale clinice, Ackerman a publicat, de asemenea, mai multe articole și cărți importante. La începutul anului 1938, el a scris „Unitatea Familiei” și mulți consideră articolul „Diagnosticul familiei: o abordare a preșcolarului” (Ackerman & Sobel, 1950) drept începutul mișcării terapiei de familie (Kaslow, 1980). În 1962, Ackerman, împreună cu Don Jackson, a fost cofondatorul primului ziar din domeniu, *Procesul familiei*.

În timp ce alți terapeuți de familie au minimalizat psihologia indivizilor, Ackerman a fost interesat tot timpul cu ce se poate pătrunde în interiorul oamenilor, precum și printre ei. El nu a pierdut niciodată din vedere sentimentele, speranțele și dorințele. În fapt, modelul lui Ackerman privind familia a fost ca modelul psihanalitic al unei largi scriituri individuale; în locul unor probleme conștiente și inconștiente, Ackerman a vorbit despre modul în care familiile se confruntă cu unele probleme în timp ce evită sau neagă altele, în special pe cele care includ sexul și agresiunea. El a privit munca sa ca pe cea a unui terapeut, ca unul care agitând lucrurile, aduce la lumină secretele familiei.

În *Tratamentul familiilor depressive* (1966a), Ackerman a ilustrat lipsa sa de respect pentru politete și scuze pentru o vignetă de clinică. O familie formată din patru persoane a venit pentru tratament atunci când certurile, dintre fiica de unsprezece ani și

fratele ei mai mare de șasesprezece ani, au început să scape de sub control. Recent, fata l-a amenințat pe fratele ei cu un cuțit de bucătărie. Tatăl a oftat, dar a rămas așezat liniștit. Ackerman l-a întrebat de ce a oftat și a refuzat scuza tatălui că era obosit, sugerând că poate el avea un alt motiv pentru a ofta. Atunci soția a întrerupt conversația pentru a anunța că ea ține un jurnal despre greșelile fiecăruia din timpul săptămânii. Atitudinea ei stridentă era perfect complementară cu evazivitatea molatecă a soțului ei. Răspunsul uimit al lui Ackerman a fost: „Ați venit înarmată cu un carnet. Dați-i drumul!”

Atunci când mama a început să citească lista, Ackerman, care a simțit că aceasta era o treabă neobișnuită, a comentat comportamentul nonverbal al tatălui. „Îți rozi degetele”. Aceasta a declanșat o discuție despre cine ce face, pe care mama a preluat-o treptat și a transformat-o într-o condamnare a numeroaselor ticuri nervoase ale tatălui. În acest moment, fiul a izbucnit cu o acuzație. Arătând spre mama sa, el a spus „Tu râgâi!” Mama a luat cunoștință de această mică încurcătură, apoi a încercat să schimbe subiectul. Dar Ackerman nu a lăsat-o să-i scape din plasă.

Acest lucru arăta că râgâitul mamei apărea mai ales atunci când stătea întinsă. Tatăl a spus că el era deranjat când ea râgâia în fața lui, dar el a fost întrerupt de copii, care au început să se certe. Ackerman a spus „Nu e interesant că această întrerupere apare tocmai atunci când voi doi erați gata să vorbiți despre viața voastră amoroasă?” Apoi tatăl a descris modul în care se simțea atunci când vroia să-și sărute soția și ea râgâia în fața lui. „Ai nevoie de o mască de gaze” a spus el. Fiica a încercat să-i întrerupă, dar Ackerman a rugat-o să-și mute scaunul în așa fel încât părinții ei să poată vorbi.

Câteva minute mai târziu copiii au părăsit ședința, iar Ackerman a redeschis ușa dormitorului părinților. La început părinții au jucat paternul lor familiar: ea s-a plâns și s-a

retras. Ei erau perechea care se potrivea perfect: ea era sus, el era jos. Dar Ackerman i-a dezechilibrat prin testarea jucăușă a soției și provocând soțul să stea sus pentru el însuși.

Deși există destul spațiu pentru descrierile-după-fapte pentru a acuza terapeutul de a lua o poziție, aceasta nu valorează nimic pentru că în acest caz soția nu pare că se simte criticată sau lăsată la o parte de Ackerman. Nici soțul nu pare că a preluat ideea că Ackerman a încercat să-l ridice deasupra soției sale. Mai degrabă, spre sfârșitul ședinței, acest cuplu aspru, supărat, a început să râdă și să se aprecieze unul pe celălalt. Ei au văzut cum s-au lăsat purtați de curent și cum au permis copiilor lor să-i distragă. Astfel, deși munca lui Ackerman a fost descrisă esențialmente ca psihanalitică, vedem aici începutul eforturilor de a reorganiza structura familiilor.

Ackerman a recomandat ca fiecare dintre cei care trăiesc sub același acoperiș să fie prezent la toate interviurile familiei. Așa cum a spus el: „Este foarte important ca la pornire să stabilim un contact emoțional de înțelegere cu membrii familiei, să creăm un climat în care îi emoționăm și ei simt că ei emoționează la rândul lor” (Ackerman, 1961, p. 242). Odată contactul făcut, Ackerman a încurajat exprimarea deschisă și cinstită a sentimentelor. El a fost un *agent provocator*, stimulând relații și confruntări cu inteligența și bunăvoința sa pentru a-și vârî nasul în problemele personale de familie.

Ackerman a subliniat că identitatea fiecărei persoane are aspecte variate: ca individ, ca membru al subsistemelor de familie și ca membru al familiei ca un întreg. Pentru a sublinia aceste componente ale identității, el a fost alertat de coalițiile relevante de interviurile cu familiile. Un punct de reper a fost găsit în aranjamentul locurilor. Atunci când membrii familiei intră în cabinetul de consultație ei au tendința să se așeze perechi în moduri care arată grupări.

Pentru a arăta mai clar aceste alianțe, Ackerman a recomandat conversații mobilizatoare între membrii familiei. În momentul în care membrii familiei încep să vorbească între ei, este mai ușor să vezi cum ei sunt divizați emoțional și ce probleme și interdicții sunt prezente. De asemenea, Ackerman, a acordat atenție deosebită punctelor de vedere nonverbale deoarece el credea că sentimentele nedeghizate sunt conduse prin limbajul corpului mult mai elocvent decât prin cuvinte.

Pentru a promova interschimbarea emoțională corectă, Ackerman „a stimulat apărările” membrilor familiei – expresia sa pentru a provoca oamenii să se deschidă și să spună ceea ce realmente este în mințile lor.

Pentru a încuraja familiile să fie relaxate cu reținerile lor emoționale, Ackerman însuși a fost spontan. El s-a situat liber pe poziția uneia din părțile familiei și mai târziu pe a celeilalte. El nu a crezut că este necesar – sau posibil – să fie totdeauna neutru și obiectiv: în schimb, el credea că s-a realizat un echilibru imparțial în drumul lung de mișcare înainte și înapoi, sprijinind acum pe unul, mai târziu pe altul din membrii familiei. Uneori el era deosebit de direct. Dacă credea că cineva minte, el spunea asta. Criticilor, care sugerau că această orientare ar putea genera prea multă anxietate, Ackerman le răspundea că oamenii au mai multă siguranță de la onestitate decât de la o politete pioasă.

X Ackerman a văzut problemele de familie ca pe un produs al conflictului. El spunea că conflictele dintre indivizi, dintre membrii familiei și dintre familii și comunitatea largă trebuie identificate și rezolvate dacă durerile psihologice vor fi schimbate în bine. Conflictele dintre și din interiorul membrilor familiei sunt legate într-un sistem de feedback circular; adică conflictul intrapsihic promovează conflictul interpersonal și vice versa (Ackerman, 1961). Pentru a răsturna tulburările simptomatice, terapeutul trebuie să

abordeze conflictele deschis, în domeniul interacțiunii familiei, unde pot fi găsite noi soluții. Atâta timp cât conflictele rămân blocate în interiorul indivizilor, credea Ackerman, psihopatologia rămânea fixă.

În timp ce este aproape imposibil să rezumi net abordarea liberă a lui Ackerman, există teme consecvente. Una dintre ele era necesitatea pentru profunzimea angajării și implicării. Ackerman a devenit el însuși profund implicat emoțional cu familiile, în contrast, de exemplu, cu Murray Bowen, care atenționa terapeuții să rămână cumva distanți pentru a evita intrarea în triumfiuri. Profunzimea caracteriza, de asemenea, problemele asupra cărora s-a concentrat Ackerman – analogiile de familie a tipurilor de conflicte, sentimentele și fanteziile care zăceau în subconștientul individului. Orientarea sa psihanalitică l-a sensibilizat spre temele ascunse din subconștientul interpersonal al familiei, iar stilul lui provocator i-a permis să ajute familiile să scoată la lumina zilei aceste teme.

Contribuțiile lui Ackerman la terapia de familie sunt extinse și importante: el a fost unul dintre primii care a imaginat tratamentul întregii familii și a avut inventivitatea și energia să-l practice în fapt. La sfârșitul anilor 1940, el sublinia că tratarea membrilor familiei în mod individual, fără considerarea configurației familiei era adesea inutilă.

Al doilea impact major al lui Ackerman a fost cel al unui artist inegalabil al tehnicii terapeutice. El a fost unul dintre cele mai mari genii ale mișcării. Cei care au studiat cu el atestă măiestria lui clinică. El a fost un catalizator dinamic – activ, deschis și direct, niciodată rigid sau prudent. El a fost pasionat și eficient. Niciodată nu a fost mulțumit să rămână în birou, pentru aceasta a recomandat și a făcut vizite frecvente acasă la pacienți (Ackerman, 1966b).

În sfârșit, contribuțiile lui Ackerman în calitate de profesor pot fi cea mai importantă

moștenire a sa. Prin anii 1960, pe Coasta de Est, numele său era sinonim cu terapia de familie. Printre cei care au fost fericiți să studieze cu el a fost Salvador Minuchin, care recunoaște deschis ceea ce datorează geniului lui Ackerman.

Ackerman sfătuia pe terapeuți, în mod constant, să se angajeze emoțional cu familiile și să folosească confruntarea pentru a transforma conflictele somnolente într-o discuție deschisă. Cum provoacă terapeutul dezvăluirile candidă? Ackerman a făcut acest lucru prin atragerea atenției asupra evitării și a necinstei emoționale („stimularea apărărilor”). Poate contribuția sa cea mai durabilă a fost accentuarea constantă asupra persoanelor individuale și a întregului familiei; el nu a pierdut niciodată din vedere sinele din sistem.

Carl Whitaker

Chiar printre numeroșii fondatori cu voință puternică și personalitate distinctă, Carl Whitaker rămâne ca cel mai ireverențios. Opinia sa privind oamenii cu tulburări psihice era aceea că ei erau alienați din cauza simțirii și înghețării în rutine devitalizate (Whitaker & Malone, 1953). Whitaker s-a preocupat de temperatura emoțională. „Psihologia absurdului” (Whitaker, 1975) a fost un amestec de sprijin cald și stimulare emoțională nepredictibilă, concepută pentru oamenii perdanti și pentru a-i ajuta să țină legătura cu experiența lor într-un mod mai profund, mai personal.

Având în vedere abordarea sa îndrăzneată și inventivă privind terapia individuală, nu a fost surprinzător că Whitaker a devenit unul dintre primii care s-a rupt de tradiția psihiatrică pentru a experimenta tratamentul de familie. În 1943, el și John Warkentin, lucrând în Oak Ridge, Tennessee, au început prin includerea soților și copiilor în

tratamentul pacienților. Whitaker a fost, de asemenea, un pionier în folosirea coterapiei, cu credința că un partener care sprijină ajută liber pe terapeuți să reacționeze spontan fără teama contratransferului neverificat.

În 1946, Whitaker a devenit Președintele Departamentului de Psihiatrie de la Universitatea Emory, unde a continuat să experimenteze tratamentul de familie cu un interes deosebit pentru schizofrenici și familiile acestora. În decursul acestei perioade, Whitaker a organizat o serie de conferințe care au condus în cele din urmă la prima reuniune majoră a mișcării de terapie de familie. Din 1946, Whitaker, Warkentin și colegii săi au început conferințe bianuale în cadrul cărora ei au observat și discutat munca fiecăruia dintre ei cu familiile. Grupul a apreciat aceste reuniuni deosebit de folositoare și observația reciprocă, folosirea ecranelor unidirecționale (*one-way vision screens*), au devenit de atunci una din particularitățile terapiei de familie.

Whitaker și-a dat demisia de la Emory în 1955 și a început practica privată împreună cu Warkentin, Malone și Richard Felder. El și partenerii săi de la Clinica de Psihiatrie din Atlanta au dezvoltat o formă „experimentală” a psihoterapiei, folosind un număr de tehnici provocatoare, combinate cu forța propriilor lor personalități, în tratamentul familiilor, indivizilor, grupurilor și cuplurilor (Whitaker, 1958).

În 1965, Whitaker a părăsit Atlanta pentru a deveni profesor de psihiatrie la Universitatea din Wisconsin, unde a lucrat până la pensionarea sa, în 1982. După aceea sa dăruit complet tratării familiilor și călătoriilor, pretutindeni în lume, conducând ateliere de lucru. Pe la sfârșitul anilor 1970, Whitaker părea că s-a maturizat și a adăugat o mai mare înțelegere dinamicii familiei pentru intervențiile sale neoficiale. În evoluție, fostul bărbat sălbatic din terapia de familie devine un bărbat de stat al mișcării.

Moartea lui Whitaker, în aprilie 1995, a provocat pierderea unei piese vitale din acest domeniu.

La începutul mișcării terapiei de familie, Whitaker era mai puțin cunoscut decât mulți alți terapeuți de familie din prima generație. Poate aceasta s-a datorat poziției sale ateoretice. În timp ce Jackson, Haley și Bowen au dezvoltat concepte teoretice care intrigau și erau ușor de înțeles, Whitaker evita întotdeauna teoria în favoarea spontaneității creatoare. Opera sa a fost mai puțin accesibilă studenților decât cea a colegilor săi. Cu toate acestea, el s-a bucurat întotdeauna de respectul colegilor săi. Cei care au înțeles realmente ceea ce se întâmplă în familii au putut să vadă că a existat întotdeauna metoda în nebunia sa.

Whitaker a creat în mod deliberat tensiune prin tracasarea și confruntarea familiilor, deoarece el credea că stresul este necesar pentru schimbare. El nu părea să aibă niciodată o strategie determinată, nici nu a folosit tehnici predictibile, preferând, așa cum spunea el, să lase subconștientul să conducă terapia (Whitaker, 1976). Cu toate că opera sa părea totalmente spontană, chiar ultragioasă pentru acea epocă, a existat o temă constantă. Toate intervențiile sale au promovat flexibilitatea. El nu a împins mult membrii familiilor să se schimbe într-o anumită direcție așa cum i-a provocat și i-a amăgit să se deschidă – să devină mai complet ei înșiși și mai complet împreună.

Ivan Boszormenyi-Nagy

Ivan Boszormenyi-Nagy, care a venit în terapia de familie din psihanaliză, a fost unul dintre gânditorii seminali din mișcare încă de la începuturile ei. În 1957, el a fondat Institutul de Psihiatrie din Pennsylvania de Est (EPPI = Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute) la Philadelphia unde a fost

capabil să atragă o mulțime de colegi și studenți deosebit de talentați. Printre aceștia au fost James Framo, unul dintre puținii psihologi din mișcarea timpurie a terapiei de familie; David Rubenstein, un psihiatru care a lansat mai târziu un program de formare separat în terapia de familie; și Geraldine Spark, un asistent social care a lucrat cu Boszormenyi-Nagy în calitate de coterapeut, codirector de unitate și coautor al *Loialităților invizibile* (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

În 1960, Albert Schefflen a plecat de la Universitatea Temple la EPPI, unde i s-a alăturat lui Ray Birdwhistell pentru a studia limbajul corpului în terapie. Ross Speck, care și-a făcut rezidențiatul în psihiatrie la începutul anilor 1960, a dezvoltat împreună cu Carolyn Attneave „terapia de rețea” care a lărgit contextul tratamentului dincolo de familia nucleară. În această abordare sunt invitate să participe la ședințele de terapie cât mai multe persoane posibil, care au legătură cu pacientul. Adesea, peste cinci zeci de persoane, inclusiv familia extinsă, prieteni, vecini și profesori sunt chemați împreună pentru ședințe de aproximativ trei-patru ore conduse de minimum trei terapeuți pentru a discuta căile de a sprijini și de a ajuta schimbarea pacientului (Speck & Attneave, 1973).

În plus, la sponsorizarea sa pentru studenți și asociați, Boszormenyi-Nagy însuși a adus contribuții majore studiului schizofreniei (Boszormenyi-Nagy, 1962) și terapiei de familie (Boszormenyi-Nagy, 1966, 1972; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Boszormenyi-Nagy a descris el însuși, în calitate de terapeut, cine a venit pentru a fi un analist, prețuind secretul și confidențialitatea, pentru un terapeut de familie, care se luptă cu forțele patologiei pe un câmp de luptă deschis. Una din cele mai importante contribuții ale sale a fost adăugarea responsabilității etice scopurilor și tehnicilor terapeutice. În conformitate cu Boszorme-

nyi-Nagy, nici plăcerea – principiul durerii, nici promptitudinea tranzacțională nu reprezintă un ghid suficient pentru comportamentul uman. El crede, în schimb, că membrii familiei trebuie să-și bazeze relațiile pe încredere și loialitate și că ei trebuie să echilibreze drepturile și datoriile.

Salvador Minuchin

Atunci când Minuchin și-a făcut intrarea în scenă a fost drama strălucitoarelor sale demonstrații clinice pe care oamenii le-au găsit atât de captivante. Acest bărbat irezistibil, cu accent latin, va seduce, va provoca, va intimida sau va uimi familiile schimbându-le – după caz. Dar nici chiar legendarul fler dramatic al lui Minuchin nu a avut același impact de galvanizare a simplității elegante a modelului său structural.

Minuchin și-a început cariera ca terapeut de familie la începutul anilor 1960, când a descoperit două paternuri comune familiilor cu probleme psihice: Unele sunt „implicate” – interconectate haotic și strâns; altele sunt „neimplicate” – izolate și aparent nelegate. Ambelor tipuri le lipsesc liniile clare de autoritate. Părinții implicați sunt prea angajați cu copiii lor pentru a menține conducerea și pentru a exercita controlul; părinții neimplicați sunt prea distanți pentru a asigura un sprijin și o orientare eficiente.

Problemele familiei sunt tenace și rezistente la schimbare deoarece ele sunt înrădăcinate în structuri puternice, dar nevăzute. Să luăm, de exemplu, o mamă care dojenește inutil un copil încăpățânat. Mama poate certa, pedepsi, recompensa cu stele de aur sau poate încerca îngăduința; atât timp cât ea este „în rețea” (implicată complet) cu copilul, eforturile ei vor fi lipsite de forță deoarece ea este lipsită de autoritate. Mai mult decât atât, deoarece comportamentul unui membru al familiei este întotdeauna

legat de cel al altora, mama va avea probleme să dea înapoi atâta vreme cât soțul ei (tatăl copilului este neimplicat).

Odată ce un sistem social, precum familia, devine structurat, încercarea de a schimba regulile constituie ceea ce terapeuții de familie numesc „schimbare de gradul întâi” – schimbare în cadrul unui sistem care, el însuși, rămâne invariant. Pentru mama din primul exemplu, a începe să practice o disciplină mai strictă va fi o schimbare de gradul întâi. Mama implicată este prinsă într-o iluzie de alternativă. Ea poate fi severă sau îngăduitoare; rezultatul este același deoarece ea rămâne prinsă în acest triumf. De ce este nevoie, este „o schimbare de gradul doi” – o schimbare în sistemul însuși.

Minuchin a lucrat mai întâi asupra ideilor sale în timp ce se lupta cu problemele delincvenței juvenile la Școala de băieți din Wiltwyck, New York. Terapia de familie aplicată la familiile din suburbii a fost o nouă dezvoltare, iar publicarea ideilor sale (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman & Schumer, 1967) a condus la invitarea lui, în 1965, să devină director al Clinicii de Orientare a Copilului din Philadelphia. Minuchin i-a luat cu el pe Braulio Montalvo și Berenice Rosman și lor li s-a alăturat, în 1967, Jay Haley. Împreună, ei au transformat o clinică tradițională de orientare a copilului într-unul din cele mai mari centre ale mișcării terapiei de familie.

Prima realizare notabilă a lui Minuchin, la Clinica de Orientare a Copilului din Philadelphia, a fost un program unic pentru formare a membrilor comunității negre, locale, ca terapeuți de familie paraprofesionali. În 1969, Minuchin a primit o bursă de perfecționare pentru a lansa un program intensiv, de doi ani, în care Minuchin, Haley, Montalvo și Rosman au dezvoltat, în același timp, o abordare cu deosebit succes pentru formarea unuia din cele mai importante sisteme ale terapiei de familie. După Haley,

unul din avantajele de a forma oamenii fără o experiență anterioară pentru a deveni clinicieni este acela că ei au mai puțin ca să nu învețe și prin urmare sunt mai puțin rezistenți la a gândi în condițiile sistemelor. Minuchin și Haley s-au gândit să capitalizeze aceasta prin dezvoltarea unei abordări cu un număr cât se poate de mic de concepte teoretice. Eleganța conceptuală a devenit una din pecetile „terapiei de familie structurale”.

Tehnicile terapiei de familie structurale se reduc la două strategii generale. Prima, terapeutul trebuie să se potrivească familiei pentru „a li se alătura”. A începe prin provocarea unui mod de relaționare preferat al familiei este garanția sigură de a provoca rezistența. Dacă, în loc de aceasta, terapeutul începe prin a încerca să înțeleagă și să accepte familia, ei vor face la fel pentru a accepta tratamentul. (Nimeni nu acceptă mai ușor un sfat de la cineva dacă nu simte că într-adevăr este înțeles de acesta). De îndată ce această *alăturare* inițială este realizată, terapeutul de familie structural începe să folosească tehnicile de *restructurare*. Acestea sunt manevre active concepute să distrugă structurile disfuncționale prin întărirea granițelor difuze și pierderea celor rigide. (Minuchin & Fishman, 1981).

În 1981, Minuchin s-a mutat la New York și a fondat ceea ce acum este cunoscut sub numele de Centrul Minuchin pentru familie, unde și-a continuat activitatea de instruire a terapeuților de familie din întreaga lume și angajarea sa în dreptatea socială lucrând în sistemul de ocrotire al copiilor. El a continuat, de asemenea, să transforme un curent staționar al celor mai influente cărți din domeniu. Cartea sa *Familiile și terapia de familie*, 1974, este cea mai populară carte din istoria terapiei de familie, iar *Vindecarea familiei*, din 1993, conține cele mai profunde și emoționante descrieri ale terapei scrise vreodată de un terapeut de familie. În 1996,

dr. Minuchin s-a retras la Boston, împreună cu soția sa Patricia.

Alte centre timpurii ale terapiei de familie

La New York, Israel Zwerling (care a fost analizat de Nathan Ackerman) și Marilyn Mendelsohn (care a fost analizată de Don Jackson) au organizat Secția de Studii de Familie la Colegiul de Medicină Albert Einstein și Spitalul de Stat din Bronx. Andrew Ferber a fost numit director, în 1964, și mai târziu Philip Guerin, un protejat al lui Murray Bowen, s-a alăturat acestei secțiuni. Nathan Ackerman a servit în calitate de consultant, iar grupul a adunat o masă impresionantă de terapeuți de familie de diverse orientări. Aceștia includeau pe Chris Beels, Betty Carter, Monica Orfanidis (acum McGoldrick), Peggy Papp și Thomas Fogarty.

Philip Guerin a devenit directorul Secției de Formare și Studii de Familie, în 1970, iar, în 1972, a înființat un program de formare fără frecvență la Westchester. Puțin timp după aceea, în 1973, el a înființat Centrul pentru Educarea Familiei, unde a dezvoltat unul din cele mai fine programe de formare în domeniul terapiei de familie din țară.

În Galveston, Texas, Robert MacGregor și colegii săi, au dezvoltat „terapia cu impact multiplu” (MacGregor, 1967). A fost un caz de urgență, fiind mama invenției. Clinica lui MacGregor a servit o populație larg răspândită în sud-estul Texasului și mulți dintre clienții săi trebuiau să călătorească mii de mile. Deoarece ei trebuiau să parcurgă asemenea distanțe, majoritatea acestor oameni nu puteau să revină la ședințele săptămânale. De aceea, pentru a avea un impact maxim într-o perioadă de timp scurtă, MacGregor a adunat o echipă de specialiști care au lucrat intens cu familiile timp de două

zile pline. Cu toate că puțini terapeuți de familie au folosit asemenea ședințe maraton, abordarea echipei continuă să fie una din particularitățile acestui domeniu.

La Boston, două dintre cele mai semnificative contribuții timpurii ale terapiei de familie sunt ambele din aripa existențial-experiențială a mișcării. Norman Paul a dezvoltat o abordare de „doliu operațional” concepută să dezvăluie și să exprime durerile nerezolvate. După Paul, această abordare catartică este folositoare în mai toate familiile, nu numai în cele care au suferit o pierdere recentă.

Tot la Boston, Fred și Bunny Duhl au înființat Institutul Familiei din Boston, unde ei au dezvoltat „o terapie de familie integrativă”. Împreună cu David Kantor și Sandy Watanabe, familia Duhl a combinat idei luate din mai multe teorii de familie și a adăugat un număr de tehnici expresive, inclusiv *sculptarea de familie*.

La Chicago, Institutul Familiei din Chicago și Institutul pentru Cercetări Juvenile sunt centre importante ale scenei timpurii a terapiei de familie. La Institutul Familiei, Charles și Jan Kramer au dezvoltat un program de formare clinică care a fost mai târziu afiliat la Școala de Medicină a Universității de nord-vest. Institutul de Cercetări Juvenile a montat, de asemenea, un program de formare sub conducerea lui Iry Borstein, cu consultanța lui Carl Whitaker.

Activitatea lui Nathan Epstein și a colegilor săi, desfășurată mai întâi la Departamentul de Psihiatrie de la Universitatea McMaster din Hamilton, Ontario, a fost o abordare centrată pe problemă (Epstein, Bishop & Baldarin, 1981). „Modelul McMaster al funcționării familiei” merge pas cu pas – elucidând problema, adunând date, considerând variante pentru rezolvare și evaluând procesul de operare – pentru a ajuta familiile să înțeleagă interacțiunea lor proprie și să construiască instrumentele lor de rezolvare recent dobândite. Mai târziu,

Epstein s-a mutat la Universitatea Brown din Providence, Rhode Island.

Dezvoltările timpurii importante din terapia de familie din afara Statelor Unite includ folosirea terapiei psihodinamice de familie a lui Robin Skynner (1976) la Institutul de Terapie de Familie din Londra; sistemul diagnosticului de familie al psihiatrului britanic John Howlles (1971) este considerat ca un pas necesar pentru planningul intervenției terapeutice; eforturile integrative ale vest-germanului Helm Stierlin (1972) au adus împreună ideile psihodinamice și sistemice pentru a contribui la înțelegerea și tratarea adolescenților cu probleme psihice; la Roma, activitatea cu familiile a lui Maurizio Andolfi, la începutul anilor 1970 și, fondarea de către el, în 1974, a Societății Italiene pentru Terapie de Familie; munca Marei Selvini Palazzoli și a colegilor ei, care au înființat Institutul pentru Studii de Familie de la Milano, în 1967.

Încheiem această secțiune prin a menționa contribuțiile lui Christian Midelfort. Chiar mai mult decât în cazul lui John Bell, activitatea de pionierat a lui Midelfort în terapia de familie a fost greu să fie recunoscută. El a început cu tratatrea familiilor pacienților spitalizați la începutul anilor 1950, publicând ceea ce a fost probabil primul raport asupra terapiei de familie la o reuniune științifică, în 1952, la Convenția Asociației Americane de Psihiatrie, iar apoi, în 1957, a publicat una din primele cărți complete privind terapia de familie. Cu toate acestea, în calitate de psihiatru la La Crosse, Wisconsin, el a rămas izolat de restul mișcării terapiei de familie. Metoda lui Midelfort de tratare a familiilor s-a bazat pe modelul terapiei de grup și aceasta a combinat intuiția cu tehnica de sprijinire și încurajare. La început, interesul său era să sfătuiască membrii familiei asupra celor mai bune căi

pentru a ajuta pacientul identificat, dar treptat, el a dezvoltat un punct de vedere sistemic și a considerat familia ca pacient. Tehnica sa era să încurajeze membrii familiei să-și ofere unul altuia dragostea și sprijinul care au fost asigurate inițial de terapeut.

Acum, pentru că ați văzut cum terapia de familie a apărut în locuri diferite, în același timp, sperăm că nu am pierdut nimic din vedere. Este deosebit de interesant să vedem cum comportamentul oamenilor se manifestă în contextul familiilor lor. Întâlnirea cu familia, pentru prima dată, este la fel ca și atunci când aprinzi lumina într-o cameră întunecoasă.

Epoca de aur a terapiei de familie

În primul lor deceniu, terapeuții de familie aveau toți entuziasmul și bravura copiilor noi din bloc. „Uită-te la asta!” par a spune Haley și Jackson și Bowen și alții, atunci când ei au descoperit măsura în care întreaga familie era implicată în simptomele pacienților individuali. Acești vindecători de stil nou sunt pionierii, ocupați să deschidă noi teritorii și să ardă plângerile lor împotriva elementelor neprietenești din stabilimentele psihiatrice.

În timp ce ei se luptau pentru legitimitate, clinicienii de familie au subliniat convingerile lor comune și au minimizat diferențele acestora. Problemele, au apreciat ei, vin în familii. Dar dacă cuvântul de ordine în anii 1960 era „Uită-te la asta!” – subliniind că saltul de înțelegere împărtășit a fost posibil prin vederea întregii familii împreună – strigătul anilor 1970 a fost „Uită-te ce pot eu să fac!”, așa cum copiii își arătau mușchii și săpau propriul gazon.

Perioada dintre 1970 și 1985 a văzut înflorirea celebrelor școli de terapie de

familie în timp ce pionierii au întemeiat centrele de formare și au studiat implicațiile modelelor lor.

Abordarea conducătoare a terapiei de familie, în anii 1960, a fost modelul de comunicare dezvoltat la Palo Alto. Cartea deceniului a fost *Pragmatica comunicării umane*, textul care a introdus versiunea sistemică a terapiei de familie (și a condus pe câțiva să creadă că citind-o aceasta îi va putea face terapeuți de familie). Modelul anilor 1980 a fost terapia strategică, iar cărțile acestui deceniu au descris trei abordări vitale: *Schimbarea* de Watzlawick, Wakland și Fisch³⁾; *Terapia rezolvării problemelor* de Jay Haley; și *Paradox și contrapadox* de Mara Selvini Palazzoli și asociații ei de la Milano. Anii 1970 îi aparțin lui Salvador Minuchin. Cartea sa, *Familia și terapia de familie*, și modelul simplu descris, încă irezistibil al structurii familiei, a dominat acest deceniu.

Teoria structurală părea să ofere tocmai ceea ce terapeutul de familie căuta: un mod simplu, semnificativ de descriere a organizării familiei și un set de pași direcți spre tratament. Ideile descrise în *Familiiile și terapia de familie* au fost atât de irezistibile și clare încât părea că tot ceea ce trebuie să faci pentru a transforma familiile era să li te alături, să întocmești harta structurii lor – și apoi să faci ceea ce a făcut Salvador Minuchin pentru a le dezechilibra. În aceasta constă toată dificultatea.

În înțelegerea noastră ulterioară ne putem întreba dacă puterea impresionantă a abordării lui Minuchin a fost un produs al metodei sau al omului? (Răspunsul este, probabil puțin din amândouă). Dar, în anii 1970, credința larg răspândită că terapia de familie structurală ar putea fi ușor învățată a atras oamenii din toată lumea să studieze la,

ceea ce timp de un deceniu a fost Mecca terapiei de familie: Clinica de Orientare a Copilului din Philadelphia.

Terapia de familie strategică care a înflorit în anii 1980 s-a concentrat în trei grupuri unice și creatoare: grupul de terapie scurtă de la MRI incluzându-i pe John Wakland, Paul Watzlawick și Richard Fisch; Jay Haley și Cloe Madanes, codirectori ai Institutului de Terapie de Familie din Washington, DC; și Mara Selvini Palazzoli și colegii ei de la Milano. Dar influența importantă asupra deceniului terapiei strategice a fost exercitată de Milton Erickson, deși de dincolo de mormânt.

Geniul lui Erickson a fost mult admirat și imitat. Terapeuții de familie l-au idolatrizat pe Erickson la fel cum noi, atunci când eram copii îl idolatrizam pe căpitanul Marvel. Poate că noi eram mici și lumea mare, dar puteam visa să fim eroi – suficient de puternici sau suficient de deștepți pentru a-i depăși pe toți cei de care ne era frică. Veneam acasă de la matineele de sâmbătă cu pieptul umflat, scoteam săbiile noastre de jucărie, ne îmbrăcam cu mantiile noastre magice – și repede! Eram supereroi. Eram doar niște copii și nu ne băteam capul să traducem în cuvintele noastre puterile mitice ale eroilor noștri; noi doar îi copiam în mod direct. Din nefericire, mulți din cei care erau staruri lovite de poveștile terapeutice legendare ale lui Erickson au făcut același lucru. În loc să înțeleagă principiile în care ei s-au afirmat, prea mulți terapeuți au încercat numai să imite „tehnicile sale neobișnuite”. Pentru a fi orice fel de terapeut competent noi trebuie să păstrăm distanța psihologică de artiștii supremi – Minuchini, Miltoni Ericksoni, Michael Whitei. Altfel sfârșim prin imitarea magiei tehnicilor lor, mai degrabă decât să înțelegem esența ideilor lor.

Abilitățile lui Erickson de a sublinia lucrurile comune, chiar inconștiente, naturale, sunt ilustrate de *principiul de utilizare* – folosind

3) Deși publicată de fapt în 1974, această carte și continuarea sa, *Tacticile schimbării* au fost cele mai mult citite și predate în anii 1980.



limbajul clienților și modurile preferate de a-i vedea pe ei înșiși minimizând rezistența. În loc să analizeze și să interpreteze dinamica disfuncțională, ideea a fost să facă clienți activi și în mișcare. Erickson credea că mișcarea pe care o credea că a apărut în afara camerei de consultație, astfel el a folosit foarte mult temele pentru a fi făcute între ședințe. Asemenea teme sau „directive” trebuiau să devină caracteristica abordării strategice a lui Jay Haley.

Ceea ce au făcut directivele strategice ale lui Haley atât de atractive a fost faptul că ele erau un mod minunat de a câștiga putere și control asupra oamenilor – pentru propriul lor bine – fără frustrarea obișnuită de încercare de a-i convinge să facă ceea ce este corect. (Mulți oameni știu deja ceea ce este bine pentru ei. Partea dificilă este să-i determini să facă acest lucru). Astfel, de exemplu, în cazul unui bulimic, o directivă strategică ar putea fi pentru familia persoanei bulimice să-i prezinte mai multe feluri de mâncare, precum pui fript, cartofi franțuzești, prăjituri și înghețată. Apoi, sub privirile familiei, persoana bulimică va mânca toată mâncarea cu ajutorul mâinilor, simbolizând ceea ce se întâmplă în stomacul ei. După ce hrana a fost redusă la un fel de mâncare înmuiată, ea va umple cu aceasta toaleta. Apoi, atunci când toaleta s-a înfundat, ea trebuie să ceară membrului familiei să o desfunde. Această sarcină trebuie să simbolizeze nu numai ce își face persoana bulimică ei însăși, ci și ceea ce face ea familiei (Madanes, 1981).

Atât de atractive erau asemenea intervenții înțelepte încât ele au fost foarte mult imitate, din nefericire, adesea cu puțină apreciere a principiilor de bază pe care le subliniau. Oamenii erau atât de captivați de directivele creatoare încât ei au pierdut adesea din vedere cadrul de dezvoltare al lui Haley și sublinierea structurii ierarhice.

Ceea ce a adăugat domeniul strategic la abordarea creatoare a lui Erickson pentru

rezolvarea problemei a fost cadrul simplu de înțelegere a felului în care familiile se blocau în problemele lor. În conformitate cu modelul MRI, problemele se dezvoltă din proasta gestionare a dificultăților vieții obișnuite nu neapărat necesar prin persoane sau sisteme disfuncționale. Dificultatea inițială devine o problemă atunci când neîndemânarea conduce oamenii la blocare în mai multe soluții asemănătoare. Aceasta seamănă cu răsturnarea perversă a vechiului adagio „dacă la început n-ai reușit de prima dată, încearcă, încearcă din nou”.

Intervențiile care au atras cel mai mult atenția au fost recomandările simptomelor sau interdicțiile paradoxale. De ce nu? Erau nostimi (iar curentul subteran de condescendență nu a fost limpede imediat). Problema nu a fost realmente să stabilești simptomul, ci să schimbi soluția încercată. Dacă un bărbat supraponderal a încercat fără succes să țină dietă, ideea de a-i spune să se oprească să autonege el însuși hrana pe care o mânca ar fi să facă exact ceva diferit; aceasta înseamnă o întoarcere cu 180 de grade de soluția încercată. Dacă intervenția este sau nu un paradox era irelevant. Tehnica era să schimbi soluția încercată. Păstrând în minte principiul, mai degrabă decât a fi capturat de așa-numita noutate de ceea ce a fost înainte de toate numai psihologia inversă. S-ar putea veni cu o variantă mai eficientă. În loc de a încerca să se oprească din a mânca, poate că bărbatul ar putea fi încurajat să înceapă să facă exerciții. (De obicei este mai greu să te oprești să faci ceva decât să începi să faci altceva).

Grupul de la Milano s-a construit pe ideile pionieratului de la MRI, în special pe folosirea legăturii duble terapeutice sau așa cum se refereau ei „contraparadoxul”. Iată un exemplu din *Paradox și contraparadox* (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978). Autorii descriu folosirea abordării contraparadoxale cu un băiat în vârstă de 6 ani și cu familia sa. La sfârșitul ședinței s-a

citit familiei o scrisoare de la echipa de observare. Tânărul Bruno a fost evaluat ca acționând nebunește pentru a-și proteja tatăl. Prin ocuparea timpului mamei sale cu certuri și bătaii, băiatul a acordat cu generozitate tatălui său timp pentru lucru și relaxare. Bruno a fost încurajat să continue să facă ceea ce el făcea deja, ca nu cumva acest aranjament confortabil să fie stricat.

Apelarea la abordarea strategică a fost pragmatică. Plângerile pe care oamenii le ridică terapiei sunt tratate ca *problemă*, nu ca simptome ale tulburării de bază. Folosind corect metafora cibernetică, terapeuții strategici au făcut egal cu zero modul în care sistemele de familie erau reglate de feedback-ul negativ. Ei au obținut rezultate remarcabile pur și simplu prin distrugerea interacțiunilor care înconjoară și mențin simptomele. De la ceea ce terapeuții s-au abătut, eventual, la aceste abordări a fost jocul acestora cu oamenii. Reformularea a fost adesea transparent manipulativă. Rezultatul a fost de a privi un magician stângaci – poți să-l vezi blocând pachetul de cărți.

Cu toate acestea, în timp ce abordările structurale și strategice creșteau și pierdeau din popularitate, alte patru modele ale terapiei de familie au înflorit încet. Deși ele nu au ocupat niciodată locul central, modelele experimentale, psihanalitice, comportamentale și boweniene s-au dezvoltat și au prosperat. Deși aceste școli nu au realizat niciodată rețeta cea mai originală a terapiei de familie, fiecare dintre ele a produs progrese clinice importante, care vor fi examinate în detaliu în capitolele următoare.

Privind înapoi, este dificil să conduci emoția și optimismul care au energizat terapia de familie în epoca sa de aur. Centre

de pregătire au apărut pretutindeni în țară, au fost organizate ateliere de lucru, iar liderii mișcării erau sărbătoriți precum starurile rock. Terapeuții interveneau activ și puternic, autoîncrederea lor era molipsitoare. Minuchin, Whitaker, Haley, Madanes, Selvini Palazzoli – ei păreau că se ridică deasupra limitelor și formelor obișnuite ale terapiei vorbite. Tinerii terapeuți aveau nevoie de inspirație și au găsit-o. Ei au învățat de la maestrul lor, iar maestrul era transformat în legendă.

Undeva pe la mijlocul anilor 1980 a apărut o reacție. În ciuda ipotezelor optimiste, aceste abordări active nu au mai funcționat întotdeauna. Și astfel, domeniul s-a răzbunat pe cei pe care i-au idealizat prin aducerea lor cu picioarele pe pământ. Poate că a fost manipularea lui Haley care i-a blocat sau poate că uneori Minuchin părea mai mult autoritar decât sclipitor. Terapeuții de familie s-au minunat de creativitatea lor și au încercat să o copieze, dar creativitatea nu poate fi copiată.

Pe la sfârșitul deceniului, conducătorii școlilor importante au îmbătrânit, influența lor pâlind. Ceea ce odată părea eroic, acum părea agresiv și arogant. O serie de provocări – criticile feministe și postmoderne, renașterea modelelor analitice și biologice, glonțul magic Prozac, succesul programelor de recuperare, precum Alcoolicii Anonimi, faptele urâte de maltratare a soției și abuzul de droguri la copii, care au provocat ideea că problemele domestice erau întotdeauna un produs al relațiilor – toate au zguduit încrederea noastră în modelele pe care le știam a fi adevărate, știam că vor funcționa. În capitolele următoare vom analiza mai detaliat aceste provocări.

—Rezumat—

Terapia de familie are o istorie scurtă, dar un trecut îndelungat. De mulți ani terapeuții au rezistat la ideea de a vedea membrii familiei pacientului, pentru a salva caracterul privat al relației pacient-terapeut. Freudienii au exclus familia reală pentru a descoperi familia inconștientă, introvertită; rogerianii au ținut familia departe pentru a asigura o privire pozitivă necondiționată, iar psihiatrii de spital au descurajat vizitele familiei deoarece ele puteau să distrugă mediul benign din spital.

Mai multe dezvoltări convergente din anii 1950 au condus la o viziune nouă a familiei ca un sistem viu, ca un întreg organic. Psihiatrii din spitale au observat că, adesea, atunci când pacientul se însănătoșea, altcineva din familie se îmbolnăvea. Astfel, a devenit clar că schimbarea în orice persoană schimbă întregul sistem. În cele din urmă, este evident că schimbarea familiei ar putea fi modul cel mai eficient pentru schimbarea individului.

Deși clinicienii practicieni din spitalele și clinicile de orientare a copilului au pregătit calea terapiei de familie, cele mai importante realizări au fost obținute în anii 1950 de asistenții care la început au fost cercetători, iar în al doilea rând vindecători. La Palo Alto, Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson și John Wakland, studiind comunicarea, au descoperit că schizofrenia are sens în contextul comunicării familiei patologice. Schizofrenicii nu sunt nebuni într-un mod fără sens; comportamentul lor, aparent fără sens, are sens în contextul familiilor lor. La Yale, Theodore Lidz a descoperit un model frapant al instabilității și conflictului în familiile schizofrenilor. *Schisma maritală* (conflictul deschis) și *distorsiunea maritală* (echilibrul patologic) au efecte profunde asupra dezvoltării copiilor. Observația lui

Murray Bowen referitoare la modul în care mamele și copiii lor schizofrenici merg prin ciclurile de apropiere și depărtare a fost un precursor al dinamicii *urmăritor-urmărit*. Prin spitalizarea întregii familii pentru observație și tratament, Bowen a situat implicite problema schizofreniei într-o *masă a egoului familiei nediferențiate* și chiar a extins aceasta dincolo de familia nucleară la trei generații. Lyman Wynne a legat schizofrenia de familie demonstrând cum contribuie devierea comunicării la tulburările de gândire.

Aceste observații au lansat mișcarea terapiei de familie, dar emoția pe care au generat-o a întunecat distincția dintre ceea ce au observat echipele de cercetare și ceea ce ei au concluzionat. Ceea ce ei au observat a fost că și comportamentul schizofrenicilor *se potrivește* cu familiile lor; ceea ce ei au concluzionat a fost mult mai spectaculos. Mai întâi a fost lăsat să se înțeleagă că dacă schizofrenia se potrivește (are sens) în contextul familiei, atunci familia trebuie să fie *cauza* schizofreniei. O a doua concluzie era și mai influentă. Dinamica familiei – legăturile duble, pseudomutualitatea, masa ego-ului familiei nediferențiate – a început să fie văzută ca produs al sistemului, mai degrabă decât caracteristici ale persoanelor care împărtășesc anumite calități deoarece ele trăiesc împreună. Astfel s-a născut o nouă ființă: „sistemul familial”.

În momentul în care familia a devenit pacient, s-a simțit nevoia unor noi căi de gândire despre și de tratament ale problemelor umane. Metafora sistemelor a fost conceptul central în această încercare. Și, deși nimeni nu a putut fi considerat fondatorul terapiei de familie, nimeni nu a avut mai mare influență asupra modului cum trebuie gândite

famiiliile decât Gregory Bateson și Milton Erickson, antropologul și psihiatrul.

Moștenirea lui Erickson a fost o abordare pragmatică de rezolvare a problemei. El ne-a ajutat să învățăm să descifrăm ceea ce ține blocate familiile, cum să le deblocăm folosind idei creatoare, uneori contraintuitive – și apoi cum să ieșim din această situație, lăsând familiile să-și continue treburile lor. Dar măestria fascinantă a lui Erickson a promovat și o tradiție de fixare rapidă făcută *pentru*, mai degrabă decât *cu* familiile.

Bateson a fost patronul sfânt al aripilor intelectuale a terapiei de familie. Ideile sale erau atât de profunde încât ele mai sunt încă în mintea celor mai sofisticăți gânditori din domeniu. Din nefericire, Bateson a stabilit și un exemplu de idei deschise de teoretizare abstractă importate de la alte discipline „mai științifice”. La începuturile terapiei de familie, poate aveam nevoie de modele din domenii, precum cibernetica, pentru a ne ajuta să începem. Dar atunci când atât de mulți terapeuți de familie au continuat să se sprijine pe sistemele fizicii și biologiei, ne întrebăm de ce această poftă de fizică? Poate după tot acest timp, suntem încă nesiguri de legitimitatea psihologiei și de abilitatea noastră de a observa comportamentul uman în condiții umane, fără să ne pierdem obiectivitatea.

Un alt motiv al terapeuților de familie care a gravitat în jurul teoriilor de la mecanică la științele naturale este faptul că ei au respins în totalitate partea importantă a literaturii despre psihologia umană: psihanaliza. Instituția psihanalitică nu a fost prea entuziastă privind această nouă provocare la modul ei de gândire, iar terapeuții de familie au trebuit să lupte în multe locuri pentru a câștiga spațiu pentru convingerile lor. Poate că a fost această rezistență care a împins terapeuții de familie spre o poziție reactivă. Animozitatea dintre terapeuții de familie și terapeuții psihodinamici s-a răcit în anii 1970, după ce

terapia de familie a câștigat un loc pentru ea însăși în instituțiile de sănătate mintală. Un motiv pentru care terapia de familie a fost acceptată a fost faptul că ea și-a croit domeniul său în zone neglijate în mod tradițional de instituțiile psihiatrice: serviciile pentru copii și săraci. O moștenire nefericită a acestui antagonism timpuriu a fost, cu toate acestea, o perioadă prelungită de ignoranță și neglijare. În anii 1990, pendulul a început să se schimbe. Terapeuții de familie au început să descopere că, în timp ce încercau să înțeleagă forțele ascunse din familie, putea fi folositor, de asemenea, să se acorde atenție forțelor ascunse din indivizii care formau familiile. Poate aprecierea cea mai completă a naturii umane stă în înțelegerea completă a eului și a sistemului.

Paralelele clare între grupurile mici și familii au condus pe unii terapeuți să trateze familiile ca și când ele erau o altă formă de grup. Ei au fost bine serviți în această sarcină de un volum mare de literatură privind dinamica de grup și terapia de grup. Unii au văzut chiar grupurile de terapie ca modele ale funcționării familiei, cu terapeutul ca tată, membrii grupului ca și copii și grupul colectiv ca mamă (Schindler, 1951). În timp ce terapeuții de grup experimentau cu cuplurile căsătorite în grupuri, unii terapeuți de familie au început să conducă terapia de grup cu familii individuale. Printre aceștia, John Bell a fost o figură importantă; terapia sa de grup de familie a fost una dintre cele mai larg imitate dintre modelele timpurii (vezi Capitolul 3).

Pe măsură ce terapeuții câștigau experiență cu familiile, ei au descoperit că modelul terapiei de grup era în întregime corespunzător. Grupurile de terapie sunt compuse din indivizi neînruțiți, străini fără trecut și viitor, în afara grupului. Familiile, pe de altă parte, constau din persoane intime care împărtășesc aceleași mituri, apărări și puncte de vedere.

Mai mult decât atât, membrii de familie nu sunt perechi care sunt legați în mod democratic ca egali; diferențele generaționale crează structuri ierarhice care nu trebuie ignorate. Din aceste motive terapeuții de familie au abandonat eventual modelul de terapie de grup, înlocuindu-l cu o varietate de modele sistemice.

Mișcarea de orientare a copilului a contribuit la abordarea de echipă a terapiei de familie. La început, membrii echipelor interdisciplinare sunt desemnați pentru diferiți membrii de familie, dar treptat, pe măsură ce au început să aprecieze modelele de comportament interblocante ale clienților lor separați, ei au început să-și integreze și mai târziu să-și combine eforturile. Mișcarea de orientare a copilului a început în această țară, în 1909, ca o creație a tribunalelor pentru copii de a trata copiii delincvenți care erau considerați cu probleme psihice. Curând aceste clinici și-au lărgit obiectul de activitate pentru a cuprinde o gamă largă de tulburări și, în același timp, ei au lărgit unitatea de tratament de la copil pentru a include și familia. La început, terapia de familie a fost văzută ca un mijloc mai bun de a ajuta pacientul; mai târziu ea a fost concepută ca un mod de a servi nevoile întregii familii.

Cine a fost primul care a practicat terapia de familie? Aceasta este o întrebare dificilă. Ca în orice domeniu, au existat vizionari care au anticipat dezvoltarea organizată a terapiei de familie. Freud, de exemplu, l-a tratat pe „Micul Hans” lucrând cu tatăl său pe la începutul anului 1909. Cu toate acestea, asemenea experimente erau insuficiente pentru a provoca hegemonia terapiei individuale în timp ce climatul acelei perioade era receptiv. La începutul anilor 1950, terapia de familie a început în mod independent în patru locuri diferite: prin John Bell la Universitatea Clark, prin Murray Bowen la Clinica Menninger și mai târziu la NIMH, și

prin Nathan Ackerman la New York și prin Don Jackson și Jay Haley la Palo Alto.

Acești pionieri au un trecut diferit și orientări clinice diferite. Nu este surprinzător că și abordările pe care le-au dezvoltat au fost destul de diferite. Această diversitate caracterizează încă astăzi domeniul. A fost începută terapia de familie de o singură persoană, așa cum a fost psihanaliza? Este puțin probabil că ar fi fost atât de multă competiție creatoare așa de curând.

În plus, față de cei tocmai menționați, alții care au avut contribuții semnificative în fondarea terapiei de familie includ pe Lyman Wyenn, Theodore Lidz, Virginia Satir, Carl Whitaker, Ivan Boszormenyi-Nagy, Christian Melfort, Robert McGregor și Salvador Minuchin.

Ceea ce am numit epoca de aur a terapiei de familie – înflorirea școlilor în anii 1970 și 1980 – a fost indicatorul nivelului înalt al autoîncrederii noastre. Înmarmați cu ultimele texte ale lui Haley și Minuchin, terapeuții de familie au jurat credință unei școli sau alteia și au marcat un sens al misiunii. Ceea ce i-a deplasat spre abordările active a fost certitudinea și carisma. Pentru unii, terapia de familie structurală – cel puțin atât cât au văzut demonstrat la ateliere – a început să pară a fi speculativă. Alții au văzut subtilitatea abordării strategice ca fiind calculată, distantă, manipulativă. Tacticile erau inteligente, dar reci. Familiile sunt descrise ca refractare, dar ei nu puteau să convingă. Nu-i spui unei mașini cibernetice ceea ce crezi realmente. Terapeuții au devenit obosiți de acest mod de gândire.

În anii de început, terapeuții de familie erau însuflețiți de un simț senzational al entuziasmului și convingerii. Astăzi, ca urmare a criticilor postmoderne, sănătății instituționalizate și a renașterii psihiatriei biologice suntem mai puțin siguri de noi înșine. În capitolele următoare vom vedea

cum terapeuții de familie de astăzi au gestionat sinteza ideilor noi creatoare cu unele din cele mai bune modele timpurii. Dar, dacă cercetăm fiecare din modelele celebre în profunzime, vom vedea și unele idei bune pe care le-am neglijat.

Întreaga complexitate a domeniului familiei nu trebuie, totuși, să întunece premisa sa de bază. Familia este contextul problemelor umane. La fel ca toate grupurile umane, familia are proprietăți emergente – întregul este mai mare decât suma părților acestuia. Mai mult decât atât, indiferent cât

de multe și variate sunt explicațiile acestor proprietăți emergente, ele se împart în două categorii: structura și procesul. Structura familiilor include triumghiurile, subsistemele și granițele. Printre procesele care descriu interacțiunea familiei – reactivitatea emoțională, comunicarea disfuncțională și așa mai departe – conceptul central este *circularitatea*. Mai degrabă decât să-și facă griji inutile despre cine ce a început, terapeuții de familie înțeleg și tratează problemele umane ca o serie de mișcări și contramișcări, în cicluri care se repetă.

—Lecturi recomandate—

Ackerman, N.W., 1958, *The psychodynamics of family life*. New York; Basic Books.

Bowen, M., 1960. A family concept of schizophrenia. In *The etiology of schizophrenia*. D.D. Jackson, et. New York, Basic Books.

Greenberg, G.S. 1977. The family interactional perspective: A study and examination of the work of Don D. Jackson, *Family process*, 16:385-412.

Haley, J., and Hoffman, L., eds. 1968. *Techniques of family therapy*, New York: Basic Books.

Jackson, D. D., 1957. The question of family homeostasis. *The psychiatric Quarterly Supplement*. 31: 79-90.

Jackson, D. D., 1965, Family rules: Marital quid pro quo, *Archives of General Psychiatry*. 12: 589-594.

Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., and Terry, D., 1957. Intrafamilial environment of schizophrenic patients.II: Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114: 241-248.

Vogel, E.E., and Bell, N.W., 1960, The emotionally disturbed child as the family scapegoat. In *The family*. N.W. Bell and E.E. Vogel, eds, Glencoe, IL: Free Press.

Weakland, J.H. 1960. The "double-bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. In *The etiology of schizophrenia*, D.D. Jackson, ed. New York, Basic Books.

Wynne, L.C., Ryckoff, I., Day, J., and Hirsch, S.I., 1958. Pseudo-mutuality in the family relationships of schizophrenics. *Psychiatry*. 21: 205-220.

—Bibliografie—

- Ackerman, N.W., 1938. The unity of the family. *Archives of Pediatrics*. 55: 51-62.
- Ackerman, N.W. 1954. Interpersonal disturbances in the family: Some unsolved problems in psychotherapy. *Psychiatry*, 17: 359-368.
- Ackerman, N.W. 1961. A dynamic frame for the clinical approach to family conflict. In exploring the base for family therapy. N.W. Ackerman, E.L. Beatman, and S.N. Sherman, eds. New York: Family Services Association of America.
- Ackerman, N.W. 1966a. *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.
- Ackerman, N.W. 1966b. Family psychotherapy – Theory and practice. *American Journal of Psychotherapy*. 20: 405-414.
- Ackerman, N.W., Beatman, F., and Sherman, S.N., eds. 1961. *Exploring the base for family therapy*. New York: Family Service Assn. of America.
- Ackerman, N.W., and Sobel, R. 1950. Family diagnosis: An approach to the preschool child. *American Journal of Orthopsychiatry*. 20: 744-753.
- Anonymous, 1972. Differentiation of self in one's family. In *Family interaction*. J.L. Framo, ed. New York: Springer.
- Bardhill, D.R., and Saunders, B.E., 1988. in *Handbook of family therapy training and supervision*. H.A. Liddle, D.C. Breunlin, and R.C. Schwartz, eds. New York: Guilford Press.
- Bateson, G. 1951. Information and codification: A philosophical approach. In *Communication: The social matrix of psychiatry*. J. Ruesch and G. Bateson, eds. New York: Norton.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Halley, J., and Weakland, J. 1956. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sciences*. 1: 251-264.
- Beatman, F.L., 1956. In *Neurotic interaction in marriage*. V.W. Eisenstein. Ed. New York: Basic Books.
- Bell, J.E. 1961. *Family group therapy*. Public Health Monograph No. 64. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Bell, J.E. 1962. Recent advances in family group therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 3:1-15.
- Bion, W.R., eds. 1948. Experience in groups. *Human Relations*. 1:314-329.
- Boszormenyi-Nagy, I. 1952. The concept of schizophrenia from the point of view of family treatment. *Family Process*. 1:103-113.
- Boszormenyi-Nagy, I. 1966. From family therapy for a psychology of relationships; fictions of the individual and fictions of the family. *Comprehensive Psychiatry*. 7:408-423.
- Boszormenyi-Nagy, I. 1972. Loyalty implications of the transference model in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 27: 374-380.
- Boszormenyi-Nagy, I. and Spark, G.L., 1973, *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row.
- Bowen, M. 1961. Family psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 31:40-60.
- Bowen, M. 1976. Principles and techniques of multiple family therapy. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Bowlby, J.P. 1949. The study and reduction of group tensions in the family. *Human Relations*. 2:123-138.
- Broderick, C.B. and Scrader, S.S. 1981. The history of professional marriage and family therapy. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Broderick, C.B., and Schrader, S.S. 1991. The history of professional marriage and family therapy. In *Handbook of family therapy*. Vol. II. A.S. Guerman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Brown, G.W. 1959. Experiences of discharged chronic schizophrenia patients in various

- types of living groups. *Milkbank Memorial Fund Quarterly*. 37:105-131.
- Dicks, H.V. 1964. Concepts of marital diagnosis and therapy as developed at the Tavistock Psychiatric Clinic, London, England. In *Marriage counseling in medical practice* E.M. Nash, L. Jessner, and D.W. Abse, eds. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Elizur, J., and Minuchin, S. 1989. *Institutionalizing madness: Families, therapy, and society*. New York: Basic Books.
- Epstein, N.B., Bishop, D.S., and Baldarin, L.M. 1981. McMaster Model of Family Functioning. In *Normal family problems*. F. Walsh, ed. New York: Guilford Press.
- Fisher, S., and Mendell, D. 1958. The spread psychotherapeutic effects from the patient to his family group. *Psychiatry*. 21:133-140.
- Freud, S. 1911. Psychoanalytical notes on an autobiographical case of paranoia. *Standard edition*. 12:3-84. London: Hogarth Press.
- Fromm-Reichmann, F. 1948. Notes on the development of treatment of schizop-hrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*. 11:263-274.
- Ginsburg, S.W. 1955. The mental health movement and its theoretical assumptions. In *Community programs for mental health*. R. Kotinsky and H. Witmer, eds. Cambridge: Harvard University Press.
- Guerin, P.J. 1976. Family therapy: The first twenty five years. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Gurman, A. S., and Jacobson, N.S. 2003, *Clinical handbook of couple therapy*, 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Haley, J. 1961. Control in brief psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 4: 139-153.
- Haley, J. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York. Grune & Stratton.
- Handlon, J.H. and Parloff, M.B. 1962. Treatment of patient and family as a group: is it group therapy? *International Journal of group Psychotherapy*. 12:132-141.
- Hoffman, L. 1981. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Howells, J.G. 1971. *Theory and practice of family psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
- Jackson, D.D. 1954. Suicide. *Scientific American*. 191:88-96.
- Jackson, D.D. 1965. Family rules: Marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*. 12: 589-594.
- Jackson, D.D. and Weakland, J.H. 1961. Conjoint family therapy, some considerations on theory, technique, and results. *Psychiatry*. 24:30-45.
- Jackson, A.M., and Szurek, S.A. 1954. Etiology of antisocial behavior in delinquents and psychopaths. *Journal of the American Medical Association*. 154: 813-817.
- Kaslow, F.W. 1980. History of family therapy in the United States: A kaleidoscopic overview. *Marriage and Family Review*. 3:77-111.
- Kempler, W. 1974. *Principles of Gestalt family therapy*. Salt Lake City: Desert Press.
- Kluckhohn, F.R., and Spiegel, J.P. 1954. *Integration and conflict in family behavior*. Group for the Advancement of Psychiatry. Report no. 27. Topeka, Kansas.
- Kuble, L.S. 1956. Psychoanalysis and marriage. In *Neurotic interaction in marriage*. V.W. Einsetein. ed. New York: Basic Books.
- Laing, R. D. 1960. *The divided self*. London: Tavistock.
- Laing, R.D. 1965. Mystification, confusion and conflict. In *Intensive family therapy*. I. Boszormenyi-Nagy and J.L. Framo, eds. New York: Harper & Row.
- Levy, D. 1943. *Maternal Overprotection*. New York: Columbia University Press.
- Lewin, K. 1951. *Field theory in social science*. New York: Harper.
- Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., and Terry, D. 1957a. Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. I: The father. *Psychiatry*. 20: 329-342.
- Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., and Terry, D.

- 1957b. Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. II: Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*. 114: 241-248.
- Lidz, T., Parker, B., and Cornelison, A.R. 1956. The role of the father in the family environment of the schizophrenic patient. *American Journal of Psychiatry*. 113: 126:132.
- MacGregor, R. 1967. Progress in multiple impact theory. In *Expanding theory and practice in family therapy*. N.W. Ackerman, E.L. Bateman, and S.N. Sherman, eds. New York: Family Services Association.
- Madanes, C. 1981. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mahler, M.S., and Rabinovitch, R. 1956. The effects of marital conflict on child development. In *Neurotic interaction in marriage*. V.W. Eisenstein. Ed. New York: Basic Books.
- Minuchin, S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., and Fishman, H.C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G., Rosman, B.L., and Schumer, F. 1967. *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S., and Nichols, M.P. 1993. *Family healing*. New York: The Free Press.
- Mittleman, B. 1944. Complementary neurotic reactions in intimate relationships. *Psychoanalytic Quarterly*. 13: 474-491.
- Mittleman, B. 1948. The concurrent analysis of married couples. *Psychoanalytic Quarterly*. 17: 182-197.
- Mittleman, B. 1956. Analysis of reciprocal neurotic patterns in family relationships. In *Neurotic interaction in marriage*. V.W. Eisenstein. Ed. New York: Basic Books.
- Montague, A. 1956. Marriage – a cultural perspective. In *Neurotic interaction in marriage*. V.W. Eisenstein. ed. New York: Basic Books.
- Moreno, J.L. 1945. *Psychodrama*. New York: Beacon House.
- Oberndorf, C.P. 1938. Psychoanalysis of married people. *Psychoanalytic Review*: 25: 453-4775.
- Parsons, T., Bales, R.F.. 1955. *Family socialization and interaction process*. Glencoe. Il: Free Press.
- Richmond, M.E. 1917. *Social diagnosis*. New York: Russel Sage.
- Satir, V. 1964. Conjoint family therapy. Palo Alto. Ca: Science and Behavior Books.
- Satir, V. 1972. *Peoplemaking*. Palo Alto. CA: Science and Behavior Books.
- Schindler, W. 1951. Countertransference in family-pattern group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1: 100-105.
- Schwartz, R. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata, G. 1978. *Paradox and counter-paradox*. New York: Jason Aronson.
- Sherif, M. 1948. *An outline of social psychology*. New York: Harper and Brothers.
- Singer, M.T., Wynne, L.C. and Toohey, M.L. 1978. Communication disorders and the families of schizophrenics. In *The nature of schizophrenia*. L.C. Wynne, R.L. Cromwell, and S. Mathysse. Eds. New York: Wiley.
- Siporin, M. 1980. Marriage and family therapy in social work. *Social Casework*. 61: 11-21.
- Sklynnner, A.C.R. 1976. *Systems of family and marital psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Speck, R., and Attneave, C. 1973. *Family networks: Rehabilitation and healing*. New York: Pantheon.
- Spiegel, J.P. 1957. The resolution of role conflict within the family. *Psychiatry*. 20: 1-16.
- Stierlin, H. 1972. *Separating parents and adolescents*. New York: Quadrangle. New York Times Books.
- Strodtbeck, F.L. 1954. The family as a three-person group. *American Sociological Review*. 19:23-29.

- Strodtbeck, F.L. 1958. The family interaction, values and achievement. In Talent and Society. D.C. McClelland, A.L. Baldwin, A. Bronfenbrenner, and F.L. Strodtbeck, eds. Princeton. NJ: Van Nostrand.
- Watzlawick, P.A., Beavin, J.H., and Jackson, D.D. 1967. *Pragmatics of human communication*. NY : Norton.
- Whitaker, C.A. 1958. Psychotherapy with couples. *American Journal of Psychotherapy*. 12: 18-23.
- Whitaker, C.A. 1975. Psychotherapy of the absurd: with a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*. 14: 1-16.
- Whitaker, C.A. 1976. A family is a four-dimensional relationship. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Whitaker, C.A., and Malone, T.P. 1953. *The roots of psychotherapy*. New York: Balkiston.
- Wiener, N. 1948. *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*. New York: Wiley.
- Wynne, L.C. 1961. The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. In *Exploring the base for family therapy*. N.W. Ackerman, F.L. Beatman, and S.N. Sherman, eds. New York: Family Services Association.
- Wynne, L. C. Ryckoff, I., Day, J., and Hirsh, S.I. 1958. Pseudomutuality in the family relationships of schizophrenics. *Psychiatry*. 21: 205-220.



Modele timpurii și tehnici de bază

Procesul de grup și analiza comunicării

Un grup foarte special

Majoritatea celor care practicau terapia de familie, în primii ani, foloseau unele combinații între abordarea terapiei de grup și modelul comunicării așa cum a fost conceput în proiectul lui Bateson privind schizofrenia. În acest capitol, vom studia cele două modele și vom vedea cum a trebuit să fie modificate pentru a se potrivi provocărilor unice de tratament al familiilor cu tulburări psihice. Vom încheia cu o secțiune privind tehnicile de bază ale terapiei de familie.

Aceia dintre noi care practicau terapia de familie, în anii 1960, au putut adesea fi văzuți angajați într-un ritual straniu. Atunci când o familie venea pentru prima ședință, neliniștită și nesigură, terapeutul – numai zâmbet, îngenunchia în fața unuia dintre copiii mici, spunând: „Bună, cum te cheamă?” apoi, „Știi de ce ești aici?”, în timp ce ignora părinții. Răspunsurile cele mai obișnuite la această întrebare erau: „Mama a spus că mergem la doctor”, cu o voce speriată sau confuză. „Tata

a spus că mergem să ne plimbăm”. Apoi terapeutul, încercând să nu se arate disprețuitor, se întorcea spre părinți și spunea: „Poate puteți să-i explicați lui Johnny de ce *sunteți aici*”.

Motivul acestei mici șarade a fost că, înainte ca ei să înțeleagă cum sunt structurate familiile, mulți terapeuți au tratat familia ca pe un grup, în care membrii cei mai tineri se presupunea că sunt cei mai vulnerabili și, de aceea, din nevoia unui „expert” care să-i ajute să se exprime pe ei-înșiși – ca și cum părinții nu erau responsabili, ca și cum opinia fiecăruia era egală.

O altă scenă obișnuită era aceea în care terapeuții făceau comentarii solemne despre paternurile comunicării: „Am observat că atunci când am întrebat-o pe Sussie ceva, ea se întoarce mai întâi către mama să vadă dacă este bine să răspundă...” Foarte inteligent. Nu numai că ne așteptăm ca familiile să fie impresionate de remarci atât de inteligente, dar ne imaginăm familiile începând să comunice instantaneu conform unui model ideal din mințile noastre – „Afirmatiile – Eu” și restul.

Părem puțin condescendenți aici? Bineînțeles. Primii terapeuți de familie au apelat la modelele terapiei de grup și ale analizei comunicării deoarece nu existau alte modele disponibile.

Figuri reprezentative

Nu numai că puțini terapeuți de familie din perioada de început au apelat la literatura terapiei de grup pentru ghidare în tratarea familiilor, mulți dintre pionierii terapiei de familie sunt ei înșiși produsul formării cu ajutorul terapiei de grup. Printre cei mai influenți dintre aceștia a fost John Elderkin Bell.

Bell (1975) pune pe seama unei neînțelegeri fericite începuturile sale ca terapeut de familie. Pe când era la Londra, în 1951, Bell a auzit că dr. John Bowlby de la Clinica Tavistock experimenta terapia de grup pentru familie. Acest lucru a captat interesul lui Bell și l-a inspirat să încerce această abordare ca pe un mijloc în tratamentul problemelor comportamentale la copii. Așa cum spunea Bell mai târziu, dacă o personalitate atât de eminentă ca John Bowlby folosea terapia de familie, aceasta trebuie să fi fost o idee bună. Se pare că Bowlby doar a intervievat o familie ca un ajutor în tratamentul unui copil cu probleme, dar Bell nu a aflat acest lucru decât mulți ani mai târziu.

Terapia comunicării a fost una dintre cele mai timpurii și, cu certitudine, cea mai influentă abordare pentru terapia de familie. Personalitățile care au dezvoltat modelul comunicațional au fost membrii proiectului de schizofrenie a lui Bateson și cei de la Institutul de Cercetări Mentale de la Palo Alto, în special Don Jackson și Jay Haley.

Virginia Satir a fost, de asemenea, un membru proeminent al grupului de la Institutul de Cercetări Mentale, dar deoarece interesul ei s-a deplasat spre experiențele

emoționale, îi vom analiza contribuția în Capitolul 8.

Formulări teoretice

Chiar dacă este mai bine cunoscut pentru studiul psihologiei indivizilor, Freud a fost interesat și de relațiile interpersonale și mulți ar considera lucrarea sa *Psihologia de grup și analiza egoului* (Freud, 1921) drept primul text major privind psihologia dinamică a grupului. După Freud, cerința majoră pentru transformarea unei adunări de indivizi într-un grup este apariția unui lider. Pe lângă sarcinile manifeste de organizare și de conducere, liderul servește ca o figură parentală față de care membrii devin mai mult sau mai puțin dependenți. Membrii *se identifică* cu liderul ca un părinte surrogat și cu alți membri ai grupului ca frați și surori. *Transferul* apare în grupuri atunci când membrii repetă în mod inconștient atitudini formate în procesul creșterii. Conceptul lui Freud de *rezistență*, din terapia individuală, se aplică și grupurilor, deoarece membrii grupului, încercând să-și ascundă anxietatea, se pot opune progresului tratamentului prin tăcere sau ostilitate, prin absența de la ședințele terapeutice și prin evitarea subiectelor dureroase. Grupurile familiale rezistă tratamentului prin evidențierea unui țap ispășitor, prin conversații superficiale, prin dependența prelungită de terapeut, prin refuzul de a urma sugestiile terapeutice și prin permiterea ca membrii dificili ai familiei să stea acasă.

Ca și Freud, Wilfred Bion (1961) a încercat să dezvolte o psihologie de grup a subconștientului și a descris grupurile funcționând pe nivelurile *manifest* și *latent*. Sarcina oficială a grupului este la nivelul manifest, dar oamenii se alătură grupurilor pentru a-și satisface puterea, și inconștient, nevoile primare. La nivel latent, grupurile își

caută un lider care să le permită să-și gratifice nevoile lor de *dependență, împerechere și ceartă-ceartă*.

În conformitate cu *teoria câmpului* a lui Kurt Lewin (1951), conflictul este o caracteristică inevitabilă a vieții grupului, de vreme ce membrii grupului se întrec unii cu alții pentru un *spațiu vital* corespunzător. Așa cum și animalele au nevoie de propriul lor teritoriu, oamenii par să aibă nevoie de propriul lor „spațiu” (sau turf), și din această cauză există o tensiune inerentă între nevoile individului și cele ale grupului. Mărimea conflictului generat de această tensiune depinde de mărimea restricțiilor impuse de către grup, în comparație cu mărimea sprijinului reciproc pe care îl oferă în schimb (Oamenii care fac foarte mult pentru familiile lor așteaptă foarte mult de la acestea).

Ceea ce distinge modelul lui Lewin privind tensiunile de grup de teoriile timpurii este faptul că acesta era *aistoric*. În loc să se preocupe de cine ce a făcut și cui a făcut în trecut, Lewin s-a concentrat asupra a ceea ce se întâmplă *aici și acum*. Această concentrare asupra *procesului* (cum vorbesc oamenii), mai degrabă decât asupra *conținutului* (despre ce vorbesc), este una din cheile înțelegerii modului în care grupul (sau familia) funcționează.

Terapeuții comunicării au adoptat conceptul de **cutie neagră** din telecomunicații și l-au aplicat la indivizii din cadrul familiei. Acest model ignoră complexitățile interne ale indivizilor și se concentrează asupra intrărilor și ieșirilor acestora – aceasta este comunicarea. Acești clinicieni nu ignoră fenomenele mentale – gândirea și simțirea – ei tocmai le-au găsit folositoare pentru a le ignora. Prin limitarea concentrării acestora asupra a ceea ce se întâmplă între membrii familiei, mai degrabă decât în interiorul lor, teoreticienii comunicării se califică drept «puriști ai sistemelor» (Beels & Ferber, 1969).

Teoreticienii comunicării ignorau, de asemenea, trecutul lăsându-l în seama psihanaliștilor, în timp ce ei au căutat paternuri cu ajutorul cărora să înțeleagă comportamentul în prezent. Ei considerau neimportant să înțeleagă care este cauza și care este efectul, preferând să folosească un model de cauzalitate circulară în care lanțurile comportamentale sunt văzute ca efect-efect-efect.

Teoreticienii comunicării au găsit în *teoria generală a sistemelor* (von Bertalanffy, 1950) un număr de idei folosite pentru explicarea modului în care funcționează familiile. Dar în vreme ce ei (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967) au descris familiile ca *sisteme deschise* în afirmațiile lor teoretice, aveau tendința să le trateze ca pe niște *sisteme închise* în practica lor clinică. Astfel, ei și-au concentrat eforturile lor terapeutice asupra familiei nucleare, acordând puțină atenție sau neacordând atenție deloc intrărilor din comunitate sau din familia extinsă.

Relațiile dintre cei care comunicau pot fi, de asemenea, descrise ca fiind fie complementare, fie simetrice. Relațiile *complementare* se bazează pe diferențele care se potrivesc. Un patern complementar obișnuit este acolo unde o persoană este hotărâtă, iar celalaltă supusă, fiecare întărind și susținând poziția celeilalte. Este important să înțelegem că aceștia sunt termeni descriptivi nu evaluativi. Mai mult decât atât, este o greșeală să pretindem că poziția unei persoane *provoacă* poziția celeilalte sau că o persoană este mai slabă decât cealaltă. Așa cum a subliniat Sartre (1964) mazochistul ca și sadicul sunt cei care crează relația sado-mazochistă.

Relațiile *simetrice* se bazează pe egalitate; comportamentul unuia oglindește pe acela al celuilalt. Relațiile simetrice dintre soț și soție, în care ambii sunt liberi să-și urmeze carierele și să împartă treburile

casnice și creșterea copiilor, sunt adesea gândite ca un ideal în standardele de astăzi. Cu toate acestea, din perspectiva unei analize a comunicării, nu există motive să pretindem că o asemenea relație va fi mai stabilă sau mai funcțională pentru sistem decât una tradițională, complementară.

Un alt aspect al comunicării este acela că poate fi *subliniată* în moduri diferite (Bateson & Jackson, 1964). Un observator din afară poate auzi un dialog ca un debit neîntrerupt al comunicării, dar fiecare dintre participanți poate crede că ceea ce spune el sau ea este provocat de ceea ce spune celălalt. Terapeuții cuplurilor sunt familiari cu impasul creat de soția care spune că ea își cicălește bărbatul numai pentru că acesta se retrage, în timp ce el spune că, el se retrage deoarece ea îl cicălește. Un alt exemplu este acela în care soția spune că ar avea chef să facă dragoste mai des dacă soțul ei ar fi mai afectuos; la care el răspunde că el ar fi mai afectuos dacă ea ar face sex mai des.

Atât timp cât cuplurile își subliniază interacțiunile în acest mod, există puțină probabilitate de schimbare. Fiecare insistă că celălalt provoacă impasul, iar fiecare așteaptă ca celălalt să se schimbe. Impasul este creat de tendința universală de a sublinia o succesiune de interacțiuni în așa fel încât să pară că celălalt are inițiativa sau domină - cu alte cuvinte, are puterea. Copiii ilustrează aceasta atunci când se bat și aleargă la un părinte, amândoi țipând. «El a început». Iluzia lor reciprocă se bazează pe noțiunea greșită că asemenea secvențe au un început discret, comportamentul persoanei fiind cauzat de comportamentul celeilalte persoane, într-o manieră liniară.

Teoria comunicării nu acceptă cauzalitatea sau nu caută motivele de bază; în schimb, modelul presupune cauzalitatea circulară și analizează interacțiunile care apar în prezent. Considerațiile cauzalității de bază sunt tratate ca un zgomot conceptual, fără

valoare terapeutică practică. Comportamentul pe care îl observă teoreticienii este un patern de comunicare legat în lanțuri cumulative de stimuli și răspunsuri. Acest model al cauzalității secvențiale permite terapeuților să trateze lanțurile comportamentale ca niște *bucle de feedback*. Atunci când răspunsul la comportamentul problematic al unui membru de familie exacerbează problema, acest lanț este văzut ca o *bucă feedback pozitivă*. Avantajul acestei formulări este că se focalizează pe interacțiunile care perpetuează problemele, interacțiuni care pot fi schimbate, în loc să deducă cauze de bază care nu sunt observabile și care adesea nu sunt supuse schimbării.

Dezvoltarea familiei normale

Acum când avem o literatură bogată despre dezvoltarea copilului și despre ciclul vieții de familie, nu pare că are sens să ne întoarcem la literatura despre dinamica de grup pentru a ne ajuta să înțelegem dezvoltarea normală a familiei. Cu toate acestea, la începuturile terapiei de familie, mulți terapeuți au împrumutat concepte din teoria dezvoltării grupului și le-au aplicat familiilor. Printre cele mai notorii a fost ideea lui Talkott Parsons (1950) conform căreia grupurile au nevoie de un lider **instrumental** și de un lider **expresiv** care să aibă grijă de nevoile *socio-emotionale* ale grupului. Ghiciți cine a fost ales pentru ce roluri - și considerați cum aceasta a ajutat la legitimarea unei diviziuni artificiale și nedrepte a muncii.

Ca și «puriștii sistemici», terapeuții de familie comunicaționali au tratat comportamentul ca fiind aistoric. Fie în descrierea, fie în tratamentul interacțiunilor familiale, atenția lor a fost concentrată pe aici-și-acum, cu foarte puțin interes asupra dezvoltării.

Famiiliile normale sunt descrise ca sisteme funcționale care, ca orice fel de sisteme vii, depind de două procese importante (Maruyama, 1968). Mai întâi, trebuie să mențină o integritate în fața perturbărilor mediului înconjurător. Aceasta se realizează prin *feedback negativ*, ilustrat adesea prin exemplul termostatului în sistemul de încălzire al unei case. Atunci când căldura scade sub un punct stabilit, termostatul activează tirajul până ce camera revine la temperatura dorită.

Nici un sistem viu nu poate supraviețui fără o structură de reglare, dar o structură prea rigidă face sistemul greșit echilibrat să se adapteze la circumstanțele schimbării. Acesta este motivul pentru care famiiliile normale au *feedback pozitiv*. Feedback-ul negativ micșorează schimbarea pentru a menține o stare stabilă; feedback-ul pozitiv alterează sistemul pentru a-l acomoda la noile intrări. De exemplu, pe măsură ce copiii cresc, ei modifică natura intrării lor în sistemul de familie. Cel mai evident exemplu este adolescența, când copiii cer mai multă independență. Un sistem de familie limitat la feedback negativ poate rezista numai acestor schimbări. Famiiliile normale, pe de altă parte, au, de asemenea, mecanisme de feedback pozitiv și pot răspunde informațiilor noi prin modificarea structurilor.

Famiiliile normale devin periodic instabile (Hoffman, 1971) în timpul punctelor de tranziție din ciclul vieții de familie. Nici o familie nu trece prin aceste schimbări neperturbate; toate experimentează stresul, rezistă schimbărilor și dezvoltă cicluri vicioase. Dar famiiliile flexibile nu sunt prinse în aceste cicluri; ele sunt capabile să se angajeze în feedback pozitiv pentru a se modifica ele însele. Famiiliile simptomatice rămân blocate, folosind membrul simptomatic pentru a evita schimbarea.

Conceptele din teoria generală a sistemelor, precum feedback-ul pozitiv, au

virtuțile unei aplicabilități largi și ale eleganței teoretice, dar adesea par puțin abstracte. Atunci când recunoaștem că, canalul pentru feedback-ul pozitiv este comunicarea, este posibil să definim cazul mai bine. Famiiliile sănătoase sunt capabile să se schimbe pentru că ele comunică în mod clar și sunt flexibile. Atunci când copiii lor spun că vor să crească, părinții sănătoși ascultă.

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

Din perspectiva teoriei de grup, simptomele sunt considerate produse ale proceselor deranjate și deranjante. Dar grupurile nu sunt capabile să *provoace* tulburarea membrilor lor, mai degrabă comportamentul membrilor a fost parte a tulburării grupului. Astfel, cercetătorii și terapeuții terapiei de grup au respins cauzalitatea liniară în favoarea unei forme a cauzalității circulare pe care au numit-o «dinamica de grup». Terapeuții adepți ai terapiei de familie de grup erau mai puțin interesați de originile psihopatologiei decât de condițiile care o perturbă. Acestea includ rolurile stereotipice, întreruperile în comunicare și canalele blocate pentru a da și a primi un sprijin.

Rigiditatea rolurilor forțează interacțiunile grupului să apară într-o gamă îngustă, stereotipă. Atunci când opțiunile sunt reduse la indivizi, flexibilitatea ca grup este constrânsă. Grupurile blocate, cu roluri inflexibile și structuri care nu variază, tind spre o proastă funcționare când ar trebui să acționeze pentru adaptare la situațiile schimbate. Mai mult decât atât, dacă flexibilitatea este amenințată, asemenea grupuri nu riscă să comunice despre nevoile nesatisfăcute; rezultatul este adesea frustrarea și uneori tulburarea simptomatică a unuia dintre

membrii grupului. Dacă nevoile care generează tulburări acute continuă să rămână nesatisfăcute, simptomele pot fi perpetuate ca un rol, iar grupul se organizează el însuși în jurul unui membru «bolnav».



În conformitate cu terapia comunicatională, funcția esențială a simptomelor este să mențină echilibrul homeostatic al sistemului familial. (După cum vom vedea, ideea că sistemele sunt funcționale – implicând faptul că familiile *au nevoie* de problemele lor – va deveni o idee controversată). Familiile patologice au fost văzute ca prinse în capcana paternurilor disfuncționale, dar tenace și homeostatice, ale comunicării (Jackson & Weakland, (1981). Aceste familii se agață de structurile lor rigide și răspund semnelor de schimbare ca feedback negativ. Prin urmare, schimbarea este tratată nu ca o ocazie de creștere, ci ca o amenințare și un semnal de schimbare către o stare anterioară.

În scrierile lor teoretice, teoreticienii comunicării mențineau opinia că patologia este inherentă în sistem ca întreg (Hoffman, 1871; Jackson, 1967; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967). *Pacientul identificat* era considerat un rol însoțit de contraroluri complementare și toate acestea contribuiau la menținerea sistemului. Pacientul identificat ar putea fi victima, dar în acest cadru «victima» și «vătămătorul» erau văzuți ca roluri care se determinau reciproc – nici unul nu este bun sau rău și nici unul nu determină pe celălalt. Cu toate acestea, chiar dacă această cauzalitate circulară era o trăsătură consecventă a teoretizărilor lor, terapia comunicatională cădea adesea în rolul părinților demonizatori.

Este greu să judeci o singură comunicare drept normală sau patologică. În schimb, judecata trebuie făcută asupra unei serii sau a unei succesiuni de comunicări. Să ne uităm la sintaxă și la semantică, adică

la contextul discursului, pentru clarificare sau confuzie. Această abordare este exemplificată de studiile lui Lyman Wynne în care el identifică discursul schizofrenic drept diferit de cel al oamenilor normali sau al delincvenților (Wynne & Singer, 1963). În mod alternativ, putem observa pragmatica comunicării, așa cum au făcut membrii grupului de la Palo Alto. Aici, accentul nu a fost pe claritate sau conținut, ci pe *metacomunicare* sau pe aspectele de control ale limbajului.

Scopurile terapiei

Scopurile tratării grupurilor familiale au fost aceleași ca și cele ale tratării grupurilor de străini; individualizarea membrilor grupurilor și îmbunătățirea relațiilor. Creșterea individuală este promovată atunci când nevoile nesatisfăcute sunt verbalizate și când rolurile excesiv de îngrăditoare sunt explorate și extinse. Atunci când membrii de familie sunt eliberați din inhibițiile lor, s-a presupus că ei vor dezvolta o coeziune de familie mai mare. Observați că accentul s-a pus pe acest lucru – considerarea familiilor ca grupuri de indivizi, fiecare dintre ei trebuie să fie ajutat să se dezvolte – și pe viziunea sistemică a familiei ca unitate. Tratarea familiilor ca și când ele ar fi ca oricare alt grup a eşuat în a aprecia nevoia de ierarhie și structură.

Comunicarea îmbunătățită a fost văzută ca o modalitate primordială de a realiza scopul unei funcționării îmbunătățite a grupului. Scopurile acestei abordări reflectă modul simplu în care familiile și problemele lor au prevalat printre practicieni înainte ca ei să învețe să gândească sistemic. În timp ce Bateson și colegii săi lucrau la analizele lor sistemice complexe, terapeutul de nivel mediu se gândea încă la faptul că modalitatea în care putea ajuta familiile cu probleme era,

pur și simplu, aceea de a-i așeza pe scaun și a vorbi cu fiecare.

Scopul terapiei de familie comunicaționale a fost «de a acționa deliberat pentru modificarea paternurilor de interacțiune care funcționează prost...» (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, p. 145). Deoarece «paternurilor de interacțiune» sunt sinonime cu comunicarea, aceasta înseamnă schimbarea paternurilor de comunicare. La începuturile terapiei de familie comunicaționale, în special în lucrările Virginei Satir, aceasta s-a tradus într-un scop generic de îmbunătățire a comunicării în familie. Mai târziu, scopul a fost restrâns la modificarea paternurilor specifice de comunicare care mențineau problemele. În 1974, Wakland scria că scopul terapiei era rezolvarea simptomelor, nu reorganizarea familiei: «Înțelegem că rezolvarea problemelor cere în primul rând o înlocuire a paternurilor comportamentale în așa fel încât să se întrerupă cercurile feedback vicioase, pozitive». (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974, p. 149).

Scopul terapeutului comunicațional era, ca și cel al terapeutului comportamental, să interzică comportamentul care stimula și întărea simptomele. Aceste două modele împărtășeau, de asemenea, ipoteza că, odată ce comportamentul patologic a fost blocat, acesta va fi înlocuit de alternative constructive în loc de alte simptome. Limita modelului comportamental era că trata persoana simptomatică ca pe o problemă și înțelegea simptomul ca pe un răspuns mai degrabă decât, atât ca pe un răspuns, cât și ca pe stimul dintr-un lanț al interacțiunii. Limita modelului de comunicare era că izola secvențele de comportament care au menținut simptomele și își concentra atenția asupra interacțiunilor a două persoane fără să considere triumphiurile sau alte probleme structurale. Dacă, de exemplu, o copilă se teme deoarece tatăl ei,

superimplicat, țină la ea, iar tatăl ei țină la ea deoarece soția sa nu este implicată emoțional, atunci schimbarea comportamentului tatălui ar putea rezulta într-o formă diferită a comportamentului simptomatic la copil, numai dacă relația cu soția nu este abordată.

Condiții pentru schimbarea comportamentului

Terapeuții de familie de grup credeau că modalitatea de a produce schimbarea era să ajuti membrii familiei să se deschidă și să vorbească fiecare unul cu celălalt. Terapeutul îi încuraja să vorbească deschis, îi sprijinea pe cei care erau reticenți și apoi critica procesul interacțiunii lor. Puterea terapeutului de a-i susține este cea care ajută membrii familiei să se deschidă și să nu aibă rețineri acolo unde acestea existau înainte, și aceasta, în schimb, îi prezenta adesea într-o nouă lumină care permitea altora din familie să aibă relații cu ei într-un mod nou. De exemplu, copiii care nu sunt obișnuiți să fie ascultați de adulți tind să se facă «auziți» prin comportamente necorespunzătoare. Dar, dacă un terapeut demonstrează bunăvoința să-i asculte, copiii pot învăța să-și exprime sentimentele prin cuvinte, mai degrabă decât prin acțiuni.

Terapeuții orientați pe terapia de grup promovează comunicarea prin concentrarea asupra *procesului* mai degrabă decât asupra *conținutului* (Bion, 1961; Bell 1975, Yalom, 1985;). Acesta este un moment important. Momentul în care terapeutul este prins în detaliile problemelor de familie sau în care se gândește la rezolvarea lor, el sau ea pierde oportunitatea să descopere procesul a ceea ce membrii familiei fac și care-i împiedică să-și găsească propriile soluții.

Conform teoreticienilor comunicaționali, toate acțiunile au proprietăți comunicative: simptomele pot fi considerate ca mesaje ascunse care explică relațiile (Jackson, 1961). Chiar o durere de cap care se dezvoltă dintr-o tensiune prelungită în mușchii occipitali este un mesaj, din momentul în care este o relatare referitoare la cum se simte persoana și, de asemenea, o comandă la care să se răspundă. Dacă un simptom este considerat ca un mesaj ascuns, atunci, prin implicare, făcând mesajul deschis eliminăm nevoia de simptom. De aceea, una din modalitățile importante de a schimba comportamentul este de a lua mesajul ascuns și a-l transforma în mesaj deschis.

Așa cum am arătat, un ingredient important al legăturii duble este faptul că este imposibil de a scăpa din ea sau de a privi situația din afară. Dar nici o schimbare nu poate fi generată din interior: aceasta poate veni numai din afara paternului. Astfel, în conformitate cu terapeuții comunicaționali (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), paradigma pentru psihoterapie este o intervenție din exterior pentru a rezolva dilemele relaționale. Terapeutul este un intrus care furnizează ceea ce relațiile nu pot furniza: o schimbare a regulilor.

Un terapeut poate, fie să sublinieze secvențele problematice fie, pur și simplu, să le manipuleze pentru a provoca schimbarea terapeutică. Prima strategie se bazează pe puterea de intuiție și depinde de voința de schimbare; a doua, nu. Este o încercare de a învinge familiile pe teren propriu, cu sau fără colaborarea lor. În a doua strategie sunt incluse multe din cele mai inteligente și interesante tactici ale terapiei de comunicare și s-a scris mult mai mult despre acestea decât despre simpla intervenție. Cu toate acestea, terapeuții de familie timpurii se bazeau mai mult pe sublinierea problemelor de comunicare decât pe orice alte tehnici.

Prima strategie, indicarea simplă a problemelor de comunicare, a fost reprezentată de activitatea Virginiei Satir și practică în mod larg de către noii veniți în terapia de familie. Cea de a doua, mai puțin directă, a fost abordarea caracteristică lui Haley și Jackson și, în final, a devenit strategia predominantă.

Activitatea timpurie a lui Jackson și Haley a fost influențată de hipnoterapie despre care ei au învățat de la Milton Erickson. Hipnoterapeutul lucrează dând instrucțiuni explicite al căror scop este adesea obscur. Cu toate acestea, înainte ca pacienții să urmeze indicațiile, terapeutul trebuie să câștige controlul relațiilor, Jackson începea uneori prin sfătuirea pacienților despre simptomele lor. El a procedat astfel pentru a sublinia aria problemei, așa cum ar fi făcut interpretarea; dar, în același timp, comentariile sale îl determină pe pacient să se concentreze asupra relației cu terapeutul – cu excepția cazului în care pacientul a acceptat sau a respins sfatul. Haley (1961) recomanda să se ceară anumitor tipuri de pacienți să facă ceva pentru a provoca un răspuns de revoltă, care a servit la a-i face să concluzioneze că ei sunt legați de terapeut. El menționează, ca un exemplu, să se ceară unui schizofrenic să audă voci. Dacă pacientul aude voci, atunci el este compatibil cu cererea terapeutului; dacă nu aude voci, atunci el nu mai poate pretinde că este nebun.

Tehnici

Tehnicile terapiei de grup de familie sunt asemănătoare celor ale terapiei de grup analitice și suportive. Rolul terapeutului era cel de *conducător de proces*. Modelul familiei era un grup democratic, iar terapeutul relaționa cu membrii familiei în mod democratic, exact așa cum se așteptau membrii să se comporte unul cu altul. Terapeutul îi vedea ca

persoane ce aveau ceva de spus, având nevoie adesea să fie ajutați să spună acest lucru. Se acorda puțină atenție structurii și întăririi poziției ierarhice a părinților. Cel mult era o tendință de a da un sprijin suplimentar copiilor și a-i încuraja să-și asume un rol mai egal în interacțiunile din familie.

Abordarea originală a lui John Bell (1961) a fost orchestrată de o serie de faze. Mai întâi a fost *fază centrată pe copil*, în care copiii erau ajutați să-și exprime dorințele și preocupările. Bell era atât de dornic să ajute copiii să participe la întâlnirile preliminare pe care le ținea cu părinții, pentru a-i încuraja nu numai să asculte, ci și să dea curs unora din cererile copiilor ca un mijloc de a le câștiga cooperarea.

După ce copiii vorbeau și erau recompensați cu unele privilegii suplimentare, era rândul părinților. În *faza centrată pe părinți*, părinții începeau, de obicei, prin a se plânge de comportamentul copiilor lor. În decursul acestei faze, Bell era atent să îmblânzească învinovățirea aspră parentală și să se concentreze pe rezolvarea problemei. În cea din urmă fază sau *faza centrată pe familie*, terapeutul de grup de familie egaliza sprijinul pentru familia întreagă, în timp ce ei continuau să-și îmbunătățească comunicarea și lucrul împreună la soluționarea problemelor lor. Fragmentul următor ilustrează stilul directiv de intervenție al lui Bell (1975).

După ce rămăsese tăcut de-a lungul mai multor ședințe, un tată a venit cu o tiradă enormă împotriva fiului său, a fiicei și a soției sale. Am observat cum fiecare persoană, în felul ei propriu, în decurs de câteva minute, se retrăgea din ședință. Apoi am spus «Acum cred că trebuie să auzim ce are de spus Jim în legătură cu aceasta și Nancy ar trebui să-și spună părerea și poate ar trebui să auzim, de asemenea, ce simte despre aceasta soția dumneavoastră». Acest lucru a restaurat

participarea familiei fără a-l respinge pe tată (p.136).

Trei aplicații specializate ale metodelor de grup la tatamentul familiei sunt *terapia de grup cu familii multiple*, *terapia impactului multiplu* și *terapia de rețea*.

Peter Laquer a început **terapia de grup cu familii multiple** în 1950, la Spitalul de Stat Creedmore din New York și a definitivat această abordare la Spitalul de Stat din Vermont (Laqueur, 1966, 1976). Terapia de grup cu familii multiple implică tratarea împreună a patru până la șase familii în ședințe săptămânale de nouăzeci de minute. Laquer și coterapeuții săi conduceau grupurile de familii multiple ca grupuri în terapie tradițională, cu adăugarea unui grup de rezistență și a tehnicilor psihodramei. Au fost folosite exerciții structurate pentru a crește nivelul interacțiunii și intensitatea sentimentelor; familiile au fost folosite în calitate de «coterapeuți» pentru a ajuta confruntarea membrilor celorlalte familii de pe o poziție mult mai personală decât cea adoptată de terapeut.

Chiar dacă terapia cu familii multiple și-a pierdut forța ei cea mai creatoare primordiară prematură a lui Peter Laquer, metoda este încă folosită, în special, în zonele spitalelor, atât la pacienții internați (McFarlane, 1982), cât și la pacienții tratați ambulator (Gritzer & Okum, 1983).

Robert MacGregor și colegii săi au dezvoltat, la Universitatea de Medicină din Galveston – Texas, **terapia impactului multiplu**, ca o modalitate de a avea un impact maxim asupra familiilor care vin, din pretutindeni din Texas, ca să petreacă câteva zile de terapie intensivă cu o echipă largită de specialiști (Mac Gregor, Richie, Serrano Schuster, Mc Donald & Goolishian, 1964; MacGregor, 1967, 1972). Membrii echipei au întâlnit mai multe combinații de membri de familie și le-au adunat apoi într-un grup

mai larg pentru a face recomandări. Chiar dacă terapia impactului multiplu nu se mai practică de mult, întâlnirile ei intense, dar nefrecvente, au fost un stimul puternic pentru schimbare și au prefigurat dezvoltările de mai târziu din terapia experiențială (Capitolul 8) și modelul de la Milano (Capitolul 6).

Terapia de rețea a fost o abordare dezvoltată de Ross Speck și Carolyn Attneave pentru a asista familiile în criză, prin adunarea întregii lor rețele sociale – familie, prieteni, vecini – prin adunarea a cât mai multora, până la cincizeci de persoane. Echipele de terapeuți erau folosite și accentul era pus pe întreruperea paternurilor distructive ale relațiilor și pe mobilizarea sprijinului pentru opțiuni noi (Speck & Attneave, 1973; Ruevini, 1975).

Echipele de terapeuți se întâlneau cu rețelele în ședințe care durau de la două la patru ore; grupurile se întâlneau în mod tipic de la trei la șase ori. Tehnicile grupului de rezistență erau folosite pentru a ușura defensivă și pentru a stimula un climat de implicare calduroasă. După cinci sau zece minute de strângere a mânilor, se sărea în sus și în jos, se striga, se îmbrățișau unii pe alții și se deplasau de colo colo, grupul experimenta o descărcare a tensiunii și un sentiment de coeziune.

Faza de polarizare începe atuncicând liderul identifică și activează punctele de vedere conflictuale din rețea. Acestea pot fi puse în scenă prin aranjarea oamenilor în cercuri concentrice și invitarea lor pentru a-și confrunta diferențele. Sub conducerea liderilor, confruntarea se mută spre compromis și sinteză. În timpul *fazei de mobilizare*, sarcinile sunt prezentate, iar subgrupurile membrilor sunt chemate să dezvolte planuri pentru rezolvarea problemelor concrete. Dacă pacientul identificat are nevoie de lucru, un comitet poate fi format pentru a-l ajuta; dacă părinții tineri sunt blocați acasă certându-se cine urmează să aibă grijă de copil, i se poate cere unui grup

să dezvolte resurse de baby-sitting și să permită cuplului să iasă împreună.

După ce entuziasmul inițial a trecut, grupurile de rețea au căzut adesea în oboseală și disperare în vreme ce membrii lor își dau seama cât de apăsătoare sunt unele probleme. Uri Ruevini (1975) a descris un caz în care o perioadă de depresie s-a instalat, iar familia problemă s-a simțit izolată și abandonată de rețea. Ruevini a ieșit din acest impas prin prescrierea unui exercițiu catartic de grup, «ceremonia morții». Membrii familiei li s-a cerut să închidă ochii și să se imagineze pe ei înșiși morți. Restului rețelei i s-a cerut să-și împărtășească sentimentele despre familie: punctele lor tari și cele slabe și ceea ce fiecare dintre membrii familiei înseamnă pentru prietenii lor. Acest instrument dramatic a produs o revărsare de emoții care au scos întreaga rețea din depresie.

Speck și Attneave (1971) au descris ruperea rețelei în subgrupuri de rezolvare a problemei, folosind acțiunea în locul sentimentelor, pentru a ajuta rețeaua să depășească momentele de disperare. Într-un caz, ei au desemnat un grup de prieteni să supravegheze un adolescent care era dependent de droguri și un alt grup să aranjeze ca el să se mute din casa părinților. Depășirea este realizată atunci când energiile rețelei sunt dezlănțuite și direcționate spre rezolvarea activă a problemei. Ședințele cu rețelele produc adesea ceea ce Speck și Attneave numeau «efectul de rețea» – un sentiment euforic de legătură și satisfacție odată cu rezolvarea problemei, care a fost considerată atât de copleșitoare la început. Odată activată o rețea, există întotdeauna cineva căruia să-i dai telefon atunci când ai nevoie.

Majoritatea tehnicilor de comunicare ale terapiei de familie constau în reguli clare de învățare a comunicării, de analiză și interpretare a paternurilor de comunicare și de

manipulare a interacțiunilor printr-o varietate de manevre strategice. Evoluția acestor trei tipuri de strategii, de la cele mai directe la cele strategice, reflecta conștientizarea sporită a felului în care familiile rezistau schimbării.

În activitatea lor timpurie (Jackson & Weakland, 1961), terapeuții comunicaționali începeau prin indicarea convingerii lor că întreaga familie era implicată în problema prezentată. Apoi, ei au explicat că toate familiile dezvoltă modele obișnuite de comunicare, inclusiv unele care erau problematice. Această încercare de a converti familiile de la a vedea pacientul identificat ca problemă, la acceptarea unei responsabilități reciproce a subestimat rezistența familiilor la schimbare. Mai târziu acești terapeuți au fost mult mai deschiși să înceapă prin acceptarea definiției proprii a familiei privind problemele acesteia (Haley, 1976).

După ce terapeuții făceau observațiile lor la deschiderea ședinței, ei cereau membrilor familiei, să discute problemele lor, de obicei, unul câte unul. Terapeutul asculta, dar se concentra asupra procesului de comunicare, mai degrabă decât asupra conținutului. Atunci când cineva din familie vorbea în mod confuz sau derutant, terapeutul sublinia acest lucru și insista asupra anumitor reguli privind comunicarea clară. Satir (1964) a fost cea mai directă profesoară. Când cineva spunea ceva care era neclar, ea puneă întrebări și clarifica mesajul, oferind indicații pentru o exprimare clară.

Atunci când a început să trateze familiile schizofrenicilor, Jackson credea că trebuia să protejeze pacienții de familiile lor (Jackson & Weakland, 1961), dar a început să realizeze că părinții și copiii erau legați împreună în feluri reciproce distructive. Chiar și acum cei care sunt noi în terapia de familie, în special dacă ei nu au devenit ei înșiși părinți, tind să se identifice cu copiii și să vadă părinții ca niște personaje negative. Nu numai că este greșit, așa cum Jackson a realizat mai târziu,

aceasta contribuie la înstrăinarea părinților și la îndepărtarea lor de tratament. Terapeuții tineri încep adesea «știind» că părinții trebuie învinovați pentru problemele copiilor lor. Doar mai târziu, atunci când devin ei înșiși părinți, adoptă o perspectivă mai echilibrată – și anume, aceea că toate problemele familiei sunt în întregime din vina copiilor.

Jackson a subliniat necesitatea pentru structură și control în întâlnirile de familie. El a început primele ședințe prin a spune «Noi suntem aici pentru a lucra împreună, pentru a ne înțelege mai bine unul pe altul, pentru ca voi toți să puteți să salvați viața voastră de familie» (Jackson & Weakland, 1961, p. 37). Această observație nu numai că structura întâlnirea, dar exprima și ideea că toți membrii familiei trebuie să devină centrul discuției. Mai mult, aceasta arată intențiile terapeutului și, de aceea, poate precipita o luptă cu părinții cărora le displace implicarea că ei sunt parte a problemei. Înțelegem astfel, că Jackson a fost un terapeut activ care a stabilit reguli corecte de la început și a explicat deschis ce a făcut pentru a anticipa și dezarma rezistența. Astăzi, majoritatea terapeuților de familie consideră mai eficient să fii subtil, încercând să întâmpine rezistența familiilor nu cu karate psihologic, ci cu jiu-jitsu – folosind propriul moment de pârgă, în loc să li se opună de la început.

Tratarea familiilor schizofrenice a fost atât de dificilă încât Jackson a devenit din ce în ce mai activ și intruziv pentru a evita să fie prins în nebunia lor. În orice caz, există o idee de combativitate în scrierile lui, ca și cum el se vedea luptându-se cu familiile, bătăndu-le în propriul lor joc (Jackson & Weakland, 1961), folosind mesaje duble sau multiple, provocându-le să facă ceva în ciuda directivelor terapeutice al căror scop real poate fi ascuns (legăturile terapeutice duble).

Dacă Jackson era combativ în mod subtil cu familiile, Jay Haley nu a fost subtil deloc. El era clar și explicit în definirea terapiei ca

o bătălie pentru comandă¹. Haley credea că terapeuții au nevoie să manevreze situația în așa fel încât el să fie într-o poziție de putere, deasupra pacienților, pentru a-i manipula în direcția schimbării. Chiar dacă noțiunea de manipulare poate avea conotații neplăcute, învinovățirea morală ar trebui orientată asupra acelor care folosesc pacienții în mod ascuns pentru propriile scopuri, mai degrabă decât împotriva acelor care caută mijloacele cele mai eficiente de a ajuta pacienții să-și atingă scopurile.

Chiar dacă analiza lui Haley privind relațiile umane era extrem de rațională, el credea că membrii familiei nu pot fi raționali în legătură cu propriile lor probleme. El a exagerat probabil inabilitatea oamenilor de a înțelege propriul lor comportament. De aceea, probabil, terapia lui avea tendința de a fi aplicată pacienților mai degrabă decât cu pacienții. Chiar dacă Haley a ridiculizat ideea că intuiția poate fi curativă, el avea multă încredere în comunicarea simplă și deschisă ca mod de a face și a rezolva problemele familiei.

Conform părerilor lui Haley, simpla prezență a unei a treia persoane, terapeutul, ajută cuplurile să-și rezolve problemele. Prin tratarea corectă cu fiecare partener și neluând partea unuia dintre ei, terapeutul dezarmează manevrele uzuale de învinuire; cu alte cuvinte, terapeutul acționează ca un arbitru. Pe lângă rolul de arbitru, terapeutul comunicational reetichetează activitatea membrilor familiei între ei. Una din strategii a fost de a redefini ceea ce spun membrii familiei, accentuând aspectele pozitive ale relației acestora. „De exemplu”, Haley (1936) spunea, «dacă un soț protestează la adresa cicăririi continue a soției lui, terapeutul ar

putea comenta cum că soția se pare că încearcă să ajungă la soțul ei și să se apropie mai mult de el. Dacă soția protestează că soțul ei se retrage mereu și se îndepărtează de ea, soțul ar putea fi definit ca o persoană care vrea să evite discordia și să caute relații amiabile” (p. 139). Această tehnică a fost numită mai târziu *reformulare* și a devenit o trăsătură caracteristică centrală a terapiei strategice.

Una dintre strategiile lui Haley era să facă explicite regulile implicite care guvernau relațiile de familie. Regulile disfuncționale făcute explicite devin mult mai dificil de urmat. De exemplu, unele parteneri își acuză soții pentru că nu se exprimă ei înșiși, dar partenerii vorbesc atât de mult și îi învinovătesc atât de acerb încât soții reușesc cu greu să vorbească. Dacă terapeutul subliniază acest lucru, devine mult mai dificil să urmezi regula implicită că soțul nu trebuie să vorbească. Haley credea că disputele despre ce reguli să urmezi sunt relativ ușor de rezolvat cu ajutorul discuțiilor și al compromisului. Conflictele despre cine trebuie să stabilească regulile sunt mai pretențioase. Pentru că problema controlului este prea explozivă pentru a fi discutată deschis, Haley recomanda directivele subtile.

Directivele lui Haley erau de două feluri: sugestii de a se comporta diferit și sugestii de a continua să se comporte la fel. Sugestia lui Haley că membrii familiei să continue să se comporte în același mod era un paradox terapeutic. Atunci când un adolescent rebel este instruit să continue să fie «rebel», el este prins într-o poziție paradoxală. A continua să fii rebel înseamnă să urmezi indicația unei persoane autoritare (și să admiți că ceea ce faci este rebeliune). Doar prin renunțarea la acest comportament, adolescentul poate să-și mențină iluzia de libertate. Uneori este eficient să ai un partener care să sugereze că celălalt continuă comportamentul simptomatic. Aceasta poate produce o schimbare

1. Haley a continuat să-și dezvolte și să-și revizuiască teoria și practica și, astăzi, el este foarte departe de a fi atât de direct și atât de provocator. Vezi Capitolul 6 privind terapia de familie strategică pentru o descriere a activității contemporane a lui Haley.

majoră deoarece schimbă persoana care definește natura relației.

Lecții din modelele timpurii

Cea mai importantă contribuție a studiilor de grup pentru terapia de familie a fost ideea că toate grupurile, inclusiv familiile, au proprietăți emergente. Când oamenii se adună împreună pentru a forma un grup, apar procesele relaționale care reflectă persoanele implicate și paternurile lor de interacțiune colectivă. Terapeuții de familie foloseau teoria sistemelor pentru a elabora natura acestor forțe interpersonale. Dintre **dinamicile de grup** pe care terapeuții de familie le-au folosit sunt procesele triumphiulare, alegerea unui țap ispășitor, alinierea, coalițiile și despărțirile.

Teoreticienii de grup ne-au învățat, de asemenea, despre importanța *rolurilor*, oficiale și neoficiale, și cum organizează *rolurile* comportamentul în grupuri. Terapeuții de familie apelează la teoria rolurilor atunci când ei sprijină și întăresc părinții în rolurile lor de conducători sau subliniază cum rolurile ascunse pot distrage grupul de la funcționarea sa, precum un tată care joacă în mod constant rolul glumețului o subminează pe soția sa de la discutarea și rezolvarea problemelor. Terapeuții de familie îi ajută, de asemenea, pe membrii familiei să realizeze cum anumite roluri rigide îi prind în capcana unor interpretări înguste și inflexibile, ca atunci când adolescenții sunt atât de preocupați ca să *nu* fie ca părinții lor încât nu ajung să realizeze niciodată cum vor fi ei înșiși.

Distincția **proces/conținut** a fost, de asemenea, deosebit de importantă pentru terapeuții de familie. Atunci când familiile cer ajutor, ele se așteaptă la ajutor pentru rezolvarea problemelor lor. Ele s-ar putea să vrea să știe cum să-l ajute pe adolescentul

timid să-și facă prieteni sau să facă un adolescent insolent să fie mai respectuos. Dar ceea ce încearcă terapeutul de familie să afle este: De ce nu a fost familia capabilă să-și rezolve propriile probleme? Ce e de făcut dacă felul în care ei au manevrat situația nu este bun? De aceea, atunci când familia discută problemele ei, terapeutul ascultă cât de mult cu putință, încercând să înțeleagă procesul discuției – cine cui vorbește și în ce mod – precum și conținutul a ceea ce ei spun.

Schimbarea de la urmărirea a ceea ce oamenii spun la cum spun – deschis sau defensiv, cooperant sau competitiv – este una din strategiile critice ale tuturor formelor de terapie. Cu alte cuvinte, majoritatea terapeuților de familie se concentrează asupra ceea ce se întâmplă acum-și-aici, aducând problema în cabinetul de consultație sub forma modului în care membrii familiei sunt în relații unul cu altul.

Tehnica primară a terapiei de grup – promovarea discuției libere și deschise – a ajutat terapeuții de familie să încurajeze dialogul și înțelegerea reciprocă în familii. Dar, chiar dacă ajutorul acordat familiilor pentru a vorbi despre problemele lor le dă posibilitatea de a-și rezolva o criză minoră, numai conversația nu este suficientă pentru rezolvarea problemelor mai dificile. Mai mult decât atât, modelul unui grup democratic asupra căruia a fost aplicată această tehnică nu a ținut seama de proprietățile structurale unice ale familiilor. Spre deosebire de grupurile de terapie, familiile *nu sunt* formate din membri egali. Fiecare membru al familiei poate avea drepturi egale asupra sentimentelor lui sau ei, dar cineva trebuie să fie responsabil. Terapeutul care invită pe toată lumea din familie să aibă un cuvânt de spus în mod egal eșuează în ceea ce privește respectarea nevoii familiei de conducere și ierarhie.

O altă tehnică majoră folosită de terapeuții de grup este interpretarea procesului, pe care

Bell (1961) a diferențiat-o în patru versiuni: *interpretări de reflecție* care descriu ce se întâmplă în momentul prezent: „Observ că atunci când soția spune ceva critic, tu îți apleci capul, spunând parcă: «Săracul de mine!»”. *Interpretările de conectare* indică legăturile nerecunoscute dintre diferitele acțiuni dintre membrii familiei: «Ați observat că Jenny începe să se poarte urât în momentul în care voi începeți să vă certați?» *Interpretările reconstructive* explică felul în care evenimentele din istoria familiei pun la dispoziție contextul pentru experiențele curente. *Interpretările normative* sunt remarci concepute să sprijine sau să provoace un membru al familiei prin compararea acelei persoane cu ceea ce face majoritatea oamenilor: «Cei mai mulți adolescenți sunt obraznici cu părinții lor. Aceasta face parte din procesul de creștere.»

Cel mai evident comentariu pe care putem să-l facem despre interpretările procesului este că simpla indicare a ceea ce fac membrii familiei nu poate să-i ajute să observe comportamentul lor neproductiv sau să-l schimbe. Motivul pentru care, de obicei, oamenii nu se schimbă, atunci când li se arată ceva, nu este pentru că ei sunt niște păpuși fără minte ale sistemului familiei, ci pentru că și cele mai bine intenționate critici sunt simțite mult mai critic decât constructiv.

Terapeuții de familie de grup erau directivi până acolo încât îi încurajau pe oameni să vorbească când aveau ceva de spus: altfel, ei erau relativ pasivi și se mulțumeau cu descrierea motivelor interacționale pe care le-au văzut în familii. În terapia grupurilor formate din oameni care nu se cunosc între ei, cu modalități de apărare și stiluri de personalitate contrastante, terapeuții pot acționa drept catalizatori pentru a-i determina pe membrii grupului să se confrunte și să se provoace unul pe celălalt. Familiile, totuși, împărtășesc adesea atitudinile de apărare și atitudinile

neproductive, iar terapeuții nu se pot baza pe membrii altui grup pentru a pune la încercare normele familiei. Din acest motiv, terapeuții de familie contemporani, care tratează familiile mai activ, se confruntă cu paternurile de interacțiune ale familiei (mai degrabă decât rezistența indivizilor) și caută modalitățile de a dejuca mecanismele defensive care sunt mult mai puternice în familii decât în grupurile de necunoscuți.

Cele trei aplicații specializate ale metodelor de grup analizate în acest capitol – terapia de grup a familiilor multiple, terapia impactului multiplu și terapia de rețea – au fost experimente ale anilor 1960. Tratarea a mai mult decât o familie în același timp permite membrilor unei familii să vadă cum ceilalți se descurcă cu probleme similare. Cu toate acestea, atunci când alte familii sunt prezente pentru a distra atenția, este dificil să te concentrezi asupra problemelor înrădăcinate sau ridicate de anxietate pentru o perioadă mai lungă de timp. Ceea ce dă rezultate în terapia de grup poate să nu dea rezultate în lucrul cu familiile.

Atât terapia impactului multiplu, cât și terapia de rețea au adus resurse extraordinare la care familiile în criză să poată apela. Chiar dacă terapeuții de familie din clinici lucrează adesea în echipe, astăzi noi ne bazăm de obicei pe un terapeut care tratează o familie. Poate, că există momente când trebuie să depunem toate eforturile pentru ceea ce terapia impactului multiplu a reprezentat. Avantajul în plus al terapiei de rețea a fost că aceasta a mobilizat resursele naturale ale comunității familiei. Poate acest model este încă folositor. El folosește resursele comunității care rămân disponibile după ce tratamentul s-a terminat și este un antidot util împotriva izolării multor familii.

Terapia comunicării a fost una din primele și cele mai influente forme ale tratamentului

familiei. Dezvoltarea sa teoretică a fost strâns legată de teoria generală a sistemelor, iar terapia care a apărut a fost o abordare sistemică prin excelență. Comunicarea era intrarea și ieșirea detectabile pe baza căreia terapeuții obișnuiau să analizeze cutia neagră a sistemelor interpersonale. Comunicarea a fost descrisă ca *feedback*, ca o tactică în disputele interpersonale pentru putere și ca simptome. De fapt, orice comportament era considerat comunicare. Problema este, că, atunci când toate acțiunile sunt tratate ca și comunicare, analiza comunicării poate fi interpretată ca orice și ca nimic. Relațiile umane nu sunt toate o problemă de comunicare; comunicarea poate fi matricea în care interacțiunile sunt înrădăcinate, dar interacțiunile umane au și alte atribute – iubire, ură, teamă, cunoaștere, conflict.

Grupul lui Bateson poate fi amintit cel mai bine pentru conceptul de legătură dublă, dar contribuția lor cea mai viabilă a fost aceea a aplicării analizei comunicării unei game largi de comportamente, inclusiv dinamicii familiei. De fapt, ideea metacomunicării este un concept mult mai folositor decât cel al dublei legături și a fost încorporat nu numai de terapeuții de familie, ci și de publicul larg. Chiar dacă oamenii sunt familiari sau nu cu termenul de *metacomunicare*, cei mai mulți oameni înțeleg că toate mesajele au, atât funcții de raportare, cât și de comandă.

O altă idee importantă a terapiei comunicării este că familiile sunt sisteme guvernate de reguli, menținute prin mecanisme homeostatice și de *feedback negativ*. Feedback-ul negativ este responsabil pentru stabilitatea familiilor normale și pentru inflexibilitatea celor disfuncționale. Deoarece aceste familii nu au mecanisme adecvate de feedback pozitiv, ele nu sunt capabile să se adapteze la circumstanțele schimbătoare.

Teoreticienii comunicării au împrumutat modelul *sistemelor deschise* din teoria gen-

erală a sistemelor, dar intervențiile lor clinice s-au bazat pe paradigma *sistemelor închise* din cibernetică. Relațiile erau descrise ca lupte pentru putere și control. Haley a subliniat lupta pentru putere dintre soți; Watzlawick spunea că problema majoră de control în familie este de natură cognitivă. Terapia era concepută ca o luptă pentru putere în care terapeutul ia comanda pentru a păcăli forțele de menținere a simptomului.

Atunci când comunicarea are loc, într-un sistem închis – fanteziile individuale sau conversațiile private de familie –, există șanse puține de reglare a sistemului. Numai atunci când cineva din afara sistemului asigură intrarea poate apărea corecția. Aceasta este premisa pe care se bazează terapia de familie comunicațională. Deoarece regulile funcționării familiei sunt în mare măsură necunoscute de familie, modalitatea cea mai bună de a le examina și corecta este consultarea unui expert.

Chiar dacă existau diferențe majore în strategiile terapeutice ale lui Haley, Jackson, Satir și Watzlawick, toate erau destinate modificării modelelor disfuncționale ale comunicării. Ei au urmărit acest scop cu mijloace directe și indirecte. Abordarea directă, favorizată de Satir, căuta schimbarea prin a face regulile familiei explicite și prin predarea cu claritate a modalității de comunicare. Această abordare ar putea fi descrisă ca stabilind reguli de bază sau principii metacomunicaționale și incluzând asemenea tactici precum a spune oamenilor să vorbească pentru ei înșiși, indicând canalele nonverbale și canale cu multe niveluri ale comunicării.

Problema este, așa cum observa Haley, «Una din dificultățile de a le spune pacienților să facă ceva este faptul că pacienții psihiatrici sunt observați pentru ezitarea lor de a face ceea ce li s-a spus». Din acest motiv, terapeuții comunicaționali încep să se bazeze pe strategii mai indirecte,

concepute să provoace schimbarea mai degrabă decât să determine oamenii să-și dea seama de anumite lucruri. A spune membrilor familiei să vorbească pentru ei înșiși, de exemplu, ar putea pune la încercare o regulă a familiei și, de aici, să ne confruntăm cu o rezistență puternică. Cu această realizare, terapia comunicării a început un tratament al rezistenței.

Rezistența și simptomele au fost tratate cu o varietate de directive paradoxale, cunoscute sub numele «legăturile terapeutice duble». Tehnica lui Milton Erickson de a prescrie rezistența a fost folosită ca o pârgă pentru a câștiga controlul, ca, de exemplu, atunci când un terapeut spune membrilor familiei să nu dezvăluie nimic în prima sedință. Aceeași tehnică a fost folosită pentru a prescrie simptomele, o acțiune care face explicite regulile nerecunoscute, sugerând că asemenea comportament era voluntar și punând terapeutul în control.

În final, terapia comunicării a devenit concentrată pe simptom, scurtă, directivă. Concentrarea pe simptome este compatibilă cu conceptul general sistemic de **echifinalitate** care înseamnă că, indiferent unde începe schimbarea sistemelor, rezultatul final este același.

Astăzi, teoriile terapiei comunicării au fost absorbite în curentul principal al terapiei de familie și intervențiile focalizate pe simptom devin baza modelelor strategice și a celor focalizate pe soluție. Din nefericire, atunci când terapeuții de grup și ai comunicării au fost confrunțați cu inflexibilitatea familiilor, poate că au exagerat puterea irațională a sistemului de familie.

Anxietatea sistemică

La început, terapeuții au întâlnit familia ca pe un adversar puternic. Descoperirile lui Freud au indicat familiile ca niște seducători

de copii inocenți și, mai târziu, ca niște agenți de represiune culturală, sursa tuturor sentimentelor de vină și anxietate. Psihiatrii din spitale au văzut, de asemenea, pacienții ca victime ale familiilor lor și, cu excepția scopurilor de plată a cheltuielilor, ei țineau familia la distanță. Asistenții care lucrau în orientarea copilului au abordat viața casnică cu o prejudecată deja formată. Opinia acestora că relațiile de familie defectuoase erau considerate cheia psihopatologiei era întunecată de loialitatea lor față de pacienții lor copii, cu care se identificau. Devotați salvării copilului, ei au văzut mamele ca pe dușmani ce trebuiau învinși, iar tații ca figuri periferice ce trebuiau ignorate.

Terapeuții de familie comunicaționali au salvat schizofrenici de la invalidarea psihiatrică prin demonstrarea că, de fapt, conversația lor nebunească avea sens ca soluție disperată pentru situații familiale desperate. Nu pacientul, ci **sistemul familial** era deranjat. Terapia de familie avea ca scop să umanizeze maladiile mentale, dar aceasta a creat o entitate neumană, mecanicistă - sistemul - pentru a-și atinge scopul.

În eforturile lor de a face indivizii, membrii familiei, agenți liberi în drepturile lor, terapeuții practicieni s-au lovit de opoziția puternică a familiilor față de autonomia personală. Individul ar putea dori să se facă bine, dar familia poate are nevoie de cineva care să joace rolul bolnavului. Unele familii se pare că au nevoie de un «țap ispășitor» pentru menținerea echilibrului lor.

Observațiile grupului lui Bateson erau menite să fie științifice, limbajul lor era combativ pentru a descrie sistemele de familie, adesea sugerând nu numai rezistența, ci și opoziția voită împotriva schimbării. Ideea că familiile se opuneau a așezat terapeuții de familie pe o poziție de adversitate. Deoarece familiile au fost văzute ca sisteme fără minte, pe de o parte rigide (ținând cu strictețe la modurile proprii) și

alunecoase (greu de intuit), interviuarea lor devine o luptă.

Chiar și în momentul în care terapeuții de familie au depășit ideea că pacienții sunt victime inocente ale unor răuvoitori, s-au simțit ei înșiși în opoziție față de familiile care rezistau cu încăpățănare eforturilor lor de a le schimba.

Trecerea de la a lucra cu indivizii la a lucra cu familii a fost discontinuă și a necesitat noi modalități de gândire. Terapeuții, neobișnuiți să vadă familii întregi interacționând, au importat de timpuriu modelele neclinice pentru a le ajuta să conceptualizeze interacțiunile configurate în anumite modele.

Cibernetica și teoria generală a sistemelor au pus la dispoziție metafore folositoare pentru a ajuta clinicienii să organizeze unele interacțiuni modelate ale vieții de familie. Descrierea familiei ca un sistem i-a ajutat să vadă că un grup de personalități care interacționează poate funcționa ca o singură entitate, ca o unitate. S-a spus că familiile erau văzute ca sisteme în care comportamentul fiecărui membru este dependent de comportamentul tuturor celorlalți.

Marele progres în gândirea sistemică a fost recunoașterea că viețile oamenilor sunt legate împreună în așa fel încât comportamentul din familii devine un produs al influenței reciproce. Pericolul este acela de a uita că metaforele sistemice sunt numai ceea ce este pericolul de supraestimare a influenței lor – și al dezumanizării membrilor individuali ai familiilor. Unul din miturile sistemului este acela că este mai degrabă determinant decât influent. Astfel, de exemplu, o mamă implicată excesiv care se retrage, face loc soțului ei pentru a deveni mai implicat; dar această schimbare în sistem nu-l face pe el mai implicat. În aceeași privință, chiar dacă este dificil pentru un părinte neangajat să petreacă mai mult timp cu copiii legați de celălalt părinte, acest lucru nu este imposibil.

Metafora sistemică a fost concepută pentru a avea avantajul schimbării în plasarea vinei de la indivizii care erau văzuți ca prinși în structura familiilor lor. Evitarea vinei și identificarea greșelii au fost progrese înspre bine, dar negarea posibilității de autodeterminare poate să nu fie atât de bună. Pericolul este aici cel al mecanismului.

Mare parte din ceea ce facem este automat și este canalizat prin modele de interacțiune. Dar, chiar dacă nu reflectăm și acționăm rațional întotdeauna, uneori o facem. Nu suntem doar inele într-un lanț circular de evenimente; suntem oameni cu nume care experimentăm, noi înșine, ca centre de inițiativă. Cu certitudine suntem legați de alții. Mare parte din ceea ce facem este cu alți oameni în minte, o anumită parte din ceea ce facem este făcut cu alții, iar o dată într-o anumită măsură este pentru alții. Dar acei «noi» care sunt autorii acțiunii sunt indivizi, cu inimi și minți și corpuri.

Terapeuții de familie ne-au învățat că și comportamentul nostru este controlat în moduri nevăzute, dar puternice, de acțiunile celor din jurul nostru. Ideea că oamenii se comportă așa cum o fac deoarece ei sunt induși să trăiască conform rolurilor definite, poate avea un efect eliberator; dacă cineva joacă rolul, este posibil să joace unul nou. De exemplu, modificarea rolurilor de masculinitate și de feminitate care sunt bazate pe stereotipuri sexuale permite o definiție mai largă și mai autentică a sinelui. Dacă se extrapolează, totuși, acest mod de gândire sugerează că rolul este totul.

Gândirea sistemică, în extremă, îndepărtează sinele ca o iluzie. Problema este atunci când rolurile devin definite și rigide ca determinări prescrise ale comportamentului și independente ca o agenție personală. Gânditorii sistemici sugerau, din păcate, că rolul joacă persoana, mai degrabă decât invers.

Terapeuții de familie timpurii au tratat familia ca pe un *sistem cibernetic* care se

guvernează singur prin feedback. Poate au exagerat feedback-ul negativ, care face ca familiile să fie rezistente la schimbare, în parte deoarece ei au studiat familiile schizofrenice, care tind să fie deosebit de rigide. Fără îndoială, după cum ne-am dat seama, deși gândirea sistemică ne atrage atenția asupra interconexiunilor noastre, metafora unui sistem inanimat nu este un model adecvat pentru sistemele umane. Atunci când gândim sistemic, ne dăm seama că indivizii sunt sisteme în cadrul sistemelor și că, deși ei răspund forțelor din afara lor înșiși, ei sunt, de asemenea, inițiatori, cu imaginație, memorie, rațiune și dorințe.

Etapele terapiei de familie

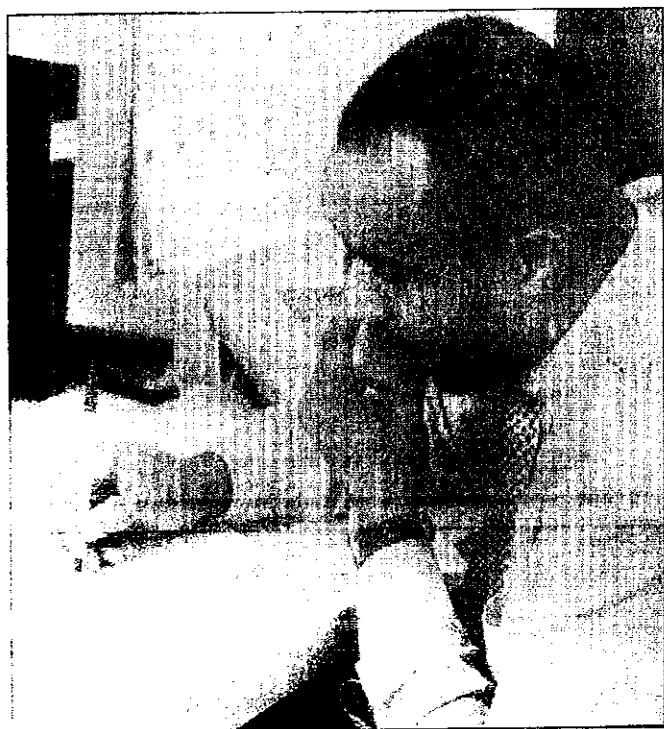
Convorbirea telefonică inițială

Scopul primului contact este de a avea o cantitate minimă de informații și de a aranja ca întreaga familie să vină la o consultație. Ascultați descrierea problemei făcută de persoana care dă telefon și apoi identificați

toți membrii familiei care trăiesc în aceeași gospodărie și alții care ar putea fi implicați (inclusiv sursa de referință și alte agenții). Apoi aranjați primul interviu, specificând cine va participa (de obicei toți cei din gospodărie), precum și data, ora și locul.

În timp ce există lucruri pe care poți învăța să le spui pentru a converti cererile pentru terapie individuală în cazuri de familie, considerația cea mai importantă este cea atitudinală. Mai întâi, trebuie să înțelegem și să respectăm faptul că părintele care vrea ca dumneavoastră să-i tratați copilul, în mod individual, sau soția nefericită care vrea să vorbească singură cu dumneavoastră, are un punct de vedere perfect legitimat, chiar dacă nu se întâmplă să coincidă cu al dumneavoastră. În al doilea rând, dacă ne așteptăm să întâlnim întreaga familie, o declarație de intenție asupra modului în care dumneavoastră lucrați, cel puțin pentru evaluarea inițială, va face majoritatea familiilor să fie de acord cu o consultație.

Atunci când cel care telefonează prezintă problema ca și cum ar fi limitată numai la o persoană, o modalitate folositoare de a lărgi



Convorbirea telefonică inițială trebuie să fie relativ scurtă pentru a evita dezvoltarea unei alianțe numai cu un membru al familiei.

aria problemei respective este de a întreba cum sunt afectați ceilalți membri ai familiei. Dacă cel care telefonează omite să aducă întreaga familie sau să spună că un anumit membru al familiei nu vrea să participe, spuneți că aveți nevoie să auziți pe toată lumea, cel puțin la început, pentru a avea cât mai multe informații posibile. Majoritatea oamenilor acceptă nevoia de a-și oferi punctul lor de vedere; ceea ce resping ei este suspiciunea că ei ar putea fi de vină.

Atunci când copilul este pacientul identificat, părinții ar putea să dorească să vină, dar pot fi reticenți să aducă copiii pe care ei nu-i consideră ca parte a problemei. Ca și soțul neimplicat care este «prea ocupat» să participe, frații și surorile nesimptomatice pot fi importanți pentru a ajuta la lărgirea ariei atenției de la eșecurile pacientului identificat la problemele relaționale din familie.

Lărgirea focusului nu înseamnă și lărgirea vinei. Membrii familiei pot, de regulă, conștientiza rolul în paternurile problematice ale familiei dacă simt că terapeutul nu caută să stabilească vinovăția. Nu este necesar să sugerezi că toată lumea este implicată în problemă. Ceea ce este important este de a-i face pe toți să lucreze împreună să găsească soluția².

În cele din urmă, deoarece *majoritatea* familiilor sunt refractare la a sta împreună și

a se confrunta cu conflictele lor, un telefon înainte de prima întâlnire, pentru a le reaminti, ajută să micșoreze rata de neprezentare. O altă alternativă, care aduce mai multă responsabilitate familiei, este de a li se cere să telefoneze cu o zi înainte de întâlnire pentru a confirma că toată lumea va putea să participe.

Primul interviu

Scopul primei întâlniri este de a construi o alianță cu familia și de a dezvolta o ipoteză despre ce menține problema prezentată. Este bine să vii cu o ipoteză tentantă (în termeni tehnici «o intuiție», după prima convorbire telefonică și apoi să o verifici în primul interviu. (Pentru a evita impunerea teoriilor favorite asupra familiilor paciente, recreându-le în imagini prin prisma propriei subiectivități, este important să rămâi deschis pentru a le refuza, nu numai pentru a confirma, ipoteza dumneavoastră inițială). Ideea nu este de a ne grăbi să tragem concluzii, ci de a începe să ne gândim în mod activ.

Primele obiective al unei consultații sunt întocmirea raportului și culegerea de informații. Prezentați-vă voi înșivă persoanei de contact și apoi celorlalți adulți din gospodărie. Cereți părinților să-și prezinte copiii. Strângeți mâinile și salutați fiecare persoană prezentă. Descrieți familiei cabinetul de consultație (adică, oglinzile de observație, înregistrarea video, jucăriile pentru copii) și formatul ședinței (durata și scopul). Repetați pe scurt ce v-a spus persoana care a telefonat în timpul convorbirii telefonice (în așa fel încât să nu-i lăsați pe ceilalți să se mire prea mult), iar apoi cereți persoanei să vă prezente problema. În momentul în care ați auzit și ați luat cunoștință de un anumit punct de vedere al unei persoane («Deci ceea ce spuneți este...?»), întrebați pe fiecare membru de

2. Nu toți terapeuții de familie se întâlnesc în mod frecvent cu familia întreagă. Unii consideră că au mai mult spațiu de manevră atunci când întâlnesc numai indivizi sau subgrupuri în ședințele inițiale, implicându-i apoi, treptat, pe ceilalți. Alții încearcă să lucreze cu cei cu «sistem de determinare a problemei», numai cei care sunt implicați direct. Alții încearcă încă să determine cine sunt «clienții» – adică aceia care par cei mai interesați. Dacă terapeutul suspectează violență sau abuzuri, ședințele individuale confidențiale pot permite membrilor familiei să dezvăluie ceea ce nu ar putea îndrăzni să discute în fața întregii familii. Ceea ce trebuie să ne amintim este că terapia de familie este mai mult o modalitate de a privi lucrurile, decât o tehnică bazată pe a vedea întreaga familie împreună.



*Provocarea primelor
interviuri este de a
dezvolta o alianță,
fără acceptarea
vizibilă a descrierii
familiei unei
persoane ca fiind
problema.*

familie, în ordine succesivă, punctul lui de vedere.

În vreme ce ședința trebuie să se desfășoare în jurul discutării problemei prezentate, această focalizare centrată pe problemă poate avea un efect descurajant. Prin urmare, timpul dedicat explorării intereselor, realizărilor și punctelor forte ale membrilor familiei nu este niciodată pierdut în zadar și câteodată schimbă energia emoțională a ședințelor în mod dramatic.

Pentru adunarea informațiilor, unii terapeuți consideră folositor să facă o istorie a familiei și mulți folosesc **genograme** pentru a face diagrama rețelei familie extinse (vezi Capitoul 5 pentru o descriere completă). Alții cred că orice poveste care este esențială va apărea în cursul firesc al evenimentelor și preferă să se concentreze asupra preocupărilor prezentate de familie și asupra circumstanțelor care o înconjoară.

Terapeuții de familie dezvoltă ipoteze despre cum membrii familiei ar putea fi implicați în prezentarea problemei, întrebându-i

ce au făcut pentru a încerca să o rezolve și observând *cum* interacționează. Ideile sunt la fel de importante ca și acțiunile; astfel, este folositor să observăm explicațiile inutile ale problemelor ca și interacțiunile neproductive.

Două feluri de informații (conținutul), care sunt deosebit de importante, sunt: *soluțiile care nu funcționează și tranzițiile în ciclul vieții*. Dacă orice a încercat familia să facă pentru a rezolva dificultățile lor nu a reușit, atunci s-ar putea ca acele încercări să facă parte din problema în sine. Un exemplu tipic ar fi părinții implicați excesiv care încearcă să ajute un copil timid să-și facă prieteni prin cheltuirea unei mari cantități de timp, convingându-l și criticându-l. Uneori membrii familiei vor spune că «ei au încercat totul» pentru rezolvarea problemelor lor. În asemenea cazuri, problema poate fi inconsecvență. Ei au încercat totul, dar au renunțat prea repede în fața opoziției.

În ciuda tendinței firești de a se concentra asupra problemelor și asupra a ceea ce le provoacă, puterea familiei, nu slăbiciunea ei,

este cea care va fi cea mai importantă pentru succesul terapiei. De aceea, terapeuții vor studia flexibilitatea (Walsh, 1998). Ce au făcut bine aceste persoane? Cum au rezolvat în trecut dificultățile? Cum ar trebui să arate viitorul? Chiar și cele mai descurajate familii au anumite momente succes, chiar dacă aceste episoade pozitive sunt umbrite de frustrările pe care ele le simt în plus față de dificultățile lor obișnuite.

Chiar dacă nu este întotdeauna imediat vizibil (în special nu pentru familiile în cauză), majoritatea familiilor caută tratamentul deoarece au eșuat să se adapteze la circumstanțele care s-au schimbat. Dacă un soț sau o soție dezvoltă probleme în decursul primelor câteva luni după nașterea unui copil, aceasta poate fi pentru că acel cuplu nu a făcut efectiv schimbarea, de la a fi o unitate de doi membri, la a fi o unitate de trei. O mamă tânără ar putea fi depresivă deoarece nu a avut suficient sprijin pentru a putea face față exigențelor sarcinii de a avea un nou copil. Un tânăr tată poate fi gelos pe atenția pe care soția sa o acordă copilului.

Chiar dacă presiunile asupra cuplului care are un nou copil par evidente, veți fi surprinși să vedeți cât de des tinerele mame depresive sunt tratate de terapeuți ca și cum ar fi ceva în neregulă cu ele – «nevoi de dependență nerezolvate», poate, sau poate o deficiență Prozac. Același lucru este adevărat atunci când familiile dezvoltă probleme în momentul în care copilul intră la școală sau ajunge la adolescență sau trece prin orice altă schimbare de dezvoltare: cererile tranzitionale privind familia sunt evidente, *dacă* vă gândiți la ele.

Tinerii terapeuți ar putea să nu aibă nici o experiență cu unele dintre tranzițiile de viață cu care se luptă clienții lor. Când acest lucru este adevărat, atunci trebuie să subliniem importanța nevoii ca terapeutul să se mențină curios și plin de respect față de diagnosticul familiei, mai degrabă decât să

treacă neinformată la concluzii. De exemplu, ca tânăr terapeut celibatar cineva dintre noi nu putea înțelege de ce atât de multe cupluri de clienți cu copii mici nu mai ieșeau în oraș împreună. El presupunea că partenerii se concentrau prea mult asupra copiilor lor sau se temeau să fie mult timp singuri. Evenimentele ulterioare din propria lui viață l-au învățat lucruri diferite. În momentul în care a avut proprii lui copii, s-a întrebat cum de acele cupluri reușeau să iasă în oraș atât de des!

Terapeuții de familie cercetează procesul interacțiunii familiei prin punerea de întrebări pentru a afla cum membrii familiei vorbesc unul altuia și prin invitarea acestora să-și discute problemele unul cu celălalt în timpul ședinței. Prima strategie, punerea de întrebări de «proces» sau «circulare» este favorizată de terapeuții bowenieni și de terapeuții sistemici: a doua, de terapeuții structurali. În fiecare caz, întrebarea cheie pentru terapeuți este «Ce menține familia blocată? Ce forțe îi împiedică să se adapteze la presiunile dezvoltării și schimbării?

În momentul în care s-au întâlnit cu familia, au aflat problema care i-a adus la tratament, fac un efort să înțeleagă contextul familiei și să dezvolte o conjunctură despre ce trebuie făcut pentru rezolvarea problemei, terapeuții trebuie să facă o recomandare familiei. Aceasta poate include consultarea unui alt specialist (un expert în tulburări de învățare, un medic, un avocat) sau chiar sugestia că familia nu are nevoie – sau nu pare să fie pregătită pentru tratament. Mult mai des, totuși, recomandarea va fi pentru un curs de terapie de familie. Chiar dacă mulți terapeuți încearcă să facă această recomandare la sfârșitul primului interviu, acest lucru ar putea fi puțin greșit. Dacă e nevoie să dureze două ședințe pentru a stabili o legătură cu familia, pentru a înțelege situația acesteia și dacă afli că poți lucra cu ei, atunci aceasta ia două ședințe.

Dacă credeți că puteți ajuta familia să-și rezolve problema, atunci oferiți-le un contract de tratament. Luați cunoștință de ce au venit, spuneți-le că a fost o idee bună și spuneți-le că dumneavoastră credeți că-i puteți ajuta. Apoi negociați un program de întâlniri regulate, frecvența și lungimea ședințelor, cine va participa, prezența observatorilor sau folosirea înregistrărilor video, cheltuielile și cum este folosită asigurarea medicală. Amintiți-vă că rezistența familiei nu dispare în mod magic la prima (sau a patrusprezecea) ședință: accentuați importanța ținerii întâlnirilor și nevoia tuturor de a participa. Finalmente, nu uitați să subliniați scopurile familiei și forțele pe care le-ați observat la oamenii pe care i-ați întâlnit.

Lista de verificare după prima sesiune

1. Stabiliți un contact cu fiecare membru al familiei și conștientizați punctul lui/ei de vedere despre problema și sentimentele pentru care au venit la terapie.
2. Stabiliți conducerea prin controlarea structurii și ritmului interviului.
3. Dezvoltați o alianță de lucru cu familia prin echilibrarea căldurii și a profesionalismului.
4. Complimentați membrii familiei în legătură cu acțiunile lor pozitive și forțele familiei.
5. Mențineți empatia cu persoanele și respectul pentru modul în care familia face lucrurile.
6. Concentrați-vă asupra problemelor specifice și încercați soluții.
7. Dezvoltați ipoteze despre interacțiunile nefolositoare din jurul problemei prezentate. Fiți curios de ce acestea au persistat.
8. Nu ignorați implicarea posibilă a membrilor familiei, a prietenilor

sau a persoanelor care pot ajuta și care nu sunt prezenți.

9. Negociați un contract de tratament care să specifice scopurile familiei și cadrul de lucru al terapeutului pentru structurarea tratamentului.
10. Invitați să se pună întrebări.

Faza timpurie a tratamentului

Faza timpurie a tratamentului este dedicată finisării ipotezei terapeutului într-o formulare despre ce menține problema și începerii lucrului pentru rezolvarea acesteia. Acum strategia se schimbă de la a construi o alianță la provocarea acțiunilor și ipotezelor. Cei mai mulți terapeuților sunt capabili să-și dea seama ce trebuie să fie schimbat.

Ceea ce îi evidențiază pe terapeuți buni este abilitatea lor de a acționa pentru aceste schimbări.

„A acționa pentru schimbare” poate sugera un stil de confruntare, conform spuselor lui Salvador Minuchin. Dar ceea ce se cere pentru a ajuta oamenii să riște schimbarea nu este un mod particular de lucru al cuiva; mai degrabă este un angajament neabătut de a ajuta pentru a face lucrurile mai bune. Acest angajament este evident în întrebările perseverente ale lui Michael White despre poveștile saturate de problemă, în insistența calmă a lui Phil Guerin ca membrii familiilor să se oprească să se învinovățească unul pe celălalt și să înceapă să se uite la propriile lor reacții și în insistența hotărâtă a Virginiei Goldner ca persoanele violente să-și asume responsabilitatea comportamentului lor.

Indiferent ce model urmează, terapeuții eficienți împărtășesc o dorință de a fi perseverenți în căutarea lor pentru schimbare. Aceasta nu înseamnă chiar devoțiune, angajament sau perseverență cu familiile. Aceasta înseamnă a vrea să intervii uncori

energic. Unii terapeuți preferă să evite confruntarea și consideră mai eficient să folosească o încurajare agreabilă, dar perseverentă. Cu toate acestea, indiferent dacă lucrează în mod direct (și uneori folosesc confruntarea) sau indirect (și atunci o evită), terapeuții buni sunt cei care finalizează. Strategiile și tehnicile pot varia, dar ceea ce particularizează terapeuții buni este angajamentul lor de a vedea familiile prin rezolvarea cu succes a problemelor lor.

Terapia de familie eficientă abordează conflictul interpersonal și primul pas (în special în terapia de familie structurală) este de a-l aduce în cabinetul de consultație și a-l prezenta membrilor familiei. Adesea, aceasta nu este o problemă. Cuplurile în conflict sau părinții învrăjbiți cu copiii vor vorbi de obicei imediat despre nemulțumirile lor. Dacă familia este în terapie nu pentru că așa a dorit, ci pentru că a fost trimisă acolo de cineva (tribunal, școală, Departamentul de Servicii de Protecție), terapeutul începe prin abordarea problemelor familiei cu aceste agenții exterioare. Cum trebuie să se schimbe familia încât să rezolve conflictul lor cu aceste autorități? Cum trebuie să se schimbe familia încât membrii acesteia să nu mai aibă probleme?

Când o persoană este prezentată ca fiind problema, terapeutul provoacă liniaritate prin interogarea celorlalți despre modul în care sunt ei implicați (sau afectați). Care a fost rolul lor în crearea (sau gestionarea) problemei? Cum au răspuns ei la aceasta?

De exemplu: «Problema este Malik. El este neascultător». «Cine l-a învățat pe el să fie neascultător?» Sau «Cum răspunde el când este neascultător?»

Terapeuții mai puțin combativi ar putea întreba: «Când ați observat acest lucru?», «Ce face el de pare neascultător?», «Cum te afectează pe tine că el este neascultător?»

Sau «Eu sunt de vină. Am o depresie.», «Cine din familie contribuie la depresia

dumneavoastră?» «Nimeni». «Atunci cine vă ajută să depășiți perioada de depresie?»

Aceste provocări pot fi aspre sau mai blânde, în funcție de stilul terapeutului și de evaluarea familiei. Ideea nu este, în mod incidental, de a schimba vinovăția de la o persoană (să spunem de la copilul neascultător) la alta (părintele care nu impune disciplina în mod eficient), ci de a lărgi problema într-o formă interacțională. Poate că mama este foarte îngăduitoare cu Malik deoarece crede că tatăl este prea sever și, mai mult decât atât, ea ar putea fi exagerat de interesată de copil din cauza distanței emoționale din cuplul conjugal.

Cel mai bun mod de a provoca interacțiunile necorespunzătoare este de a arăta paternurile care-i țin blocați pe oameni. O formulă folosită pentru aceasta este: «Cu cât faci mai mult X, cu atât el face mai mult Y – și cu cât faci tu mai mult Y, cu atât ea face X». (Pentru X și Y, încercați să înlocuiți *cicăleala* și *retragerea* sau *controlul* și *revolta*). Accidental, atunci când terapeuții subliniază că ceea ce oamenii fac nu funcționează, este o eroare tactică atunci când ei le spun ce *trebuie* să facă. Atunci când un terapeut se schimbă de la a indica ceva la a da sfaturi, atenția membrilor familiei se mută de la comportamentul lor înșiși la terapeut și la sfaturile lui sau ei.

Terapeutul: Când ignori plângerile soției tale, ea se simte rănită și supărată. Tu poți avea probleme acceptând supărarea ei, iar ea nu se simte susținută.

Clientul: Ce ar trebui să fac?

Terapeutul: Nu știi, întreabăți soția?

Refuzul de a face sugestii, în special atunci când li se cere, creează tensiune care încurajează pe membrii familiei să-și descopere propriile lor resurse. O alternativă focalizată pe soluție pentru provocarea acțiunilor nefolositoare este să întrebi despre

eforturile care au dus la succes și apoi să le încurajezi mai mult.

Chiar dacă terapeuții de familie își pun la încercare supozițiile sau acțiunile, ei continuă să asculte sentimentele și punctele de vedere ale membrilor familiei. Ascultarea este o activitate liniștită, rară, uneori, chiar printre terapeuți. Adesea, membrii familiei nu se ascultă unul pe celălalt pentru mult timp fără să devină defensivi sau reactivi. Din nefericire, terapeuții nu ascultă întotdeauna, fie – în special – atunci când ei sunt prea dornici să intervină în exprimarea dezacordului sau pentru a da sfaturi. Dar să ne reamintim că nu este posibil să-i faci pe oameni să se schimbe sau măcar să-și reconsidere părerile, de cât atunci când au fost ascultați și înțeleși.

Temele pentru acasă pot fi folosite pentru a testa flexibilitatea (simplul fapt de a vedea dacă au fost făcute măsoară voința lor de a se schimba), pentru a-i face pe membrii familiei mai conștienți de rolul lor în probleme (spunând numai oamenilor să observe ceva, fără să încerce în mod necesar să schimbe acest lucru, este foarte instructiv) și pentru a sugera noi modalități de relaționare. În mod tipic, temele pentru acasă includ: sugestia că părinții exagerat de implicați să angajeze o persoană care să aibă grijă de copil pentru ca ei să iasă în oraș împreună, determinarea partenerilor certăreți să vorbească despre sentimentele lor, în timp ce celălalt ascultă fără să spună nimic (dar observând tendințele de a deveni reactiv), iar pe membrii dependenți ai familiei să încerce să petreacă mai mult timp singuri (sau cu cineva din afara familiei) și să facă mai multe lucruri pentru ei înșiși. Temele pentru acasă care ar putea genera conflict, precum regulile casei care se negociază cu adolescenții, trebuie evitate. Discuțiile dificile trebuie păstrate pentru atunci când terapeutul poate acționa ca arbitru.

Lista de verificare a fazei timpurii

1. Identificarea conflictelor majore și aducerea lor în cabinetul de consultație.
2. Dezvoltarea ipotezei și refacerea ei într-o formulare despre ceea ce face ca familia să perpetueze problema sau să eșueze în rezolvarea problemei pe care o prezintă. Formulările trebuie să ia în considerare procesul și structura, regulile familiei, triumphiurile și granițele.
3. Păstrați concentrarea asupra problemelor primare și condițiilor interpersonale care le sprijină.
4. Dați teme pentru acasă care să abordeze atât problemele, cât și structura și dinamica de bază care le perpetuează.
5. Provocați membrii familiei să-și vadă propriul rol în problemele care-i chină.
6. Mobilizați către schimbare, în ședință și între ședințe, acasă.
7. Faceți eficientă folosirea supravegherii pentru a testa validitatea formulărilor și eficiența intervențiilor.

Faza mediană a tratamentului

Atunci când terapia nu este altceva decât scurtă și focalizată pe problemă, cea mai mare parte din faza mediană este destinată ajutorării membrilor familiei să se exprime ei înșiși și să realizeze înțelegerea reciprocă. Dacă terapeutul joacă un rol prea activ în acest proces – filtrând toate conversațiile prin el-însuși sau ea-însăși –, membrii familiei nu vor învăța cum să se descurce unul cu celălalt și vor continua să se descurce numai atâta timp cât vor veni la terapie. Din acest motiv, în faza de mijloc,

terapeutul are un rol mai puțin activ și încurajează membrii familiei să interacționeze mai mult unul cu celălalt. În timp ce ei fac acest lucru, terapeutul se retrage și observă procesul. Atunci când dialogul se împotmolește, terapeutul, fie că va indica ce merge rău, fie pur și simplu, îi va încuraja să vorbească – dar cu mai puține întreruperi și critici.

Atunci când membrii familiei își abordează conflictele direct, ei tind să devină anxioși și reactivi. Anxietatea este un dușman al ascultării. Unii terapeuți (bowenienii, de exemplu) încearcă să controleze anxietatea prin lăsarea membrilor familiei să vorbească numai terapeutului. Alții preferă să lase membrii familiei să se descurce cu propria lor anxietate ajutându-i să învețe să vorbească unul altuia mai puțin defensiv (spunând cum simt ei și ascultând și luând la cunoștință ce spune celălalt). Cu toate acestea, chiar și terapeuții care lucrează în primul rând cu dialogul familial trebuie să intervină atunci când anxietatea începe să escaladeze și conversațiile devin defensive și distructive.

Astfel, în faza de mijloc a tratamentului, terapeutul adoptă un rol mai puțin directiv și încurajează membrii familiei să înceapă să se bazeze pe resursele lor proprii. Nivelul anxietății dintre membrii familiei este echilibrat prin alternarea discuțiilor între ei sau cu terapeutul. În fiecare caz, terapeutul încurajează membrii familiei să depășească criticile și învinuirea, pentru a vorbi direct despre ceea ce ei simt și ceea ce ei doresc – și să învețe să vadă propriul lor rol din paternurile neproductive ale interacțiunii.

Lista de verificare a fazei mediane

1. Folosiți intensitatea pentru a provoca membrii familiei (sau ingenuitatea pentru a le învinge rezistența; sau empatia pentru a le penetra apărarea).

2. Evitați să fiți prea directivi și să controlați ceea ce familia nu a învățat, să se bazeze unul pe altul și să-și îmbunătățească modalitățile proprii de relaționare unul cu celălalt.
3. Cultivați responsabilitatea individuală și înțelegerea reciprocă.
4. Asigurați-vă că eforturile de a îmbunătăți relațiile au un efect pozitiv asupra plângerii prezentate.
5. Chiar dacă vă întâlniți cu subgrupuri nu pierdeți din vedere tabloul întregii familii și nu neglijați nici o persoană sau relație – *în special* nu pe acelea «dificile» pe care suntem atât de ușor tentați să le evităm.
6. S-a blocat terapia la un anumit nivel? Au devenit sesiunile foarte asemănătoare și predictibile? Și-a asumat terapeutul un rol prea activ în alegerea subiectelor de discuție? Au dezvoltat terapeutul și familia o relație de prietenie care a devenit mult mai importantă decât abordarea conflictelor? Și-a asumat terapeutul un rol în familie (ascultător empatic al soților sau figura părintelui ferm pentru copii), substituind o funcție care lipsește în familie (soții nu se ascultă unul pe celălalt, părinții nu au grijă și nu își controlează propriii copii? Când terapeuții se consideră gata să dea un răspuns activ nevoilor membrilor familiei, ei trebuie să se întrebe pe ei înșiși cine din familie va lua acel rol, iar apoi să încurajeze acea persoană să facă acest lucru.

Sfârșitul terapiei

Sfârșitul terapei vine pentru terapia de scurtă durată imediat ce problema prezentată este rezolvată. Pentru terapeuții psihanalitici,

terapia este un proces de învățare de lungă durată și poate continua pe perioada unui an sau mai mult. Pentru majoritatea terapeuților, sfârșitul terapiei vine undeva între aceste două extreme și are de-a face, atât cu sentimentele familiei care simte că a câștigat pentru ceea ce a venit, cât și cu sentimentul terapeutului că tratamentul a atins punctul în care nu mai poate oferi prea mult familiei. Un indiciu al faptului că este momentul să se termine este atunci când familia nu mai are nimic de spus decât conversații banale (presupunând, desigur, că ei nu evită conflictul).

În terapia individuală, acolo unde relația cu terapeutul este instrumentul principal de schimbare, sfârșitul terapiei se focalizează pe revizuirea relației și pe a spune la revedere. În terapia de familie, focusul este mai mult asupra a ceea ce familia face. Sfârșitul terapiei este, de aceea, un moment bun pentru a revedea și consolida ceea ce ei au învățat. Chiar dacă unii terapeuți strategici sunt mulțumiți să manipuleze schimbarea fără să fie în mod necesar interesați ca familia să înțeleagă acest lucru, majoritatea terapiilor de familie au un fel de funcție de învățare, iar terminarea este momentul în care suntem siguri că familia a învățat ceva despre cum să continue.

Ar putea fi folositor să cerem familiei să anticipeze schimbările viitoare pe care le-ar putea provoca o revenire a problemei și să se discute cu membrii familiei despre cum ar putea face față ei acestor provocări. Întrebarea «Cum știți că lucrurile o iau pe o cale greșită și ce veți face? este folosită în această fază. Trebuie să li se amintească familiilor, de asemenea, că armonia lor prezentă poate fi menținută o perioadă nedefinită și astfel oamenii au o tentință de a reacționa la primul semn de revenire la vechile probleme, care ar putea atrage după sine un cerc vicios. Pentru a-l parafriza pe Zorba Grecul, viața este o problemă. A fi în

viață înseamnă să te confrunți cu dificultățile. Testul real este cum te descurci cu ele.

În final, chiar și în cazul terapiei — lipsa veștilor înseamnă vești bune — ar putea fi o idee bună să se verifice cum se descurcă familia la câteva luni după sfârșitul terapiei. Acest lucru poate fi făcut printr-o scrisoare, convorbire telefonică sau o scurtă sesiune de reîntâlnire. Familia va aprecia interesul terapeutului, iar terapeutul va avea un sentiment bun de închidere a cazului. Relația terapeutică este, cu necesitate, ceva artificial sau cel puțin constrâns. Dar, nu există nici un motiv să o facem mai puțin umană — sau să uităm familiile odată ce am terminat tratamentul.

Lista de verificare la sfârșitul terapiei

1. S-a îmbunătățit problema prezentată?
2. Este familia satisfăcută pentru că a căpătat ceea ce a dorit sau sunt membrii familiei interesați în continuare să învețe despre ei înșiși și să-și îmbunătățească relațiile?
3. A înțeles familia ce trebuie să facă dacă nu funcționează și cum să evite reapariția unor probleme similare în viitor?
4. Reflectă recurențele minore ale problemei lipsa de rezolvare a unei anumite dinamici sau pur și simplu faptul că familia trebuie să-și regleze funcționarea fără terapeut?
5. Și-au dezvoltat și îmbunătățit membrii familiei relațiile în afara contextului imediat al familiei și în interiorul acestuia?

Evaluarea familiei

Există o mare varietate de terapeuți de familie în privința realizării evaluărilor formale.

Terapeuții sistemici bowenieni completează genograme elaborate pe trei generații înainte de începerea tratamentului, psihanaliștii încep prin abordarea istoriilor personale, iar terapeuții comportamentali folosesc în mod obișnuit o varietate de chestionare și liste de verificare. La cealaltă extremă, terapeuții structurali, concentrați asupra soluției și cei narativi fac foarte puțin în direcția evaluării formale. Dar indiferent de postura lor oficială privind evaluarea, majoritatea terapeuților consumă prea puțin timp făcând evaluări atente înainte de lansarea în tratament.

Mai degrabă decât să încercăm o comparație exhaustivă a diferitelor proceduri de evaluare, vom descrie, în schimb, unele dimensiuni ale funcționării familiei. Pe care terapeuții ar trebui să le ia în considerare înainte să înceapă tratamentul. Acest rezumat este conceput pentru a fi ilustrativ mai curând decât exhaustiv și de aceea trebuie să vă gândiți la una sau două probleme importante pe care noi am neglijat să le menționăm.

Problema prezentată

Ar putea părea evident că prima considerare ar trebui să fie prezentarea plângerii. Cu toate acestea, merită să accentuăm faptul că cercetarea problemei prezentate trebuie să fie, atât detaliată, cât și emfatică. În momentul în care unii terapeuți aud că problema familiei este, să spunem, comportamentul greșit sau proasta comunicare, ei sunt gata de acțiune. Pregătirea lor i-a învățat să se descurce cu problemele copiilor sau cu problemele de comunicare și sunt gata să pornească la lucru. Ei știu ce trebuie să facă. Dar înainte de a începe, ei trebuie să realizeze că **nu** au de-a face cu «copii neascultători» sau cu «probleme de comunicare», ei au de-a face cu o singură instanță a uneia din aceste dificultăți.

Cercetarea problemei prezentate începe cu simpla audiere a punctului de vedere a familiei, cu cuvintele lor proprii. Fiecare membru al familiei trebuie să aibă șansa să și exprime punctul său de vedere – și, atât descrierea lor, cât și sentimentele lor trebuie luate la cunoștință. Această investigație cu sfârșit deschis trebuie urmată de întrebări detaliate pentru a afla cât mai mult despre natura exactă a problemei. Dacă un copil se comportă greșit, ce anume face el? Cât de des? În ce împrejurări? Se comportă rău la școală sau acasă sau în ambele locuri?

Următoarea zonă de explorat sunt încercările familiei de a se descurca cu problema. Ce au încercat ei? Ce a fost de folos? Ce nu a fost de folos? A mai fost cineva implicat în afara celor prezenți în încercarea de a-i ajuta (sau împiedica) familia în a se descurca cu problema?

Înțelegerea circuitului de trimitere

Începând cu primul telefon și continuând cu prima ședință este important de înțeles cine a trimis pacienții la dumneavoastră și de ce. Care sunt așteptările lor? Ce speranțe au comunicat ei familiei?

În multe cazuri procesul de trimitere este o rutină și nu de prea mare importanță. Cu toate acestea, este important să știm dacă participarea familiei este voluntară sau forțată, dacă toți sau numai o parte dintre ei recunosc nevoia unui tratament și dacă alți agenți vor continua implicarea în acest caz.

Atunci când terapeuții individuali fac trimitere a familiei, ei au, adesea o anumită ordine de idei în minte. Consilierul unui elev la colegiu l-a trimis pe el și familia acestuia la tratament. A reieșit faptul că tânărul descoperit o amintire reprimată de abuz sexual și s-a presupus că a fost vorba despre tatăl său. Terapeutul de familie era pus în situația să medieze cumva între tânărul, care nu-și pute

imagina cine altcineva ar fi putut fi responsabil de acest incident pe care și-l amintea vag și părinții săi, care negau în mod absolut că un asemenea lucru s-a întâmplat vreodată. Se putea aștepta terapeutul individual la confruntare, la confesiune, la ispășire? La un fel de înțelegere de negociere? Cel mai bine este să se clarifice aceste lucruri.

Este, de asemenea, important să se afle dacă clienții au fost în tratament înainte. Dacă au fost, ce s-a întâmplat? Ce așteptări sau preocupări au generat terapiile anterioare? Este chiar mai important să știm dacă cineva din familie este în tratament în mod curent. Puține lucruri sunt mai probabile pentru a aduce într-o situație fără ieșire progresul decât doi terapeuți care trag în direcții opuse.

Identificarea contextului sistemic

Indiferent ce persoană este alcasă de terapeut pentru tratament, este imperativ să avem o înțelegere clară a contextului interpersonal în care apare problema. Cine face parte din familie? Există persoane importante din istoria problemei care nu sunt prezente? Există vreun prieten care trăiește împreună cu familia? Un bunic care locuiește alături? Sunt alte agenții sociale implicate în problemele familiei? Care este natura influenței acestora? Le consideră familia folositoare?

Amintiți-vă că terapia de familie este o abordare a oamenilor în context. Contextul cel mai relevant este adesea familia imediată, dar familiile nu există într-un vid. Ar putea fi importantă întâlnirea cu profesorii sau cu consilierii copilului neascultător la școală pentru a afla exact ce se întâmplă. Există chiar cazuri când familia nucleară nu este contextul social cel mai important al unor probleme personale. Uneori, de exemplu, depresia unui elev are mai mult de a face cu evenimentele din clasă sau din cămin decât

Faza ciclului de viață

Contextul unei familii are dimensiuni temporale cât și interpersonale. Majoritatea familiilor vin la tratament nu pentru că este ceva inherent rău cu ele, ci pentru că s-au blocat în tranzițiile ciclului de viață (Capitolul 4). Uneori acest lucru este vizibil imediat. Părinții s-ar putea plânge, de exemplu, că nu știu ce a apucat-o pe Jenny. De obicei ea era o fată bună. Dar acum, de când are 14 ani, ea a devenit certăreată și îmbufnată. (Unul din motivele pentru care calitatea de a fi părinte rămâne un sport de amatori este tocmai că de fiecare dată când părinții cred că știu ce și cum, copiii cresc și aduc o serie întreagă de probleme noi). Adolescența este etapa din ciclul vieții familiei în care tinerii părinți trebuie să se maturizeze și să relaxeze controlul asupra copiilor lor.

Câteodată nu este așa de evident că o familie are probleme de ajustare la noua etapă a ciclului de viață. Cuplurile care se căsătoresc după ce au trăit împreună mulți ani nu pot să anticipeze că însăși căsătoria poate trezi un număr de așteptări inconștiente legate de ceea ce înseamnă să faci parte dintr-o familie. Mai multe cupluri au fost surprinse să descopere o cădere bruscă a vieții lor afective după ce și-au pus în mod formal inelul pe deget. Alteori schimbările semnificative ale ciclului de viață apar în generația bunicii și nu-ți vei da seama de aceste influențe dacă nu întrebi.

Structura familiei

Cel mai simplu context sistemic pentru o problemă este procesul interacțional dintre două părți. Ea cicălește și el se retrage; un părinte este tolerant pentru a completa strictetea celuilalt și vice versa. Dar uneori o perspectivă

Problemele familiei devin înrădăcinate deoarece ele sunt fixate în structuri puternice, dar nevăzute. Indiferent ce abordare folosește terapeutul, este înțelept să înțelegem ceva despre **structura** familie. Ce sunt **subsistemele** care funcționează și care este natura **granițelor** dintre ele? Care este natura granițelor din jurul cuplului sau a familiei? Ce triumfuri sunt prezente?

Cine ce roluri joacă în familie? Sunt aceste persoane sau subsisteme protejate de granițele care le permit să opereze fără interferențele nedorite – dar cu acces la sprijinul necesar? Există și aici o dimensiune temporală. Dacă o soție se întoarce la lucru după ani de stat acasă cu copiii, subsistemul parental este provocat să se schimbe de la o formă complementară la una simetrică. Dacă membrii familiei se plâng sau nu direct despre aceste constrângeri, este posibil să fie relevant oricând că depresia lor se întâmplă să fie în centrul atenției.

Comunicarea

Chiar dacă anumite cupluri vin la terapie spunând că au «probleme de comunicare» (însemnând, de obicei, că un partener nu vrea să facă ce spune celălalt), lucrul cu problemele de comunicare a devenit ca un clișeu în terapia de familie. Deoarece comunicarea este vehiculul relațiilor, toți terapeuții se ocupă de comunicare. Dar clarificarea comunicării este rar suficientă pentru a rezolva problemele familiei.

Cu toate acestea, deși conflictul nu dispare în mod magic după ce membrii familiei încep să se asculte unul pe celălalt, nu este foarte probabil că aceste conflicte se vor rezolva *înainte* ca oamenii să înceapă să se asculte unul pe celălalt (Nichols, 1995). Dacă după o ședință sau două – și după «încurajarea» terapeutului –, membrii familiei par că încă nu vor să se asculte unul

pe altul, terapia comunicării va fi o bătălie dificilă.

Un alt punct important care trebuie subliniat despre ascultare intră în sfera categoriei «Ce e bun pentru mine este bun și pentru tine». Terapeuții care încurajează membrii familiei să se asculte unul pe altul nu aplică întotdeauna ceea ce ei predică. Un membru de familie va începe să protesteze sau să explice, iar terapeutul îi taie vorba îndrumându-l/o să asculte punctul de vedere al altei persoane. Persoana care întrerupe poate fi ascultată în silă, dar majoritatea oamenilor nu este interesată să audă ce are de spus altcineva până în momentul în care ei nu se simt ascultați și înțeleși.

Membrii familiei care învață să se asculte unul pe celălalt cu înțelegere descoperă adesea că ei nu au nevoie să se schimbe unul pe celălalt (Jacobson & Christensen, 1996). Multe probleme pot fi rezolvate, dar problema de a trăi cu alți oameni care nu văd lucrurile întotdeauna în felul în care le faceți, nu este una dintre ele.

Abuzul de droguri și alcool

Chiar dacă nu este nevoie să se întrebe fiecare client despre consumul de droguri sau alcool, este esențial să se investigheze cu atenție acest fapt dacă există vreo suspiciune, că aceasta s-ar putea să fie o problemă. Nu fiți prea politicoși. Puneți întrebări directe și specifice. Dacă un membru al familiei, care cere terapie de familie sau de cuplu, pare a abuza de droguri sau alcool, gândiți-vă de două ori dacă terapia comunicării va fi răspunsul la problemele familiei.

Violența domestică și abuzul sexual

Dacă nu există nici un indiciu de violență de familie sau abuz sexual, clinicianul trebuie

să întrebe despre aceasta. Procesul de punere a întrebărilor poate începe în prezența întregii familii, dar atunci când există o suspiciune puternică privind abuzul sau neglijența, s-ar putea să fie mai bine ca terapeutul să se întâlnească cu membrii familiei în mod individual pentru a le da ocazia acestora să vorbească deschis. În timp ce există destul timp pentru diferența de abordare a unui soț în cazul unor violențe domestice ușoare, precum palme peste față sau îmbrâncire, este absolut necesar ca terapeutul să aprecieze dacă stresul inevitabil de a vedea un cuplu împreună nu va expune soția la un pericol mai mare de răzbunare din partea partenerului abuziv.

Așa cum știți, unele state impun deja specialiștilor să raporteze orice suspiciune de abuz al copilului. Orice clinician care decide să nu raporteze un abuz de copil pe care-l suspectează, trebuie să considere, de asemenea, consecințele acestei neraportări, dacă abuzul respectiv va fi raportat de altă persoană.

Implicări extramaritale

Descoperirea unei relații în afara cuplului este o criză cu care majoritatea cuplurilor se confruntă pentru o perioadă de timp în relațiile lor. Infidelitatea este comună, dar este încă o criză. Ea poate distruge o căsătorie. Implicările extramaritale care nu incumbă intimitate sexuală, chiar dacă mai puțin evident, pot sabota tratamentul dacă unul sau ambii parteneri se duc la o a treia persoană pentru a rezolva problemele care ar trebui rezolvate în cuplu. (Un indiciu că relația cu o persoană externă face parte din triumphi este atunci când nu se vorbește deschis despre aceasta). Indesiderabile sau nu, o terță parte poate include

era atât de mult o problemă de conflict, ci doar faptul că stăteau foarte puțin împreună. După câteva săptămâni de progres lent, soția a dezvăluit că ea se ducea la un terapeut individual. Atunci când terapeutul de cuplu a întrebat de ce, ea a replicat că are nevoie de cineva cu care să vorbească.

Genul

Inegalitățile de gen nerecunoscute pot contribui la problemele familiei într-o varietate de moduri. Insatisfacția unei soții poate avea rădăcini mai adânci decât problemele curente ale familiei. Refuzul soțului de a deveni mai implicat în familie poate fi produsul unor expectații și recompense culturale pentru realizările din domeniul carierei, dar s-ar putea datora unui lucru care lipește personalității sale.

Fiecare terapeut trebuie să afle cum să se echilibreze între extreme ignorând cu naivitate inegalitatea de gen și impunând clienților punctul său de vedere personal. Oricum, nu este rezonabil să presupunem că ambii parteneri încheie o căsătorie cu puteri egale sau complementaritatea dintre soți este numai dinamică, acționând asupra relației acestora.

Conflictele datorate expectațiilor de gen, chiar dacă se vorbește direct despre ele sau nu, sunt epidemice datorită curentului de schimbări în expectațiile culturale petrecute în ultimii ani. Este încă considerată datoria soției să urmeze cariera soțului, mutându-se oricând și oriunde este necesar pentru avansarea lui, indiferent cum aceasta afectează interesele ei (și pe copiii ei)? Este încă adevărat că femeile sunt principalele (eufemism uneori pentru singurele) persoane care au grijă și cresc copii?

vate, conflictul sau confuzia apar a fi izvorul stresului? Poate că singura întrebare foarte folositoare este: inegalitatea de gen. «Cum experimentează fiecare partener corectitudinea relației de a-da-și-de-a-primi?»

Factorii culturali³

În evaluarea familiilor pentru tratament, terapeuții trebuie să considere și să respecte subcultura unică din care provine o familie (McGoldrick, Giordano & Pearce, 1996), precum și efectul ipotezelor neformulate ale unei culturi mai largi care poate avea un impact asupra problemelor lor (Doherty, 1991).

Lucrând cu familiile minoritare, poate ar fi mai important să dezvoltați **competență culturală**, decât să aveți sintonicitate culturală. Familiile pot veni la terapeut care le oferă timp pentru a asculta despre contextul lor cultural ca cineva care se întâmplă să fie de aceeași rasă sau naționalitate. Un mod de dezvoltare a competenței culturale este de a face legături după orele de lucru – de exemplu, dacă se întâmplă să fii alb, participând la serviciul religios de la bisericile negrilor din comunitatea în care clienții dumneavoastră trăiesc sau participând la un dans latino sau pierzându-vă vremea într-un centru al comunității asiatice. Asemenea experiențe, desigur, nu fac din dumneavoastră un expert, dar ele pot ajuta familiile-client să simtă că vă preocupați destul să le respectați obiceiurile. Este important să luați o poziție inferioară privind diversitatea culturală și etnică – să le cereți clienților să vă învețe despre experiența și tradițiile lor.

Provocarea pentru practician este dublă: să învețe să respecte diversitatea și să dezvolte sensibilitate pentru problemele cu care se confruntă membrii altor culturi și grupuri etnice. Există acum o mulțime de cărți care descriu caracteristicile și valorile diferitelor grupuri etnice, dintre care multe sunt citate în secțiunea privind multiculturalismul din Capitolul 11 al acestui volum. În plus, față de aceste cărți academice, romanele – precum *Dragoste în perioada holerei*, *Iubitul*, *Parfum de papaia verde*, *Mambo King cântă cântece de dragoste*, și altele – aduc adesea alte culturi mult mai viu la viață.

Lucrând cu clienți din alte culturi este probabil mult mai important să respecti diferențele și să fii curios despre modurile în care ei fac lucrurile decât să încerci să devii un expert în etnicitate. Cu toate acestea, în timp ce este important să respecti diferențele altor oameni, s-ar putea să fie o problemă să accepți afirmațiile necritice ale efectului că „Facem aceste lucruri (contraproductive) datorită culturii noastre”. Din nefericire, este dificil pentru un terapeut din altă cultură să evalueze validitatea acestor pretenții. Poate sfatul cel mai bun este să fii curios; să rămâneți deschis, dar să puneți întrebări.

Chiar și atunci când lucrați cu clienți din propria voastră cultură, este important să considerați impactul ipotezelor culturale. Cum afectează expectațiile și aspirațiile culturale familia cu care lucrați? Recent un pacient se plângea că soția lui se aștepta ca viața de familie să fie ca *The Brandy Bunch*. Răspunsul soției sale a fost: «Da, nu este întotdeauna *The Jerry Springer Show*».

Dintre ipotezele culturale cu care trebuie să fii atenți amintim că a te căsători înseamnă a trăi fericit până la adânc bătrâneți, satisfacția sexuală este ceva care vine pur și simplu natural, adolescența este întotdeauna o perioadă de zbucium, și adolescenții vor doar libertate și nu mai au nevoie de dragostea și înțelegerea părinților

3. Problemele de cultură ca și de rasă, etnie și clasă socială vor fi examinate în această carte. Aici dorim să oferim unele considerații preliminare pentru a ajuta pe terapeuții începători să traverseze primele câteva sesiuni de terapie de familie.

Dimensiunea etică

Majoritatea terapeuților sunt conștienți de responsabilitățile etice ale profesiei lor: terapia trebuie să fie în beneficiul clientului, nu să contribuie la rezolvarea problemelor nerezolvate ale terapeutului. Clienții au dreptul la confidențialitate și astfel, limitele asupra intimității impuse de cerințele de raportare a ofițerilor de probațiune, părinților sau instituțiilor de protecție socială trebuie să fie stabilite de la început în mod clar. Terapeuții evită să exploateze încrederea și dependența clienților lor (și a studenților lor) și, de aceea, trebuie să depună toate eforturile pentru a evita relațiile duale. Specialiștii sunt obligați să asigure tratamentul cel mai bun posibil și dacă nu sunt calificați prin cursuri de pregătire sau experiență pentru a rezolva nevoile unui anumit client, ei trebuie să transfere cazul altui terapeut.

Chiar dacă cei mai mulți terapeuți sunt conștienți de responsabilitățile lor proprii, mulți se gândesc mai puțin decât ar trebui la dimensiunile etice ale comportamentului clienților. Aceasta este o altă zonă unde nu există reguli dure și rapide. Cu toate acestea, o evaluare completă și conștiincioasă a fiecărei familii trebuie să includă considerarea obligațiilor și drepturilor fiecărui membru al familiei. Ce obligații de loialitate au membrii familiei? Există loialități invizibile (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) care constrâng comportamentul lor? Dacă da, sunt ele corecte și echitabile? Care este natura angajamentului partenerilor unul față de celălalt? Sunt clare aceste angajamente? Sunt echilibrate? Ce obligații au membrii familiei în legătură cu fidelitatea și încrederea? Sunt îndeplinite aceste obligații?

Un loc bun pentru a începe să înțelegem responsabilitățile etice ale practicii clinice este prin studierea recomandărilor profesiei

logical Association = APA), de exemplu subliniază asemenea principii precum:

- Psihologii oferă servicii numai în zonele lor de competență, pe baza educației, formării, supervizării sau experienței profesionale.
- Acolo unde există probe că înțelegerea vârstei, genului, rasei, culturii etnice, originii naționale, religiei, orientării sexuale, handicapului, limbii sau statutului social este esențială pentru implementarea eficientă a serviciilor, trebuie ca psihologii să aibă sau să caute formarea și supervizarea în aceste zone – sau să facă trimiterile corespunzătoare.
- Când psihologii devin conștienți de problemele personale care s-ar putea interfera cu obligațiile lor profesionale, ei iau măsurile corespunzătoare și stabilesc dacă ei trebuie să limiteze, să suspende sau să termine obligațiile legate de munca lor.

Codul Etic pentru Asociația Asistenților Sociali (Social Workers Association = SWA) statuează că:

- Asistenții sociali nu trebuie să se angajeze în relații duale cu clienții sau foștii clienți.
- Asistenții sociali nu trebuie să solicite informații private de la clienți numai dacă acestea nu sunt esențiale în furnizarea serviciilor.
- Asistenții sociali nu trebuie să dezvăluie informațiile confidențiale unor terți care plătesc cu excepția cazului în care clienții au autorizat asemenea dezvăluire.

când asemenea servicii nu mai sunt cerute.

În timp ce asemenea principii par a fi evidente, ele oferă indicații stricte în cadrul cărora practicienii trebuie să funcționeze. Cu toate acestea, atunci când se lucrează cu cupluri și familii, apar complicații care creează o mulțime de dileme etice unice. Când, de exemplu, trebuie un terapeut de familie să împărtășească cu părinții informațiile aflate în ședințele separate cu copilul? Dacă un fiu adolescent s-a alăturat unei bande, trebuie terapeutul să spună acest lucru mamei sale? Dacă o tânără de doisprezece ani începe să bea, trebuie terapeutul să spună acest lucru părinților?

Recent codurile profesionale de conduită au adăugat indicații pentru abordarea problemelor implicate în tratarea cuplurilor și familiilor. De exemplu, Asociația Americană de Psihologie specifică:

- Atunci când psihologii asigură servicii mai multor oameni care au o relație (precum soții sau părinții și copiii), ei clarifică de la început ce persoane sunt clienții și ce relații va avea psihologul cu fiecare persoană.
- Dacă este evident că psihologii pot fi solicitați pentru interpretarea rolurilor conflictuale potențiale (precum terapeutul de familie și apoi martor pentru o parte în procesul de divorț), ei încearcă să clarifice și să modifice sau să iasă din roluri în mod corespunzător.

Asociația Națională a Asistenților Sociali (National Association of Social Workers = NASW) declară că:

- Atunci când asistenții sociali asigură servicii cuplurilor sau membrilor familiei, ei trebuie să clarifice cu

toate părțile natura obligațiilor lor profesionale pentru persoanele diferite care primesc servicii.

- Atunci când asistenții sociali asigură consiliere familiilor, ei trebuie să caute înțelegeri cu părțile privind dreptul fiecărei persoane la confidențialitate.

Asociația Americană pentru Căsătorie și Terapie de Familie (AAMFT = American Association for Marriage and Family Therapy, 1991) publică propriul ei cod etic, care acoperă la fel de multe probleme ca cel al APA și NASW. AAMFT abordează, cu toate acestea, complicațiile în legătură cu confidențialitatea, atunci când un terapeut vede mai mult decât o persoană din familie

- Fără un document scris, un terapeut de familie nu trebuie să dezvăluie informațiile primite de la un membru al familiei – inclusiv, de presupus, altor membri ai familiei.

Ca și cu alte lucruri, poate fi mai ușor să expui principiile etice într-o sală de clasă decât să le aplici în creuzetul practicii clinice în special, în situații care angajează emoții puternice.

—Studiu de caz—

Este clar că terapeutii trebuie să protejeze dreptul clienților la confidențialitate. Dar ce se întâmplă dacă o femeie spune că ea are o aventură extramaritală și nu este sigură dacă să o termine? Atunci când ea continuă să spună că mariajul ei s-a alterat de ani de zile, terapeutul sugerează desigur terapie de cuplu pentru a vedea dacă acea căsătorie poate fi îmbunătățită. Femeia este de acord. Dar atunci când terapeutul sugerează apoi că, fie ea încetează aventura, fie îi spune

soțului ei despre aceasta, femeia refuză cu fermitate. Ce trebuie să facă terapeutul?

Poate terapeutul să ofere un tratament eficient cuplurilor în timp ce unul dintre parteneri continuă o relație extramaritală? Cât de mare trebuie să fie presiunea pe care o exercită terapeutul asupra unui client pentru a face ceva pe care ea sau el nu vrea să-l facă? Cât de mare trebuie să fie presiunea pe care o aplică terapeutul pentru a determina un membru de familie să spună un secret care ar putea avea consecințe periculoase? Când are dreptul terapeutul la un tratament discontinuu în cazul clientului care dorește să continue, deoarece clientul refuză să accepte recomandările terapeutului?

O modalitate de a rezolva dilemele etice ambigue este de a folosi judecata dumneavoastră cea mai bună. În cazul femeii care dorea să îmbunătățească căsătoria ei, dar care nu dorea să termine aventura ei sau să-i spună soțului despre aceasta, terapeutul ar putea declina oferta terapiei datorită împrejurărilor care ar face-o neeficientă. În acest caz, terapeutul este obligat să trimită clientul unui alt terapeut.

Subprincipiul 1.6 al *Codului Etic AAMFT* statuează:

- Terapeuții familiei și cei ai cuplurilor căsătorite asistă persoane pentru obținerea altor servicii terapeutice dacă un terapeut de familie și al cuplurilor căsătorite nu este capabil sau nu vrea, din motive adecvate, să vadă o persoană care cere ajutor profesional.

Iar subprincipiul 1.7 statuează:

neglijează clienții în tratament fără să facă aranjamente corespunzătoare pentru continuarea unui astfel de tratament.

Dat fiind același set de împrejurări, un alt terapeut ar putea decide că tratarea unui cuplu căsătorit, chiar dacă soția refuză să termine aventura ei, ar putea însemna că îmbunătățirea relațiilor cuplului ar putea face posibil pentru soție, fie să termine aventura, fie să vorbească soțului ei despre aceasta. În acest scenariu terapeutul va fi legat prin principiul confidențialității să nu dezvăluie – direct sau indirect – ceea ce soția i-a spus în particular.

În timp ce sublinierile comportamentului profesional etic sunt clare, presiunile asupra practicianului sunt adesea puternice și subtile. Când se întâlnesc clienți care au aventuri sau care consideră divorțul – sau căsătoria, din acest punct de vedere – terapeuții pot fi influențați de sentimentele lor inconștiente ca și de proiectțiile clienților. Ce am putea presupune, de exemplu, despre un terapeut ai cărui clienți depresivi toți au tins să divorțeze după terapie individuală? Ce ați putea specula despre nivelul satisfacției din propria căsătorie a terapeutului?

Riscul de a crede propria dumneavoastră judecată în situații etice amigue impune valorile dumneavoastră proprii în ceea ce ar trebui să fie o hotărâre profesională. Principiile practicii etice sănătoase sunt mai înțelepte și pot fi mai stricte decât propria noastră moralitate privată și bunele noastre intenții. Când avem îndoieli, recomandăm clinicienilor să-și pună lor înșiși două întrebări: Prima, ce s-ar întâmpla dacă clientul sau alții importanți ar afla despre acțiunile dumneavoastră? Astfel, de exemplu, vorbind „strategic” cu doi frați în conversații separate că numai el sau ea este suficient de matur(ă) pentru a termina lupta dintre ei, se

spună celuilalt despre ceea ce terapeutul a spus (Credeti-ne!).

A doua întrebare ce trebuie pusă pentru a face lucrurile corect este: puteţi vorbi cu cineva pe care îl respectaţi despre ceea ce faceţi (sau consideraţi)? Dacă vă temeţi să discutaţi cu supervisorul sau cu un coleg că trataţi două cupluri căsătorite în care soţia unuia are o aventură cu soţul celeilalte sau că intenţionaţi să împrumutaţi unui client bani, puteţi fi vinovat de aroganţa că sunteţi deasupra reglementărilor care guvernează profesia dumneavoastră. Simţindu-vă obligat să păstraţi ceva secret sugerează cu putere că aceasta poate fi greşit. Altfel spus, de ce să nu vorbim despre acest lucru? Drumul spre iad este pavat cu ipoteza că această situaţie este specială, acest client este special sau că dumneavoastră sunteţi special.

Următoarele steguleţe roşii pot semnaliza practici potenţial neetice:

- A fi special – ceva din această situaţie este special şi regulile obişnuite nu se aplică.
- Atracţia – atracţia intensă de orice fel, nu numai romantică, ci şi de a fi impresionat de ţinuta unui client.
- Alterările din cadrul terapeutic – şedinţele mai lungi sau mai frecvente – autodezvăluire excesivă, incapacitatea de a spune nu clientului şi aşa mai departe semnaleză o încălcare potenţială a graniţelor profesionale.
- Încălcarea normelor clinice – netrimiterăa unei persoane dintr-un mariaj cu probleme la terapia de cuplu, acceptarea consilierii personale de la un supervisor şi aşa mai departe.
- Izolarea profesională - a nu dori să discutaţi hotărârile dumneavoastră cu colegii profesionişti.

Citind subiectele noastre pentru evaluarea familiei, aţi putut observa că nu există nici o secţiune privind dinamica individuală. Acest lucru este deliberat. Această distincţie dintre nivelurile individuale şi sistemice ale experienţei este folositoare, dar artificială. Indiferent dacă tratează indivizi sau grupuri de familie, terapeuţii competenţi trebuie să aibă în minte întotdeauna că există, atât dimensiunile personale, cât şi interacţionale ale experienţei umane (Nichols, 1987).

Un terapeut individual, care eşuează în considerarea impactului relaţiilor terapeutice (precum şi relaţiilor din afara cabinetului) asupra unui pacient, pierde o contribuţie foarte importantă. Terapeuţii nu sunt niciodată nişte ecrane goale. Într-o manieră similară, un terapeut care nu ia în considerare psihologia comportamentului membrilor unei familii are de-a face numai cu jumătate de măsură. Familiile nu sunt niciodată cutii negre. Uneori, atunci când interacţiunile familiei se blochează este important să se considere contribuţiile psihopatologiei, psihodinamicii sau pur şi simplu căderile nervoase.

Terapia de familie cu probleme specifice prezentate

Odată era ceva obişnuit pentru terapeuţii de familie să presupună că abordarea lor putea fi aplicată tuturor problemelor. Astăzi, această noţiune de măsură unică care se potriveşte tuturor nu mai este de mult valabilă şi a devenit din ce în ce mai necesar să se dezvolte tehnici specifice pentru populaţii şi probleme specifice.

Următoarele discuţii sunt un eşantion al consideraţiilor de tratament special pentru două probleme clinice întâlnite în mod curent: violenţa maritală şi abuzul sexual al

copiilor. În timp ce noi sperăm că aceste sugestii vă vor pune la dispoziție unele idei pentru a lucra cu aceste situații dificile, amintiți-vă că terapeuții responsabili recunosc limitele expertizei lor și că trimit cazurile pentru care nu sunt pregătiți să lucreze altor practicieni mai experimentați.

Violența maritală

Întrebarea cât de bine este să tratăm violența maritală polarizează domeniul ca nimeni alta. În mod obișnuit, paradigma dominantă este de a separa cuplul și a trimite violatorul la un program de gestionare a furiei, în timp ce partenera lui este tratată într-un grup al femeilor bătute (Edleson & Tolman, 1992; Gondolf, 1995). Terapia tradițională de cuplu este văzută potențial periculoasă datorită plasării unui om violent și a partenerii lui

abuzate în zone apropiate și invitarea lor să abordeze problemele fierbinți din relațiile lor are potențialul să pună femeia în pericol și să dea violatorului o platformă pentru autojustificare. (Avis, 1992; Bograd, 1984, 1992; Hansen, 1993). Tratarea părinților împreună înseamnă că ambii împart responsabilitatea pentru violență și le conferă un sens al legitimității asupra unei relații care poate fi malignă.

Argumentul pentru a vedea cuplurile violente împreună este că violența este rezultatul provocării reciproce – o escaladare, deși inacceptabilă, de comportament emoțional distructiv care caracterizează multe relații (Goldner, 1992; Minuchin & Nichols, 1993). Când ambii parteneri sunt tratați împreună, bărbatul violent poate învăța să recunoască reacțiile emoționale care-l pun în evidență și își asumă responsabilitatea pentru controlul acțiunilor lor. Partenerile lor



În cadrul violenței domestice, terapia de cuplu poate fi nerecomandabilă, cu excepția cazurilor în care violența bărbatului este inconstantă, ne intimidantă psihologic și nu produce teamă partenerului său.

pot învăța să recunoască semnalele periculoase – și să-și asume responsabilitatea pentru asigurarea propriei lor siguranțe.

Deoarece mulți terapeuți sistemici care vor să facă terapie de cuplu atunci când există episoade minore de violență nu vor trata cuplurile când violența a depășit împinsul și îmbrâncitul, multe dintre discuțiile dintre avocații terapiei sistemice și cei ai modelului atacator-și-victimă sunt cele dintre merc și portocale. Cu toate acestea, mulți dintre gânditorii feminisți se opun terapiei de cuplu atunci când este prezentă orice formă de violență domestică (Avis, 1992; Bograd, 1984; Hansen 1993).

În absența mărturiei empirice care să arate că tratamentul de grup specific genului este mai sigur și mai eficient decât terapia de cuplu (Brown & O'Leary, 1995; Feldman & Ridley, 1995), mulți clinicieni rămân împărțiți în două tabere când este vorba de tratamentul violenței maritale. Cu toate acestea, decât să alegem între încercarea de a rezolva problemele de relații care conduc la violență sau concentrarea asupra provocării siguranței și protecției pentru victimele violenței, este posibil să combinăm elementele ambelor abordări; ne încercând totuși să facem terapia tradițională de cuplu⁴.

În lucrul cu cuplurile violente nu trebuie să existe compromis sau amiguitate în problema siguranței. Decât să alegem între neutralitatea terapeutică – și concentrarea asupra problemelor relațiilor – sau să pledăm în numele victimei – și concentrarea asupra siguranței – este posibil să urmărim ambele direcții. Problemele relațiilor pot fi abordate în mod adecvat ca mutuale, dar pentru crima violenței, atacatorul trebuie să fie răspunzător.

În consultația inițială cu cuplurile în care există o suspiciune de violență, este util să ne întâlnim cu partenerii împreună și apoi cu fiecare dintre ei separat. Vederea cuplului împreună vă permite să-i vedeți în acțiune, atunci când vorbiți cu soția în particular vă permite să investigați dacă în afară de teamă, ea a lăsat la o parte informații importante despre nivelul violenței sau alte forme de intimidare la care a fost supusă. Aceste ședințe separate ajută să se încurajeze o alianță terapeutică cu ambii parteneri.

Bărbatul violent și femeia bătută declanșează reacții puternice în oricine ar încerca să-i ajute. Când asemenea cupluri vin la terapie, ele sunt adesea polarizate între iubire și ură, vinovăție și simțul rușinii, dorința de a scăpa și obsesia unuia de celălalt. Nu este surprinzător că profesioniștii care ajută tind să reacționeze la acestea în extreme; luând partea unui partener împotriva celuilalt, refuzând să ia partea cuiva, exagerând sau minimizând pericolul, tratând partenerii ca pe niște copii sau ca pe niște monștri. Pentru a forma o alianță cu ambii parteneri, este important să transmiteți respect pentru ei ca persoane, chiar dacă nu puteți să scuzați toate acțiunile lor.

Pentru a evalua nivelul și frecvența violenței, este necesar să puneți întrebări direct. „Cât de des conflictele dintre voi doi se sfârșesc într-un fel de violență?” „Când s-a întâmplat aceasta cel mai recent?” „Care este cel mai rău lucru care s-a întâmplat vreodată?” Este important să aflați dacă vreunul din incidente s-a terminat cu răni, dacă au fost folosite arme și dacă femeia se teme în mod obișnuit de partenerul ei.

Dacă soția a fost la fel de violentă ca bărbatul, terapeutul poate să clarifice că violența sub orice formă este inacceptabilă. Dar este, de asemenea, folositor să subliniem că, dacă o femeie folosește o armă, agresiunea ei nu este periculoasă, deoarece ea nu poate fi puternică din punct de vedere fizic. Acest

4. Indicațiile următoare redactate din lucrarea Virginiei Goldner și a lui Gillian Walker, codirectori ai Proiectului Genul și Violența, de la Institutul Ackerman.

lucru poate fi subliniat prin punerea de întrebări bărbatului dacă se teme din punct de vedere fizic de partenera sa în timpul unei certe (care este experiența ei despre el).

Cu cât mai mult este folosită violența pentru a intimida și cu cât există mai mult un patern al violenței, cu atât este mai periculos bărbatul. Acest lucru este adevărat în special în cazul violenței din afara casei. Un bărbat care se bate cu alți bărbați este de departe mult mai exploziv decât un bărbat care este violent numai față de cineva care nu se poate lupta. Este, de asemenea, important să investigați despre folosirea băuturilor și a drogurilor, deoarece ele desfac inhibițiile, iar terapia trebuie să sublinieze constrângerea.

În plus, la evaluarea nivelului violenței, terapeutul trebuie, de asemenea, să evalueze abilitatea partenerilor de a lucra constructiv în terapie. Vrea bărbatul să-și asume responsabilitatea pentru comportamentul său? Este el agresiv sau defensiv față de partenerul său? Față de terapeut? Vrea soția sa să-și asume responsabilitatea pentru propria ei protecție, făcând din siguranța ei fizică prima prioritate? Este capabil cuplul să discute împreună și să ia măsuri sau sunt ei reactivi din punct de vedere emoțional pentru că terapeutul trebuie să-i întrerupă și să-i controleze în mod constant?

Dacă un terapeut decide să riște să trateze cuplul împreună, este important să se stabilească toleranța zero pentru violență. Un mod de a realiza aceasta este de a face ca terapia să nu depindă de nici un alt episod al agresiunii fizice. Virginia Goldner și Gillian Walker definesc primele ședințe drept „consultație” pentru a determina, dacă este posibil, a crea „o zonă terapeutică de siguranță” unde pot fi confruntate problemele, fără a pune femeia într-o situație periculoasă. Ele folosesc aceste ședințe inițiale pentru a se focaliza în mod intens asupra riscului violenței și pentru a pune întrebări despre

siguranță, în timp ce își rezervă dreptul să sfârșească consultația și să propună alte alternative de tratament dacă ele simt că acest caz este prea periculos pentru terapia de cuplu (Goldner, 1998).

Cu majoritatea cuplurilor este folositor să se încurajeze dialogul ca o modalitate de a explora cum comunică partenerii. Dar cuplurile violente țin să fie reactive din punct de vedere emoțional și, când este cazul, este mai bine să luăm măsuri pentru ca ei să vorbească terapeutului. În fazele de început al lucrului cu asemenea cupluri, terapeutii trebuie să facă tot ce este posibil pentru a-i tempera și a-i face să gândească.

Unul din cele mai bune antidoturi pentru emotivitate este să întrebi despre detalii specifice, concrete. Un lucru bun pentru a începe este despre cel mai recent incident violent. Cereți-le fiecăruia dintre ei o descriere detaliată, pas cu pas, a ceea ce s-a întâmplat în mod exact. Un bărbat violent poate descrie acțiunile sale ca rezultat al „provocării” partenerii sau ale „presiunilor interne”. Astfel, nu el este acela care și-a lovit soția, presiunea este de vină. O formă mai subtilă de evaziune este pentru partenerul violent să descrie problema ca datorată impulsivității sale. Când argumentele escaladează, el începe „să o piardă”. În această formulare, acțiunile impulsive ale bărbatului nu sunt o alegere pe care el o face, ci o consecință inevitabilă a emoțiilor care cresc în interiorul lui.

Odată ce ambii parteneri au început să aibă responsabilitatea acțiunilor lor – el pentru a alege să controleze impulsurile sale violente, ea pentru a lua măsuri pentru a-și asigura siguranța proprie –, devine posibilă explorarea problemelor de relații care au condus la escaladarea reactivității emoționale. Totuși, aceasta *nu* înseamnă că la un anumit moment dat cuplurile violente pot fi tratate ca orice alt cuplu. Studiind procesele interacționale la care participă ambii parteneri, nu este

niciodată permis să se presupună că ambii sunt *răspunzători* în mod reciproc pentru actele de violență.

Când cuplurile sunt pregătite să exploreze problemele de relații trebuie să fie posibil ca dialogul să fie încurajat, în așa fel încât terapeutul și cuplul să poată învăța să înțeleagă ce transpare când ei încearcă să vorbească unul cu celălalt. Aceasta aduce relația în cabinetul de consultație. Una este să-i spui unui bărbat că trebuie să plece înainte de a deveni prea furios. Alta este să observați de fapt începuturile escaladării emoționale și să-l întrebați dacă el este conștient că a început să fie supărat și că-și întrerupe partenerul. Apoi devine posibil să se spună: „*Acesta* este momentul în care trebuie să pleci.” În același moment partenera poate fi întrebată dacă ea a început să simtă primele semne ale tensiunii și temerii.

Luarea unei pauze este strategia folosită în mod univiersal în programele de violență maritală. Recunoașterea semnelor escaldării furiei (bătăi de inimă, creșterea agitației, ridicatul în picioare, mersul în sus și în jos) și plecarea din situație înainte ca violența să apară este încurajată ca un mod de a face față acțiunilor destructive pe care partenerii le vor regreta mai târziu. Spunând: „Sunt supărat (sau speriat) și vreau o pauză”, ajută să distingem acest instrument de siguranță de refuzul simplu de a vorbi. Trebuie sublinat că fiecare persoană este răspunzătoare de pauzele ei/lui proprii. Să spui celeilalte persoane să ia o pauză nu este permis, nici să încerci să oprești cealaltă persoană să plece.

Deși eliminarea escaladării interacțiunilor agresive trebuie să fie prima prioritate, cuplurile trebuie să învețe și metode mai constructive de abordare a diferendelor dintre ei. Există aici un paradox. Bărbații violenți trebuie să învețe să-și controleze simțurile când acestea cresc, pentru a reprimă resentimentele și plângerile lor. De fapt, acest fel de suprimare conduce cu certitudine la

acumulări emoționale care au ca rezultat explozii violente. Mai mult, un bărbat care recurge la violență cu partenera sa este adesea un bărbat slab – slab în sensul că nu știe cum să-și articuleze sentimentele într-un mod în care partenera lui să le poată auzi. Astfel, în ajutarea cuplurilor să învețe să negocieze diferendele lor este esențial să ne asigurăm că ambii parteneri învață să vorbească și să se asculte unul pe celălalt.

Abuzul sexual al copiilor

Când se tratează familii în care un copil a fost abuzat sexual, scopurile primare sunt, mai întâi, asigurarea ca abuzul să nu reapară și, în al doilea rând, reducerea efectelor pe termen lung ale traumelor (Trepper & Barrett, 1989). Ca și în cazul violenței maritale, tratamentul abuzului sexual tinde să se împartă în două categorii: abordarea protectoare a copilului, care poate submina integritatea familiei sau abordarea sistemică a familiei, care poate să eșueze în protejarea victimelor-copii. Recomandăm să încercați să educați familia, încercând în același timp să protejați copilul. Când aceste scopuri par incompatibile – de exemplu, când un tată și-a violat fiica – protecția copilului este prioritară.

Evaluarea abuzului sexual este adesea complicată de puncte de vedere divergente despre ceea ce s-a întâmplat (Herman, 1992). Un tată poate spune că atingerea buzelor fiicei sale a fost o întâmplare accidentală, în timp ce fiica povestește că aceasta s-a întâmplat mai mult decât o dată și că ea a simțit aceasta ca pe un abuz. Un bunic se poate plânge că faptul că-și mângâie nepotul este perfect inocent, în timp ce procurorul districtual clasifică aceasta ca un act de violență indecent. Un asistent care protejează copilul poate crede că o mamă îl sprijină în mod tacit pe soțul ei care abuzează de fiica

CAPITOLUL 3

Modele timpurii și tehnici de bază

97

ei, în timp ce un terapeut de familie poate vedea o mamă care face tot ce poate pentru a-și salva căsnicia. Asemenea discrepanțe trebuie să fie rezolvate de instituțiile sociale și de control juridic.

Prima prioritate este restricționarea accesului nesupravegheat la copii de către infractor. Următoarea, o evaluare atentă trebuie făcută pentru a descoperi alte incidente posibile de abuz sau paternuri de exprimare sexuală inadecvată (Furniss, 1991). Infractorul trebuie să-și asume responsabilitatea pentru comportamentul său și să primească tratamentul corespunzător pentru acțiunile sale (care poate include pedeapsa legală). Adesea aceste măsuri au fost deja luate de o instituție de protecție a copilului înainte ca familia să fie trimisă la terapie.

Unul din scopurile terapiei trebuie să fie stabilirea unui sistem suport care să răzbată prin izolarea care facilitează abuzul sexual și inhibă dezvoltarea. Din acest motiv, multe programe favorizează o abordare multimodală care include ședințe individuale, de grup și de familie (Bentovim, Elton, Hidebrand, Tranter & Vizard, 1988; Trepper & Barrett, 1989). Ședințele familiei trebuie să fie conduse spre creșterea sprijinului pentru copilul victimizat, care poate determina întărirea unității parentale.

Când un copil este victima abuzului sexual, agenții de control social pot lua măsuri pentru protejarea copilului, care pot include preluarea care ar putea fi considerată responsabilitate parentală. Pe termen lung, cu toate acestea, părinții și familia sunt cei care vor fi răspunzători de copil. De aceea, sprijinirea părinților, mai degrabă decât preluarea copiilor, este de obicei în interesul copilului.

În cazul în care un tată sau un tată vitreg este închis pentru crime sexuale împotriva copiilor săi, parte din munca terapeutului este de a ajuta familia să traseze și să regleze o graniță care să excludă persoana vinovată. Același lucru este adevărat și dacă copiii sunt

luați de acasă și trimiși să trăiască cu rudele sau părinții adoptivi. Cu toate acestea, în consecință, dacă este planificată reuniunea, terapia implică redeschiderea treptată a acestei granițe prin vizite și convorbiri telefonice, care dau familiei și terapeutului oportunitatea de a lucra împreună pentru a îmbunătăți funcționarea familiei.

Una din cheile pentru a ajuta rezolvarea traumelor abuzului este de a da copilei un forum sigur de a exprima și explora sentimentele ei complexe și adesea ambivalente despre ceea ce s-a întâmplat. În plus față de sentimentul de violare și de supărare, ea poate să se simtă vinovată pentru a fi provocat probleme unui adult. Adesea un copil va învinovăți în secret părintele neofensat, de obicei mama, pentru a nu fi prevenit abuzul. Și, în cele din urmă, copilul poate să se teamă că dependența mamei de violator poate avea ca rezultat, la rândul ei, în a face copilul vulnerabil la un nou abuz.

O combinație a ședințelor individuale cu cele comune ajută să fim siguri ca să vorbim despre sentimente și apoi să le împărtășim. Întâlnirea mai întâi cu părintele părții nevătămate (sau părinții) permite mamei (sau părinților) să descrie ce s-a întâmplat și să-și exprime sentimentele despre abuz fără să reediteze ceea ce ea spune deoarece copilul este prezent⁵. Printre sentimentele complexe ale mamei va fi cu siguranță furia și sentimentul răzbunării. Dar o parte din ea poate încă să-l iubească pe cel care a abuzat și să-i fie dor de el dacă el a fost condamnat. Ea se poate simți, de asemenea, vinovată pentru că nu și-am protejat fiica. Este important să îi creăm certitudinea de a împărtăși aceste sentimente.

5. Din motive de simplificare, următoarea discuție va presupune prezența comună a unui tată vitreg ca persoană care abuzează și mama și fiica ei abuzată în calitate de clienți.

Când are loc prima întâlnire dintre mamă și fiica abuzată, este confortant să spunem că, deși ele ar dori să vorbească probabil despre abuz, depinde de ele de unde vor să înceapă. Este, de asemenea, folositor să dăm posibilitatea părinților și copiilor să aleagă cât de mult să vorbească despre abuz și dacă să se facă aceasta mai întâi într-o ședință individuală sau într-una comună.

Dacă copiii optează să-și discute sentimentele în particular, ei pot fi asigurați că depinde de ei să decidă ce vor să discute cu părinții lor.

Când ne întâlnim cu copiii abuzați în particular, este folositor să explicăm că, cu cât vorbesc mai mult despre ce s-a întâmplat, ei se simt mai puțin tulburați. Cu toate acestea, este esențial să-i lăsăm să decidă când și cât de mult să se deschidă. Să ne amintim că acești copii abuzați au nevoie foarte mult să recupereze simțul controlului asupra propriilor lor vieți (Sheinberg, True & Fraenkel, 1994). Când membrii familiei încep să vorbească despre sentimentele lor este înțelept să păstrăm în minte că sentimentele – sau categoriile – nu apar și ele acolo. Un mod de a-i ajuta să fie în siguranță pentru a vorbi despre emoțiile complexe sau chiar contradictorii este de a folosi metafora părților sinelui (Schwartz, 1995). Astfel, un copil abuzat ar putea fi întrebat „Ce crezi, mama ta și-a imaginat ce s-a întâmplat?” La fel, mama ar putea fi întrebată „Ți-e dor de el?”

O problemă a întâlnirii în particular cu copilul este că, procedând astfel, se creează secrete între copil și terapeut. La sfârșitul unor asemenea ședințe, este folositor să se întrebe fata ce dorește să împărtășească familiei ei și cum dorește să facă acest lucru. Unii copii vor cere terapeutului să ia conducerea și să deschidă ei discuția, spunând cum vor ei ca mamele lor să înțeleagă, dar consideră dificil de vorbit despre aceasta. În cele din urmă, deși este important să ajuți copiii

să dea glas sentimentelor, căci ei pot avea sentimente de vinovăție despre ceea ce s-a întâmplat după cercetarea acestor sentimente, copiii abuzați au nevoie să audă tot timpul că ceea ce s-a întâmplat nu a fost din vina lor.

Lucrând cu asistența instituționalizată

Rar o profesie ca cea a furnizorilor de sănătate mentală s-a transformat astfel, odată cu apariția **asistenței instituționalizate**. Practicienilor obișnuiți să ia decizii bazate pe propria lor judecată clinică li se spune acum de către personalul din industria asistenței instituționalizate ce pacienți pot fi văzuți, ce tratamente sunt preferate, cine poate plăti și câte ședințe trebuie să ofere. Profesioniștii învățați să mențină confidențialitatea absolută în lucrul cu pacienții, se află acum în situația de a negocia ei înșiși aranjamentele de tratament la telefon cu niște străini anonimi.

Industria asistenței instituționalizate s-a pus pe propriile picioare relativ încet. Câteva din istoriile terifiante despre îngrijirea necorespunzătoare sau terminată brusc, vin din zilele de început ale asistenței instituționalizate în care industria avea tendința să conducă prin refuz, mai degrabă decât prin mediere. Dat fiind mandatul de a stăvili hemoragia costurilor sistemului de sănătate, atunci când era chemată să aprobe orice altceva în afară de formele de tratament limitate, primul impuls al industriei era de a spune nu.

După mai bine de cincisprezece ani de existență, industria asistenței instituționalizate a ajuns la apogeu prin doi factori importanți: primul, faptul că în ciuda mandatului de a conține costuri încă, respon-

sabilitatea lor finală este de a vedea că pacienții primesc un tratament eficient; și în al doilea rând, chiar dacă se pare că există o atitudine de aversiune față de medici, managerii de caz ai industriei asistenței instituționalizate descoperă un lucru pe care clinicienii trebuie să-l fi înțeles până acum: că ambele părți profită de pe urma unei relații de parteneriat⁶.

Din acest motiv am intitulat această secțiune „Lucrând cu asistența instituționalizată” mai degrabă decât ceva care ar fi putut descrie mai bine cum simt mulți terapeuți, ca de exemplu „A supraviețui cu asistența instituționalizată”. Cheia succesului în sistemul asistenței instituționalizate este a învăța să lucrezi în cadrul sistemului și trecerea peste iluzia că managerul de la celălalt capăt al firului este dușmanul dumneavoastră. De fapt, pentru cei care învață să colaboreze efectiv cu asistența instituționalizată, managerii de caz pot fi una din cele mai bune surse de trimiteri.

Pentru studenți, a învăța să lucrezi cu asistența instituționalizată trebuie să înceapă odată cu planificarea educației lor. Majoritatea societăților de asistență instituționalizată acceptă practicanți cu diplome de absolvire în asistență medicală, asistență socială, psihologie și psihiatrie. Unii, dar aceasta nu înseamnă că majoritatea, acceptă și alte diplome – deși respectivii nu vor face parte de obicei din listele furnizorului lor preferat. Prin urmare, așa este mai prudent să ții seama de cerințele de licențe de stat atunci când planifici să urmezi o instruire postuniversitară, este recomandabil să se ia în considerare și cerințele majore ale companiilor de asistență

instituționalizată. Mai mult decât atât, pentru că multe companii cer cel puțin trei ani de experiență după obținerea diplomei, ar fi o idee bună să-ți planifici începerea carierei într-o agenție supervizată.

În zonele cu o concentrare mare de furnizori de sănătate mentală s-ar putea să fie necesar să negociezi propriile capacități pentru a fi selectat în calitate de furnizor de asistență instituționalizată. Și, chiar și acolo unde locurile sunt deja ocupate, managerii asistenței instituționalizate sunt mereu în căutare de profesioniști competenți care ar putea să le facă munca mai ușoară. Dorința de a accepta pacienți în criză și de a lucra cu cazuri dificile (de exemplu, cazuri limită, cronice și clienți cu probleme multiple), accesibilitatea și deținerea unei expertize specializate sunt aspecte pe care companiile de asistență instituționalizată le caută foarte mult la terapeuți.

În momentul în care aveți oportunitatea de a deveni un furnizor de asistență instituționalizată, amintiți-vă faptul că trebuie să lucrați cu managerii de caz și nu împotriva lor. Regulamentele și birocrăția pot fi frustrante, dar amintiți-vă că managerii de caz au și ei sentimente și amintiri. Încearcă și ei să-și facă slujba pentru care au fost angajați. Cea mai mare greșală pe care o pot face practicienii este de a-și permite să devină opozanți atunci când vorbesc cu managerii de caz.

Managerii de caz apreciază rapoartele, verbale sau scrise, succinte și informative. Când sunt puși la încercare, mulți terapeuți termină prin a spune când încearcă să-și justifice cererile: «este opinia mea clinică. Cerința de a-și justifica concluziile îi înfurie pe unii practicieni. *Facem* tot ce putem pentru pacienți. *Practicăm* terapia eficientă. Dar nu suntem obișnuiți ca cineva să se uite peste umărul nostru pentru a ne verifica. Trebuie să ne obișnuim. Dacă vă bazați pe o judecată clinică sănătoasă, puteți să puneți la dispozi-

6. Competiția crescută dintre companiile de asistență instituționalizată a mărit presiunea pentru a construi încrederea și loialitatea printre furnizori și pentru a reduce costurile interne prin consumarea a cât mai puțin timp administrativ de către furnizorii instituționalizați.

tie motive și explicații pentru recomandările pe care le faceți.

Dacă nu puteți ajunge la o înțelegere cu un manager de caz, nu vă pierdeți cu firea. Dacă nu puteți fi prietenos, nu fiți ostil. Urmăriți procedura suferinței. Completați documentele cerute și trimiteți-le la timp. Scrieți planuri de tratament concise, bine definite și exacte. Fiți abordabil și accesibil. Răspundeți celor care v-au căutat la telefon cu promptitudine. Faceți aranjamente cu colegii pentru a vă asigura sprijinul dacă nu sunteți în oraș sau nu puteți să acceptați un pacient.

Pe lângă menținerea unei atitudini pozitive, constructive, a avea succes în climatul curent de îngrijire a sănătății înseamnă dezvoltarea unui mod de gândire orientat spre obținerea rezultatelor. Dacă sunteți pregătit în terapia focalizată pe soluție, spuneți acest lucru pe orice cale, dar nu încercați să faceți ceva în domeniul în care nu sunteți specializat. A te numi tu însuși «eclectic» este mult mai probabil să sune vag decât flexibil. Cel mai important lucru este să-ți creezi o reputație din activitate, în cadrul unor limite de timp stabilite – și obținând rezultate.

—Lecturi recomandate—

- Anderson, C., and Steward, S. 1981. *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: Guildford Press.
- Bell, J.E. 1961, *Family group therapy*. Public Health Monograph No. 64, Washington, DC; U.S. Government Printing Office.
- Bell, J.E. 1975, *Family therapy*. New York; Jason Aronson.
- Haley, J. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York; Grune & Stratton.
- Hoffman, L. 1971. Deviation-amplifying processes in natural groups. In *Changing families*. J. Haley, ed. New York; Grune & Stratton.
- Jackson, D.D. 1961. Interactional psychotherapy. In *Contemporary psychotherapies*. M.T. Stein, ed. New York; Free Press of Glencoe.
- Jackson, D.D. 1967. *Therapy, communication and change*. Palo Alto. CA: Science and Behavior Books.
- Lederer, W., and Jackson, D.D. 1968. *Mirages of marriage*. New York: Norton.
- MacGregor, R., Richie, A.M., Serrano, A.C., Schuster, F.P., McDonald, E.C., and Goolishian, H.A., 1964, *Multiple impact therapy with families*. New York: McGraw-Hill.
- Minuchin, S., and Fishman, H.C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA; Harvard University Press.
- Patterson, J. E., Williams, L., Grauf-Grounds, C., and Chamow, L. 1998 *Essential skills in family therapy*. New York, Guilford Press.
- Satir, V. 1964, *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Sheinberg, M., True, F., and Fraenkel, P. 1994. Treating the sexually abused child: A recursive, multimodel program. *Family Process*. 33:262-276.
- Sluzki, C.E., 1978. Marital therapy from a systems theory perspective. In *Marriage and marital therapy*. T.J. Paolino and B.S. McCrady, eds, New York: Brunner/Mazel.
- Speck, R.V. and Attneave, C.A., 1971. Social network intervention. In *Changing families*. J.

- Haley, ed. New York: Grunc & Stratton.
- Taibbi, R. 1996. *Doing family therapy: Craft and creativity in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Trepper, T.S., and Barrett, M.J. 1989. *Systemic treatment of incest: A therapeutic handbook*.

- New York; Brunner/Mazel.
- Walsh, F., 1998. *Strenghtening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Watzlawick, P. Beavin, J. H. and Jackson, D. D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York, Norton.

—Bibliografie—

- AAMFT Code of Ethics. (1991). Washington, DC, American Association for Marriage and Family Therapy.
- Avis, J. M. 1992. Where are all the family therapists? Abuse and violence within families and family therapy's reponse. *Journal of Marital and Family therapy*. 18:223-233.
- Bateson, G., and Jackson, D.D. 1964. Some varieties of pathogenic organization. *Disorders of Communication*. 42: 270-283.
- Beels, C. C., and Ferber, A. 1969. Family therapy: A view. *Family Process*. 8: 280-318.
- Bell, J. E, 1961. *Family group therapy*. Public Health Monograph No. 64. Washinton, DC: US Goverment Printing Office.
- Bell, J.E. 1975. *Family group therapy*. New York: Jason Aronson.
- Bentovim, A., Elton, A., Hildebrand, J., Tranter, M., and Vizard, E. Eds 1988. *Child sexual abuse within the family*. London; Wright.
- Bion, W. R. 1961. *Experiences in groups*. New York; Tavistock Publications.
- Bograd, M. 1984. Family systems approaches to wife battering: A fenimnist critique. *American Journal of Orhtopsychiatry*, 54: 558-568.
- Boszormenyi-Nagy, L., and Spark, g. 1971. *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harpoer & Row.
- Brown, P. D., and O'Leavy, K.D. July 1995. Marital treatment for wife abuse: A review and evaluation. Paper presented at the 4th International Family Violence Research Conference, Durham, NC.
- Doherty, W. 1991. Family therapy goes postmodern. *Family Therapy Networker*: 15(5): 36-42.
- Edelson, E., and Tolman, R. 1992. *Intervention for men who batter*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Feldman, C.M., and Ridley, C. A., 1995. The etiology and teatment of domestic violence between adult partners. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2:317-348.
- Freud, S. 1921. *Group psychology and the analysis of the ego*. Standard Edition. Vol. 18. London: Hogarth Press, 1955.
- Furniss, T. 1991. *The multiprofessional handbook of child sexual abuse: Integrated management, therapy, and legal intervention*. London; Routledge.
- Goldner, V. 1992. Making room for both/and. *The Family therapy Networker*. 16(2): 55-61.
- Goldner, V. 1998. The treatment of violence and victimisation in intimate relationships. *Family Process*. 37:263-286.
- Gondolf, E.W. 1995. Gains and process in state batterer programs and standards. *Family Violence and Sexual Assault Bulletin*. 11: 27-28.
- Gritzer, P.H. and Okum, H.S. 1983. Multiple family group therapy: model for all families. In *Handbook of family and marital therapy*. B.B. Wolman and G. Stricker, eds. New York: Plenum Press.

- Haley, J. 1961. Control in psychotherapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*. 5: 340-353.
- Haley, J. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. 1976. *Problemsolving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hansen, M. 1993. Feminism and family therapy: A review of feminist critiques of approaches to family violence (pp. 69-82) In *Battering and family therapy: A feminist perspective*. M. Hansen, and M. Harway, eds. Newbury Park, CA; Sage Publications.
- Herman, J. L. 1992. *Trauma and recovery*. New York; Basic Books.
- Hoffman, L. 1971. Deviation-amplifying processes in natural groups. In *Changing families*. J. Haley. Ed. New York: Grune & Stratton.
- Jackson, D.D. 1961. Interactional psychotherapy. In *Contemporary psychotherapies*. M.T. Stein, ed. New York: Free Press of Glencoe.
- Jackson, D.D. 1965. Family rules: The marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*. 12: 589-594.
- Jackson, D.D. 1967. Aspects of conjoint family therapy. In *Family therapy and disturbed families*. G.H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy, eds. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Jackson, D.D., and Weakland, J. H. 1961. Conjoint family therapy: Some considerations on therapy technique, and results. *Psychiatry*. 24: 30-45.
- Jackson, N. S., and Christensen, A. 1996. *Integrative couple therapy*. New York; Guilford Press.
- Laquer, H.P. 1966. General systems theory and multiple family therapy. In *Handbook of psychiatric therapies*. J. Masserman, ed. New York: Grune & Stratton.
- Laquer, H.P. 1972a. Mechanisms of change in multiple family therapy. In *Progress in group and family therapy*. C.J. Sager and H.S. Kaplan, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Laquer, H.P. 1972b. Multiple family therapy. In *The book of family therapy*. A Ferber, M. Menedlsohn and A. Napier. Eds. Boston: Houghton Mifflin.
- Laquer, H. P. 1976. Multiple family therapy. In *Family therapy: Theory and practice*. P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Lewin, K. 1951. *Field theory in social science*. New York: Harper.
- MacGregor, R. 1967. Progress in multiple impact theory. In *Expanding theory and practice in family therapy*. N.W. Ackerman, F. L. Bveatman, and S. N. Sherman, eds. New York: Family Service Association.
- MacGregor, R. 1972. Multiple impact psychotherapy with families. In *Family therapy: An introduction to theory and technique*. G.D. Erickson and T.P. Hogan, eds. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- MacGregor, R., Richie, A.M. Serrano, A.C. Schuster, F.P. McDonald, E.C., and Goolishian, H.A. 1964, *Multiple impact therapy with families*. New York: McGraw-Hill.
- Marayuma. M. 1968. The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causal processes. In *Modern systems research for the behavioral scientist*. W. Buckley, ed. Chicago. Aldine.
- McFarlane, W. R., 1982. Multiple-family therapy in the psychiatric hospital. In *The psychiatric hospital and the family*. H.T. Harbin. Ed. New York: Spectrum.
- McGoldrick, M., Giordano, J., and Pearce, J. 1996. *Ethnicity and family therapy*. 2nd ed. New York; Guilford Press.
- Meyer, J.P., and Pepper, S. 1977. Need compatibility and marital adjustment among young married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*. 35: 331-342.
- Minuchin, S., and Nichols, M. P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York; Free Press.
- Morris, C.W. 1938. Foundations on the theory of signs. In *International encyclopedia of united science*, O. Neurath, R. Carnap, and C. O. Morris, eds. Chicago: University of Chicago Press.

- Nichols, M.P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.
- Nichols, M.P. 1995. *The lost art of listening*. New York: Guilford Press.
- Parsons, T. 1950. Psychoanalysis and the social structure. *Psychoanalytic Quarterly*, 19:371-380.
- Ruesch, J., and Bateson, G. 1951. *Communication: The social matrix of psychiatry*. New York: Norton.
- Ruevini, U. 1975. Network intervention with family in crisis. *Family Process*. 14:193-203.
- Ruevini, U. 1979. *Networking families in crisis*. New York: Human Sciences Press.
- Sartre, P. 1964. *Being and nothingness*. New York: Citadel Press.
- Satir, V. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Schutz, W.C. 1958. *FIRO: A three-dimensional theory of interpersonal behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Schwartz, R. C. 1995. *Internal family systems therapy of interpersonal behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Shaw, M.E. 1981. *Group dynamics: The psychology of small group behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Sheinberg, M., True, F., and Fraemle, P. 1994. Treating the sexually abused child: A recursive multimodel program. *Family Process*. 33:263-276.
- Speck, R. V., and Attneave, C.A. 1973. *Family networks*. New York: Pantheon.
- Trepper, T. S., and Barrett, M.J. 1989. *Systemic treatment of incest: a therapeutic handbook*. New York: Brunner/Mazel.
- Walsh, e. 1998. *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., and Jackson, D.D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., and Bodin, A. M. 1974, Brief therapy focused problem resolution. *Family Process*. 13: 141-168.
- Winch R.F. 1953. The theory of complementary needs in mate selection: A test of one kind of complementariness. *American Sociological Review*. 20: 52-56.
- Wynne, L., and Singer, M. 1963. Thought disorder and family relationships of schizophrenics: I. Research strategy. *Archives of General Psychiatry*. 9:191-198.
- Yalom, I.D. 1985. *The theory and practice of group psychotherapy*. 3rd ed. New York: Basic Books.

4

Conceptele fundamentale ale terapiei de familie

O nouă modalitate de gândire despre comportamentul uman

Terapia de familie este adesea greșit înțeleasă ca o variantă a psihoterapiei – în care întreaga familie este adusă la tratament. Este așa, desigur, dar aceasta implică un mod nou de gândire despre comportamentul uman: ca fiind organizat fundamental de contextul interpersonal.

Înainte de apariția terapiei de familie, individul era privit ca un loc al problemelor psihologice și ținta evidentă a tratamentului. Dacă o mamă telefona pentru a se plânge că fiul ei în vârstă de cincisprezece ani era depresiv, un clinician trebuia să se întâlnească cu băiatul pentru a afla ce se întâmplă cu el. Un rogerian ar fi putut să investigheze stima de sine scăzută, un freudian mânia reprimată, un behaviorist lipsa activităților de întărire; dar toți sunt de acord că forțele primare care formează comportamentul băiatului sunt amplasate în el și, de aceea, terapia cere numai prezența pacientului și a unui terapeut.

Terapia de familie a schimbat toate acestea. Astăzi, dacă o mamă cere ajutor pentru un adolescent depresiv, majoritatea terapeuților se vor întâlni cu băiatul și cu părinții acestuia împreună. Dacă un băiat de cincisprezece ani este depresiv, nu este irațional să se presupună că s-ar putea întâmpla ceva în familie. Poate că părinții băiatului nu mai sunt împreună și el se teme că ei ar putea divorța. Sau poate el a trăit perioadă grea datorită așteptărilor create de succesele surorii lui mai mari.

Să presupunem apoi că dumneavoastră sunteți terapeutul. Vă întâlniți cu băiatul, familia lui și descoperiți că nu se teme pentru părinții lui și că nici nu este geolos pe soția lui. De fapt, „totul este bine” acasă. Băiatul este doar depresiv. Atunci ce?

Acest sentiment de *atunci-ce* este experiență comună atunci când începeți să vedeți familiile. Chiar atunci când *este* ceva evident rău – băiatul se teme pentru părinți

sau toată lumea se pare că țipă și nimeni nu ascultă - este adesea greu să știi de unde să începi. Ați putea începe prin a încerca să rezolvați problemele familiei pentru ei. Dar apoi va trebui să-i ajutați să facă față la întrebarea *de ce* ei au probleme.

Pentru a vedea de ce este greu pentru o familie să se descurce cu problemele ei, trebuie să știți unde să căutați. Pentru aceasta, aveți nevoie de o modalitate de a înțelege ce a făcut ca inima familiilor să bată. Aveți nevoie de o teorie.

Când au început să observe pentru prima oară familiile întregi discutând problemele lor, terapeuții de familie au putut vedea imediat că toate persoanele erau implicate. Dar, în învălmășeala certurilor zgomotoase este greu să se meargă dincolo de personalități - adolescentul furios, mama care cotolează tot, tatăl distant - pentru a se descoperi paternurile care-i conectează. În loc să se concentreze asupra indivizilor și a personalităților acestora, terapeuții de familie observă cum ar putea fi problema, cel puțin în parte, un produs al relațiilor care-i înconjoară. Cum să înțelegem aceste relații, - este subiectul acestui capitol.

Cibernetica

Primul și poate cel mai influent model al felului în care familiile funcționează a fost **cibernetica**, studiul mecanismelor feedback-ului în sistemele de autoreglare. Ceea ce familia împarte cu alte sisteme cibernetice este tendința de a menține stabilitatea prin folosirea informațiilor despre performanța sa ca feedback.

La baza ciberneticii se află conceptul de **buclă feedback**, procesul prin care un sistem preia informația necesară pentru a menține o stare stabilă. Feedback-ul include informații privind performanța sistemului, referitoare la mediul extern al acestuia, precum și la

relațiile dintre părțile sistemului. Bucelele feedback pot fi negative sau pozitive. Această distincție se referă la efectul pe care acestea îl au asupra deviațiilor de la starea homeostatică, nu dacă ele sunt benefice sau nu. **Feedback-ul negativ** indică o schimbare care amenință integritatea sistemului; semnalează sistemul pentru a-și restaura status quo-ul. **Feedback-ul pozitiv** semnalează nevoia de a modifica sistemul.

Un exemplu familiar de feedback negativ apare într-un sistem de încălzire a unei case. Atunci când temperatura coboară sub un anumit punct, termostatul declanșează focarul să încălzească casa la temperatura prestabilită. Bucla feedback de autocorecție este cea care face cibernetica sistemului și este răspunsul sistemului la schimbare ca un semnal de restabilire a stării lui anterioare care ilustrează feedback-ul negativ.

Figura 4.1. arată circularitatea de bază implicată în bucla feedback. Fiecare element are un efect asupra următorului, până ce ultimul element dă un efect cumulativ de „feedback” în prima parte a ciclului. Astfel A afectează B, care în schimb afectează C, care dă un feedback pentru a afecta A, și așa mai departe.

În exemplul sistemului de încălzire a casei, A ar putea fi temperatura camerei; B termostatul și C focarul. Figura 4.2. arată o buclă feedback cibernetică similară pentru un cuplu. În acest caz, eforturile lui Jan de a face curățenie (ieșirea) afectează cât de multă

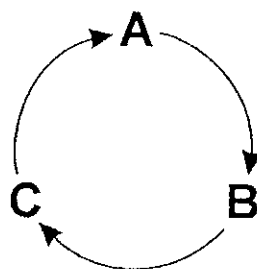


FIGURA 4.1. Cauzalitatea circulară a buclei feedback

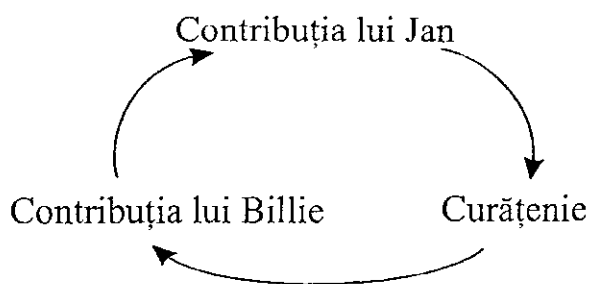


FIGURA 4.2. Bucla feed-back în eforturile de curățenie ale unui cuplu.

curățenie a fost făcută, care afectează în consecință curățenia pe care o are de făcut Billie, care este apoi feedback-ul (intrarea), cât de multă curățenie crede Jan că este încă nevoie să fie făcută, și așa mai departe.

Sistemul cibernetic pare a fi o metaforă deosebit de folositoare pentru descrierea modului în care familiile își mențin stabilitatea (Jackson, 1959). Uneori, aceasta este un lucru bun, ca de exemplu atunci când

famiile continuă să funcționeze ca o unitate coezivă în ciuda amenințării cu conflicte și stres.

Uneori, totuși, schimbarea rezistentă nu este un lucru chiar atât de bun, ca și atunci când o familie nu reușește să se readapteze la creșterea sau schimbarea unuia dintre membrii săi. Mai multe despre aceasta, mai târziu.

Să ne amintim că în timp ce feedback-ul negativ reduce schimbarea, feedbackul pozitiv o amplifică. La fel ca feedback-ul negativ, feedback-ul pozitiv poate avea consecințele dorite sau nedorite. Dacă o tânără femeie se îndrăgostește și se căsătorește cu cineva din rasa ei, părinții ei se pot readapta pentru a accepta statutul ei de femeie căsătorită și permit noului ei soț să intre în inimile lor sau se pot opri să discute cu fiica lor și o pot scoate din viața lor. Pentru a menține stabilitatea și flexibilitatea, familiile trebuie să răspundă, atât feedback-ului negativ, cât și celui pozitiv.

Cibernetica a fost copilul matematicianului de la MIT, Norbert Wiener (1948) care a dezvoltat ceea ce urma să devină primul model al dinamicii familiei într-o prezentare neașteptată. În timpul celui de-al doilea război mondial i s-a cerut lui Wiener să rezolve o problemă în așa fel încât tunurile antiaeriene să lovească avioanele germane care se deplasau atât de repede încât era imposibil să calibrezi tragerile suficient de rapid pentru ca bateriile de tunuri să lovească țintele. Soluția lui a fost să încorporeze un sistem feedback intern, mai degrabă decât să se bazeze pe observatori pentru a regla tunurile după fiecare ratare.

Gregory Bateson a intrat în contact cu cibernetica la o serie remarcabilă de reuniuni interdisciplinare numite conferințele de la Macy, începând din 1946 (Heims, 1991). Bateson și Wiener s-au întâlnit imediat la aceste reuniuni, iar dialogurile lor au avut un impact profund asupra aplicării teoriei sistemice a lui Bateson în terapia de familie.

Pentru că cibernetica s-a născut din studierea mașinilor, unde buclele feedback pozitiv au condus la „devieri” distructive care provoacă distrugerea mașinii, sublinierea era asupra feedback-ului negativ și menținerea homeostazei. Mediul înconjurător al sistemului se va schimba – temperatura va urca și va coborî – și această schimbare va declanșa mecanisme de feedback negativ pentru a duce sistemul înapoi la homeostază – căldura va urca și va coborî. Buclele de feedback negativ controlează totul, de la sistemele endocrine la ecosisteme. Speciile animale sunt echilibrate prin înfometare și prin animale carnivore, atunci când sunt suprapopulate și prin creșterea ratei nașterilor, atunci când numărul lor scade. Nivelurile zahărului în sânge sunt echilibrate prin creșterile de pierderi de insulină, atunci când ele ajung prea sus și crește apetitul, atunci când ele coboară prea jos.

Așa cum vom vedea, cu toate acestea, terapeuții de familie timpurii au avut o tendință de a sublinia în mod exagerat feedback-ul negativ și rezistența la schimbare.

Aplicată la familii, cibernetica și-a concentrat atenția asupra mai multor fenomene: (1) **Regulile familiei** care guvernează o serie de comportamente pentru ca sistemul de familie să poată să le tolereze (seria homeostatică a familiei); (2) mecanismele de *feedback negativ* pe care familiile le folosesc pentru a întări regulile (de exemplu: vina, pedeapsa, simptomele); (3) *episoadele interacțiunii familiei* din jurul problemei care caracterizează felul în care reacționează sistemul la aceasta (buclele feedback din jurul deviației); (4) Ce se întâmplă atunci când feedback-ul negativ obișnuit al sistemului este inefficient, declanșând *buclele de feedback pozitiv*.

Exemplele de bucle de feedback pozitiv sunt acele situații dificile cunoscute ca «cercuri vicioase» în care fiecare acțiune pe care o facem înrăutățește lucrurile. Binecunoscuta «profeție autorealizată» este o asemenea buclă de feedback pozitiv; temerile cuiva conduc la acțiuni care precipită situația de teamă, care justifică, în schimb, teama unei persoane și așa mai departe.

Un alt exemplu de feedback pozitiv este „efectul celui mai tare” – tendința unei cauze de a câștiga sprijin pur și simplu datorită numărului său de adherenți în creștere. Puteți probabil să vă gândiți la unele capricii și, mai mult, la unele grupuri de muzică pop, care datorează mult din popularitatea lor efectului celui mai tare.

Ca un exemplu de profeție autorealizată, să luăm cazul lui Jerry. El vrea să-și găsească o prietenă, dar se vede pe el însuși plictisitor. În consecință, el este convins că femeile îl vor respinge. De fiecare dată când își face curaj pentru a avea o întâlnire, urmărește insistențiar fiecare semn care arată că ea nu se simte bine. La primul semn, el devine anxios

și începe să facă comentarii sarcastice. Enervarea ei devine din ce în ce mai evidentă (feedback pozitiv) față de credința lui că el nu este deloc atrăgător.

Să trecem la un exemplu al unei familii cu un prag scăzut de exprimare a furiei. Marcus, fiul adolescent, are o ieșire în fața părinților lui împotriva insistenței acestora ca el să nu se mai culce după miezul nopții. Mama este șocată de ieșirea lui și începe să plângă. Tatăl se înfurie și-l pedepsește pe Marcus pentru o lună. În loc de a reduce deviația lui Marcus – aducându-i furia înapoi în limitele homeostatice –, acest feedback din partea părinților are efect contrar: Marcus explodează și pune la încercare autoritatea părinților săi. Părinții răspund cu și mai multe plâsete și pedepse, care îi cresc furia lui Marcus și așa mai departe. În acest fel, feedback-ul negativ (plânsul și pedeapsa) devine feedback pozitiv. El amplifică mai degrabă decât diminuează deviația lui Marcus. Familia este prinsă într-o „deviere” a feedback-ului pozitiv, altfel cunoscut ca cerc vicios, care escaladează până ce Marcus fuge de acasă.

Mai târziu, ciberneticieni ca Walter Buckley și Ross Ashby au recunoscut că buclele feedback pozitive nu sunt chiar atât de rele și că, dacă nu sunt scăpate de sub control pot ajuta sistemele să se adapteze circumstanțelor schimbate. Familia lui Marcus ar putea să aibă nevoie să recalibreze regulile lor privind furia pentru a se adapta la adversivitatea crescută a adolescentului. Criza pe care această buclă de feedback pozitiv a produs-o ar putea conduce la reexaminarea regulilor familiei, dacă familia ar putea să se depărteze suficient de mult de această buclă pentru a câștiga ceva perspectivă. Procedând astfel, ei ar putea **metacomunica**, comunicând despre modurile lor de comunicare, un proces care poate conduce la o schimbare a regulilor sistemului (Bateson, 1956).

Așa cum ar trebui să fie clar acum, ciberneticienii de familie s-au concentrat

asupra buclelor feedback din cadrul familiilor, cunoscute ca paternuri de comunicare, ca sursă fundamentală a disfuncției familiei. De aici, teoreticienii familiei, influențați în mare parte de cibernetică au fost cunoscuți sub denumirea de *școala de comunicare* (vezi Capitolele 3 și 6). Comunicările defectuoase sau neclare rezultă din feedback-ul inexact sau incomplet, astfel sistemul nu poate să se autocorecteze (să-și schimbe regulile lui) și, în consecință, să suprareacționeze sau să subreacționeze la schimbare.

Teoria sistemelor

Cea mai mare încercare cu care s-a confruntat cineva care tratează familiile este găsirea unei modalități de a vedea personalitățile trecute ale paternurilor influenței care formează comportamentul membrilor familiei. Suntem atât de obișnuiți să vedem ce se întâmplă în familii ca produs al calităților individuale, precum egoism, generozitate, rebeliune, pasivitate, toleranță, supunere și altele, încât a învăța să vezi paternurile relației cere o schimbare radicală de perspectivă.

Experiența ne învață că ceea ce comportamentul arată unei persoane poate fi un produs al relațiilor. Același individ poate fi supus într-o relație, dominant în alta. La fel ca multe alte calități, pe care noi le atribuim indivizilor supunerea este numai o jumătate a unei ecuații cu doi termeni. De fapt, terapeuții de familie folosesc o mulțime de concepte pentru a descrie cum doi oameni contribuie într-o relație la ceea ce merge între ei, inclusiv *ciclurile urmărit/urmăritor*, *suprafuncționare-subfuncționare*, *ciclurile control-și-rebel* și așa mai departe. Avantajul evident al unor asemenea concepte este că fiecare parte din relație poate schimba partea acestora în paten. Dar, în timp ce este relativ ușor să descoperi teme în relațiile dintre două

persoane, este mult mai dificil să vezi paternurile interacțiunii în grupuri mai largi precum familiile întregi. Din acest motiv, terapeuții de familie au considerat teoria sistemelor atât de folositoare.

Teoria sistemelor își are originile în matematica, fizica și ingineria din anii 1940, când tehnicienii au început să construiască modelele structurii și funcționării unităților mecanice și biologice organizate. Ceea ce au descoperit acești teoreticieni a fost că lucrurile, oricât de diverse ar fi, precum mașini, motoare cu reacție, amoebe și creierul uman au aceleași atribute ale sistemului – adică un ansamblu organizat de părți care formează un întreg complex. Bateson și colegii lui au descoperit teoria sistemică ca fiind instrumentul perfect pentru iluminarea modalităților în care familiile funcționau ca unități organizate, mai curând, decât ca o adunare de indivizi.

În conformitate cu teoria sistemică, proprietățile esențiale ale unui organism sau sistem viu sunt proprietățile întregului, pe care nu le are nici o parte al acestuia. Ele apar din interacțiunile și relațiile dintre părți. Aceste proprietăți sunt distruse atunci când sistemul este redus la elemente izolate. Întregul este întotdeauna mai mare decât suma părților acestuia. Astfel, dintr-o perspectivă sistemică, nu are sens să încercăm să înțelegem comportamentul unui copil prin interviuarea lui fără restul familiei sale.

În timp ce unii oameni folosesc termeni ca *teorie sistemică* și *teoria sistemelor* pentru a înțelege ceva mai mult decât considerarea familiilor ca unități, sistemele de fapt au un număr de proprietăți mai specifice și mai interesante. Pentru a începe cu schimbarea de la studierea individului la considerarea familiei ca sistem, aceasta înseamnă schimbarea atenției de la indivizi la paternurile relației acestora. Dintr-o perspectivă sistemică, familia este mai mult decât o colecție de indivizi: este o rețea de relații.

Să luăm un exemplu simplu. Dacă o mamă își pedepsește fiul, iar soțul ei îi spune să nu fie atât de aspră, iar băiatul continuă să fie neascultător, o analiză sistemică se va concentra asupra acestui episod. Această *interacțiune observabilă* este pentru a arăta cum funcționează sistemul. Pentru a ne concentra asupra intrărilor și ieșirilor, o analiză sistemică evită specularea indivizilor sau întrebarea *de ce* ei fac ce fac. Expresia cea mai radicală a acestei perspective sistemice a fost metafora „cutiei negre”:

Imposibilitatea de a vedea mintea «la lucru» a dus în ultimii ani la adoptarea conceptului de cutie neagră din domeniul telecomunicațiilor... aplicat mai mult faptului că componentele electronice sunt atât de complexe încât, uneori, este mai eficace să nu luăm în considerație structura internă a aparatului și să ne concentrăm asupra studierii relațiilor specifice de intrare-ieșire... Acest concept, dacă se aplică problemelor psihologice și psihiatrice, are avantajul euristic că nu trebuie să invocăm nici o ipoteză intrapsihică care, în final, nu ar putea fi verificată și că ne putem limita la relațiile de intrare-ieșire observabile. (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, pp. 43-44).

A vedea oamenii ca pe niște cutii negre a fost ultima expresie a tendințelor mecaniciste; dar această metaforă are avantajul de a simplifica domeniul de studiu prin eliminarea speculației despre minte și emoții pentru a se concentra asupra intrărilor și ieșirilor oamenilor (comunicare, comportament).

Dintre caracteristicile funcționării sistemice formulate de terapeutii de familie timpurii, puține au fost mai influente – sau mai târziu mai controversate – decât **homeostaza**, autoreglarea care păstrează sistemele într-o stare de echilibru dinamic. Noțiunea lui Don Jackson de **homeostază a familiei** subliniază că tendința familiilor

disfuncționale de a rezista schimbării a parcurs un drum lung pentru a explica de ce, în ciuda eforturilor eroice de îmbunătățire, atât de mulți pacienți rămân blocați (Jackson 1959). Astăzi privim înapoi la această subliniere a homeostazei ca la familii schimbate prin exagerarea proprietăților lor de conservare și subestimând flexibilitatea și resursele lor.

Astfel, cu toate că multe concepte cibernetice folosite pentru a descrie mașinile ar putea fi extinse prin analogie sistemelor umane, precum familia, se constată că sistemele vii nu pot fi descrise în mod corespunzător prin aceleași principii ca sistemele mecanice.

Teoria generală a sistemelor

În cursul anilor 1940, un biolog austriac, Ludwig von Bertalanffy, a încercat să combine concepte diferite din gândirea sistemică și biologie într-o teorie universală a sistemelor vii – de la mintea umană la ecosfera generală. Începând cu investigațiile sale privind sistemul endocrin, el a început să le extrapoleze la sistemele sociale mai complexe și a dezvoltat un model care urma să fie numit **teoria generală a sistemelor**.

Mark Davidson (1983), în biografia lui remarcabilă, *Uncommon Sense* a rezumat definiția sistemului dată de Bertalanffy astfel:

Orice entitate menținută de interacțiunile reciproce ale părților ei, de la atom la cosmos, și incluzând exemplele de zi cu zi, cum ar fi telefonul, poșta și sistemele de transmite rapidă. Un sistem bertalanffian poate fi fizic ca un televizor, biologic ca un câțel cocker spaniol, psihologic ca o personalitate, sociologic ca syndicatele sau simbolic ca un set de legi... Un sistem poate fi compus din sisteme mai mici și poate fi, de asemenea, parte a unui sistem mai larg, așa cum un stat sau provincie este compusă din jurisdicții mai

mici și este și o parte a națiunii. În consecință, aceeași entitate organizată poate fi privită, atât ca un sistem, cât și ca un subsistem, depinzând de interesul observatorului (p.26).

Ultimul punct este important. Orice sistem este un subsistem al unor sisteme mai largi. Dar, când au adoptat perspectiva sistemică, terapeuții de familie au uitat răspândirea rețelei de influență. Ei priveau familia ca un sistem, dar ignorau sistemele mai largi ale comunității, culturii și politicii în care familiile erau înrădăcinate.

Bertalanffy a fost pionierul ideii conform căreia un sistem este mai mult decât suma părților lui, în același fel în care un ceas este mai mult decât o colecție de arcuri și alte bucățele de metal. Nimic mistic în aceasta, când lucrurile sunt organizate într-un sistem altceva reiese, în felul în care apa apare din interacțiunea hidrogenului cu oxigenul. Aplicare terapiei de familie, aceste idei – că sistemul de familie ar trebui văzut ca mai mult decât o colecție de oameni și că terapeuții ar trebui să se concentreze asupra interacțiunii dintre membrii familiei, mai degrabă, decât asupra personalităților individuale – au devenit scopul central al domeniului.

Bertalanffy a folosit metafora unui organism pentru grupurile sociale, dar un organism care era un **sistem deschis**, care interacționează în mod continuu cu mediul său înconjurător. Sistemele deschise, opuse sistemelor închise (adică mașinilor) se susțin ele însele prin schimbarea continuă de resurse – de exemplu, preluarea de oxigen și eliminarea de bioxid de carbon. O altă proprietate a sistemelor vii, pe care mecaniciștii au uitat-o, era că organismele nu reacționează doar la stimuli, ci inițiază în mod activ eforturi pentru a se dezvolta. Astfel, în familiile sănătoase, părinții apreciază ideile noi ale copiilor aduse acasă ca o sursă de îmbogățire, și asemenea familii căutau adesea căile pentru a beneficia și a se bucura unul pe altul.

Bertalanffy a luptat toată viața împotriva abordării mecaniciste a sistemelor vii, în special, a acelor sisteme vii numite oameni. El credea că, spre deosebire de mașini, organismele vii demonstrează **echifinalitate**, abilitatea de a atinge un anumit scop final printr-o varietate de modalități. (La sistemele moarte, starea finală și mijloacele de a o atinge sunt fixe). El și alți biologi au folosit acest termen pentru a identifica capacitatea internă a organismului direcționată pentru a proteja și reface întregul său, ca și în cazul corpului uman, de a mobiliza anticorpii și capacitatea acestuia pentru a repara pielea și oasele (von Bertalanffy, 1950).

Organismele vii sunt active și creative. Ele lucrează să-și susțină organizarea, dar nu mai sunt motivate pentru menținerea statusquo-ului. Terapia de familie a preluat conceptul de homeostază, dar Bertalanffy credea că exagerarea acestui aspect conservator al organismului îl reducea la nivelul unei mașini: «Dacă [acest] principiu al menținerii homeostatice este considerat ca o regulă de comportament, așanumitul individ bine adaptat va fi [definit] ca un robot bine uns...» (citad din Davidson, 1983, p. 104).

În timp ce homeostaza rămâne un concept central în terapia de familie, capacitatea sa limitată de a explica o serie largă de comportamente umane a fost înțeleasă adesea de terapeuții de familie în feluri care a constituit ecoul preocupărilor lui Bertalanffy (Hoffman, 1981; Speer, 1970; Dell, 1982). Ciberneticienii au trebuit să propună noi concepte, precum **morfogeneză** (Speer, 1970), pentru a explica ceea ce Bertalanffy credea că era pur și simplu o proprietate a organismelor – de a căuta schimbarea, plus, față de a rezista.

Bertalanffy a recunoscut, de asemenea, că actul observației are un efect asupra observatului. Această conștientizare a întârziat convingerea sa că noi trebuie să fim umili față de ipotezelor noastre. Un terapeut bert

lanffian trebuie să fie atent să nu impună perspectiva sa asupra clienților și să încerce să înțeleagă perspectivele lor asupra propriilor lor probleme. Spre deosebire de unii postmoderniști, care iau atitudine că atunci când noi nu putem să cunoaștem realitatea absolută, atunci nu putem avea valori corecte deoarece nimic nu este mai bun decât altceva. Bertalanffy a crezut că noi trebuie să fim mai mult, mai degrabă decât mai puțin, interesați de valorile și ipotezele noastre deoarece unele perspective sunt distructive din punct de vedere ecologic. Astfel, terapeuții trebuie să cerceteze atent ipotezele lor și pe cele implicite în teoriile lor în condițiile impactului lor asupra familiilor și societății.

Pentru a rezuma, Bertalanffy a ridicat multe din problemele care au format și care formează încă terapia de familie:

- Un sistem ca mai mult decât suma părților acestuia,
- Sublinierea interacțiunii în cadrul și între sisteme față de reductionism,
- Sistemele umane ca organisme ecologice în comparație cu mecanisme,
- Conceptul de echifinalitate,
- Reactivitatea homeostatică în comparație cu activitatea spontană,
- Importanța convingerilor sănătoase din punct de vedere ecologic și valorile în comparație cu nonvalorile.

Multe din aceste probleme vor reapărea în discuțiile următoare și în continuare în carte.

Construcționismul social

Terapia de familie s-a născut în momentul în care paradigma psihanalitică sublina conflictele inconștiente ca izvor al nefericirii umane.

Pentru a fi eficientă, terapia trebuie să studieze profund pentru a descoperi aceste conflicte – și acesta a fost un proces lung și lent. Respingând acest model mental, terapeuții de familie s-au întors spre metaforele sistemice care se concentrau asupra comportamentului, interacțiunii și feedback-ului. Așa cum am văzut, teoria sistemică ne-a învățat să vedem cum viețile oamenilor sunt formate de interschimbările acestora cu cei din jurul lor. Dar, în focalizarea asupra paternurilor interacțiunilor familiei, teoria sistemelor a lăsat ceva de o parte. Și anume, două lucruri: cum afectează convingerile membrilor familiei acțiunile acestora și cum forțele culturale au format aceste convingeri.

Constructivismul

Constructivismul a captat imaginația terapeuților de familie în anii 1980, când studiile modului în care creierul lucrează au arătat că nu putem cunoaște niciodată lumea așa cum există ea „în exterior”; tot ceea ce putem cunoaște este experiența noastră subiectivă despre aceasta. Cercetările privind rețelele neurale (von Foerster, 1981) și experimentele asupra văzului broaștei (Maturana & Varela, 1980) au indicat faptul că creierul nu procsează imagini ale lumii, ca un aparat fotografic, ci înregistrează experiența în paternuri organizate de sistemul nervos al observatorului¹. Nimic nu este perceput direct. Totul este filtrat prin mintea observatorului.

Când aceste perspective noi privind cunoașterea au fost raportate domeniului terapiei de familie de Paul Watzlawick (1984), Paul Dell (1985) și Lynn Hoffman (1988),

1. Ochiul broaștei, de exemplu, nu înregistrează mult, ci numai mișcarea laterală, care poate fi tot ceea ce aveți nevoie pentru a ști, dacă interesul dumneavoastră în viață este să prindeți insecte cu limba.

efectul a fost un semnal de deșteptare – punându-ne în alertă asupra importanței cunoașterii în viața familiei și aruncându-i pe terapeuți în afara ipotezei că ei ar putea fi experți obiectivi.

Constructivismul este expresia modernă a tradiției filozofice care merge înapoi cel puțin în secolul al optsprezecelea. Immanuel Kant (1724-1804), unul din piloni tradiției intelectuale occidentale, privea cunoașterea ca un produs al modalității în care imaginația noastră este organizată. Lumea exterioară nu impresionează ea însăși tabula rasa (tablă goală) a minților noastre, așa cu credea empiricul britanic John Locke (1632-1704). Așa cum argumenta Kant, mințile noastre nu sunt altceva decât goale. Ele sunt filtre active prin care noi prelucrăm, clasificăm și interpretăm lumea.

Constructivismul și-a găsit mai întâi drumul său prin psihoterapie în **teoria construcției personale** a lui George Kelly (1995). După părerea lui Kelly, noi dăm un sens lumii prin crearea construcțiilor noastre proprii unice ale mediului înconjurător. Noi interpretăm și organizăm evenimente și facem predicții care conduc acțiunile noastre pe baza acestor construcții. Ați putea compara acest mod subiectiv de interpretare a experienței văzând lumea printr-o pereche de ochelari. Deoarece putem avea nevoie să alterăm sau să înlăturăm construcțiile, terapia a devenit un subiect de revizuire a vechilor construcții și de dezvoltare a unora noi – încercând să vadă cu diferite lentile care dintre ele permit persoanei să navigheze în lume într-un mod mai satisfăcător și mai funcțional.

Primul exemplu al constructivismului în terapia de familie a fost tehnica strategică a **reformulării** – reetichetarea comportamentului pentru a schimba felul în care răspund membrii familiei la aceasta. Clienții vor răspunde foarte diferit unui copil care este văzut ca „hiperactiv” decât unuia care este perceput „ca neascultător”. Mai mult decât

atât, părinții demoralizați de copilul lor rebel în vârstă de 10 ani se vor simți mai bine dacă devin convinși că decât să fie „disciplinatori ineficienți”, ei au un „copil cu tulburări de opoziție”. Primul diagnostic sugerează că părinții trebuie să se descurce, dar și că probabil ei nu vor reuși. Al doilea diagnostic sugerează că a se descurca cu un copil dificil poate cere strategizare. Problema nu este aceea că o descriere este în mod inerent mai bună decât alta, ci că, indiferent ce etichetă aplică o familie problemelor sale, conduce la strategii ineficiente de rezolvare, apoi poate o nouă etichetă va altera suficient punctul lor de vedere pentru a declanșa un răspuns mai eficient.

Când constructivismul a pus stăpânire pe terapia de familie, la jumătatea anilor 1980, a declanșat o schimbare fundamentală în punerea accentului. Metaforele sistemice s-au focalizat asupra acțiunii; constructivismul a subliniat semnificația cognitivă și interpretarea personală. În loc să se concentreze asupra paternurilor interacțiunii, constructivismul și-a schimbat focalizarea spre explorarea ipotezelor pe care oamenii le aveau despre problemele lor.

Constructivismul este, desigur, o teorie a cunoașterii, nu un set de tehnici. Cu toate acestea, punctul de vedere constructivist a condus spre un model al terapiei ca o căutare conversațională a semnificației. Semnificația, ea însăși, a devenit ținta primordială. Scopul terapiei s-a schimbat de la paternurile problematice întrerupte ale comportamentului, la ajutarea clienților să găsească noi perspective în viețile lor prin procesul liberator al dialogului.

În avangarda acestei mișcări au fost Harry Goolishian și Harlene Anderson, a căror „abordare sistemică bazată pe limbajul de colaborare” a fost definită mai puțin prin ceea ce terapeuții fac decât prin ceea ce ei nu fac. În acest model, terapeuții *nu-și* asumă rolul de expert, ei nu-și asumă faptul că știu cun

trebuie să se schimbe familiile și *nu le mobilizează* într-o anumită direcție. Rolul terapeuților nu este să încerce să schimbe oamenii, ci să deschidă ușile pentru ca aceștia să exploreze noi sensuri în viețile lor.

Terapeutul nu controlează interviul prin influențarea conversației spre o anumită direcție în sensul conținutului sau rezultatului, nici nu este responsabil pentru direcția schimbării. Terapeutul este responsabil numai pentru crearea unui spațiu în care dialogul poate apărea. (Anderson & Goolishian, 1988, p. 385).

Constructivismul ne învață să privim dincolo de comportament spre modalitățile de a percepe, interpreta și construi experiența noastră, pentru a-i da un sens și de aici spre a ne ghida viețile. Constructivismul scurtează calea spre aceasta. Există mai mult decât o singură modalitate de a vedea lucrurile; și este dificil să demonstrezi. Mai mult, într-o lume în care orice adevăr este relativ, perspectiva terapeutului a început să fie văzută ca nemaiavănd pretenții de obiectivitate decât cea a clienților. Astfel, constructivismul subminează statutul terapeutului ca autoritate obiectivă cu cunoștințe privilegiate despre cauză și vindecare.

Conștientizarea că așa cum percepem și înțelegem realitatea este o construcție nu înseamnă, desigur, că nu există nimic real în ea de perceput și înțeles. Dificultățile *pot* să vă sfârșame oasele. Mai mult, chiar constructiviștii cei mai ardenti (de exemplu, Efran, Lukens & Lukens, 1990) ne amintesc că unele construcții sunt mai folositoare decât altele. Constructivismul nu este o licență de a fabrica nediscriminator pentru binele exercițiului terapeutic.

Alții au pus la încercare implicarea opusă a constructivismului – și anume că un terapeut fără statutul unui expert este un terapeut fără influență. În analiza ei profundă a terapiei postmoderne, *Înapoi la Realitate*,

Barbara Held (1995) sublinia că: „...există cu certitudine o contradicție cu care se confruntă acești autori când ei încercă să nege sau să minimizeze expertiza pe care ei înșiși doresc să o aibă – că terapeuții trebuie într-adevăr să-și legitimizeze activitatea ca o profesie/disciplină” (p.244).

Unii dintre noi au simțit destul de puternic ceea ce el a perceput ca abdicare de la conducere pentru a le reaminti terapeuților.

Sunt terapeuții și clienții parteneri într-o întrepindere comună? Sunt ei egali? Nu. Clienții sunt, parafrazându-l pe George Orwell, „mai egali” când aceasta vine de la cei care au ultimul cuvânt. Terapeuții sunt sau ar trebui să fie, mai egali când aceasta vine din pregătire, experiență și obiectivitate – și arătând ceea ce se întâmplă în timpul oreilor de terapie. E bine să critici puterea – dacă ceea ce înseamnă aceasta este dominare și control; nu este așa de bine să abdică de la conducere. (Nichols, 1993, p. 165).

Și mai departe:

Dacă aranjarea și găzduirea conversațiilor a fost tot ce a făcut un terapeut, acea persoană trebuie numită mediator sau opusul gazdei talk-show-ului (al cărui scop este să aranjeze conversațiile care sunt nepoliticoase și abuzive). Terapeutul ca gazdă neglijează rolul de profesor – un aspect mult mai malign, dar mai important al oricărei terapii transformatoare. Terapeuții învață nu prin a spune oamenilor cum să-și trăiască viața, ci prin a-i ajuta să învețe ceva despre ei înșiși (p. 164).

Dar, „a spune oamenilor cum să-și trăiască viața” este exact lucrul de care erau interesați Anderson și Goolishian (1988). Constructivismul a fost o revoltă împotriva unui model autoritar de terapie, împotriva imaginii terapeutului fanfaron. Nu trebuie să fiți de acord că terapeuții intervenționiști ca

Salvador Minuchin sau Jay Haley au fost autoritari pentru a respecta sfatul constructivist de a evita intruziunea agresivă. Un terapeut, care este prea nerăbdător să schimbe oamenii, este ca o pisică așteptând să prindă în ghiare (nu este cea mai bună modalitate să cunoști oamenii).

Anderson și Goolishian au favorizat ceea ce ei au numit o atitudine de „necunoaștere” în care ei subsumează experiența lor și creează spațiu pentru ideile viitoare ale clienților. În loc să abordeze familiile cu idei preconcepuate despre structură și funcționare, ei iau în considerare numai curiozitatea. Este probabil bine să reamintim că și cele mai dragi metafore ale noastre despre viața de familie – „sistemul”, „implicarea”, „jocurile murdare”, „triunghiurile” și așa mai departe – sunt numai metafore. Ele nu există în realitatea obiectivă, ele sunt construcții, mai folosite decât altele.

Construcția favorizată de Anderson și Goolishian a fost aceea că limbajul face mai mult decât să reflecte realitatea. Nu este desigur nimic nou în descrierea terapiei – „tratamentul vorbirii” – ca dialog. Ceea ce a fost nou a fost creșterea unei narațiuni personale a punctului culminant al interesului în terapia de familie – un domeniu născut din descoperirea felului în care persoana este formată de contextul interpersonal.

Subliniind perspectiva idiosincronică a individului, constructiviștii au fost acuzați de unii (de exemplu, Minuchin, 1991) că ignoră contextul social. Deoarece nu este nimic insensibil la conștiința socială, este adevărat că mulți dintre scriitorii din această tradiție s-au concentrat mai mult asupra modului în care persoanele percep situația lor decât asupra condițiilor sociale actuale ale vieților lor. Odată ce trăsăturile solipsistice au fost subliniate, constructiviștii importanți și-au clarificat poziția. Când ei spuneau că realitatea este construită, ei înțelegeau *socialmente* construită.

Construcția socială a realității

Construcționismul social se extinde asupra constructivismului mai mult decât s-a extins terapia de familie asupra psihologiei individuale. Constructivismul spune că noi percepem și relaționăm cu lumea pe baza propriilor noastre interpretări. **Construcționismul social** subliniază că aceste interpretări sunt formate de contextul social în care trăim.

Dacă un băiat în vârstă de patrusprezece ani nu-și ascultă părinții în mod constant, un constructivist ar putea sublinia că băiatul poate să nu gândească că ei merită respectul lui. Cu alte cuvinte, acțiunile băiatului nu sunt un simplu produs al eforturilor disciplinare ale părinților, ci și ale construcției băiatului privind autoritatea lor. Un construcționist social va adăuga că atitudinile unui adolescent despre asemenea lucruri, precum autoritatea parentală, sunt formate nu numai de ceea ce funcționează în familie, dar și de mesajele transmise de cultură, în general.

La școală sau la lucru, la masă, în convorbiri telefonice, la film și de la televiziune, noi absorbim atitudini și opinii pe care le ducem în familiile noastre. Televiziunea, ca să luăm o influență puternică asupra copiilor în vârstă de circa patrusprezece ani, a făcut copiii de astăzi mai sofisticăți și mai cinici. În ceea ce privește comunicarea, Joshua Meyrowitz (1985) argumentează în *No Sense of Place*, copiii de astăzi sunt expuși în „spatele scenei” lumii adulților, pentru a ascunde altfel îndoielile și conflictele, nebuniile și eșecurile tipurilor de adulți pe care ei îi văd la TV. Această demistificare subminează încrederea adolescentului în structurile autorității tradiționale. Este dificil să menții un ideal al înțelepciunii adultului când imaginea dumneavoastră de părinte este Homer Simpson.

Atât constructivismul, cât și construcționismul social se concentrează asupra interpretării experienței ca un mediator al

comportamentului. Dar, în timp ce construcțiștii subliniau mintea subiectivă a individului, construcțiștii sociali au accentuat asupra interpretării sociale și influenței intersubiective a limbajului și culturii. Conform constructivismului, oamenii au probleme nu datorită condițiilor obiective ale vieții lor, ci și datorită interpretării pe care o dau acestor condiții. Ceea ce adaugă construcționismul social este recunoașterea a cât de multe asemenea înțelesuri apar și se schimbă în procesul vorbirii cu alți oameni.

Terapia devine apoi un proces al demolării și reconstrucției – al eliberării clienților din tirania convingerilor înrădăcinate și al ajutorării lor să dezvolte noi și mult mai promițătoare perspective. Cum se aplică aceasta în practică este ilustrat în două noi versiuni foarte influente ale terapiei de familie: modelul focalizat pe soluție și terapia narativă.

Înerentă, în cele mai multe forme ale terapiei, este ideea că înainte ca o problemă să poată fi rezolvată, clientul și terapeutul trebuie să-și imagineze ce este rău. Această idee pare cel puțin evidentă de la sine, dar aceasta este o construcție – numai o modalitate de a privi lucrurile. **Terapia focalizată pe soluție** întoarce pe cealaltă parte ipoteza folosind o construcție total diferită – și anume, că cea mai bună modalitate de a rezolva problemele este să descopere ce fac oamenii atunci când ei nu au o problemă și apoi să construiască pe aceasta.

Să presupunem, de exemplu, că o femeie se plânge că bărbatul ei nu-i vorbește niciodată. În loc să încerce să-și imagineze ce nu merge, un terapeut focalizat pe soluție ar putea cere femeii dacă poate să-și reamintescă **excepțiile** de la această plângere. Poate ea și soțul ei aveau conversații agreabile când se plimbau sau mergeau în oraș să cineze împreună. În acest caz, terapeutul ar putea să sugereze simplu că ei fac mai mult decât atât. Vom vedea, în Capitolul 12, cum

terapia focalizată pe soluție construiește pe intuițiile de bază ale constructivismului.

La fel ca și colegii lor focalizați pe soluție **terapeuții narativi** ajută să se creeze o schimbare în experiența clienților lor, ajutându-i să reexamineze modul în care privesc lucrurile. Dar, oricum, terapia focalizată pe soluție schimbă atenția de la eșecurile obișnuite la succesele trecute pentru a mobiliza soluțiile comportamentale, pe când scopul terapiei narative este mai larg și mai atitudinal. Tehnica decisivă în această abordare – **externalizarea** – cuprinde reconstrucția radicală a problemei definite, nu ca proprietăți ale persoanei care le suferă, ci ca opresori străini. Astfel, de exemplu, în timp ce părinții unui băiat care nu-și face temele pentru acasă l-ar putea defini ca pe un leneș sau ca pe „un lasă-mă să te las”, un terapeut narativ va vorbi, în schimb, despre perioadele în care „amânarea” era cel mai bun lucru la ei – și când acesta „nu era”.

Observați cum ultima construcție – băiatul este un lasă-mă să te las – este relativ deterministă, în timp ce amânarea uneori a fost bună – eliberează băiatul de o identitate negativă și transformă terapia într-o bătălie pentru libertate. Vom vorbi mai mult despre terapia narativă și procesul externalizării în Capitolul 13.

Atât terapeuții focalizați pe soluție, cât și cei narativi au un rol activ în ajutarea clienților să se întrebe despre construcțiile autoînvingerii. Ambii sunt concentrați asupra premisei că noi ne dezvoltăm ideile despre lume în conversația cu alți oameni (Gergen, 1985). Mai mult, dacă unele din aceste idei ne împotmolesc în problemele noastre, atunci perspectivele noi și mai productive pot să evolueze în mod folositor în cadrul reconstrucției narative. Dacă problemele sunt poveștile pe care oamenii au învățat să le spună ei înșiși, atunci demolarea acestor povești poate fi un mod eficient de a ajuta oamenii să-și stăpânească problemele lor.

Criticii, noi înșine printre ei, (Nichols & Schwartz, 2001), au subliniat că accentuând dimensiunea cognitivă a indivizilor și a experienței acestora, construcționiștii sociali au întors spatele unor intuiții definitorii ale terapiei de familie – și anume, că familiile operează ca unități complexe și că simptomele psihologice sunt adesea rezultatul conflictelor din cadrul familiei. Experiența noastră și identitățile noastre sunt, în parte, construcții lingvistice, dar numai în parte. Dar dacă construcționiștii sociali au continuat astfel să ignore intuițiile teoriei sistemice și să diminueze importanța conflictului familiei, nu există nimic inherent în construcționismul social care să facă aceasta necesar. Felurile interacțiunilor polarizate pe care le-au descris Bateson, Jackson și Haley acum patruzeci de ani – în termenii *complementarității* și *simetriei* – pot fi înțelese ca reflectând, atât interacțiunile sociale, cât și construcțiile sociale, mai degrabă decât fie una, fie alta.

Psihiatrul italian Valeria Ugazio (1999) descrie cum membrii familiei se diferențiază ei înșiși nu numai prin acțiunile lor, ci și prin modul în care ei vorbesc despre ei înșiși în „polarități semantice”. Astfel, de exemplu, într-o familie al cărei discurs despre ei înșiși și alții poate fi caracterizat prin dependența/independența polarității, conversațiile vor tinde să fie organizate în jurul fricii și curajului, nevoii de protecție și dorinței de explorare. Ca un rezultat al acestor conversații, membrii unei astfel de familii vor crește definindu-se ei înșiși timizi sau grijulii sau îndrăzneți și aventuroși.

Teoria atașamentului

În timp ce domeniul s-a maturizat, terapeuții de familie au arătat un interes reînnoit pentru viața interioară a indivizilor care formează familia. Acum, în plus, la teoriile care ne ajută

să înțelegem influențele largi, sistemice asupra comportamentului membrilor familiei, *teoria atașamentului* s-a născut ca un instrument important pentru descrierea rădăcinilor adânci ale dinamicii relațiilor strânse.

Teoria atașamentului a fost deosebit de rodnică în terapia de cuplu (de exemplu Johnson, 2002) unde ajută la explicarea modului în care adulții sănătoși, chiar, depind unul de altul. În anii de început ai terapiei de familie, tratamentul cuplurilor a fost o terapie fără o teorie. Cu puține excepții, cei mai mulți terapeuți au tratat cuplurile cu aceleași modele concepute pentru familii (de exemplu Bowen, 1978, Haley, 1976; Minuchin, 1974). Excepțiile au fost behavioriștii, care presupuneau că intimitatea a fost un produs al întăririi, iar psihologii cognitivi au sugerat că dacă noi schimbăm modul în care cuplurile gândesc și comunică, emoțiile acestora vor urma. Nimeni nu a vorbit mult despre dragoste sau iubire sau încredere. Dependența ar putea fi bună pentru copii, dar pentru adulți, ni s-a spus, era un semn de „implicare”

În terapia de cuplu focalizată emoțional, Susan Johnson folosește teoria atașamentului pentru a demola dansul familiar în care un partener învinovățește și se plânge în timp ce altul devine defensiv și retras. Ce sugerează teoria atașamentului este că a învinovăți și a se plânge reprezintă un protest împotriva degradării atașamentului – cu alte cuvinte, partenerul cicălitor poate fi mai mult incurabil decât supărat. În momentul în care sentimentele partenerului nesecurizat sunt ameliorate și el sau ea poate arăta vulnerabilitate, celălalt partener este mai puțin probabil să se simtă speriat și poate să ofere mult mai mult confort și reasigurare.

Ideea cum se descurcă cuplurile unul cu celălalt reflectă istoria atașamentului, care poate fi trasă înapoi la studiile de pionierat ale lui John Bowlby și Mary Ainsworth. Când Bowlby a absolvit, la Cambridge, în anii 1940, se estima că și copiii devin atașați de

mamele lor ca o consecință a alăptării. Dr. Konrad Lorenz (1935) a arătat că puii de găscă devin atașați de mamele care nu le hrănesc, iar Harry Harlow (1958) a observat că sub stres, puii de măgăruși preferă nu pe „mamele” din sârmă care le dau de mâncare, ci „mamele” acoperite cu pânză care le-au asigurat confortul compact. De aici, și ideea că bebelușii devin atașați de oamenii care nu-i hrănesc. (Ainsworth, 1967).

În anii 1940 și 1950, un număr de studii au arătat că nou-născuții care au fost separați de mamele lor traversează o serie de reacții care pot fi descrise ca „protest”, „disperare” și în cele din urmă „detașare” (de exemplu, Burlingham & Freud, 1944; Robertson, 1953). Încercând să înțelegem aceste reacții, Bowlby (1958) a concluzionat că legătura intensă formată între nou-născuți și părinții acestora s-a bazat pe un impuls biologic al apropierii care a apărut prin procesul selecției naturale. Când pericolul amenință, puii care stau aproape de părinții lor sunt mai puțin probabil uciși de animalele de pradă.

Atașamentul înseamnă căutarea apropierii în fața stresului. (Puteți strânge în brațe pătura, dar aceasta nu înseamnă a îmbrățișa în trecut). Atașamentul poate fi văzut în lipirea de corpul blând, cald al mamei și îmbrățișat în schimb; privind în ochii ei și fiind privit cu dragoste; îmbrățișând-o și fiind îmbrățișat. Aceste experiențe sunt profund reconfortante și asiguratoare.

Atașamentul este reglementat de emoția puternică. „Formarea unei legături este descrisă prin a se îndrăgosti, menținerea unei legături prin a iubi pe cineva și a pierde un partener înseamnă întristarea cuiva. În mod similar, teama de a pierde alimentează anxietatea și pierderea adevărată provoacă regretul; în timp ce fiecare dintre aceste situații este evident că fac să apară supărarea. Menținerea incontestabilă a legăturii este trăită ca o sursă de bucurie” (Bowlby, 1979, p. 130). Componentele cognitive sunt, de asemenea,

implicate în atașament sub forma a ceea ce Bowlby denumea „modele reprezentative” sau „modele de lucru interne”.

Conform lui Mary Ainsworth (1967), nou-născuții folosesc imaginea atașamentului (de obicei mama) ca o *bază sigură* de explorare. Când un nou-născut se simte speriat, el sau ea se va întoarce spre persoana care îi asigură protecție și confort. Variațiile din acest patern sunt evidente în două strategii diferite nesecurizate ale atașamentului. În strategia „de evitare”, nou-născutul tinde să inhibe comportamentul de atașament; în strategia de „rezistență” nou-născutul tinde să stea strâns lipit lângă mamă și să evite explorarea.

Siguranță în relația cu o imagine de atașament indică că un nou-născut este capabil să se bazeze pe persoana care are grijă de el ca o sursă disponibilă de protecție și confort, dacă este nevoie. Când apar temerile, nou-născuții din relațiile securizate sunt capabili să direcționeze „comportamentul de atașament” (apucând, plângând, întinzându-se după) persoanele care-i îngrijesc și se simt confortabil în asigurarea oferită de acestea. Nou-născuții cu legături securizate sunt încrezători în disponibilitatea celor care-i îngrijesc și, în consecință, încrezători în propriile lor interacțiuni din lume.

Această încredere nu este evidentă la nou-născuții care au relații de atașament anxioase cu cei care-i îngrijesc. Cererile pentru atenție pot fi realizate cu indiferență sau refuz (Ainsworth și alții, 1978; Bowlby, 1973). Ca urmare, asemenea nou-născuți rămân anxioși în ceea ce privește disponibilitatea celor care-i îngrijesc. Mai mult, Bowlby argumenta că datorită faptului că relațiile de atașament sunt internalizate, aceste experiențe timpurii formează așteptările pentru relațiile de prietenie, relațiile de rudenie și dragostea romantică de mai târziu.

Unul din lucrurile care distinge teoria atașamentului este acela că a fost deosebit de studiată. Ceea ce este clar este că aceasta

este o caracteristică a copilăriei. Tipul atașamentului arătat la douăsprezece luni prezice: (1) tipul atașamentului la optsprezece luni (Waters, 1978; Main & Weston, 1981); (2) frustrabilitatea, persistența, cooperarea și entuziasmul îndatoririi la optsprezece luni (Main, 1977; Matas, Arend & Sroufe, 1978); (3) competența socială a preșcolarilor (Lieberman, 1977); Easterbrook & Lamb, 1979; Waters, Wippman & Sroufe, 1979); și (4) stima de sine, empatia și comportamentul în clasă (Sroufe, 1979). Într-adevăr, calitatea relațiilor la un an este un prevestitor excelent al calității relațiilor în diferite alte moduri în primii cinci ani, cu avantajul unui copil atașat sigur în comparație cu copilul atașat rezistent sau care evită atașamentul.

Ceea ce este sprijinit mai puțin clar de cercetare este propoziția că stilurile atașamentului din copilărie sunt corelate cu stilurile de atașament din relațiile intime ale adultului. Cu toate acestea, ideea că dragostea romantică poate fi conceptualizată ca un proces de atașament (Hazan & Shaver, 1987) rămâne o propunere irezistibilă, chiar dacă nu este încă dovedită. Ce a stabilit cercetarea este că indivizii care sunt anxioși în relații aduc mai mult conflict în relații, sugerând că ceva din acest conflict este condus de incertitudinile de bază asupra dragostei, pierderii și abandonului. Cei care sunt anxioși în ceea ce privește relațiile lor se angajează adesea în mod coercitiv și neîncrezător în conflict, care este posibil să determine rezultatele de care se tem cel mai mult (Feeney, 1995).

Lyman Wynne (1984) a fost printre primii terapeuți de familie care s-a referit la teoria atașamentului când a descris atașamentul ca prima prioritate în dezvoltarea relațiilor. Teoria atașamentului este aplicată tratamentului clinic prin legarea expresiilor simptomatice ale fricii și mâniei de tulburările din relațiile de atașament. Părinții pot fi ajutați să înțeleagă unele din

comportamentele distructive ale copiilor lor ca descendente din anxietatea copilului în legătură cu disponibilitatea și răspunsul părinților. Cuplurile pot fi ajutate să înțeleagă temerile și vulnerabilitățile atașamentului în fața supărării și interacțiunilor defensive (Gottman, 1994; Johnson, 1996).

Bowlby (1988) sublinia cinci sarcini pentru terapeuți pentru a realiza atașamentul: (1) asigurarea unei baze terapeutice sigure; (2) explorarea relațiilor contemporane; (3) explorarea relațiilor cu terapeutul; (4) revederea modului în care paternurile obișnuite de relaționare pot reflecta experiențe trecute și (5) recunoașterea că imaginile din relațiile trecute pot sau nu pot să fie adecvate pentru relațiile contemporane.

Pentru a avea experiență cu o bază sigură, un terapeut trebuie să fie capabil să protejeze membrii familiei de un atac în același timp în care ei explorează situațiile lor cele mai înspăimântătoare. Terapeutul care este întâmplător folositor ajută ca să facă o familie să se simtă destul de în siguranță pentru a se confrunta cu conflictele lor și să experimenteze noile modalități de interacțiune. Terapeuții pot folosi teoria atașamentului pentru a pune în evidență relațiile obișnuite, arătând cum proasta comportare a copilului ar putea să reflecte un atașament nesecurizat sau cum evitarea unui soț poate fi datorată atașamentului ambivalent sau animozitatea soției poate fi o expresie a atașamentului anxios. Când terapeuții de familie simt că joacă un rol într-o piesă din scenariul familiei, ei nu pot evita să fie induși în interpretarea unui rol care lipsește în familie, dar ei pot, de asemenea, să folosească teoria atașamentului pentru a sublinia nevoile membrilor familiei de a se avea grija de aceștia, simțindu-se în siguranță. În loc să fie recrutați pentru a îmblânzi un copil anxios sau să reconforteze o soție depresivă, terapeutul poate da înapoi părinților sau partenerului responsabilitatea și poate să-i încurajeze să

devină mai puțin defensivi și mai simpatizanți și suportivi.

Concluzii

După parcurgerea acestei cronologii despre modul în care teoriile dominante din terapia de familie au evoluat, cititorul s-ar putea simți copleșit de numărul schimbărilor de paradigme din domeniu, pe care aceasta le-a parcurs în cele câteva decenii de existență. S-ar putea să fie de ajutor menționarea unui patern în această discontinuitate aparentă. Focusul terapiei de familie s-a extins în mod continuu către niveluri contextuale din ce în ce mai largi. Acest proces a început în momentul în care terapeuții au privit dincolo de individ, către familie. În mod subit comportamentele inexplicabile au început să prindă sens. Terapeuții de familie timpurii s-au concentrat asupra evaluării și modificării episoadelor de interacțiuni comportamentale care înconjurau problemele. Apoi, s-a recunoscut faptul că aceste episoade erau manifestări ale structurii ascunse a familiei, iar structura a devenit ținta schimbării. Pe urmă, structura familiei a fost văzută ca produsul unui proces pe termen lung, multigenerațional, care era guvernat de sisteme de convingeri, iar terapeuții și-au orientat intervențiile asupra acestor convingeri ascunse. Cel mai recent, terapeuții au conștientizat faptul că aceste sisteme de convingeri nu au răsarit dintr-un sau într-un vacuum și, de aici, interesul acordat influențelor culturale.

Un alt motiv pentru aceste schimbări discontinue din istoria domeniului a fost faptul că, începând cu revolta lor împotriva modelelor psihanalitice și medicale, terapeuții de familie au avut tendința să fie rebelii. Ori de câte ori terapia de familie începe să se grupeze în jurul unei anumite paradigme, în măsura în care aceasta devine naratiunea predominantă,

domeniul se reinventează el însuși. O nouă metaforă este propusă, iar cea veche este respinsă ca depășită. O nouă minoritate de terapeuți devine progresistă, pe muchie de cuțit, îndepărtându-i pe liderii vechii revoluții și etichetându-i cu statutul de foști.

În prezent, mulți terapeuți resping gândirea sistemică, referindu-se la ea ca fiind modernistă și mecanicistă și, prin urmare, mai puțin folositoare decât noua metaforă narativă. Decenii de studii, de perfecționare conceptuală și de dezvoltare tehnică sunt etalate ca un nou mod îmbunătățit de gândire. Chiar dacă suntem de părere că este important să încercăm noi metafore și practici, cât și să reexaminăm continuu pe cele vechi, nu ar trebui să fie necesar ca fiecare progres să fie însoțit de o respingere totală a trecutului. Scopul nostru este să încercăm să captăm spiritul încântător al noului, dar să menținem respectul pentru contribuțiile gigantilor pe umerii cărora stăm.

Terapeuții de familie, naturaliști pe scena umană, au descoperit cum comportamentul individual este format de tranzacțiile pe care adesea nu le vedem. Conceptele sistemice – feedback-ul, circularitatea și așa mai departe – sunt instrumente folositoare care ajută să facem practicabile interacțiuni complexe. Accentuând asupra modului în care ideile sunt acum aplicate în practica clinică, vom considera acum conceptele de lucru fundamentale ale terapiei de familie.

Conceptele de lucru ale terapiei de familie

Contextul interpersonal

Premisa fundamentală a terapiei de familie este că oamenii sunt produsul **contextului**

lor. Pentru că puțini oameni sunt mai apropiați de noi decât părinții și partenerii noștri, această noțiune poate fi tradusă prin a aprecia comportamentul unei persoane ca fiind puternic influențat de interacțiunile cu alți membrii ai familiei. Astfel, importanța contextului poate fi redusă la importanța familiei. Ar putea, dar nu este.

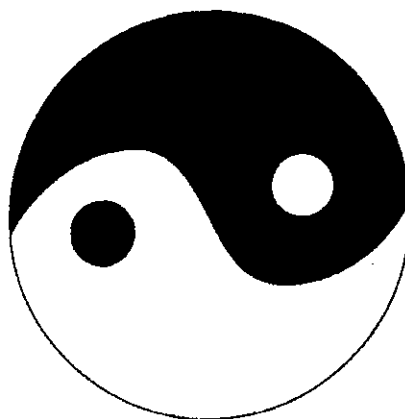
În timp ce este adevărat că familia nucleară este adesea contextul cel mai relevant pentru înțelegerea comportamentului, nu este totdeauna așa. Un elev de liceu depresiv, de exemplu, ar putea fi mai nefericit, în legătură cu ce nu merge în cămin decât în legătură cu ce se întâmplă acasă. Mai mult, deși terapeuții de familie se concentrează mai mult asupra comportamentului, mediul înconjurător interpersonal include și dimensiunile cognitive, ca expectațiile și ipotezele, precum și influențele din exteriorul familiei, de la școală, de la lucru, al prietenilor și al culturii înconjurătoare.

Semnificația clinică a contextului este că încercările de a trata indivizii prin a vorbi cu ei odată pe săptămână, timp de cincizeci de minute, poate avea mai puțină influență decât interacțiunile pe care ei le au cu alți oameni în restul de 167 de ore ale săptămânii. Sau, privind lucrurile pozitiv: adesea modul cel mai eficient de a ajuta oamenii să-și rezolve problemele este să te întâlnești cu ei și cu alte persoane importante din viețile lor pentru a-i ajuta să-și reorganizeze interacțiunile.

Complementaritate

Complementaritatea se referă la reciprocitatea care este caracteristica definitorie în orice relație. În orice relație, comportamentul unei persoane este îmbinat cu al alteia. Să ne amintim simbolul pentru yin și yang, forțele masculine și feminine din univers? Observați cât de complementare sunt ele împreună și cum ocupă un spațiu. Relațiile sunt la fel.

Dacă o persoană se schimbă, relațiile se schimbă – și vor influența automat și altă persoană. Dacă John începe să facă mai multe cumpărături de la băcănie, Mary va face mai puține.



Terapeuții de familie trebuie să se gândească la complementaritate ori de câte ori aud o persoană se plânge de alta. Să luăm, de exemplu, un soț care se plânge că soția sa îl cicălește. „Tot timpul vrea ceva de la mine, tot timpul se plânge”. Din perspectiva complementarității, un terapeut de familie va evalua că plângerea soției este numai jumătate din paternul influenței reciproce. Ori de câte ori o persoană este percepută ca cicălitoare, înseamnă probabil că nu a fost ascultată cu atenție corespunzătoare privind preocupările ei într-o perioadă îndelungată. Pentru că nu a fost ascultată, acest lucru o face să se simtă supărată și nesprijinită. Nu e de mirare că ea continuă să fie cicălitoare.

Dacă în loc să aștepte ca ea să se plângă, John începe să o întrebe cum se simte, Mary va simți că el este preocupat de ea suficient de mult pentru a fi interesat de sentimentele ei. Sau cel puțin e posibil ca ea să se simtă astfel. Complementaritatea nu înseamnă că oamenii în relații se controlează unul pe altul; aceasta înseamnă că ei se influențează unul pe altul.

Un terapeut poate ajuta membrii familiei să înceteze să se învinuiască – și neputința care o însoțește – prin sublinierea complementarității acțiunilor lor. „Cu cât cicălești mai mult, cu atât mai mult el te ignoră. Și cu cât mai mult tu o ignori, cu atât mai mult ea te cicălește”.

Cauzalitate circulară

Înainte de apariția terapiei de familie, explicațiile psihopatologiei se bazau pe modele liniare: medicale, psihodinamice sau comportamentale. Etiologia a fost concepută în termenii evenimentelor anterioare – boală, conflict emoțional sau istoria învățării – care au cauzat simptomele din prezent. Folosind conceptul de *circularitate*, Bateson a ajutat la schimbarea modului în care gândim despre psihopatologie, de la ceva provocat de evenimente în trecut la ceva care este o parte a continuității, buclele de feedback circulare.

Conceptul de **cauzalitate liniară** se bazează pe modelul newtonian, în care universul este ca o masă de biliard unde bilele acționează unidirecțional una asupra alteia. Bateson credea că în timp ce cauzalitatea liniară era folositoare pentru descrierea lumii forțelor și obiectelor, acesta era un model sărac pentru lumea ființelor, pentru că se neglijează contribuția comunicării și a relațiilor.

Pentru a ilustra această diferență, Bateson (1979) a folosit exemplul unui om care lovește o piatră. Efectul lovirii unei pietre poate fi prevăzut prin măsurarea forței și unghiului lovirii și a greutateii pietrei. Dacă omul ar fi lovit un câine, pe de altă parte, efectul ar fi fost mai puțin predictibil. Câinele ar putea răspunde la o lovitură în unul din felurile următoare: devenind slugarnic, ruginind, mușcându-l pe om sau chiar jucându-se – în funcție de temperamentul câinelui și de interpretarea loviturii. Ca răspuns la

reacția câinelui, omul ar putea să-și modifice comportamentul și așa mai departe: astfel că numărul rezultatelor posibile este nelimitat.

Acțiunile câinelui (mușcătura, de exemplu) se vor întoarce și vor afecta următoarele mișcări ale omului (invocarea în zadar a numelui Domnului, de exemplu), care, la rândul lor, vor afecta câinele și așa mai departe. Acțiunea inițială declanșează o secvență circulară în care fiecare acțiune următoare afectează în mod repetat pe celălalt. Cauza și efectul liniar sunt pierdute într-un cerc de cauzalitate reciprocă. Această idee a **cauzalității reciproce sau circulare** este deosebit de folositoare pentru terapeuti, deoarece atât de multe familii așteaptă să afle cauza problemelor lor și să stabilească cine este responsabil. În loc să angajeze familia într-o cercetare logică, dar neproductivă despre cel care a început ce, cauzalitatea circulară sugerează că problemele sunt susținute de o serie continuă de acțiuni și reacțiuni. Cine a început aceasta? Rar are importanță. Nu trebuie să mergem înapoi pentru a descoperi prima cauză pentru a altera ciclul interacțiunii.

Triunghiurile

Majoritatea clienților își exprimă preocupările în termeni liniari. Ar putea fi o fetiță de patru ani care este de „nestăpânit” sau poate o fostă soție care „refuză să coopereze” referitor la drepturile de vizitarea copilului. Chiar dacă asemenea plângeri sugerează că problema este la un singur individ, mulți terapeuți vor crede că trebuie să se uite la problemele de relații. Fetița de patru ani „de ne stăpânit” se pare că are părinți care sunt ineficienți în disciplinarea ei, iar fostele soții care sunt „nerezonabile” probabil, au partea lor în aceste istorii. Și astfel, un terapeut, sigur un terapeut de familie, va dori probabil să vadă fetița de

patru ani împreună cu părinții ei și să se întâlnească cu amândoi, atât cu tatăl supărat, cât și cu fosta soție acestuia.

Să presupunem că terapeutul care se întâlnește cu fetița de patru ani și cu părinții ei vede că într-adevăr problema reală este lipsa de disciplină. Mama se plânge că fata nu face niciodată ce spune ea, tatăl este de acord, iar copilul aleargă în jurul camerei ignorând ordinele mamei de a sta liniștită. Părinții încercă să vadă dacă pot să folosească vreun sfat despre stabilirea limitelor. Poate. Dar experiența ne învață că un copil care nu ascultă stă adesea pe umerii unui părinte. Când copiii sunt în mod constant neascultători, aceasta înseamnă de obicei că părinții lor sunt în conflict în legătură cu ceea ce trebuie să fie reguli și cum să le aplice.

Poate că tatăl este o persoană strictă în ceea ce privește disciplina. Dacă este așa, soția sa ar putea simți că ea trebuie să-și protejeze fiica împotriva asprimii soțului ei și astfel ea devine mai prietenă și aliată cu fiica ei decât un părinte responsabil. Mulți părinți sunt supărați unul pe altul încât neînțelegerile lor sunt ușor de văzut. Dar mulți nu sunt atât de deschiși. Conflictele lor sunt dureroase, așa că ei le păstrează pentru ei. Poate ei cred că relațiile lor personale nu sunt problema terapeutului sau poate tatăl a decis că soției sale nu-i place cum rezolvă el lucrurile. „Atunci, la naiba, să le facă ea!” problema este aceasta: Problemele de relații adesea devin triumphiulare (Bowen, 1978) chiar dacă acest lucru nu poate fi vizibil imediat.

Un exemplu mai puțin evident de complicații triumphiulare apare adesea în cazul părinților divorțați care se ceartă pentru drepturile de vizitare a copiilor. Majoritatea divorțurilor generează destule răniri și supărări pentru a crea inevitabil o animozitate între foștii soți. Adăugați la aceasta o doză sănătoasă de vinovăție parentală (simțită și proiectată) și veți avea o formulă pentru certurile referitoare la cine ia copiii în

vacanță, al cui este rândul să cumpere o nouă pereche de pantofi de sport și cine i-a luat sau i-a adus în ultimul weekend. Întâlnirea foștilor soți înverșunați este posibil să facă puțin pentru infirmarea ipotezei că problema este între ei doi. Și atunci încă două persoane care sunt foarte supărate una pe cealaltă vor găsi o cale să facă lucrurile să meargă – numai dacă nu se amestecă terțe persoane.

Ce presupuneți că se întâmplă când un tată divorțat se plânge noii lui iubite că fosta lui soție este „lipsită de rațiune”? Același lucru care se întâmplă de obicei când o persoană se plânge de alta. Iubita simpatizează cu el și, adesea, de ce nu, îl sfătuiește să fie dur cu fosta lui soție. În același timp, mama copiilor are un prieten care o încurajează să devină mai agresivă. Astfel, în locul a doi oameni care să lase ca lucrurile să se rezolve între ei, unul sau amândoi sunt ațâțați să escaladeze conflictul dintre ei.

Triumphiularea tinde să stabilizeze relațiile – dar și să înghețe conflictul pe loc. Trebuie oare ca toate problemele de relații să implice terțe părți? Nu, dar majoritatea da.

Structura familiei

Paternurile de interacțiune ale familiei sunt predictibile – unii ar putea rămâne refractari – deoarece ei sunt înrădăcinați în structuri puternice, dar nevăzute. Paternuri dinamice, precum urmărit/urmăritor, descriu **procesul** interacțiunii; **structura** definește organizarea în cadrul căreia aceste interacțiuni au loc. Inițial, interacțiunile formează structura; dar odată stabilită, structura formează interacțiunile.

Familiile, ca și alte grupuri, au multe opțiuni de relaționare. Foarte rapid, totuși, interacțiunile care odată variau liber devin regulate și predictibile. Odată aceste paternuri stabilite, membrii familiei folosesc numai o

mică parte din gama largă de comportamente disponibile (Minuchin & Nichols, 1993). Familiile sunt structurate în **subsisteme** – determinate de generație, gen și funcție – care sunt demarcate de **granițele** interpersonale, bariere invizibile care reglementează contactul cu alții (Minuchin, 1974). Granițele salvează separarea și autonomia familiei și subsistemele acesteia. De exemplu, o regulă care interzice convorbirile telefonice la ora cinei stabilește o graniță care apără familia de intruziune. Subsistemele care nu sunt protejate adecvat de granițe limitează dezvoltarea abilității relației. Dacă copiilor li se permite să întrerupă oricând conversațiile părinților, granița care separă generațiile este erodată, iar relația cuplului subminează calitatea de părinte. Dacă părinții încercă să rezolve certurile dintre copiii lor, copiii nu vor învăța să câștige propriile lor bătălii.

Granițele rigide sunt prea restrictive și permit numai limitarea contactului care rezultă în **neimplicare**. Subsistemele dezangajate sunt independente, dar izolate. Din punct de vedere pozitiv, aceasta întărește autonomia. Din punct de vedere negativ, dezangajarea limitează căldura și afecțiunea. Subsistemele **implicate** oferă un sens mai mare sprijinului, dar pe seama independenței și competenței. Părinții angajați oferă copiilor lor apropiere, dar prea multă apropiere mutilează inițiativa.

Nu ar trebui trecut cu vederea că aceste aranjamente sunt pereche. Că sunt așa, nu le face nici mai bune nici mai rele. Dar trebuie să ne facă pe noi mai atenți în învinovățirea mamelor pentru expectațiile culturale și aranjamentele care perpetuează rolul lor ca persoane principale care au grijă de copii (Luepnitz, 1988). Un terapeut care recunoaște natura normativă a sindromului mamă implicată/tată neimplicat, dar care pune sarcina pe umerii mamei pentru a o lăsa să plece, trebuie să se întrebe el însuși de ce nu i-a venit ideea să-l provoace pe tată să se apropie.

Proces/conținut

Focalizarea asupra **procesului** comunicării sau asupra *felului* în care oamenii vorbesc, mai curând decât asupra **conținutului** acesteia sau *despre ce* vorbesc ar putea fi singura schimbare foarte productivă pe care un terapeut de familie poate să o facă. Imaginați-vă, de exemplu, că un terapeut încurajează o studentă începătoare irascibilă să vorbească cu părinții ei. Imaginați-vă apoi că tânăra se exprimă rar pe ea însăși în cuvinte, ci mai degrabă în proteste pasiv-agresive și că părinții ei îngroziți sunt, în contrast, prea buni pentru a-și exprima opțiunile în cuvinte. Să presupunem că tânăra începe să-și exprime în cele din urmă sentimentele spunând că facultatea este o pierdere de timp, iar părinții ei o contrazic aducând un argument puternic despre importanța de a merge la școală. Terapeutul devine neliniștit la ideea că tânăra ar putea abandona școala, care intervine să sprijine *conținutul* poziției părinților, va pierde o ocazie importantă de a sprijini *procesul* prin care tânăra învață să-și exprime sentimentele în cuvinte, mai degrabă decât în acțiuni autodistructive.

Familiile care vin la tratament se concentrează, de obicei, asupra conținutului. Un soț dorește să divorțeze, un copil refuză să meargă la școală, o soție este depresivă și așa mai departe. Terapeutul de familie vorbește cu familia despre conținutul problemelor acestora, dar se gândește la procesul prin care ei încearcă să rezolve problemele. În timp ce familia discută ce să facă cu refuzul copilului de a merge la școală, terapeutul observă dacă părinții par a fi interesați și dacă se sprijină unul pe celălalt. Un terapeut care spune părinților cum să-și rezolve problema (prin determinarea copilului de a merge la școală) lucrează cu conținutul, nu cu procesul. Copilul poate începe să meargă la școală, dar părinții nu și-au îmbunătățit procesul lor de luare a deciziilor.

Uneori, desigur, conținutul este important. Dacă o soție bea pentru a face să dispară temerile ei sau un soț își molestează fiica, terapeuții trebuie să știe și să facă ceva pentru aceasta. Dar, în măsura în care terapeuții se concentrează exclusiv asupra conținutului, este imposibil să ajute familiile să devină sisteme funcționale mai bune.

Semnificația (funcția) simptomelor

Când terapeuții de familie au descoperit că simptomele unui pacient identificat au adesea o influență stabilizatoare asupra familiei, ei vorbesc de influența homeostatică ca **funcție a simptomului** (Jackson, 1957). Într-un raport important, „Copilul cu tulburări emoționale ca țap ispășitor al familiei”, Erzra Vogel și Norman Bell (1960) au observat că acești copii cu tulburări emoționale sunt invariabil implicați în tensiunile dintre părinții lor. Prin defurnarea conflictelor acestora spre unul din copiii lor, părinții sunt capabili să mențină o relație rezonabilă, stabilă, deși costul pentru copil poate fi mare.

În conformitate cu Vogel și Bell, o șansă caracteristică a copilului poate fi aleasă pentru atenția anxioasă într-un proces care etichetează copilul ca membru deviant al familiei. Cu toate acestea, atât timp cât părinții focalizează interesul lor asupra copilului, conflictele lor proprii pot fi ignorate.

Ideea că simptomele unui membru al familiei pot servi ca o funcție homeostatică a alertat terapeuții să vadă dincolo de plângerile prezentate pentru conflictele latente, care pot sta în spatele lor. Dacă un copil are o problemă de comportament, de exemplu, adesea este cazul ca părinții săi să fie în conflict asupra modului cum să se poarte cu el. Cu toate acestea, nu este același lucru că familia *beneficiază* de comportamentul rău al copilului. Conflictul părinților

poate fi un rezultat, mai curând decât o cauză, a problemelor copilului. Observați, incidental, că termenul *țap ispășitor* este unilateral și de judecare.

O consecință a supoziției că simptomele servesc scopurilor familiei a stabilit o relație de adversitate între familii și terapeuți. Acest antagonism este adesea alimentat de o tendință de a simpatiza cu copiii și de a vedea părinții ca opresori. (Nu este așa cum mulți dintre noi am simțit când am crescut?) E greu să fii părinte. De fapt, acesta poate fi cel mai dificil lucru din lume. Să ai un copil dificil nu face acest lucru mai ușor. Dacă, în plus, părinții trebuie să se descurce cu un terapeut care consideră că ei profită cumva de problemele copiilor lor, cine i-ar putea acuza că opun rezistență?

Astăzi, ideea că simptomele servesc o funcție în familii a fost discreditată și multe școli de terapie cer acum o relație de colaborare cu clienții. Cu toate acestea, deși este o greșeală să presupui că simptomele servesc în mod necesar o funcție homeostatică pentru familie, este bine să se considere posibilitatea că, în unele cazuri, depresia mamei sau refuzul copilului de a merge la școală *s-ar putea* schimba pentru a servi ca o funcție protectoare pentru familie.

Ciclul vieții de familie

Când ne gândim la ciclul vieții, tindem să ne gândim la mișcarea indivizilor în timp, stăpânind provocările unei perioade, deplăsându-se apoi mai departe. Ciclul vieții umane poate fi ordonat, dar nu este un proces staționar, continuu. Noi progresăm în etape cu paliere stabile și fără bariere de dezvoltare care cer schimbare. Perioadele de creștere și schimbare sunt urmate de perioade de stabilitate relativă în decursul cărora schimbările se consolidează.

Ideea **ciclului vieții de familie** adaugă două lucruri înțelegerii noastre privind dezvoltarea individuală: primul, familiile trebuie să se reorganizeze pentru a se acomoda cu creșterea și schimbarea membrilor lor; în al doilea rând, schimbările în oricare din generațiile familiei pot avea un impact asupra unuia sau a tuturor membrilor familiei. Când un fiu sau o fiică se confruntă cu grădinița sau ajung la pubertate, copilul nu numai că trebuie să învețe să se descurce cu un nou set de circumstanțe, ci întreaga familie trebuie să se readapteze. Mai mult, tranzițiile de dezvoltare care afectează copiii nu sunt numai ale lor înșile, ci și ale părinților lor. În unele cazuri, chiar și ale bunicilor. Tesiunea privind relația unui copil de patrusprezece ani cu părinții săi poate fi datorată, atât crizei de la mijlocul vieții a tatălui său, cât și temerilor mamei sale privind pensionarea tatălui său, ca și pentru tot ce băiatul însuși traversează.

Schimbările într-o generație complică adaptările în alta. Un tată de vârstă mijlocie poate deveni nemulțumit de cariera lui și poate decide să devină mai implicat cu familia lui chiar în momentul în care copiii lui cresc și pleacă. Dorința sa de a fi mai apropiat poate frustra necesitatea lor de a fi ei înșiși. Sau, să cităm un alt exemplu devenit din ce în ce mai familiar, așa cum un bărbat și o femeie încep să facă din ce în ce mai mult pentru ei înșiși după ce și-au pornit copiii în viață, ei pot găsi copiii înapoi acasă (după părăsirea școlii, fiind incapabili să ofere o casă sau să-și revină dintr-un divorț timpuriu) și sunt confrunțați cu o versiune incomodă a unei a doua paternități.

O proprietate pe care familiile o împărtășesc cu alte sisteme complexe este că ele nu se schimbă într-un proces neted, treptat al evoluției, ci în salturi discontinue. Îndrăgostirea și revoluțiile politice sunt exemple de asemenea salturi. A avea un copil

este ca și cum te-ai îndrăgosti și ai trece printr-o revoluție în același timp..

Sociologii Evelyn Duval și Reuben Hill au început să aplice un cadru de dezvoltare familiilor în anii 1940, prin împărțirea dezvoltării familiei în etape discrete cu sarcini ce trebuie îndeplinite pentru fiecare etapă (Duvall, 1957; Hill & Rodgers, 1964). Terapeuții de familie Betty Carter și Monica McGregor (1980, 1999) au îmbogățit acest cadru prin adăugarea punctului de vedere *multigenerațional*, recunoscând paternurile diverse culturale și luând în considerație etapele divorțului și recăsătoriei.

Este important să recunoaștem că nu există nici o versiune fixă și standard a ciclului vieții de familie. Nu numai că familiile au o varietate de forme – familii cu un singur părinte, cupluri de același sex, familii vitrege – dar grupurile etnice, de diferite religii, culturi pot avea norme foarte diferite pentru etape diferite. Valoarea clinică reală a conceptului ciclului de viață nu constă atât de mult în a învăța ce este normal sau așteptat în anumite etape, ci în a recunoaște că familiile, adesea, dezvoltă probleme la tranzițiile în ciclul vieții datorită inabilității sau temerii de a face tranziția.

Problemele se dezvoltă când familia întâlnește o provocare – de mediu sau de dezvoltare – și este incapabilă să-și adapteze structura la circumstanțele schimbate. Astfel,



Opera Monica McGoldrick reamintește terapeuților că familiile au adesea probleme în a se descurca cu schimbările din ciclul vieții familiei.

TABELUL 4.1. Etapele ciclului de viață al familiei

Etapele ciclului vieții de familie	Procesul emoțional al tranziției: Principii cheie	Schimbări de gradul doi în statutul familiei cerute pentru a continua dezvoltarea
Părăsirea casei: adulți tineri singuri	Acceptarea responsabilității emoționale și financiare	<ul style="list-style-type: none"> a. Diferențierea sinelui în legătură cu familia de origine b. Dezvoltarea relațiilor intime egale c. Stabilirea sinelui în legătură cu munca și independența financiară
Formarea familiilor prin căsătorie: noul cuplu	Angajarea în noul sistem	<ul style="list-style-type: none"> a. Formarea sistemului marital b. Realinierea relațiilor cu familiile extinse și prieteni pentru a include soțul/soția
Familii cu copii mici	Acceptarea noilor membri în sistem	<ul style="list-style-type: none"> a. Adaptarea sistemului marital pentru a face loc copiilor b. Alăturarea în creșterea copilului, sarcini financiare și gospodărești c. Realinierea relațiilor cu familia extinsă pentru a include rolurile părinților și bunicilor
Familii cu adolescenți	Mărirea flexibilității granițelor familiei pentru a permite independența copiilor și slăbiciunile bunicilor	<ul style="list-style-type: none"> a. Schimbarea relației părinte-copil pentru a permite adolescentului să se miște în interiorul și în afara sistemului b. Refocalizarea asupra problemelor maritale de la mijlocul vieții și asupra carierei c. Începutul schimbării spre îngrijirea generației mai vârstnice. Lansarea copiilor și plecarea
Lansarea copiilor și plecarea lor de acasă	Acceptarea multitudinii de ieșiri din și intrări în sistemul familiei	<ul style="list-style-type: none"> a. Renegocierea sistemului marital ca o diadă b. Dezvoltarea relațiilor adult-adult c. A face față dizabilităților și morții părinților (bunicilor)
Familii în viața târzie	Acceptarea schimbării rolurilor generaționale	<ul style="list-style-type: none"> a. Menținerea funcționării și intereselor proprii și/sau ale cuplului în fața declinului psihologic: explorarea noilor opțiuni ale rolului familial și social

TABELUL 4.1. Continuarei

Etapale ciclului vieții de familie	Procesul emoțional al tranziției: Principii cheie	Schimbări de gradul doi în statutul familiei cerute pentru a continua dezvoltarea
Familii în viața târzie	Acceptarea schimbării rolurilor generaționale	<ul style="list-style-type: none"> b. Sprijin pentru un rol mai central al generației de mijloc. c. A face loc în sistem pentru înțelepciunea și experiența celor mai în vârstă, sprijinind generația mai vârstnică fără suprafuncționare pentru ei d. A face față pierderii soțului, copiilor și a altor perechi și pregătirea pentru moarte.

problemele sunt estimate, de obicei, a fi un semn nu al unei „familii disfuncționale”, ci pur și simplu al uneia care nu a reușit să se adapteze la nici unul din punctele schimbării vieții. Când cineva dezvoltă simptome psihologice, conceptul ciclului vieții de familie ne învață să avem în vedere posibilitatea că familia poate fi pur și simplu blocată în tranziția de la o etapă de dezvoltare la alta.

încăpățănare prostească. Terapeuții care recunosc funcția protectoare a rezistenței realizează că e mai bine să facă familiile să se simtă în siguranță pentru a coborî garda, în loc de a se strecura în jurul lor și a le ruina. Ei încearcă să creeze un mediu terapeutic cald, neacuzator, care să stimuleze și să cultive speranța că până și cele mai amenințătoare probleme pot fi vindecate.

Rezistența

Din cauza faptului că familiile se tem adesea de ceea ce s-ar putea întâmpla dacă conflictele lor ar fi scoase la lumină, ele pot rezista focalizându-se asupra problemelor lor cele mai sensibile. Terapeuții de familie timpurii au interpretat greșit această rezistență – frică ar putea fi un cuvânt mai potrivit – ca un fel de încăpățănare sau opoziție la schimbare (homeostază). Mai recent, totuși, terapeuții au recunoscut că toate sistemele umane sunt refractare la schimbarea pe care o percep drept riscantă. Familiile *trebuie* să reziste la schimbare – chiar dacă schimbarea pare benefică celor din afară – până în momentul în care este clar că, consecințele acestor schimbări sunt bune și terapeutul merită încredere. Astfel, este posibil să interpretăm rezistența drept prudență, mai degrabă decât

—Studiu de caz—

Emily era o mamă singură ale cărei încercări de a-și disciplina fiul erau subminate de protecția bunicii. Emily a evitat să se adreseze mamei ei deoarece ea nu credea că acest lucru ar fi dus la ceva. I-a fost frică de faptul că, odată pusă la încercare, mama ei ar putea deveni și mai critică față de ea și aceasta i-ar adânci depresia. Aceste temeri erau nerealiste. În trecut, când Emily nu spunea nimic critic despre mama ei, exact așa se întâmpla. Modalitățile de apărare ale unor oameni ni se par nerezonabile numai pentru că nu le putem vedea amintirile.

Pentru ca Emily să fie convinsă să încerce din nou să o lase pe mama ei să-i cunoască sentimentele, terapeutul a trebuit să construiască încrederea că lucrul cu el va



duce la îmbunătățirea relațiilor cu mama ei. Pentru a realiza această credibilitate, terapeutul trebuie să respecte ritmul lui Emily și să recunoască temerile ei, mai degrabă decât să se confrunte sau să manipuleze rezistența ei. Terapeuții întâlnesc mult mai puțină opoziție atunci când abordează familiile ca parteneri, încercând să-i ajute să identifice ceea ce îi constrânge de la a avea relații în felul în care ei doresc, mai degrabă decât ca experți care le dau sfaturi și care le arată defectele.

Așa cum vă imaginați făcând terapie de familie, vă puteți întreba cum, în calitate de terapeut amabil, respectuos, puteți împiedica membrii familiei supărați să țipe unul la altul sau să se uite urât într-o tăcere de piatră minute în șir. Crearea unei atmosfere de siguranță înseamnă mai mult decât stabilirea credibilității și speranței. Un terapeut trebuie să arate, de asemenea, că el sau ea, pot împiedica membrii familiei de a se răni unul pe altul, în așa fel încât să știe că pot lăsa să cadă armura lor de protecție fără teama unui atac. În anii de început ai terapiei de familie s-a crezut că împingerea membrilor familie în crize emoționale era necesară pentru dezghețarea patenurilor lor homeostatice. În timp, totuși, terapeuții au învățat că, în timp ce conflictul este real și de netemut – așa cum se spune, „Puteți face o omletă fără să spargeți ouăle” –, schimbarea este încă posibilă când membrii familiei interacționează cu respect și compasiune. În aceste momente ei se simt destul de siguri pentru a fi sinceri unul față de celălalt.

Una din trăsăturile caracteristice distinctive ale terapiei de familie este vederea optimistă a oamenilor. Un număr de modele ale terapiei de familie subscrie la ipoteza că în spatele fortăreței protectoare de mânie și neliniște a oamenilor zace un nucleu sănătos

al sinelui care poate fi rezonabil, respectuos, emfatic, tolerant și doritor de schimbare. Când membrii familiei interacționează în această stare, ei află adesea că ei înșiși își pot rezolva problemele. Emoțiile lor protectoare sunt cele care produc impasuri.

Indiferent de tehnica terapeutului, cheia pentru generarea interacțiunilor productive chiar în ședințe aspre este convingerea că există un asemenea potențial constructiv în toată lumea. Cu această convingere, terapeuții sunt capabili să aibă un rol cooperant, deoarece ei cred că clienții au resursele de care au nevoie. Fără această încredere, terapeuții sunt împinși în rolul de expert, ceea ce simplifică ingredientele care lipsesc – sfatul, intuiția, reparentarea, educația sau medicația. Aceasta nu sugerează că terapeuții de familie care au acest punct de vedere respectuos despre oameni nu oferă niciodată nici unul dintre aceste ingrediente; ei nu evaluează ceea ce știu de obicei că este cel mai bine.

Narațiunile familiei

Primii terapeuți de familie au privit dincolo de indivizi la relațiile familiei acestora pentru a explica cum se dezvoltă și cum se perpetuează problemele. Acțiunile s-au schimbat, erau înglobate în interacțiuni – și, desigur, cele mai evidente interacțiuni sunt comportamentale. Legăturile duble, episoadele de menținere a problemei, controlul advers, triumphiurile, implicarea și dezangajarea – acestea și alte concepte clasice din terapia de familie s-au focalizat toate asupra comportamentului. Dar, în plus față de a fi actori în viețile fiecăruia, membrii familiei sunt, de asemenea, povestitori.

Prin reconstruirea evenimentelor vieților lor în narațiuni coerente, membrii familiei sunt capabili să dea sens experienței lor (White & Epston, 1990). Astfel, nu este vorba

numai de acțiunile și interacțiunile care formează viața familiei, ci și de poveștile pe care membrii le construiesc și le spun. Părinții unui copil de doi ani, despre care spun ei înșiși că el „se opune”, vor răspunde foarte diferit decât părinții care spun ei înșiși că micuțul lor este „voinic”.

Narațiunile familiei organizează și dau sens experienței. Membrii familiei subliniază anumite evenimente care trasează linia și cern sau distorsionează alte evenimente care nu se potrivesc. Părinții care-și văd fetița de doi ani ca rezistentă își reamintesc vremurile când ea spunea nu, apoi perioadele când spunea da. Interacțiunile familiei și povestirea evenimentelor lor sunt legate în mod circular: evenimentele comportamentale sunt percepute și organizate sub formă narativă; această narațiune schimbă expectațiile care influențează comportamentul viitor și așa mai departe.

Interesul pentru narațiunea familiei s-a intensificat cu o anumită școală, terapia narativă a lui Michael White, care subliniază faptul că familiile cu probleme vin la terapie cu narațiuni pesimiste care tind să-i păstreze departe de a acționa efectiv. Dar o sensibilitate a importanței narațiunii personale este o parte folositoare a oricărei activități a terapeutului. Terapia este condusă ca un dialog. Cu cât un terapeut de familie poate fi interesat mai mult în procesul de interacțiune sau structura relațiilor de familie, el sau ea trebuie, de asemenea, să învețe să respecte influența modului în care ei trăiesc evenimentele – inclusiv contribuția terapeutului.

Genul

Când terapeuții de familie timpurii au aplicat pentru prima dată metafora sistemelor – organizarea părților plus modul în care ele funcționează împreună –, ei au acordat mai multă atenție modului în care familiile

funcționează decât părților acestora. Familiile sunt înțelese în termeni abstracti ca „granițe”, „triunghiuri” și „subsisteme parentale”, în timp ce membrii familiei sunt tratați adesea ca roțile dintr-o mașină. „Părțile” sistemului familiei nu încetează niciodată să fie ființe umane individuale; dar preocuparea privind modul în care familiile sunt organizate a tins să întunece personalitatea indivizilor care formează familia, inclusiv psihodinamica, psihopatologia, responsabilitatea personală a acestora – și genul.

Bunulsimț ne spune că genul este un fapt de viață (deși nimeni nu trebuie să subestimeze abilitatea cercetătorilor sociali de a transcende bunul simț). Atâta timp cât societatea așteaptă ca și creșterea primară a copiilor să fie făcută de mame, fetele își vor forma identitățile lor în legătură cu cineva cu care ele se așteaptă să semene, în timp ce băieții vor răspunde la deosebirea de acestea ca un motiv de separare de mamele lor. Rezultatul este ceea ce Nancy Chodorow (1978) a numit cu competență „reproducerea mamei”. În mod tradițional, femeile au fost crescute să aibă granițe psihologice mai permeabile, să-și dezvolte identitățile în condițiile atașamentului, să-și cultive capacitatea lor de empatie și să riște mai mult pentru a se pierde ele însele în relații. Bărbații, pe de altă parte, tind să apară cu granițe psihologice mai rigide, renegarea nevoilor lor de dependență și teamă fiind înghițite și adesea ei au dificultăți mai mari în empatizarea cu alții. Cunoaștem cu toții bărbați care îngrijesc copii și mame care nu o fac, dar acestea sunt excepții care întăresc regula.

Conștiința genului și inegalitatea genului au pătruns mult, nu numai în terapia de familie, ci și în întreaga noastră cultură. Traducerea acestei conștiințe în practică clinică concretă, este totuși complicată și controversată.

Există spațiu pentru neînțelegerea dintre cei care luptă să mențină neutralitatea clinică

și cei care cred că eșuarea în a aduce în discuție problemele genului în tratament – bani, putere, îngrijirea copilului, corectitudine și altele – conduce la riscul de întărire a rolurilor tradiționale și al aranjamentelor sociale (Walters, Carter, Papp & Silverstein, 1988). Cu toate acestea, nu este posibil să fii un terapeut corect și eficient fără să fi sensibil la modul în care problemele genului pătrund în viața de familie. Un terapeut care ignoră genul poate arăta în mod inadvertent lipsa interesului și a sensibilității pentru cariera unei femei, estimând că problemele copilului și creșterea copilului, în general, sunt în primul rând responsabilitatea mamei; acești terapeuți au un standard dublu pentru problemele extramaritale și așteaptă – sau cel puțin tolerează – neparticiparea tatălui la tratamentul familiei.

Dacă patriarhatul începe acasă, un terapeut sensibil al genului trebuie să recunoască semnificația de durată a experienței timpurii și fanteziile inconștiente. Cum răspund copiii părinților lor are importanță nu numai pentru modul în care continuă, ci și pentru bărbații și femeile care vor deveni. Când o fiică vorbește în derâdere despre „târfa” de mama ei, ea poate să disprețuiască fără să știe pe femeia din ea însăși. În plus, la identificarea cu părintele de același sex, relația copilului cu celălalt părinte este partea a ceea ce programează experiența viitoare cu sexul opus.

Un terapeut sensibil al genului trebuie să evite, de asemenea, inegalitățile potențiale în unele din ipotezele de bază ale terapiei de familie. Noțiunea de *cauzalitate circulară*, de exemplu, care subliniază paternurile repetitive ale comportamentului de întărire reciprocă, când este aplicată problemelor, precum bătaia, incestul sau alcoolismul, tinde să ocolească întrebările de responsabilitate și face dificil de considerat influențele externe ale interacțiunii, precum credințele culturale despre comportamentul corespunzător al genului. Conceptul de *neutralitate*

sugerează că toate părțile sistemului contribuie în mod egal la problemele acestuia și face astfel indispensabile diferențele dintre membrii familiei în ceea ce privește puterea și influența. Același lucru este adevărat și despre *complementaritate* care sugerează că în relațiile tradiționale dintre bărbați și femei rolurile sunt egale, deși diferite. Reconcilierea acestor contradicții nu este ușoară, dar ignorându-le, nu acesta este răspunsul.

Cultura

Dintre influențele care formează comportamentul familiei, puține sunt mai puternice decât contextul cultural. O familie din Porto Rico poate avea, de exemplu, expectații foarte diferite de loialitate și obligații de la copiii lor adulți, decât să spunem, o familie de albi din clasa de mijloc din Minnesota. Un motiv în plus pentru terapeut, pentru a fi mai sensibil la diversitatea culturală, este evitarea impunerii valorilor și ipotezelor majorității grupurilor minoritare. Există acum o mulțime de cărți și articole excelente, concepute pentru a familiariza pe terapeuți cu familii dintr-o varietate de trecuturi istorice, inclusiv, africani, americani (Bozd-Franklin, 1989), latino-americani (Falicov, 1998), haitieni (Bibb /Casimir, 1996), asiatico-americani (Lee, 1996) și sărăcimea urbană (Minuchin, Colapinto/Minuchin, 1998), pentru a menționa numai pe câțiva. Aceste texte și altele ca ele servesc drept ghid pentru terapeuții care se aventurează în teritorii relativ necunoscute. Deși, cea mai bună cale pentru a dezvolta o înțelegere a oamenilor din alte culturi poate fi aceea de a petrece timpul cu ei.

Mulți studenți sunt nesiguri în ceea ce privește diferența dintre cultură și etnicitate. **Cultura** se referă la paternurile comune de comportament și experiență derivate din modurile în care oamenii trăiesc. **Etnicitatea**

se referă la obârșia comună prin care indivizii au valori și obiceiuri evolute împărtășite – în special între grupurile care nu sunt protestanți albi anglo-saxoni. Cultura este un termen mai generic și noi l-am ales pentru a sublinia că, contextul cultural este *totdeauna* o problemă, chiar cu familiile care vin din zone similare cu cea a terapeutului.

Deși influențele culturale pot fi mai evidente la familiile din zone străine distincte, este o greșeală să presupunem că membrii aceleiași culturi împărtășesc în mod necesar valorile și supozițiile. Un tânăr terapeut evreu ar putea, de exemplu, să fie surprins de atitudinea dezagreabilă a unui cuplu evreu de vârstă medie despre hotărârea copiilor lor de a adopta un bebeluș negru. Tocmai pentru că un terapeut este afro-american sau italian sau irlandez nu înseamnă că el sau ea împărtășesc aceeași experiență sau atitudini ale familiilor cu un trecut similar. Fiecare familie este unică.

Aprecierea contextului cultural al familiilor este complicată de faptul că majoritatea familiilor sunt influențate de multiple contexte, care fac dificilă generalizarea. De exemplu, așa cum a observat Nancz Boyd-

Franklin (1989), familiile afro-americane din clasa de mijloc sunt la răscrucea a trei culturi. Există elemente culturale care pot fi trasate ca rădăcini africane, cele care sunt parte ale culturii americane dominante și, în cele din urmă, adaptările pe care oamenii de culoare trebuie să le facă rasismului din cultura dominantă. Mai mult, contextul cultural poate varia între membrii familiei. În familiile emigranților, de exemplu, nu este neobișnuit să vedem conflictele dintre părinții care au un puternic simț al identității etnice și copiii care adoptă mai ușor modalitățile țării gazdă. Părinții din prima generație își pot învinovăți copiii pentru abandonarea vechilor tradiții și dezonorarea familiei, în timp ce copiii își pot acuza părinții ca fiind încăpățânați și blocați în trecut. Mai târziu, copiii pot dezvolta o apreciere reînnoitoare pentru rădăcinile și tradițiile lor culturale.

Prima greșeală pe care mulți terapeuți o fac în lucrul cu clienții din culturi diferite este să patologizeze diferențele culturale. Deși lipsa unor granițe între o familie, vecinii acesteia și rude ar putea părea problematică unui terapeut alb din clasa mijlocie, rețelele de familie mai inclusive nu sunt atipice



La familiile latino-americane, loialitatea de familie este adesea o virtute foarte importantă.

pentru familiile afro-americane. A doua greșeală este să credem că funcția unui terapeut este să devină un expert în diferite culturi cu care el sau ea lucrează. În timp ce poate fi folositor pentru terapeuți să se familiarizeze ei înșiși cu limbajul, obiceiurile și valorile grupurilor majore din zona lor de acoperire, o atitudine de respect și curtuozitate față de cultura altor oameni poate fi mult mai folositoare decât impunerea stereotipurilor etnice sau simularea înțelegerii altor oameni. Este important să conștientizăm ce nu știm.

A treia greșeală pe care o fac terapeuții în lucrul cu familiile din alte culturi este să

accepte tot ce este asumat ca fiind o normă culturală funcțională. Un terapeut eficient trebuie să respecte felul altor oameni de a face lucrurile, fără a-i da dreptul să pună sub semnul întrebării paternurile care par a fi contraproductive. Deși granițele fluide par a fi tipice printre familiile sărace urbane, aceasta nu înseamnă că este inevitabil pentru familiile sărace urbane să fie dependente de diferite servicii sociale sau de personalul agențiilor pentru a presupune că nevoile unei familii dau dreptul lucrătorilor să intre neanunțați și neinvitați în spațiul familiei, în mod fizic și psihologic (Minuchin, Lee & Simon, 1996).

—Lecturi recomandate—

- Bateson, G. 1971. *Steps to an ecology of mind*. New York; Ballantine.
- Bateson, G. 1979. *Mind and nature*. New York: E.P. Dutton.
- Bertalanffy, L., von. 1950. An outline of general systems theory. *British Journal of the Philosophy of Science*. 1:34 – 165.
- Bertalanffy, L., von. 1967, *Robots, men and minds*. New York: George Braziller.
- Bowlby, J. 1988. *A secure base: Clinical application of attachment theory*. London; Routledge.
- Carter, B., and McGoldrick, M., eds, 1999. *The expanded family life cycle: A framework for*

family therapy. 3rd ed. Boston; Allyn and Bacon.

- Davidson, M. 1983. *Uncommon sense: The life and thought of Ludwig von Bertalanffy*. Los Angeles: J.P. Tarcher.
- Dell, P. F. 1982. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*. 21:21-42
- Haley, J. 1985. Conversations with Erickson. *Family Therapy Networker*. 9 (2): 30-43.
- Hoffman, L. 1981, *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Weiner, N. 1948. *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge, MA: Technology Press.

—Bibliografie—

- Ainsworth, M. D. S. 1967. *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of attachment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Behar, M.C., Walters, E. and Wall, S. 1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anderson, H., and Goolishian, H.A. 1988. Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications of theory and practice. *Family Process*. 27:371-393.
- Bateson, G. 1956. *Naven*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Bateson, G. 1972. *Steps toward an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Bateson, G. 1979. *Mind and nature*. New York: E.P. Dutton.
- Bernard, C. 1859. *Leçons sur les propriétés physiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme*. Paris: Ballière.
- Bertalanffy, L. von. 1950. An outline of general systems theory. *British Journal of Philosophy of Science*. 1:39-164.
- Bertalanffy, L. von. 1968. *General systems theory*. New York: Braziller.
- Bowen, M. 1978. *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bibb, A., and Casimir, G. J. 1996. Haitian families. In *Ethnicity and family therapy*. M. McGoldrick, J. Giordano, and J. K. Pearce, eds. New York: Guilford Press.
- Bowen, M. 1978. *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bowlby, J. 1958. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*. 41:350-373.
- Bowlby, J. 1973. *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. 1979. *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. 1988. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Boyd-Franklin, N. 1989. *Black families in therapy: A multisystems approach*. New York: Guilford Press.
- Burlingham, D. and Freud, A. 1944. *Infants without families*. London: Allen & Unwin.
- Cannon, W. B. 1939. *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Carter, E., and McGoldrick, M., eds. 1980. *The family life cycle. A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Carter, E., and McGoldrick, M., eds. 1999. *The expanded family life cycle*. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Chodorow, N. 1978. *The reproduction of mothering*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Davidson, M. 1983. *Uncommon sense*. Los Angeles: J.P. Tarcher.
- Dell, P. F. 1982. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process* 21(1):21-42.
- Dell, P. F., 1985. Understanding Bateson and Maturana; Toward a biological foundation for the social sciences. *Journal of Marital and Family Therapy*. 11:1-20.
- Duvall, E. 1957. *Family development*. Philadelphia: Lippincott.
- Easterbrook, M.A., and Lamb, M.E. 1979. The relationship between quality of infant-mother attachment and infant competence in initial encounters with peers. *Child Development*. 50:380-387.
- Efran, J. S., Lukens, M. D., and Lukens, R. J. 1990. *Language, structure and change: Frameworks of meaning in psychotherapy*. New York: Norton.
- Falicov, C. J. 1998. *Latino families in therapy*. New York: Guilford Press.
- Feeney, 1995. Adult attachment and emotional control. *Personal Relationships*. 2:143-159.
- Foerster, H. von 1981. *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems.
- Gergen, K. J. 1985. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*. 40: 266-275.
- Gottman, J. 1994. *What predicts divorce*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Haley, J. 1976. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Harlow, H. 1958. The nature of love. *American Psychologist*. 13:673-685.
- Hazan, C., and Shaver, P.R. 1987. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52:511-524.
- Heims, S. 1991. *The cybernetics group*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Held, B. S. 1995. *Back to reality: a critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York: Norton.
- Hill, R., and Rodgers, R. 1964. The developmental approach. In *Handbook of marriage and*

- the family*. H.T. Christiansen, ed. Chicago: Rand McNally.
- Hoffman, L. 1981. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hoffman, L. 1988. A constructivist position for family therapy. *The Irish Journal of Psychology*. 9:110-129.
- Hoffman, L. 1990. Constructing realities: An art of lens. *Family Process*. 29:1-12.
- Jackson, D. D. 1957. The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly Supplement*. 31:79-90.
- Jackson, D. D. 1959. Family interaction, family homeostasis, and some implications for conjoint family therapy. In *Individual and family dynamics*. J. Masserman, ed New York: Grune & Stratton.
- Johnson, S. 1996. *Creating connection: The practice of emotionally focused marital therapy*. New York; Brunner/Mazel.
- Johnson, s. 2002. *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: strengthening attachment bonds*. New York: Guilford Press.
- Kelly, G.A. 1955. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Lee, E. 1996. Asian American families: An overview In *Ethnicity and family therapy*. M. McGoldrick, J. Giordano, and J. K. Pearce, eds. New York: Guilford Press.
- Lieberman, A. F. 1977. Preschoolers' competence with a peer: relations with attachment and peer experience. *Child Development*. 48:1277-1287.
- Lorenz, K. E. 1935. Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. In *Instinctive behavior*. C. H. Schiller, ed. New York: International Universities Press.
- Luepnitz, D. A., 1988. *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*. New York: Basic Books.
- Main, M. 1977. Sicherheit und Wissen. In *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*. K. E. Grossman, ed. Munich: Kinder Verlag.
- Main, M., and Weston, D. 1981. The quality of the toddler's relationships to mother and father: Related to conflict behavior and readiness to establish new relationships. *Child Development*. 52: 932-940.
- Matas, L. Arend, R., and Sroufe, L. A. 1978. Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*. 49: 547-556.
- Meyrowitz, J. 1985. *No sense of place*. New York: Oxford University Press.
- Minuchin, S., 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., 1991. The seductions of constructivism. *Family Therapy Networker*. 15(5):47-50.
- Minuchin, P., Colapinto, J., and Minuchin, S. 1998. *Working with families of the poor*. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S., Lee, W-Y., and Simon, G. M. 1996. *Mastering family therapy: Journeys of growth and transformation*. New York: Wiley.
- Minuchin, S., and Minuchin, M.P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York; Free Press.
- Neimeyer, R. A. 1993. An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61:221-234.
- Nichols, M. P. 1993. The therapist as authority figure. *Family Process*. 32:163-165.
- Nichols, M. P. and Schwartz, R. C. 2001. *Family therapy: Concepts and methods*, 5th ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Robertson, J. 1953. *A two-year-old goes to hospital* (Film) London: Tavistock Child Development Research Unit.
- Simon, G.M.. 1993. Revisiting the notion of hierarchy. *Family Process*. 32: 147-155.
- Speer, D. C. 1970. Family systems: Morphostasis and morphogenesis, or „Is homeostasis enough?“ *Family Process*. 9(3): 259-278.
- Sroufe, J. A. 1979. The coherence of individual development: Early care, attachment and subsequent developmental issues. *American Psychologist*. Turin: Bollati Boringhieri.

- Ugazio, V. 1999. *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Turin: Bollati Boringhieri.
- Vogel, E.E., and Bell, N.W. 1960. The emotionally disturbed child as a family scapegoat. In *The family*. N.W. Bell and E. F. Vogel, eds. Glencoe, IL: Free Press.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., and Silverstein, O. 1988. *The invisible web: Gender patterns in family relationships*. New York: Guildford Press.
- Walters, E. 1978. The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child Development*. 49:483-494.
- Walters, E., Wippman, J., and Sroufe, L.A. 1979. Attachment, positive affect and competence in the peer group: Two studies of construct validation. *Child Development*. 51: 208-216.
- Watzlawick, P. ed. 1984. *The invented reality*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., and Jackson, D. D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York. Norton.
- White, M., and Epston, D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wiener, N. 1948. *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wynne, L. 1984. The epigenesis or relation systems: A model for understanding family development. *Family Process*. 23:297-318.



Terapia sistemică de familie a lui Bowen

O abordare integrațională a terapiei de familie

Pionierii terapiei de familie au recunoscut că oamenii sunt produse ale contextului social, dar au limitat atenția la familia nucleară. Da, acțiunile noastre sunt influențate de ceea ce funcționează în familiile noastre. Dar ce se întâmplă cu forțele, trecute și prezente, care generează aceste influențe? Ce determină ca soțul să se depărteze el însuși de cerințele vieții de familie? Ce determină o soție să neglijeze propria viață pentru a organiza viața copiilor ei? Murray Bowen a găsit răspunsurile la asemenea întrebări în rețeaua mai largă a relațiilor de familie.

Conform lui Bowen, relațiile umane sunt conduse de două forțe de viață: *contraechilibrate, individualitatea și a fi împreună*. Fiecare dintre noi are nevoie de companie și de un grad de independență. Ce face viața interesantă – dar și frustrantă – este tendința pentru aceste nevoi de polarizare a fiecăruia. Când un partener presează pentru o legătură mai strânsă, celălalt se simte sufocat și tinde să plece. Odată cu trecerea timpului, urmărirea de către unul și renunțarea celuilalt

conduc perechea prin ciclurile de apropiere și distanțare.

Cum împacă oamenii de succes aceste două polarități ale naturii umane depinde de măsura în care ei au învățat să gestioneze emoționalitatea sau folosind termenul lui Bowen, *diferențierea sinelui*. Mai multe despre aceasta mai târziu.

Deși nimeni nu se îndoiește de influența familiei asupra modelării personalității, mulți oameni își imaginează că, de îndată ce au plecat de acasă ei au crescut, sunt adulți independenți, eliberați, în sfârșit, de influența părinților. Unii oameni prețuiesc individualitatea și o iau ca un semn de creștere pentru a se separa de părinții lor. Alții doresc să poată fi mai apropiați de familiile lor, dar găsesc că vizitele acasă sunt prea dureroase și, astfel se țin la distanță pentru a se autoproteja de dezamăgire și rănire. Odată ieșiți din șiru conflictului imediat, ei uită și neagă discordia. Dar așa cum a descoperit Bowen familia rămâne cu noi oriunde am merge. Așa cum vom vedea, reactivitatea emoțională nerezolvată cu părinții noștri este cea ma

importantă afacere neterminată din viața noastră.

Figuri reprezentative

Interesul profesional al lui Bowen a început atunci când el era psihiatru la Clinica Menninger, la sfârșitul anilor 1940. Îndreptându-și atenția spre enigma schizofreniei, Bowen a fost izbit de sensibilitatea emoțională deosebită dintre pacienți și mamele acestora. Alții care au observat această reactivitate au numit-o *simbioză*, deși era un fel de mutație parazită. Bowen a văzut-o, simplu, ca o exagerare a procesului natural, o versiune mai intensă și mai prelungită a tendinței de a reacționa emoțional față de altă persoană care există în toate relațiile.

În 1954, Bowen s-a mutat la Institutul Național de Sănătate Mentală (National Institute of Mental Health = NIMH), unde a inițiat un proiect de spitalizare a familiilor întregi care aveau un membru schizofrenic. Ceea ce a observat a fost că legătura emoțională intensă dintre mame și copiii lor cu tulburări emoționale implica în mod inevitabil întreaga familie. În centrul problemei era „legătura anxioasă”, o formă patologică a apropierii provocată de anxietate. În aceste familii cu probleme, oamenii erau prizonierii emoționali ai modului

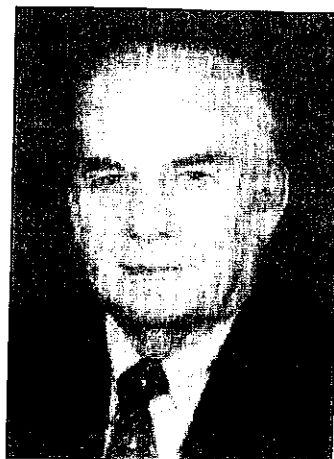
în care ceilalți se comportau. Caracteristica acestor relații de blocare-împreună emoționale sau *de fuzionare* era lipsa de autonomie personală.

O altă descoperire a cercetării lui Bowen privind „simbioza mamă-copil” a fost observația unui patern repetitiv, cicluri alternante de apropiere și depărtare, deosebit de sensibile la schimbări în tensiunea emoțională a mamei sau copilului sau a relațiilor dintre ei. Anxietatea separării cuplată cu anxietatea încorporării s-a crezut a fi dinamica de bază.

Când proiectul NIMH s-a terminat, în 1959, Bowen s-a mutat la Universitatea Georgetown, el a început să lucreze cu familii ale căror probleme erau mai puțin severe. Ce a descoperit, spre surprinderea sa, au fost multe din aceleași mecanisme pe care le-a observat la familiile psihotice. Aceasta l-a convins că nu există discontinuitate între familiile normale și cele patologice, ci că toate familiile variază în mod continuu de la fuziune emoțională la diferențiere.

Timp de treizeci și unu de ani la Georgetown, Bowen și-a dezvoltat teoria sa cuprinzătoare privind terapia de familie, care a inspirat o întreagă generație de studenți și a devenit un lider recunoscut pe plan internațional al mișcării terapiei de familie. A murit, după o boală îndelungată, în octombrie 1990.

Modelul sistemic al familiei extinse al lui Murray Bowen este teoria cea mai cuprinzătoare



Aplicațiile lui Philip Guerin ale teoriei lui Bowen au produs unele din cele mai folosite cărți din terapia de familie

Printre studenții cei mai proeminenți ai lui Bowen sunt Philip Guerin și Thomas Fogarty, care s-au unit, în 1973, pentru a forma Centrul pentru Învățământ de Familie (*Center for Family Learning*) din New Rochelle, New York. Sub conducerea lui Guerin, Centrul pentru Învățământul de Familie a devenit unul din centrele majore ale terapiei de formare și practica de familie. Guerin este un terapeut și un profesor virtuos, iar două din cărțile sale, *Evaluarea și tratamentul conflictului marital* și *Lucrând cu triumphiurile de relații*, sunt printre cele mai folosite în clinici, din întreaga literatură a terapiei de familie.

Betty Carter și Monica McGoldrick sunt foarte cunoscute pentru excelenta lor carte privind ciclul vieții de familie (Carter & McGoldrick, 1999) și pentru promovarea feminismului în terapia de familie. Michael Kerr, doctor în medicină, a fost student și coleg, mult timp, cu Bowen, iar din 1977, el a fost director cu formarea la Centrul Familiei din Georgetown. Kerr este poate cel mai credibil avocat al tuturor studenților lui Bowen, așa cum a demonstrat cea mai strălucită prezentare a teoriei boweniane din cartea *Evaluarea familiei* (Kerr & Bowen, 1988).

Formulări teoretice

Cei mai mulți pionieri ai terapiei de familie erau pragmatici, mult mai interesați de acțiune decât de intuiție, mai interesați de tehnică decât de teorie. Bowen a fost o excepție. El a fost cel mai angajat în teoria sistemică, ca o modalitate de gândire, mai degrabă decât ca un set de intervenții.

Conform lui Bowen, noi avem mai puțină autonomie în viețile noastre emoționale decât credem. Cei mai mulți dintre noi suntem mai dependenți și mai reactivi unul față de altul decât ne place să credem. Teoria sistemică a lui Bowen descrie cum familia, ca o rețea de

relații multigenerațională, formează interjocul individualității și al faptului de a fi împreună folosind șase concepte interconectate (Bowen, 1966): diferențierea sinelui, triumphiurile, procesul emoțional al familiei nucleare, procesul proiecției familiei, procesul de transmisie multigenerațională și poziția de înrudire. În anii 1970, Bowen (1976) a adăugat două concepte suplimentare: *separarea emoțională* și *procesul emoțional societal*.

Diferențierea sinelui

Diferențierea sinelui, piatra de încercare a teoriei lui Bowen este, atât un concept intrapsihic, cât și interpersonal. Analoagă, în general, *forței ego-ului*, diferențierea este capacitatea de a gândi și reflecta pentru a nu răspunde automat presiunilor emoționale, interne sau externe (Kerr & Bowen, 1988). Este capacitatea de a fi flexibil și de a acționa cu înțelepciune, chiar în momente de anxietate.

Oamenii care nu au capacitatea de diferențiere se deplasează cu ușurință la emoționalitatea care le subjugă autocontrolul. Viețile lor sunt conduse de reactivitate la cele din jurul lor. Persoana care posedă diferențierea sinelui este capabilă să echilibreze gândirea și sentimentul: este capabilă de emoție puternică și spontaneitate, dar posedă și autoconstrângere, care vine cu abilitatea de a rezista la efortul impulsurilor emoționale.

În contrast, oamenii care nu posedă capacitatea diferențierii sinelui tind să reacționeze emoțional – cu supunere sau neîncredere – față de alți oameni. Ei au puțină identitate autonomă; în schimb ei au o tendință spre **fuziune** emoțională cu alții. Ei cred că este dificil să-și mențină propria autonomie, în special în jurul problemelor anxioase. Întrebați ce gândesc, ei spun ceea

ce simt; întrebați ce cred, ei se fac ecoul la ceea ce ei aud. Fie sunt de acord cu tot ce spui, fie se ceartă pentru orice. În contrast, oamenii care posedă diferențierea de sine sunt capabili să ia o poziție fermă privind problemele, pentru că ei sunt capabili să gândească, să decidă ceea ce ei cred și apoi să acționeze conform convingerilor lor.

Guerin definește diferențierea ca pe un proces de eliberare parțială a unei persoane de haosul emoțional al familiei sale. Eliberarea conduce la analiza rolului propriu ca participant activ în sistemul de relații, în locul învinovățirii problemelor tuturor, dar nu ale sale (Guerin, Fay, Burden, & Kautto, 1987). Guerin folosește conceptul de *nivel adaptiv de funcționare* pentru a defini și evalua abilitatea de a continua funcționarea în fața stresului. Nivelul adaptiv de funcționare este capacitatea de a face efortul conștient de a fi obiectiv și de a se comporta rațional în fața presiunilor emoționale.

Triunghiurile emoționale

Acordați-vă puțin timp pentru a vă gândi la cea mai dificilă relație în familia dumneavoastră. De fapt, acea relație implică aproape sigur una sau mai multe terțe părți. În mod virtual, toate relațiile emoționale semnificative sunt umbrite de terțe părți – rude, prieteni, chiar amintiri.

Influența majoră asupra activității triunghiurilor o are *anxietatea* (Guerin, Fogarty, Fay & Kautto, 1966). Cu cât crește anxietatea, oamenii trăiesc o nevoie mai mare de apropiere emoțională – sau, ca reacție la presiunile altora, o mai mare nevoie de distanțare. Cu cât mai mulți oameni răspund mai întâi cu anxietate, cu atât ei sunt mai puțin toleranți unul față de altul și mai polarizați de diferențe.

Când doi oameni au probleme pe care sunt incapabil să le rezolve, de obicei ei se așează

pe poziția că este greu să vorbești despre anumite lucruri. De ce să traversăm toată această agravare când aceasta conduce numai la rănirea sentimentelor și tăcere supărătoare? De fapt, unul sau ambii parteneri cer simpatia cuiva. Sau conflictul va fi atras de o a treia persoană, care încercă să-l rezolve sau să ia o poziție. Dacă implicarea unei terțe părți este numai temporară și determină pe cei doi oameni să cerceteze diferențele, triumghiul nu devine fix. Dar dacă a treia persoană rămâne implicată, așa cum adesea se întâmplă, triumghiul devine o parte regulată a relației.

Implicarea unei a treia persoane diminuează anxietatea în cuplu prin împrăștierea acesteia prin trei relații. Astfel, de exemplu, o soție supărată din cauza distanțării soțului ei poate să-și mărească implicarea cu unul din copii ei. Ce face aceasta un triumghi este devierea energiei care, altfel, se duce într-o căsătorie. Petrecerea timpului cu fiica ei poate îndepărta presiunea asupra soțului pentru a face lucruri de care nici soției nu-i pasă. Cu toate acestea, descrește și posibilitatea ca soțul și soția să învețe să dezvolte interese pe care și le pot împărtăși – și acesta subminează independența copilului.

Guerin a făcut distincție între „triumghiuri” ca o structură stabilă de relații și „triumghiulare” ca proces reactiv (Guerin & Guerin, 2002). În procesul **triumghiulării**, o a treia persoană, care este sensibilă la anxietatea dintr-un cuplu, se implică pentru a oferi reasigurarea sau pentru a calma lucrurile. „De exemplu, o fiică mai mare poate încerca să reducă conflictul marital intens vorbind cu fiecare părinte în parte sau cu părintele asupra căruia ea are cea mai mare influență. În același timp, fratele ei mai mic poate absorbi tensiunea părinților săi sau o manevrează prin exteriorizare într-un mod antisocial. Comportamentul de mimare servește și funcției de atragere a părinților împreună de a încerca să rezolve problema

comună a mimării de către fiul lor.” (Guerin și alții, 1987, p. 62).

Unele triumphiuri par atât de inocente încât noi observăm cu dificultate efectul lor dăunător. Mulți părinți nu pot să reziste să se plângă copiilor lor, cel puțin odată, despre soții lor. „Mama ta întârzie *totdeauna!*” „Tatăl tău nu lasă *niciodată* pe altcineva să conducă mașina!” Aceste interschimbări par destul de dăunătoare. Ceea ce face triumphiurile problematice este faptul că ele au o tendință de a deveni obișnuite și de a corupe relația originală.

Triumphiularea lasă la o parte aburul, dar în schimb îngheață conflictul. Problema cu triumphiurile nu este atât de mare, cât de rea este plângerea sau căutarea consolării, dar mai degrabă triumphiurile devin devieri care subminează relațiile.

Cele mai multe probleme de familie sunt triumphiulare, de aceea atunci când se referă la cuplu pot avea rezultate limitate. Învățarea mamei a unor tehnici mai bune pentru a-și disciplina fiul nu va rezolva problema dacă ea este excesiv implicată cu fiul ca rezultat al distanțierii emoționale a soțului ei.

Procesul emoțional al familiei nucleare

Acest concept se ocupă de forțele emoționale din familie care operează de-a lungul anilor în paternuri recurente. La început, Bowen a folosit termenul de *masă a egoului familiei care nu are capacitate de diferențiere* pentru a descrie un exces de reactivitate emoțională sau *fuziune* în familii. Lipsa capacității de diferențiere din familia de origine conduce la o *separare emoțională* de părinți, care conduce în schimb la fuziune în căsătorie – deoarece oamenii cu resurse emoționale limitate proiectează tipic toate nevoile lor asupra fiecăruia. Din momentul în care această nouă fuziune este instabilă,

ea tinde să producă una sau mai multe din următoarele: (1) distanțiere emoțională reactivă între parteneri; (2) disfuncție fizică sau emoțională la un partener; (3) conflict marital; sau (4) proiecția problemei asupra unuia sau mai multor copii. Intensitatea acestor probleme este legată de nivelul lipsei capacității de diferențiere, de mărimea separării emoționale din familiile de origine și de nivelul de stres din sistem.

Procesul de proiecție al familiei

Acesta este un proces prin care părinții transmit copiilor lor lipsa capacității lor de diferențiere. Fuziunea emoțională dintr-un cuplu creează tensiune care conduce la conflict, distanțiere emoțională sau supra și subfuncționare reciprocă. Un caz obișnuit este acela în care un soț, care este despărțit de părinții și frații lui, are relații foarte distante cu soția sa. Acest lucru o predispune pe ea să se concentreze asupra copiilor. Ținută la distanță de soțul ei, ea devine atașată anxios de copii, de obicei cu cea mai mare intensitate asupra unui anumit copil. Acest copil ar putea fi fiul sau fiica cel/cea mai mare, cel mai mic sau poate cel care seamănă cel mai mult cu unul dintre părinți. Acest atașament este diferit de preocupările de îngrijire: este o preocupare anxioasă, implicată. Din momentul în care aceasta evidențiază anxietatea ei proprie, soțul acceptă implicarea excesivă a soției sale cu copiii care, în schimb, întărește complicația și distanțarea.

Obiectul acestui proces de proiecție – copilul prin care mama trăiește cel mai mult – realizează cea mai mică diferențiere a sinelui și devine cel mai vulnerabil la probleme. Aceasta nu înseamnă că paternurile funcționării emoționale *provoacă* disfuncția fizică sau emoțională; aceasta înseamnă că aceste procese emoționale în familie au o influență

majoră asupra abilității individului de a se adapta altor factori care precipită disfuncția.

Cu cât mama își focalizează mai mult anxietatea asupra unui copil, cu atât funcționarea copilului este oprită. Această subdezvoltare încurajează mama să supracontroleze copilul, distrăgând-o de la propriile anxietăți, dar mutilând emoțional copilul.

Procesul de transmitere multigenerațional

Acest concept descrie transmiterea anxietății cronice de la o generație la alta. În fiecare generație copilul cel mai implicat în fuziunea familiei se deplasează spre un nivel mai scăzut al capacității de diferențiere a sinelui (și anxietate cronică), în timp ce copilul cel mai puțin implicat se deplasează către nivelul cel mai ridicat al capacității de diferențiere (și anxietatea cea mai scăzută).

Atunci când o persoană (a doua generație) care are mai puțină capacitate de diferențiere decât părinții săi se căsătorește, ea va alege, ca și părinții săi, un coleg care are cam același nivel al capacității de diferențiere. Acești doi oameni stabilesc apoi atmosfera emoțională în noua lor familie și încorporează în această atmosferă pe copiii lor. Dacă un soț are o capacitate de diferențiere mai scăzută decât părinții lui, nivelul de anxietate în noua familie este posibil să fie mai mare. Deoarece există mai multă anxietate, mecanismele pentru a o suporta (conflictul marital, disfuncția soțului sau disfuncția copilului) vor fi mult mai active în această generație decât în cea precedentă. Modalitățile specifice în care anxietatea este suportată determină gradul de separare emoțională al fiecărui copil din a treia generație. Cu cât anxietatea care este focalizată pe unul dintre copii e mai mare, cu atât mai puțin copilul va fi capabil să-și reglementeze propria lui/ei emoționalitate și

crește ca o persoană matură și fericită. Cu cât anxietatea este mai puțin focalizată pe copii, cu atât mai mult ei vor crește cu o capacitate de diferențiere mai mare decât cea a părinților lor. Astfel, teoria lui Bowen continuă spunând că trecutul influențează prezentul: aceasta arată căile de-a lungul cărora procesele emoționale trec prin generații.

Părinții care amestecă neliniștitor preocupările lor privind copiii le lasă o alegere mică pentru conformare sau revoltă. În loc să învețe să gândească pentru ei înșiși, asemenea copii funcționează în reacție cu alții. Când acești copii părăsesc casa, ei se așteaptă să devină autorii propriilor lor vieți. Ei nu se vor schimba ca părinții lor! Din nefericire, deși mulți oameni luptă împotriva moștenirii lor, aceasta de obicei îi ia cu ea.

Poziția de frați

Bowen era de acord cu ideea conform căreia că și copiii dezvoltă caracteristici personale bazate pe poziția lor în familie (Toman, 1969). Predicția este complexă deoarece sunt implicate multe variabile, dar cunoașterea caracteristicilor generale plus cunoașterea specifică a unei anumite familii este de ajutor în predicția rolului pe care-l va juca un copil în procesul emoțional al familiei.

Teoria lui Bowen oferă o perspectivă interesantă pentru a reconsidera noțiunea familială de rivalitate frățească.

Să spunem că o mamă este neliniștită deoarece copiii ei nu vor simți niciodată gelozia, iar ea își arogă responsabilitatea de a-i asigura că ei se vor simți iubiți în mod egal. (Cu toate acestea, adevărul ar putea fi diferit). Neliniștea ei se traduce într-o acțiune prin montarea unui spectacol de tratare a acestora în mod exact egal – o încercare de o perfectă obiectivitate care, de obicei, trădează neliniștea din spatele acesteia. Fiecare copil

devine apoi deosebit de sensibil la cantitatea de atenție pe care el sau ea a primit-o în legătură cu fratele sau sora sa. Aceasta poate rezulta în dispute și resentimente – exact ceea ce mama a încercat să prevină. Mai mult decât atât, cu cât mama este mai neliniștită pentru a controla cum se simt copiii, ea poate aplană disputele lor, lipsindu-i de oportunitatea de a face astfel, dându-le motive în plus pentru a se simți tratați inegal. („Cum să mă duc în camera mea? *El* a început!”)

Astfel, conflictul dintre frați, adesea explicat ca un rezultat al rivalității inevitabile (ca și cum rivalitatea ar fi singura relație firească dintre frați și surori), poate fi doar o latură a triumghiului. (Desigur, intensitatea preocupărilor unei mame cu copiii ei este legată de alte triumghiuri – inclusiv relațiile ei cu prietenii, cariera, soțul ei).

Importanța ordinii nașterii a primit recent un sprijin puternic în cartea provocatoare și irezistibilă *Născut Rebel (Born to Rebel)* de Frank Sulloway (1996). Alegând date biografice din cinci sute de ani de istorie, concluziile lui Sulloway sunt sprijinite pe o analiză multivariațională de peste un milion de date biografice. Personalitatea, argumentează el, este un repertoriu de strategii pe care frații le folosesc pentru a intra în competiție unul cu celălalt, pentru a-și asigura un loc în familie.

Primii născuți au o tendință să se identifice cu puterea și autoritatea. Ei folosesc dimensiunea și puterea lor superioară pentru a-și apăra statutul și pentru a încerca să diminueze costul de a avea frații prin dominarea acestora. (Alfred Adler a sugerat că primii născuți devin „conservatorii avizi de putere” așa cum luptă împotriva fraților lor pentru a restaura supremația lor pierdută în cadrul familiei). Winston Churchill, George Washington, Ayn Rand și Rush Limbaugh sunt exemple ilustrative.

Ca persoane umile într-o familie, ultimii născuți sunt mult mai înclinați să se identifice

cu oprimații și să pună sub semnul întrebării status quo-ul. Ei sunt mai deschiși pentru experiență deoarece această deschidere îi ajută, ca ultimii veniți în familie, în găsirea unei nișe neocupate. Din rândurile lor au ieșit exploratorii îndrăzneți, iconoclaștii și ereticii din istorie. Ioana de Arc, Marx, Lenin, Jefferson, Rousseau, Virginia Wolf, Mary Wollstonecraft și Bill Gates sunt ultimii născuți cei mai reprezentativi.

Ceea ce susținătorii dezvoltării gândeau odată că a fost un context familial împărtășit, s-a transformat în a nu fi împărtășit de loc. Orice familie este de fapt o multiplicitate de micromedii, o colecție de nișe, constând din avantaje distincte din care frații experimentează aceleași evenimente în moduri foarte diferite.

Separarea emoțională

Separarea emoțională descrie modul în care oamenii gestionează lipsa capacității de diferențiere (și anxietatea asociată) dintre generații. Cu cât e mai mare fuziunea emoțională dintre părinți și copii, cu atât e mai mare probabilitatea separării. Unii oameni caută distanța mutându-se departe; alții fac asta pe plan emoțional evitând subiectele personale din conversație sau insultându-se în prezența terților.

Michael Nichols (1986) descrie cum unii oameni greșesc considerând separarea emoțională drept maturitate:

„O luăm ca pe un semn al creșterii pentru a ne despărții de părinții noștri și măsurăm maturitatea noastră prin independența legăturilor de familie. Mulți dintre noi răspund încă familiilor noastre ca și cum ei sunt radioactivi și capabili să le provoace o mare durere. Un singur lucru îi lipsește numai lui Superman din extraordinarea sa putere: kriptonitul, o bucățică din planeta sa de acasă.

Un număr surprinzător de adulți, bărbați și femei, sunt lăsați, în mod similar, fără ajutor numai printr-o scurtă vizită la sau de la părinții lor” (p.190).

Procesul emoțional societal

Bowen a anticipat preocuparea contemporană pentru influența socială asupra modului de funcționare a familiilor. Kerr și Bowen (1988) citează exemplul unei rate ridicate a criminalității care are urmări în comunitățile cu presiune socială mare. Bowen conștientizează că sexismul și prejudiciul de clasă și etnic sunt exemple ale procesului social emoțional nefericit, dar el credea că indivizii și familiile cu niveluri ridicate de diferențiere sunt mai capabili să reziste acestor influențe sociale negative.

Preocupărilor teoretice ale terapeuților bowenieni, Monica McGoldrick și Betty Carter le-au adăugat genul și etnicitatea. Aceste boweniene feministe cred că nu este posibil să ignori inegalitățile de gen fără să ignori unele forțe sociale primare care mențin bărbații și femeile prinși în capcana rolurilor inflexibile. Mai mult, ei ar putea sublinia că fraza precedentă este naivă în sugerarea că bărbații și femeile sunt victimele predispoziției de gen. Femeile trăiesc în condiții sociale de constrângere și cu bărbați care le perpetuează – bărbați care pot să nu observe avantajul lor sau se simt puternici cu soțiile și mamele lor, dar trăiesc cu, și iau drept un cadou condițiile sociale care fac ca bărbații să meargă înainte mai ușor în lume.

McGoldrick a fost un lider în atragerea atenției asupra diferențelor etnice în familii. Cartea sa, *Etnicitatea și Terapia de Familie* (*Etnicity and Family Therapy*) (McGoldrick,



Betty Carter este un foarte respectat terapeut bowenian și un avocat puternic al egalității genului.

Pearce, & Giordano, 1982), a fost o piatră de hotar în dezvoltarea sensibilității terapiei de familie în această problemă. Fără înțelegerea modului în care normele și valorile culturale diferă de la un grup etnic la altul, pericolul este al terapeuților care impun modurile lor proprii de a vedea lucrurile familiilor ale căror perspective nu sunt „disfuncționale”, ci diferite în mod legitimat.

Dezvoltarea familiei normale

Dezvoltarea optimă a familiei este gândită să aibă loc atunci când membrii familiei sunt relativ diferiți, atunci când anxietatea este scăzută și atunci când patenerii sunt într-un bun contact emoțional cu propriile lor familii. Mulți oameni își părăsesc căminele în mijlocul transformării relațiilor cu părinții lor de la adolescent la adult. Astfel, transformarea este, de obicei, incompletă și mulți dintre noi, chiar ca adulți, continuăm să reacționăm cu sensibilitate de adolescent față de părinții noștri – și la oricine altcineva care apasă pe aceleași butoane.

În mod normal, dar nu optim, oamenii reduc contactul cu părinții și frații lor pentru a evita neliniștea de-a avea de a face cu ei.

Odată aflați în afara casei și a lor înșile, oamenii tind să presupună că lasă în urmă vechile dificultăți. Cu toate acestea, ei duc cu ei probleme neterminate sub forma unor sensibilități nerezolvate, care apar oriunde merg în relațiile intense. Învățând să ignore propriul lor rol în conflictele de familie, mulți oameni sunt incapabili să prevină recurențele în noile relații.

O altă moștenire din trecut este aceea că atașamentul emoțional dintre partenerii intimi va semăna cu cel pe care fiecare l-a avut în familia de origine. Oamenii care nu dispuneau de o diferențiere a sinelui relativă în familiile de origine vor continua să fie nu dispună de diferențierea sinelui atunci când formează o nouă familie. Aceia care rezolvă anxietatea prin distanță și retragere vor face același lucru în căsătoriile lor. De aceea, Bowen a fost convins că diferențierea personalităților autonome, realizată inițial în familia de origine, este atât o descriere a dezvoltării normale, cât și o recomandare pentru progresul terapeutic.

Cater și McGoldrick (1999) au descris **ciclul vieții de familie** ca pe un proces de extindere, contracție și realiniere a sistemului de relații pentru a sprijini intrarea, ieșirea și dezvoltarea membrilor familiei. În etapa de *părăsire a căminului*, sarcina primară pentru tinerii adulți este de a se separa de familiile lor fără să se separe sau să fugă spre un substitut emoțional. Este momentul să dezvolți un sine autonom înainte de a te uni cu o altă persoană pentru a forma o nouă uniune. În etapa de *unire a familiei prin căsătorie*, sarcina primară este să realizezi noul cuplu. Dar aceasta nu este o uniune simplă a doi indivizi: aceasta este mai degrabă o transformare a două întregi sisteme. În timp ce problemele din această etapă pot părea a fi primordiale între parteneri, ele pot, de asemenea, să reflecte un eșec în separarea de familiile de origine sau o îndepărtare extremă care pune prea multă presiune asupra cuplului.

Familiile cu copii mici trebuie să se adapteze noilor completări, să coopereze în rezolvarea sarcinilor privind creșterea copiilor, să evite ca și căsătoria să fie scufundată în probleme de paternitate și să realinieze relațiile cu familia extinsă. Tinerele mame și tinerii tați sunt provocați să îndeplinească nevoile copiilor pentru educație și control – și să lucreze împreună ca o echipă. Această etapă este o etapă extrem de stresantă, în special pentru tinerele mame și este faza ciclului de viață cu cel mai mare procent de divorțuri.

Recompensa pentru părinții care supra-viețuiesc etapelor precedente este de a-și vedea copiii transformați în adolescenți. *Adolescența* este perioada în care copiii nu mai vor să semene cu mama și cu tata; ei doresc să fie ei înșiși. Ei luptă pentru a deveni persoane autonome și pentru a deschide granițele familiei – și totuși ei luptă mai mult decât trebuie. Părinții au viețile lor satisfăcute de mulțumirea proprie (sau cel puțin tolerează) a aerului proaspăt (calambur intenționat) care plutește în familie în acest moment. Aceia care insistă să-și controleze adolescenții ca și cum ei ar fi încă copii mici provoacă escaladări dureroase de revoltă, ceea ce este normal pentru această perioadă.

În etapa de *lansare și intrare în scenă a copiilor*, părinții trebuie să lase copiii să plece și să-și vadă de propriile lor vieți. Acesta poate fi un timp liberator de împlinire, dar acesata ar putea fi, de asemenea, *criza de la mijlocul vieții* (Nichols, 1986). Părinții trebuie, nu numai să rezolve schimbările din viața copiilor lor și din propriile lor vieți, ci și schimbările în relațiile lor cu propriii lor părinți care îmbătrânesc – sau nu mai vor cu nici un preț să acționeze niciodată ca părinți.

Familiile în viața târzie trebuie să-și aranjeze pensionarea, ceea ce înseamnă, atât pierderea bruscă a ocupației, cât și creșterea bruscă a apropierii cuplului. Cu amândoi parteneri acasă, toată ziua, casa poate părea dintr-o dată puțin cam mică. Mai târziu, în

viață, familiile trebuie să țină seamă de declinul sănătății, de îmbolnăvire și apoi de moarte, marea egalizatoare.

O variație în ciclul vieții care nu mai poate fi considerată o deviație este *divorțul*. Cu o rată a divorțurilor de 50% și o rată a divorțurilor după recăsătorie de 61% (Glick, 1984), divorțul lovește acum majoritatea familiilor americane. Sarcinile primare ale cuplurilor divorțate sunt să sfârșească căsătoria, dar să mențină cooperarea în calitate de părinți. Multe familii după divorț devin familii cu un părinte – constând în majoritatea cazurilor din mame și copii, marea majoritate a acestor cazuri confruntându-se cu probleme financiare teribile. O alternativă este recăsătoria și formarea familiilor vitrege, în care, adesea, singurătatea se schimbă în conflict

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

Simptomele rezultă din stresul care depășește capacitatea unei persoane de a le gestiona. Capacitatea de a gestiona stresul este o funcție a diferențierii: cu cât persoana are o capacitate mai bună de diferențiere a sinelui, cu atât el sau ea este mai mobil(ă) și mai flexibil(ă) susținând relațiile lui sau ale ei. Cu cât persoanele au o capacitate mai mică de diferențiere a sinelui, este nevoie de mai puțin stres pentru a produce simptomele.

Dacă „diferențierea” este redusă la „maturitate”, formula boweniană nu va adăuga mult modelului familiar diateză-stres, care spune că maladia se dezvoltă atunci când vulnerabilitatea individului este solicitată. Această diferență este că diferențierea nu este numai o calitate a indivizilor, ci și a relațiilor. Nivelul de bază al capacității de diferențiere al unei persoane este determinat de gradul de autonomie realizat în familia lui sau a ei, dar *nivelul funcțional de diferențiere* este

influențat de calitatea relațiilor curente. Astfel, o persoană relativ imatură care se preocupă să gestioneze dezvoltarea relațiilor sănătoase va avea un risc mai mic decât o persoană la fel de imatură care este singură sau în relații nesănătoase. Simptomele se dezvoltă atunci când nivelul de anxietate depășește capacitatea *sistemului* de a le manevara.

Cu cât individul este mai vulnerabil (în condițiile izolării și lipsei de diferențiere), cu atât este mai posibil să absoarbă anxietatea din sistem și să dezvolte simptome. De exemplu, un copil de zece ani care prezintă o tulburare de conduită este posibil să fie cel mai triumphiulat copil din familie și, de aceea, cel mai prins emoțional în conflictul dintre părinți sau cel mai afectat de una din tensiunile părinților.

În conformitate cu Bowen, factorul principal în geneza problemelor psihologice este *fuziunea emoțională* transmisă de la o generație la următoarea. Cu cât este mai mare fuziunea, cu atât mai mult cineva este programat de forțe emoționale primitive și este mai vulnerabil la emoționalitatea altora. Deși nu este întotdeauna vizibil, oamenii tind să-și aleagă perechile cu niveluri echivalente ale lipsei capacității de diferențiere a sinelui.

Fuziunea emoțională se bazează pe atașamentul anxios care poate fi manifestat fie prin dependență, fie prin izolare. Atât persoana dependentă, cât și persoana izolată emoțional răspunde la stres cu un nivel ridicat de reactivitate emoțională. Următoarea vigneta clinică ilustrează cum este transmisă fuziunea emoțională din familia de origine.

—Studiu de caz—

Janet and Warren Langdon au cerut ajutor pentru fiul lor, Martin, în vârstă de cincisprezece ani, după ce d-na Langdon a

găsit marijuana într-un plic de plastic în fundul unui sertar cu lenjeria lui. Dl și d-na Langdon nu au obiectat când terapeutul a spus că ar dori să-i vadă pe toți trei împreună pentru a avea cât mai multe informații posibil. Se pare că descoperirea marijuanaei a fost ultimul incident dintr-o lungă serie de certuri dintre d-na Langdon și fiul ei. Mulți copii de cincisprezece ani iau marijuana, dar nu toți lasă probe în jurul lor pentru a fi găsite de mamele acestora.

După întâlnirea cu familia și după ce a vorbit cu băiatul și părinții acestuia separat, terapeutul a concluzionat că Martin nu pare că ar avea o problemă serioasă cu drogurile. Foarte preocupante, totuși, erau intensitatea certurilor îngrozitoare cu mama sa și adaptarea sa socială slabă la școală și cu prietenii. Ceea ce a spus terapeutul familiei a fost că era îngrijorat nu numai de marijuana, ci și de celelalte semne de adaptare nefericită, că trebuie să extindă evaluarea prin ținerea câtorva sedințe suplimentare, separat, cu Martin și părinții acestuia. Dl și d-na Langdon au fost de acord, deși fără prea mult entuziasm. Martin nu a protestat atât de mult cât s-ar fi putut aștepta.

După ce tatăl său a murit, dl Langdon și sora lui mai mare au fost crescuți de mama lor. Ei erau tot ce ea a avea și ea și-a dedicat în întreagime toată energia pentru a le forma viețile. Ea era exigentă și critică și sensibilă la tot ceea ce ei doreau să facă în afara familiei. Pe la sfârșitul adolescenței, Warren nu a mai putut să o tolereze pe mama sa dominatoare. Sora lui nu a fost niciodată în stare să se elibereze; ea a rămas singură și a locuit acasă împreună cu mama ei. Cu toate acestea, Warren s-a hotărât să devină independent. În cele din urmă, pe la vreo douăzeci de ani, el a plecat de acasă și i-a întors spatele mamei sale.

Janet Langdon venea dintr-o familie mare, strâns legată și afectuoasă. Ea și cele patru surori ale ei erau foarte atașate una de

cealaltă și au rămas cele mai bune prietene. După ce a absolvit liceul, Janet a anunțat că vrea să meargă la colegiu. Acest lucru era contrar normelor familiei, conform cărora fetele rămâneau acasă și se pregăteau ele-însele să devină soții și mame. Deși s-a dat o bătălie importantă între Janet și părinții ei, ei luptau să o țină acasă, ea lupta să devină liberă. În cele din urmă, ea a plecat la colegiu, dar s-a înstrăinat de părinții ei.

Când Janet l-a întâlnit pe Warren, ei au fost atrași unul de altul. Amândoi erau singuri și departe de familiile lor. După ce și-au făcut curte o perioadă scurtă, dar pasionată, s-au căsătorit. Luna de miere nu a durat mult. Nediferențiindu-se niciodată realmente de mama sa dictatorială, Warren era deosebit de sensibil la orice critică și control. Devenea furios la orice încercare oricât de ușoară a lui Janet de a-i schimba obiceiurile. Janet, pe de altă parte, a vrut să reinstaleze în noua ei căsătorie apropierea pe care a avut-o în familia ei. Dar pentru a fi apropiați, ea și Warren, trebuiau să-și împărtășească interesele și activitățile. Când ea s-a apropiat de el, sugerând că trebuie să facă ceva împreună, Warren s-a supărat și avea resentimente, simțind că Janet îi știrbea individualitatea. După mai multe luni de conflict cei doi au intrat într-o perioadă de echilibru relativ. Warren și-a consacrat cea mai mare parte a energiei sale la serviciu, lăsându-o pe Janet să regleze distanța dintre ei. Un an mai târziu s-a născut Martin.

Ambii părinți erau încântați să aibă un copil, dar ceea ce a fost pentru Warren o persoană plăcută în plus în familie, pentru Janet a fost mijlocul de a-și împlini nevoia disperată de apropiere. Copilul însemna totul pentru ea. Cât a fost un bebeluș, ea a fost mama perfectă, iubindu-l cu tandrețe și dorind să-i rezolve orice nevoie. Atunci când Warren a încercat să se implice în viața fiului său, Janet s-a străduit să se asigure că el nu face nimic „rău”. Aceasta l-a înfuriat pe

Warren și după câteva izbucniri amare l-a lăsat pe Martin din ce în ce mai mult în grija soției sale.

Când a învățat să meargă și să vorbească, Martin a început să facă rele așa cum fac toți copiii. El apuca lucrurile pe care nu trebuia, refuza să stea în țarcul său de joacă și se agita ori de câte ori nu-și găsea locul. Plânsul său era de nesuportat pentru Janet și ea se considera incapabilă să stabilească niște limite privind scumpul ei bebeluș.

Martin a crescut cu o mamă foarte iubitoare, care credea că el este centrul universului. Ori de câte ori el nu primea ceea ce vroia, își ieșea din fire. Oricât de rele erau lucrurile, familia exista cel puțin într-un fel de echilibru. Warren era separat de soția și fiul său, dar el își avea munca lui. Janet era separată de soțul ei, dar ea își avea copilul. Dificultățile lui Martin au început când s-a dus la școală. Obişnuit să facă numai ce vrea el, i s-a părut imposibil să împartă totul cu copiii sau să se supună regulilor. Istericalele l-au făcut să nu fie îndrăgit de colegii și profesorii lui. Ceilalți copii îl evitau și el a crescut având puțini prieteni. Cu profesorii, el a acționat ca în bătălia tatălui său împotriva oricărui eforturi de a fi controlat. Atunci când Janet a auzit reclamațiile privind comportamentul lui Martin, ea i-a luat partea fiului ei. „Oamenii aceștia nu știu cum să se poarte cu un copil creator”.

Martin a crescut cu un patern teribil de adaptare la școală și prieteni, dar a păstrat relația extrem de strânsă cu mama sa. Criza a venit odată cu adolescența. La fel ca și tatăl lui înaintea sa, Martin a încercat să-și dezvolte interesele independente în afara casei. Cu toate acestea, el era mai puțin capabil să se separe decât a fost tatăl său, iar mama sa era, de asemenea, incapabilă să-l lase să plece. Rezultatul a fost începerea unor conflicte cronice între Martin și mama sa. Chiar dacă existau dispute între ei și se certau, rămâneau unul în centrul atenției

celuilalt. Martin pierdea mai mult timp certându-se cu mama sa decât făcând altceva cu viața sa.

Povestea lui Martin ilustrează teoria lui Bowen privind tulburările de comportament. Așa cum explică Betty Carter (comunicarea personală), simptomele izbucnesc atunci când problemele „verticale” de anxietate și toxicomanie ale familiei traversează generațiile, se intersectează cu stresurile „orizontale” care vin la punctele de tranziție din ciclul vieții de familie. Astfel, perioada lui Martin de cea mai mare vulnerabilitate apare atunci când fuziunea nerezolvată pe care a moștenit-o de la mama sa s-a intersectat cu stresul chemării sale de adolescent pentru independență.

Chiar copiii uniți emoțional ating un punct în care ei încearcă să fugă. Dar fuga în aceste circumstanțe tinde să fie realizată prin separare emoțională, mai degrabă, decât prin decizia matură a legăturilor de familie. În copilărie suntem legați de părinții noștri. Depindem de ei pentru a avea grijă de noi, acceptăm fără să criticăm cea mai mare parte a atitudinilor și convingerilor lor și ne comportăm în moduri care sunt, în general, eficiente în continuarea drumului nostru împreună cu ei. Aceasta înseamnă, de obicei, o combinație între a fi bun, așteptând răbdător pentru a fi recompensat și a fi supărat și reclamant. Cele mai multe din comportamentele copilărești nu mai funcționează în lumea adultului. Cu toate acestea, cei mai mulți dintre noi părăsesc casa înainte de schimbarea paternului de-la-adult-la-adult cu părinții noștri. Noi – și ei – începem să ne schimbăm numai înainte de a veni timpul să părăsim casa.

Un copil blajin, liniștit poate deveni în adolescență puțin mai încrezut și mai pretentios. În mod previzibil, părinții reacționează cu dezamăgire și tristețe. Dar

în loc să destrame furtuna, cei mai mulți oameni sunt răniți și se retrag. Aceasta este separarea emoțională. În loc să insiste suficient de mult pentru a transforma relația într-una matură, cei mai mulți oameni hotărăsc că singura cale de a se descurca cu părinții lor este să plece departe. Din nefericire, aceasta dă numai iluzia independenței.

Fiica, care nu a avut o etapă de fetiță cuminte cu părinții ei, va adopta probabil o poziție similară în afara casei. Când acest lucru nu funcționează, ea poate reacționa cu furie – ceea ce iarăși nu funcționează. Cei care se îndepărtează ei-înșiși de părinții lor pentru a minimiza tensiunea duc cu ei modul lor copilăresc de a fi.

Conform lui Bowen, oamenii tind să-și aleagă prietenii cu niveluri echivalente de nediferențiere. Atunci când se dezvoltă un conflict inevitabil, fiecare partener va fi conștient de contribuția imaturității emoționale – în celălalt. Fiecare va fi pregătit pentru schimbare – în celălalt. El va descoperi că ea îl tratează așa cum un tată atrage nu numai dependența strânsă dar, de asemenea, tiradele emoționale și temperamentele isterice. Ea va descoperi că el va retrage apropierea pe care ea a găsit-o atât de atractivă în timp ce-i făcea curte imediat ce ea și-a exprimat vreo cerere. El a fugit de la părinții săi deoarece avea nevoie de apropiere, dar nu putea să o gestioneze. Confruntat cu conflictul, el a dat din nou înapoi. Trist, ceea ce i-a întors pe ei unul împotriva celuilalt joacă rolul întreprătorului care-i separă. Ceea ce urmează este conflictul marital, disfuncția unuia dintre soți, slăbind implicarea excesivă cu unul dintre copii sau combinații diferite ale tuturor celor trei. Când familiile vin pentru ajutor, ei se pot prezenta cu una din aceste probleme. Oricare ar fi problema prezentată, dinamica sunt similare: lipsa capacității de diferențiere de sine în familiile de origine este transferată problemelor maritale, care sunt în schimb proiectate asupra unui soț sau copil simpto-

matic. Astfel, problemele trecutului sunt vizitate în viitor.

Scopurile terapiei

Bowenienii nu încercă să schimbe oamenii și nici nu sunt foarte interesați de rezolvare problemelor. În schimb, ei văd terapia ca pe o oportunitate pentru oameni de a învăța mai mult despre ei înșiși și despre relațiile lor, în așa fel încât să poată să-și asume responsabilitatea propriilor probleme. Nu trebuie să spunem, totuși, că terapeuții stau și permit familiilor să-și trieze propriile probleme. Dimpotrivă, terapia bowenienă este un proces de investigație activă, în care terapeutul, ghidat de cea mai cuprinzătoare teorie din terapia de familie ajută membrii familiei să renunțe la ideea de vinovăție și să găsească greșelile pentru a se confrunța și a explora propriile lor roluri din problemele familiei.

Trasarea paternului problemelor familiale înseamnă să acorzi atenție la două lucruri: **procesului și structurii**. Procesul se referă la paternurile reactivității emoționale, iar structura se referă la rețeaua interconectată a triumphiurilor.

Pentru a schimba sistemul, modificarea trebuie să aibă loc în triumphiul cel mai important din familie – acela care implică cuplul marital. Pentru a realiza acest lucru terapeutul creează un triumphi nou, unul terapeutic. Dacă terapeutul este în contact cu partenerul în timp ce, din punct de vedere emoțional rămâne neutru, ei pot începe procesul **detriumphiului** și diferențierii care va schimba profund și permanent sistemul întregii familii.

Metodologia clinică legată de această formulare cercetează: (1) creșterea capacității părinților să-și gestioneze propria anxietate și de aici să devină mai capabili să se ocupe de comportamentul copiilor; și (2) fortificarea nivelului funcționării emoționale.

a cuplului prin creșterea capacității de a opera cu anxietatea mai scăzută în familiile lor de origine.

În modificarea acestor scopuri, făcută de Guerin și Fogarty, s-a accentuat mai mult pe stabilirea unei relații cu un copil simptomatic și lucrul cu discuțiile disfuncționale și procesele emoționale reactive din triumphiurile familiei nucleare. Lucrul cu familia extinsă este lăsat la o parte dacă nu este legat direct și explicit de formarea și menținerea simptomului. Cu alte cuvinte, când Bowen a mers direct, în general, la **familia de origine**, bowenienii din a doua generație au acordat mai multă atenție **familiei nucleare** și este posibil să aștepte să se instituie lucrul asupra familiei de origine ca un mod de întărire a câștigurilor și pentru a mări funcționarea individului și a familiei. Tulburările de comportament la adulți – precum pierderea repetată a locului de muncă, mânia necontrolată și constrângerile de droguri, sexul sau achiziția – sunt văzute în contextul, fie al soțului disfuncțional – fie al triumphiurilor adult-copil, iar intervențiile clinice sunt planificate în consecință.

Scopul terapiei maritale este să îmbunătățească autofocusul, să diminueze reactivitatea emoțională și să modifice paternurile disfuncționale. Dacă acest lucru poate fi realizat, soții pot deveni parteneri, iubiți și prieteni mai buni. Ca parte a acestui proces, ei vor învăța să recunoască faptul că ei cred în acesta, nu numai că sunt împotrivă, în aprecierea idiosincraziilor lor și ale celor ale partenerilor lor și devin mai capabili să accepte propriile evaluări și limitări, precum și pe cele ale partenerilor lor.

Monica McGoldrick, vorbind din perspectiva feministă, argumentează că nu este suficient să abordezi relația maritală cu neutralitate – pentru a ajuta cuplurile să negocieze compromisurile dintre ele în propriile lor condiții. Atâta vreme cât relațiile maritale se bazează pe dezechilibre inerente,

terapeuții conștienți trebuie să-și dea seama de inegalitate și trebuie să muncească activ pentru a redresa situația.

Cei mai mulți bărbați au probleme cu intimitatea. Aceasta depinde de modul în care ei sunt socializați. Trebuie să admitem aceasta pentru noi înșine și să-i ajutăm pe bărbați să se schimbe. Avem nevoie să-i ajutăm să vadă impactul nefavorabil al sistemului de valori dominant care face dificil pentru ei să relaționeze eficient cu familiile lor. În același timp, avem nevoie să ajutăm femeile să devină eficiente în zone în care ele lipsesc: în problemele de lucru cu banii, supărare și participare eficientă în domeniul muncii plătite și succesului (McGoldrick, 1990).

McGoldrick crede că inegalitatea economică dintre bărbați și femei este un context puternic și neglijat al căsătoriei, făcând aceasta mai dificilă pentru femei pentru a insista asupra schimbării, deoarece este mai dificil pentru ele să fie independente din punct de vedere financiar. Banii înseamnă opțiuni.

Dacă soția nu este într-o poziție viabilă din punct de vedere economic, terapia de familie poate fi imposibilă. Dacă ea nu are puterea să negocieze relația de pe poziții egale, pretextul negocierii poate fi o farsă. Atenție la a o forța să plece înainte de a fi conștientă de limitele și opțiunile ei.

Terapia LUI poate cuprinde focalizarea asupra visurilor lui, ținerea unui jurnal, învățarea să fie apropiat cu copiii sau cu prietenii lui.

Terapia EI poate cuprinde focalizarea asupra curriculumului, a cursului Dale Carnegie sau o consultație cu un planificator financiar și luarea unei vacanțe de la responsabilitățile de familie (McGoldrick, 1990).

Betty Carter a pus problema pentru sensibilitatea de gen în felul următor:

„Terapia maritală care ignoră sexismul este la fel ca rearanjarea scaunelor pe puntea Titanicului”.

Condiții pentru schimbarea comportamentului

Creșterea capacității de a distinge între gândire și simțire și a învăța să folosim capacitatea de a rezolva problemele de relații este principiul conducător al terapiei boweniene. Micșorând anxietatea și măbind concentrarea asupra sinelui – capacitatea de a vedea și regula propriul rol în procesele interpersonale – este mecanismul principal al schimbării.

Înțelegerea, nu acțiunea, este vehiculul vindecării. De aceea, două dintre cele mai importante elemente ale terapiei boweniene pot să nu fie vizibile de oricine care are încredere primordială în tehnici. Atmosfera ședințelor și poziția terapeutului sunt ambele desemnate să micșoreze emoționalitatea. Terapeuții pun întrebări pentru a stimula autorefecția și le adresează persoanelor câte una odată, mai degrabă decât să încurajeze dialogurile de familie – care au o tendință nefericită de a deveni supraîncălzite. Deoarece clienții nu sunt singurii care răspund în mod emoțional de dramele de familie, terapeuții bowenieni se străduiesc să-și controleze propria reactivitate și să evite triumfiularea. Acest lucru este mai ușor de spus decât de făcut. Cheia pentru a rămâne în afara triumfiului este aceea de a nu fi niciodată de partea cuiva și de a atrage atenția ficcării părți pentru acceptarea unei responsabilități mai mari pentru a face lucrurile mai bine.

A fi în triumfi înseamnă a fi de partea cuiva. Ori de câte ori i se impută motivele pentru comportamentul unei persoane („soțul este dominator”), conștientizarea procesului care transcende persoanele este pierdută. În

loc de a deveni partizan (deschis sau în alt mod), terapeuții rezistă triumfiului prin îndemnarea oamenilor să rezolve diferențele dintre ei. Și din momentul în care învinovățirea unuia de către altul este ceea ce face acest lucru dificil pentru rezolvarea problemelor în primul rând, persoanele sunt încurajate să-și privească propriile roluri în proces.

Bowen este diferit de cele mai multe sisteme de terapie, crezând că schimbarea semnificativă nu cere prezența întregii familii¹. El credea, în schimb, că schimbarea este inițiată de indivizi sau cupluri care sunt capabili(c) să afecteze restul familiei. Terapia poate fi descrisă ca izvorând din interior spre exterior. Diferențierea sinelui, care începe ca un proces personal și individual este vehiculul pentru transformarea relațiilor și a întregului sistem de familie.

Terapia poate să nu ceară prezența întregii familii, dar *cere* conștiința întregii familii. „Un terapeut de familie poate trata doi părinți și pe fiul lor schizofrenic, dar să nu acorde multă importanță faptului că părinții sunt separați emoțional de familiile lor de origine. Separarea părinților de trecut subminează capacitatea lor de a-și opri concentrarea asupra problemelor fiului lor; o dată în plus, terapia va fi ineficientă” (Kerr & Bowen, 1988, p.vii).

Parte a procesului de diferențiere a sinelui este dezvoltarea relației personale cu oricine din **familia extinsă**. Puterea acestor legături poate părea misterioasă – în special pentru oamenii care nu se gândesc la bunăstarea lor ca dependentă de legăturile de familie. O mică reflecție relevă faptul că o creștere a numărului relațiilor importante va îndreptăți un individ să-și împrăstie energia emoțională a lui sau a ei. În loc să concentreze investiția unei persoane în relațiile unei singure

1. Deși bunăvoința de a vedea indivizii a devenit un loc comun printre terapeuții focalizați pe soluție și terapeuții narativi, acești terapeuți nu iau întotdeauna o perspectivă sistemică.

sau a două familii, este difuzată în mai multe. Freud avea o noțiune similară privind nivelul intrapsihic. În „Proiect pentru o psihologie științifică”, Freud a descris modelul său neurologic al minții. Mintea imatură are puține ieșiri („cathexis”) pentru canalizarea energiei psihice și, de aici, flexibilitate sau capacitate scăzută pentru amânarea răspunsului. Mintea matură, pe de altă parte, are multe canale de răspuns, care permit flexibilitate mai mare. Noțiunea lui Bowen de creștere a rețelei emoționale familiale este asemenea modelului lui Freud, foarte clară.

Terapia de cuplu se bazează pe premisa că tensiunea în diadă se va disipa dacă ei rămân în contact cu o a treia persoană (într-un triunghi stabil) – *dacă* acea persoană rămâne neutră și obiectivă mai degrabă decât angajată emoțional. Astfel, triunghiul terapeutic poate răsturna procesul insidios al problemei de menținere a triunghiului. Mai mult, schimbarea în orice triunghi va schimba întregul sistem de familie.

Terapia de familie cu indivizi se bazează pe premisa că, dacă o persoană din familie realizează un nivel înalt de diferențiere, aceasta va permite celorlalți membri de familie să facă același lucru. Bowenienii îi învață pe indivizi despre triunghiuri și apoi îi pregătesc să se întoarcă în familiile lor, unde ei lucrează să desfacă ei înșiși triunghiurile, să dezvolte o obiectivitate mai mare și, astfel, să realizeze o reducere permanentă în modul de reacție emoțional. În schimb, aceasta a avut un impact terapeutic asupra tuturor sistemelor din care fac parte acești indivizi.

Terapia

Tehnicile majore din terapia boweniană includ genogramele, înrebările de proces, experimentele de relații, desfacerea triunghiurilor, antrenarea, luarea pozițiilor-EU și

poveștile de deplasare. Deoarece a vedea propriul rol în problemele familiei, ca și a vedea cum aceste probleme sunt înrădăcinate în istoria familiei extinse sunt atât de importante în terapia boweniană, evaluarea este mai critică în această abordare decât în oricare altele.

Evaluarea

O evaluare a sistemelor familiei extinse începe cu o descriere și o istorie a problemei prezentate. Datele exacte sunt notate și mai târziu verificate în ceea ce privește legătura lor cu evenimentele din ciclul vieții familiei extinse. Apoi urmează istoria unei familii nucleare, inclusiv informațiile despre când s-au întâlnit părinții, cum și-au făcut curte, căsătoria lor și apariția copiilor. Se acordă o atenție deosebită locului unde a trăit familia și când s-au mutat, în special în legătură cu locația familiilor extinse. Partea următoare a evaluării este dedicată istoriei ambilor soți, nașterilor, poziției fraților, faptelor semnificative despre copilăria acestora și despre funcționarea trecută și prezentă a părinților acestora. Toate aceste informații sunt înregistrate într-o „genogramă” care acoperă cel puțin trei generații.

Genogramele sunt diagrame schematice care listează membrii familiei și relațiile acestora unul cu celălalt. Bărbații sunt reprezentați prin pătrate, iar femeile prin cercuri. Liniile orizontale indică căsătoriile, cu data căsătoriei scrisă pe linie; liniile verticale leagă părinții și copiii (Figura 5.1.)².

Ceea ce face din genogramă mai mult decât un portret static al istoriei familiei este includerea conflictelor relaționale, a separărilor și a triunghiurilor. Faptul că unchiul Fred a fost un alcoolic sau că străbunica

2. Pentru mai multe sugestii detaliate, vezi McGoldrick & Gerson, 1985.

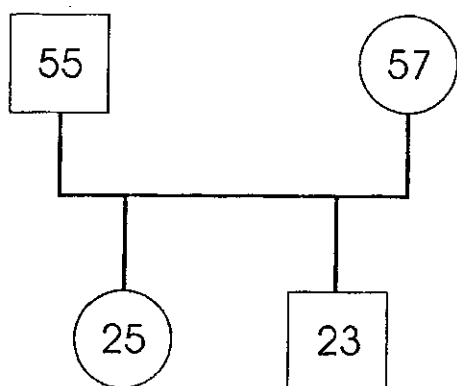


FIGURA 5.1. Simboluri de bază folosite în genograme.

Sophie a emigrat din Rusia este relativ lipsit de sens fără o înțelere a paternurilor reactivității emoționale care au străbătut generațiile.

Datele evenimentelor importante, precum decesele, căsătoriile și divorțurile merită un studiu atent. Aceste evenimente transmit unde de șoc emoționale în întreaga familie care pot deschide linii de comunicare și un contact crescut sau pot închide canalele; în ultimul caz, problemele pot fi îngropate și membrii familiei pot fi separați mai mult în mod progresiv. O altă parte semnificativă a informațiilor privind genograma este localizarea diferitelor segmente ale familiei. Datele, relațiile și localitățile asigură cadrul pentru a explora granițele emoționale, fuziunea, separările, conflictele critice și cantitatea de deschidere și numărul relațiilor curente și potențiale din familie. Figura 5.2. prezintă simbolurile care pot fi folosite pentru

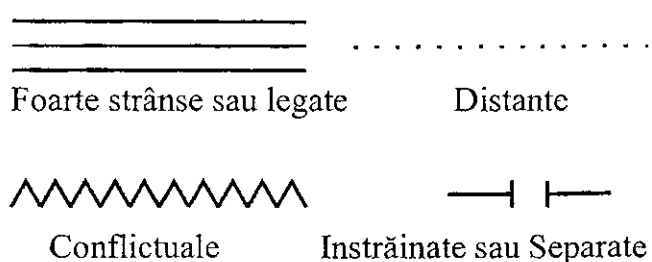


FIGURA 5.2. Simbolurile Geogramei pentru dinamica relațiilor

a descrie dinamica relațiilor dintre membrii familiei.

Dacă sunt folosite trei linii paralele pentru a indica relații complet închise (sau întrerupte), o linie în zigzag care să indice conflictul, o linie punctată care indică distanță emoțională și o linie frântă pentru a indica înstrăinarea (sau separarea), paternurile triunghiulare în decurs de trei generații devin adesea foarte clare așa cum se prezintă într-o diagramă abreviată a familiei lui Sigmund Freud (Figura 5.3).

O evaluare boweniană a familiei începe, așa cum procedează cele mai multe abordări, cu povestea plângerii prezentate. Trapeutul lasă familia să spună povestea ei și ascultă cu atenție percepția problemei de către fiecare membru al familiei.

Spunerea poveștii extinde focusul de la persoana simptomatică la rețeaua relațiilor în care persoana este o parte.

În cazul familiei Langdon (vezi studiul de caz), aceasta înseamnă discuția cu Martin despre relațiile sale la școală și cu prietenii lui ca și cele cu părinții lui. Cu părinții lui, înseamnă punerea problemelor curente cu Martin în contextul poveștii relațiilor lor.

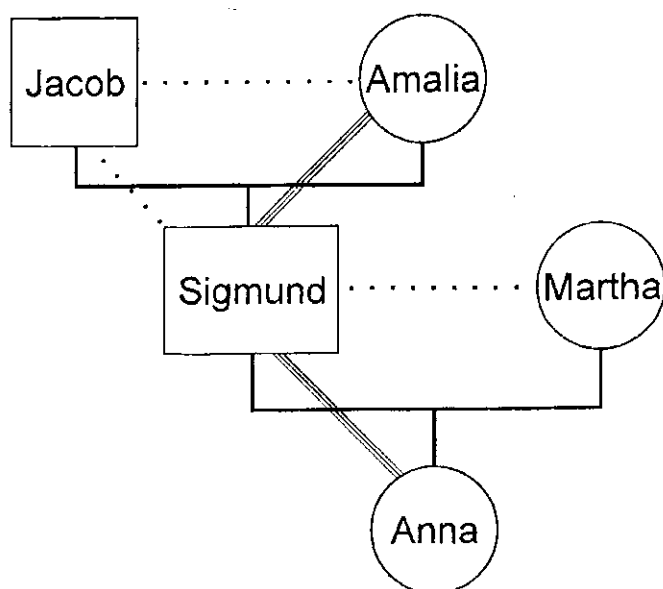


FIGURA 5.3. Genograma familiei lui Sigmund Freud

Povestea familiei nucleare începe cu întâlnirea și perioada în care părinții își făceau curte: „Ce i-a atras unul de celălalt?” „Cum a fost perioada de început a relațiilor lor?” „Au existat probleme serioase în decursul acelei perioade?” „Când s-au născut copiii și cum s-a adaptat fiecare din parteneri la noii veniți?”

Dacă un terapeut nu ascultă cu atenție povestea, asociațiile care pot ajuta oamenii să câștige o perspectivă asupra problemelor lor pot fi omise. Lucruri, precum mutările și evenimentele importante, precum operația de cancer a soțului, cu doi ani înainte, ar putea chiar să nu fie menționată, dacă terapeutul nu întreabă. O femeie care a mers la un terapeut individual nu a considerat acest lucru important pentru a-l menționa. „Ce legătură are faptul că am văzut un terapeut cu problemele fiicei mele?” spunea ea.

Un interes deosebit prezintă stresul pe care familia l-a îndurat și cum s-au adaptat membrii familiei. Aceste informații ajută să se determine intensitatea anxietății cronice din familie și dacă aceasta este legată mai mult de suprasarcinile evenimentelor dificile din viață sau de gradul scăzut al adaptabilității din familie.

Așa cum se arată în figura 5.4., numai faptele din genograma familiei nucleare furnizează scheletul pe care se țin informațiile despre familia Langdon.

Hotărârea de a extinde evaluarea dincolo de familia nucleară depinde de mărimea crizei și de gradul de anxietate în care este familia imediată. În cazul familiei Langdon, ambii părinți par dornici să discute trecutul familiei lor.

În adunarea informațiilor despre familiile extinse, un terapeut trebuie să se asigure care din membrii clanului sunt cei mai implicați în evaluarea familiei, care are un mare impact asupra ambilor părinți și asupra rolului lor în familia nucleară. De o importanță egală, totuși, este aflarea despre cine *nu este* implicat, deoarece oamenii cu care s-a întrerupt contactul pot fi chiar o sursă mai mare de anxietate decât oamenii cu care s-a menținut contactul.

Tehnici terapeutice

Terapeuții bowenieni cred că înțelegerea modului în care operează sistemele de familie este mult mai importantă decât o tehnică sau

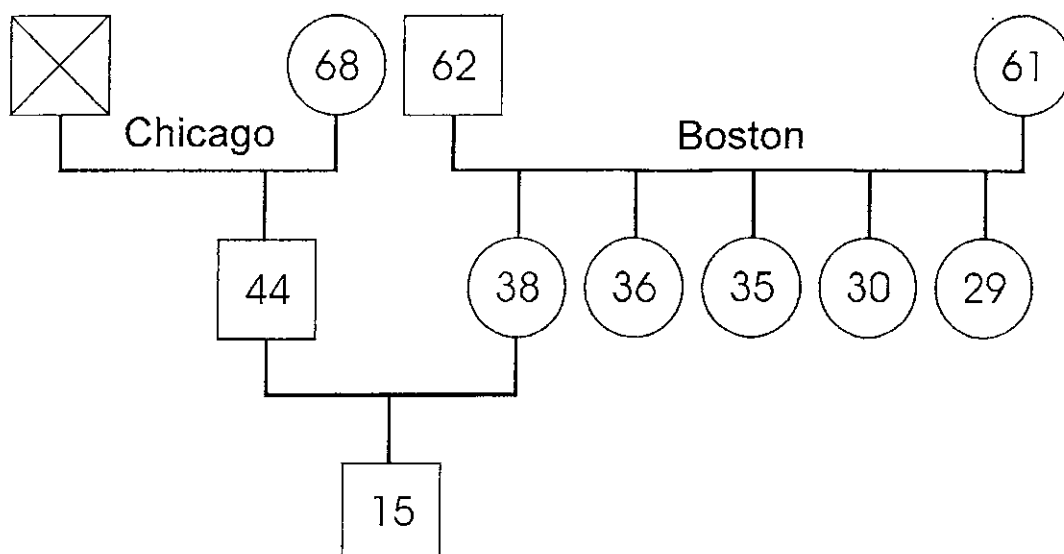


FIGURA 5.4. Genograma familiei Langdon

alta. Bowen însuși vorbește despre „tehnică” cu dispreț și era supărat să-i vadă pe toți bazându-se pe intervenții făcute conform unei formule.

Dacă există un glonț fermecat în terapia boweniană – o tehnică esențială – acesta ar fi fost „întrebarea de proces”. Întrebările de proces sunt gândite pentru a face oamenii mai lenți, pentru a diminua anxietatea reactivă și pentru a începe să gândească – nu chiar despre cum alții îi supără, ci despre cum participă ei la problemele interpersonale.

—Studiu de caz—

În interviuarea unui cuplu în care soțul era un alcoolic recuperat, cu o istorie de abuz, terapeutul a întrebat: „Ce credeai despre relele pe care le-ai produs soției și copiilor tăi cu alcoolismul tău?”

Când bărbatul a conștientizat responsabilitatea pentru comportamentul său abuziv și părea cu adevărat că are remușcări, terapeutul l-a întrebat despre progresele sale spre recuperare, folosind din nou întrebări de proces pentru a se concentra asupra planului rațional și al responsabilității personale. De exemplu:

„Ce a făcut acest pas atât de greu?”
 „Mândria”.
 „Cum s-a manifestat aceasta?”
 „Deveneam nepoliticos.”

Observați cum acest șir de întrebări explorează nu numai progresul personal al bărbatului, dar și cum problemele sale îi afectează pe ceilalți din familie. Relațiile au loc într-o rețea sistemică de legături, dar indivizii sunt responsabili pentru propria lor comportare.

Atunci, terapeutul a schimbat direcția pentru a deschide o discuție despre rolul soției în dificultățile cuplului. „Așa,

dumneavoastră vă simțiți mai bine preluând responsabilitatea pentru băutura și comportamentul legat de aceasta? Credeți că soția dumneavoastră apreciază ceea ce faceți și progresul pe care îl faceți?” Și apoi, câteva minute mai târziu: „A putut vreodată soția dumneavoastră să vă vorbească despre lucrurile la care ea a contribuit pentru ca relația să fie dezagregabilă?”

Atunci când terapeutul a întrebat pe soție ce crede, ea a schimbat subiectul și a vorbit despre lucrurile supărătoare pe care soțul ei le făcea – făcând presiuni asupra ei să-l ierte și să o ia de la început împreună. Deși lui i-ar fi plăcut să considere propriul ei rol în proces, terapeutul a încercat să empatizeze cu supărarea ei. „Ei bine, el vă mai necăjește și vă plictisește încercând să vă facă să vă schimbați părerea?” Apoi, după câteva minute, terapeutul a încercat să schimbe soția să gândească mai mult și să simtă mai puțin. „Puteți să-mi faceți un rezumat al gândirii dumneavoastră - cum ați ajuns la această concluzie?” Și atunci când soția s-a supărat din nou și și-a învinovățit soțul, terapeutul a ascultat doar. Un moment mai târziu el a întrebat „Ce faceți dumneavoastră în fața acestui abuz?”

„Mă supăr.”
 „Înțelegeți ce se întâmplă cu dumneavoastră și-l face să fie marcat?”
 „Nu.”
 „A fost el vreodată în stare să vă spună?”

Observați cum prin această serie de întrebări terapeutul încearcă să exploreze procesul relațiilor de cuplu, cerându-le ambilor parteneri să se gândească ce se va întâmpla în continuare între ei, creșterea conștiinței lor despre propria lor contribuție și să considere că ei intenționează să-și ia responsabilitatea de a face ca lucrurile să meargă mai bine.

Cei care l-au urmat pe Bowen au pus, de asemenea, întrebări, dar deplasate uncori, spre a provoca, a confrunța și a explica. Betty Carter, de exemplu, pune întrebări concepute să ajute cuplurile să-și înțeleagă situația, dar ea încearcă apoi să intensifice procesul și viteză prin explicarea a ceea ce funcționează și ce nu, și prin darea de sarcini calculate să deplaseze oamenii din triumfiuri. Ea ar putea, de exemplu, să încurajeze soția să-și viziteze soacra sau un soț să-și sune mama la telefon. Un alt instrument favorit al lui Carter este să încurajeze oamenii să scrie scrisori, evaluând problemele nerezolvate din familie. Un mod de a preveni scrierea unor asemenea scrisori de la degenerare în a povesti oamenilor, este de a avea clienți introduși în scrisori și a-i ajuta să-și dirijeze supărarea și reactivitatea emoțională.

Guerin, poate, mai mult decât alți bowenieni, a dezvoltat modele clinice care descriu tehnici specifice pentru situații specifice. Clasificarea conflictului marital făcută de el în patru faze de severitate, cu sugestii detaliate pentru tratarea fiecărei faze (Guerin și alții, 1987), este cea mai elaborată demonstrație a tehnicii sale bine pusă la punct.

Bowen pledează pentru o varietate de metode, toate având aceleași scopuri. Dacă tratamentul cuprinde familiile nucleare, cuplurile, indivizi sau grupuri multiple de familie, efortul este dirijat spre modificarea întregului sistem de familie.

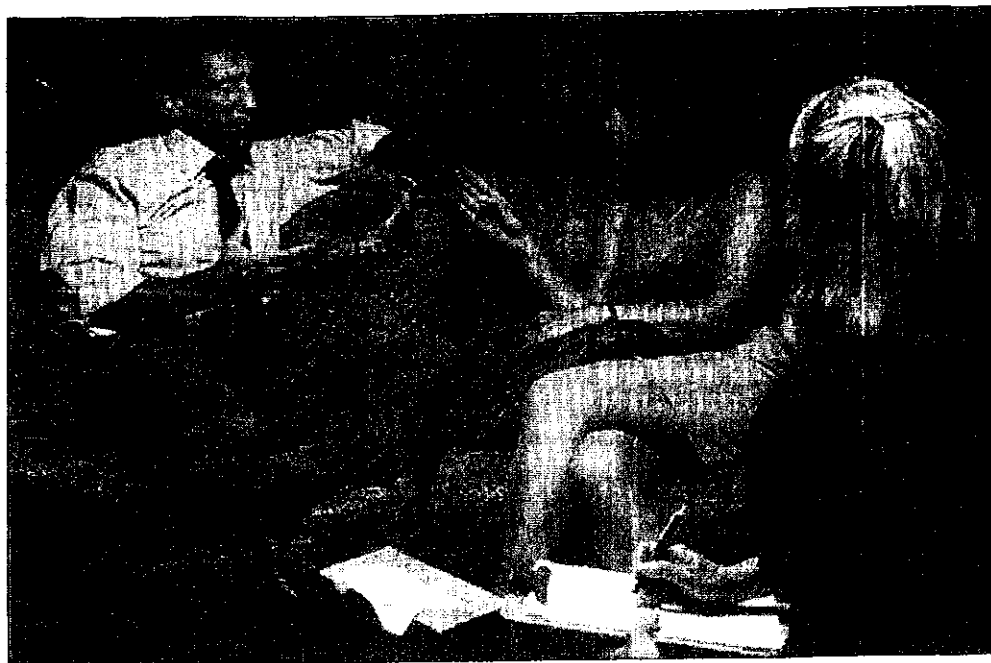
Terapia boweniană de cuplu. Atunci când este posibil, bowenienii preferă să lucreze cu ambii părinți sau parteneri. Când un terapeut se alătură unui cuplu, se formează un triumfi terapeutic. Dacă terapeutul evită să ia o poziție, cuplul va fi forțat să se descurce unul cu celălalt. Tonul emoțional al ședințelor trebuie să fie suficient de amabil pentru a fi semnificativ, dar suficient de rece pentru a fi obiectiv. Aceasta se realizează prin punerea, mai mult sau mai puțin, de întrebări

provocatoare și prin reglementarea cantității de interacțiune dintre parteneri. Atunci când lucrurile sunt calme, sentimentele conflictuale pot fi rezolvate mai obiectiv și partenerii pot vorbi rațional fiecare cu celălalt. Dar atunci când sentimentele depășesc gândirea, cel mai bine este să pui întrebări care să facă cuplurile să gândească mai mult și să simtă mai puțin și să vorbească mai degrabă terapeutului decât să-și vorbească unul altuia. Cuplurile care s-au certat ani de zile despre aceeași „gogoriță” sunt adesea mirate să descopere că prima dată când ei se ascultă unul pe celălalt este atunci când ei ascultă ce spun partenerii lor terapeutului. Este ușor să ascuți atunci când nu ești ocupat să-ți planifici propriul răspuns. Dacă totul eșuează, Fogarty (1976b) recomandă ca soții să fie văzuți în ședințe separate.

Contrar credinței populare, cuplurile nu-și rezolvă problemele doar vorbind despre ele. Lăsați să folosească propriile instrumente ei tind să discute neproductiv, să proiecteze responsabilitatea unul asupra celuilalt, să se plângă în loc să negocieze. Schimbarea cere vorbire și ascultare. Datorită tendinței universale de a vedea numai contribuțiile altora la probleme, se cer tehnici speciale pentru a ajuta membrii familiei să vadă procesul, nu numai conținutul interacțiunilor lor; să vadă propriul lor rol în proces, în loc să-i învinovătească numai pe alții; și, finalmente, să se schimbe.

Guerin (1971) recomandă „povestirea de înlocuire” ca un instrument pentru a ajuta membrii familiei să realizeze distanța suficientă pentru a vedea rolurile lor proprii în sistemul de familie. Povestirea de înlocuire este despre alte familii cu probleme similare. De exemplu, unui cuplu prea ocupat să se atace unul pe celălalt pentru a asculta i s-ar putea spune: „Trebuie să fie teribil de frustrant să nu reușești?. Anul trecut am văzut un cuplu care nu putea să se oprească să nu se certe îndelung pentru a se asculta unul pe

*Terapia bowenienă
de cuplu este
concepută să reducă
anxietatea și să
dezvolte centrarea
pe sine.*



celălalt. Numai după ce i-am separat și ei au scos aburi pe nări timp de câteva ședințe individuale, se pare că ei au avut capacitatea să asculte ce spunea celălalt”.

Înlocuirea poate, de asemenea, fi folosită pentru formularea întrebărilor de proces pentru a evita supărarea provocatoare sau răspunsuri defensive. În loc să întrebe pe cineva care este în chinurile agitației și supărării când crede că ar putea să depășească aceste sentimente pentru a începe să facă ceva pentru a schimba lucrurile – care ar putea să-i provoace pe ei să mediteze că sentimentele lor au fost negate – un terapeut ar putea întreba, „Credeti că cineva a depășit toată această agitație și supărare? Sau, dacă întreabă de ce cineva nu a fost capabil să îndeplinească ceva care ar putea să-l/o facă defensiv/ă, un terapeut ar putea întreba. „Ce credeți că face ca acest pas să fie atât de dificil pentru oameni?”

Guerin a folosit, de asemenea, filmele ca materiale de înlocuire. Dacă distanța estetică proprie este menținută, oamenii pot deveni implicați emoțional în film astfel încât acesta are un impact, dar în același timp rămâne suficient de îndepărtat pentru a fi obiectiv.

Subdistanțierea, într-o ședință de terapie sau un film foarte provocator, rezultă într-o experiență emoțională lipsită de reflecție. Supradistanțarea, așa cum poate apărea într-o lectură sau film moralizator, conduce la lipsa de implicare și impact. Guerin selectează filmele, precum *Kramer cont Kramer*, *Războiul rozelor*, *Nu cânt niciodată pentru tatăl meu*, *Scene de căsătorie*, *Fu*, pentru a le folosi drept materiale de înlocuire pentru a învăța cursanții și familiile de terapie.

Înarmat cu cunoașterea triumphiurilor, terapeutul se străduiește să rămână neutru și obiectiv. Aceasta cere un nivel optim de distanță emoțională, care, spune Bowen (1975), este punctul în care terapeutul poate să vadă, atât aspectele tragice, cât și pe cele pozitive, comice ale interacțiunilor unui cuplu. Din problemele altor oameni nu sunt ceva de rîs, iar ironia poate fi preferabilă seriozității unor oameni oase atât de populară în unele cercuri.

Rămânerea în afara triumphiului cere un ton calm al vocii și să se vorbească mai mult despre fapte decât despre sentimente. Această obiectivitate calmă din partea terapeutului sistemici bowenieni este exprimată

intensificată de folosirea întrebărilor de proces – întrebări care au scopul să taie reactivitatea emoțională și să facă contactul cu rațiunea membrilor familiei.

Cât despre conversația partenerilor, terapeutul se concentrează asupra procesului interacțiunii acestora, nu asupra detaliilor în discuție. Concentrarea asupra conținutului unei discuții este un semn că terapeutul este prins în mrejele problemelor cuplului. Va fi greu să evite să fie implicat în subiectele fierbinți precum bani, sex sau disciplină, dar funcția terapeutului nu este să liniștească disputele, este să ajute cuplul să facă acest lucru. Scopul este să-i facă pe clienți să exprime ideile, gândurile și opiniile în fața terapeutului în prezența partenerilor lor. Dacă cineva izbucnește în lacrimi, terapeutul rămâne calm și întreabă despre gândurile care au declanșat lacrimile. Dacă un cuplu începe să se certe, terapeutul devine mai activ, întrebând calm pe cineva, apoi pe celălalt, concentrându-se asupra gândurilor respective ale acestora. A pune întrebări în fiecare minut despre descrierile detaliate ale evenimentelor este una din cele mai bune căi de a micșora emoția supraîncălzită și a face loc rațiunii.

Cu toate că Bowen a considerat neutralitatea strict esențială, aceia dintre urmașii săi cu convingeri feministe considerau că este important să abordezi probleme de inegalitate, chiar dacă cuplurile nu le consideră așa. Betty Carter ridică problema genului punând întrebări despre cine ce face în familie și cât timp consumă fiecare părinte cu copiii. Ea întreabă partenerii cât de mulți bani aduce fiecare. Atunci când apare discrepanța obișnuită, ea întreabă, „Ce rol credeți că joacă aceasta în procesul luării deciziilor?”

Metaforele de complementaritate sunt de ajutor pentru punerea în lumină a procesului care subliniază conținutul interacțiunilor de familie. Fogarty (1976b), de exemplu, a

descriș dinamica „urmăritor-urmărit” la cupluri. Cu cât unul urmărește mai mult – presează pentru mai multă comunicare și unitate – cu atât mai mult celălalt se distanțează – privește la TV, lucrează târziu sau pleacă afară cu copiii. Frecvent, partenerii se urmăresc și se distanțează în diferite zone. Soții se depărtează, de obicei, ei înșiși în mod emoțional, dar se urmăresc sexual. Conform lui Fogarty, trucul este: „Niciodată să nu urmărești pe cel care se depărtează”. În loc de aceasta, ajută-l pe urmăritor să exploreze propria lui/ei goliciune interioară. „Ce există în viața dumneavoastră altceva decât cealaltă persoană?” De asemenea, este important pentru terapeuți să nu-i urmărească pe cei care se depărtează. Dacă nimeni nu este urmărit, urmăritul are șanse mai mari să se miște spre familie.

Pentru a sublinia nevoia de obiectivitate, Bowen a vorbit de terapeut ca de un „antrenor” sau ca despre un „consultant”. El nu a înțeles să sugereze răceala sau indiferența, ci mai degrabă să sublinieze neutralitatea cerută pentru a evita formarea triumphiului. În termeni tradiționali, aceasta este cunoscută drept „gestionarea transferului și contratransferului”. Si așa cum analiștii tocmai s-au analizat pe înșiși, ei pot recunoaște propriul contratransfer, astfel Bowen a considerat diferențierea sinelui în propria familie a unei presoane ca fiind cea mai bună cale de a evita de fi emoțional în triumphi cu cupluri. Guerin sugerează că modul cel mai bun de a dezvolta o înțelegere originală a conceptelor de familie este să le încerci în propria ta familie (Guerin & Fogarty; 1972).

Pentru a ajuta partenerii să definească pozițiile ca sine-diferențiat, este folositor pentru terapeut să stabilească o „poziție-Eu” (Guerin 1971). Cu cât terapeutul definește o poziție autonomă în relațiile cu familia, cu atât este mai ușor pentru membrii familiei să se definească ei înșiși unul pe altul. Treptat, membrii familiei învață să-și expună calm

propriile credințe și convingeri și să acționeze asupra lor fără să atace pe alții sau să devină excesiv de triști la răspunsurile lor.

Atunci când un partener începe diferențierea, celălalt poate distruge echilibrul și poate face presiuni pentru întoarcerea la status quo (Carter & Organtidis, 1976). Dacă această contrareacție emoțională este calmă, fără a ceda sau a deveni ostilă, ambii parteneri pot să se deplaseze spre un nivel superior al diferențierii. Procesul are loc în etape mici, cu cupluri care alternează între separare și a fi împreună. Eventual, atunci când fiecare a realizat un sine suficient de bine articulat, ei pot merge împreună respectându-se reciproc și având grijă unul de altul, mai degrabă decât să continue să încerce să-și refacă fiecare propria imagine și înfățișare.

După ce a fost câștigată o armonie suficientă cu progres spre diferențierea-sinelui, Bowen a învățat cuplurile cum operează sistemele emoționale și le-a încurajat să exploreze acele rețele de relații din propriile familii (Bowen, 1971). Mai întâi, el i-a pregătit pentru aceasta făcând referințe ocazionale la familiile respective. Odată ce cuplurile recunosc relevanța experienței anterioare a familiei lor pentru problemele lor curente, tranziția la concentrarea asupra familiilor de origine va fi mai ușoară.

De exemplu, unei femei blocată în rolul unui urmăritor emoțional i s-ar putea cere să descrie relația ei cu tatăl ei și apoi să o compare cu relația ei obișnuită cu bărbatii. Dacă ascultând că preocuparea ei pentru soțul și copiii ei pare oportună, terapeutul ar putea să o încurajeze să se lege de cel mai depărtat emoțional membru al familiei ei de origine, de obicei tatăl său. Ideea nu era de a schimba atașamentul ei de la un set de relații la altul, ci de a o ajuta să înțeleagă că intensitatea nevoii ei se datora în parte unei afaceri neterminate. Înțelegerea și începerea de a trimite dorințele nesatisfăcute la sursa lor pot ajuta o persoană să realizeze relații mult mai

echilibrate în prezent – și să înceapă să se concentreze mai mult asupra ei însăși și a propriilor ei nevoi.

Kerr (1971) sugerează că atunci când problemele relaționale din familia nucleară trebuie discutate, terapeuții trebuie să pună întrebări ocazionale despre paternurile similare din familia de origine. Dacă membrii familiei pot vedea că ei repetă paternurile predecesorilor, le este mai ușor să recunoască propria lor reactivitate emoțională. Recent, Nichols a văzut un cuplu incapabil să decidă ce să facă cu fiica lor adolescentă bolnavă mental. Cu toate că fiica avea tulburări serioase și virtual necontrolabile, mama ei a găsit că era foarte dificil să ia în considerație spitalizarea ei. Când a întrebat ce ar fi făcut propria ei mamă ea a răspuns fără să ezite că mama ei, care suferise mult, s-ar fi considerat prea vinovată dacă hotăra internarea – „indiferent cât de mult ar fi suferit ea și restul familiei”. Nu era nevoie să se spună mai mult.

Metode mai didactice apar în tranziția de la terapia scurtă la cea pe termen lung. Cunoașterea teoriei sistemelor de familie ajută oamenii să traseze paternurile care li se potrivesc, astfel încât ei înșiși se pot debloca. Asemenea informații pot fi folositoare atunci când tensiunile au scăzut, dar încercarea de a le împărtăși poate fi riscantă în timpul perioadelor de conflict și anxietate. În asemenea momente, cuplurile în dispută sunt capabile să distorsioneze orice declarație despre modul în care familiile funcționează ca suport pentru una sau cealaltă din pozițiile lor opuse. Astfel, partenerii care se războiesc pentru a-i face pe ceilalți „răi” pentru ca ei înșiși să fie „buni”, spunând că ei au „auzit” multe despre ceea ce terapeutul spune, fie pentru, fie împotriva lor. Dar atunci când sunt calmi, ei preiau ideea că, pentru ca unul să fie bun, celălalt trebuie să fie rău și pot profita de ședințele didactice. În timp ei învață despre teoria sistemelor, ambii parteneri sunt trimiși acasă în vizită pentru a continua procesul de

diferențiere în familiile lor extinse. În cursul acestei faze a tratamentului – pregătirea – Bowen credea că întâlnirile nefrecvente nu numai că sunt posibile, ci chiar de dorit (1976). Ședințele mai puțin dese obligă oamenii să devină mai plini de resurse.

Teoria lui Bowen cu o singură persoană.

Succesul personal al lui Bowen în diferențierea de familie sa l-a convins că o singură persoană puternic motivată poate fi un punct de sprijin pentru schimbarea sistemului întregii familii (Anonymous, 1972). În conștință, el a făcut terapie de familie cu o persoană în cea mai mare parte a practicii sale. El a folosit această metodă cu un sot atunci când celălalt refuza să participe sau cu adulți singuri care locuiau departe de părinții lor sau ai căror părinți nu veneau la tratament. În afară de aceste cazuri în care Bowen a făcut o virtute din necesitate, el a folosit această abordare în mod extensiv cu profesioniștii din domeniul sănătății mintale. Lucrul familiei extinse cu parteneri este, de asemenea, concentrat asupra tratamentului cuplurilor după ce anxietatea și simptomele diminuau.

Scopul lucrului cu indivizi este la fel ca atunci când lucrezi cu grupuri mai mari: diferențierea. Cu indivizi focusul este asupra rezolvării paternurilor neurotice din familia extinsă. Aceasta înseamnă dezvoltarea relațiilor de la persoană la persoană, văzând pe membrii familiei ca oameni, mai degrabă decât ca imagini încărcate emoțional, învățând să observi sinele în triumfiuri și, în cele din urmă, desfacerea triumfului însuși (Bowen, 1974).

Dimensiunea atașamentului emoțional nerezolvat față de părinți definește nivelul nediferențierii. Nivelurile mai intense de nediferențiere merg mână în mână cu eforturile extreme mai mari pentru a realiza distanța emoțională, fie prin mecanismele apărării, fie ale distanței fizice. O persoană

poate să se descurce cu o anxietate moderată cu părinții, rămânând tăcută sau evitând discuțiile personale; dar atunci când anxietatea crește, el sau ea poate găsi necesar să iasă din cameră să se plimbe sau chiar să părăsească orașul. Cu toate acestea, persoana care aleargă departe este la fel de atașată emoțional ca și cea care stă acasă și folosește mecanismele distanțierii psihologice pentru a controla atașamentul. Persoanele care se retrag din contact au nevoie de apropiere, dar nu pot să se descurce cu ea. Atunci când tensiunea crește în alte relații intime, ei se vor retrage din nou.

Două semne sigure de separare emoțională sunt negarea importanței familiei și o fațadă exagerată a independenței. Oamenii separați se laudă cu emanciparea lor și contactul nefrecvent cu părinții lor. Opusul separării emoționale este un sistem deschis de relații în care membrii familiei au contact autentic, dar nu limitat. Terapia lui Bowen este concepută pentru a mări dimensiunea și intimitatea legăturilor cu familia extinsă. De fapt, Bowen a aflat că rezultatele lucrului cu familia extinsă sunt superioare lucrului direct cu familia nucleară (Bowen, 1974).

Două premise obligatorii de diferențiere a sinelui în familia extinsă sunt unele cunoștințele privind modul în care funcționează sistemele familiei și motivația puternică de a se schimba. Este dificil de susținut efortul de a lucra asupra relațiilor de familie în absența suferinței și multe persoane lucrează numai în salturi, de la o criză la alta (Carter & Orfanidis, 1976). Atunci când lucrurile sunt calme, ei se relaxează; când problemele apar din nou, ei reînnoiesc eforturile pentru a face schimbări.

Persoana care pornește în aventura de a învăța mai mult despre familia lui sau a ei știe de obicei unde să se uite. Cele mai multe familii au unul sau doi membri care știu cine ce este și ce face – poate o mătușă bătrână, un bunic sau un văr care este foarte centrat

pe familie. Convorbiri telefonice, scrisori sau mai bine încă, vizite la acești arhivari ai familiei vor produce mai multe informații, din care multe vor provoca surprize.

Adunarea informațiilor despre familie este și un instrument excelent pentru al doilea pas spre diferențiere, stabilirea relațiilor de la persoană la persoană cu cât mai mulți membri ai familiei posibil. Aceasta înseamnă punerea în legătură și a vorbi personal cu ei nu despre alți oameni sau alte subiecte impersonale. Dacă aceasta pare ușor, încercați. Puțini dintre noi pot sta mai mult decât câteva minute să vorbească personal cu anumiți membri ai familiei fără să devenim puțin anxioși. Când aceasta se întâmplă, suntem tentați să abandonăm, fizic sau emoțional, sau să facem triunghi cu o altă persoană. Extinderea treptată a timpului conversației reale personale va îmbunătăți relația și va ajuta diferențierea sinelui. Există beneficii deosebite derivate din dezvoltarea relațiilor de la persoană la persoană cu membrii familiei extinse, dar ele trebuie experimentate pentru a fi apreciate. În procesul deschiderii și al adâncirii relațiilor personale, veți învăța despre forțele emoționale din familie. Unele triunghiuri din familie vor deveni imediat aparente; altele vor apărea numai după o examinare atentă. De obicei, observăm triunghiurile cele mai evidente deoarece suntem prea mult angajați emoțional pentru a fi buni observatori. Puțin oameni pot fi obiectivi referitor la părinții lor. Ei, fie fuzionează în mod confortabil, fie că sunt reactivi inconfortabil. Vizitele scurte ajută să controlăm reactivitatea emoțională în așa fel încât poți deveni un observator mai bun.

Multe dintre răspunsurile noastre emoționale obișnuite pentru familie împiedică capacitatea noastră de a înțelege și de a-i accepta pe ceilalți; mai rău, ele fac imposibil ca noi să ne înțelegem și să ne conducem noi înșine. E firesc să fim supărați și să învinovățim oamenii atunci când lucrurile sunt greșite. Persoana care posedă diferențiera

sinelui, totuși, este capabilă să facă un pas înapoi, controlând sensibilitatea emoțională și reflectând la cum să îmbunătățească lucrurile. Bowen (1974) numea aceasta „trecerea dincolo de vinovăție și supărare” și spunea că, odată învățat acest lucru în familie, această abilitate este folositoare pentru a ne descurca cu nemulțumirile emoționale din viață.

În sfârșit, diferențierea sinelui cere ca dumneavoastră să identificați triunghiurile interpersonale pe care le practicați și să desfaceți triunghiurile din ele. Scopul este de a relaționa cu oamenii fără a bârbi sau a lua partea cuiva și fără a contraataca sau a te apăra pe tine însuși. Bowen a sugerat că cel mai bun moment să faci aceasta este în timpul crizei familiei, dar aceasta ar putea fi începută oricând.

Un triunghi obișnuit începe cu un părinte și un copil. Să presupunem că de fiecare dată când vă vizitați rudele, mama dumneavoastră vă ia de-o parte și începe să se plângă despre tatăl dumneavoastră. Poate e bine să ai încredere. Poate ai fantezii despre salvarea părinților tăi – sau cel puțin a mamei tale. De fapt, acest triunghi este distructiv pentru toate cele trei relații: tu și Tatăl, Tatăl și Mama și, da, tu și Mama. În triunghiuri, o pereche va fi închisă și doi vor fi distanți (Figura 5.5). Simpatizând cu Mama îl aliezi pe Tata. Acesta face mai puțin decât ar face ea punând în practică plângerile ei despre el.

În cele din urmă, deși acest triunghi poate să ilustreze iluzia de a fi apropiat de mama dumneavoastră, este o intimitate artificială. Nici să vă apărați tatăl nu este o soluție. Aceasta vă deplasează de la Mama dumneavoastră spre Tată și lărgeste prăpastia dintre ei. Atâta vreme cât triunghiul continuă, relațiile personale și cele deschise de-unu-la-unu nu se pot dezvolta.

Odată ce recunoașteți un triunghi pentru ceea ce acesta este, puteți face un plan de acțiune, în așa fel încât să puteți opri participarea la acesta. Ideea de bază este să

faceți ceva, orice, să-i puneți pe ceilalți doi oameni să realizeze propria lor relație. Abordarea cea mai simplă și cea mai directă este să sugerați că ei procedează astfel. În exemplul dat mai înainte puteți sugera că mama dumneavoastră discută problemele ei cu tatăl dumneavoastră, și dumneavoastră puteți refuza să ascultați mai mult plângerile ei. Mai puțin direct, dar mult mai puternic, este să-i spuneți Tatălui că soția lui s-a plâns de el, și dumneavoastră nu știți de ce ea nu-i vorbește lui despre aceasta. Ea va fi supărată, dar nu pentru totdeauna. O treabă mult mai complicată este să fii de acord cu plângerile Mamei. Atunci când ea spune că el este dezordonat, tu vei spune că el este complet moșic; când ea spune că nu este foarte meditativ, vei spune că este total nepăsător. În curând ea va începe să-l apere. Poate ea a hotărât să-și elaboreze plângerile despre el sau poate nu. Dar oricum ați ieșit din triumfi.

În momentul în care deveniți conștient de ele, veți afla că triumphiurile sunt omniprezente. Unele exemple obișnuite includ bombănitul cu colegii despre șefi; a spune cuiva că partenerul vostru nu vă înțelege; reducând valoarea soției la copii; și privitul la televizor pentru a evita să vorbiți cu familia dumneavoastră. Ruperea liberă a triumphiurilor nu poate fi ușoară, dar răsplata este mare. Bowen credea că diferențierea unui sine autonom cere deschiderea relațiilor în familia extinsă și apoi încetarea de a participa la triumphiuri. Plata vine nu numai

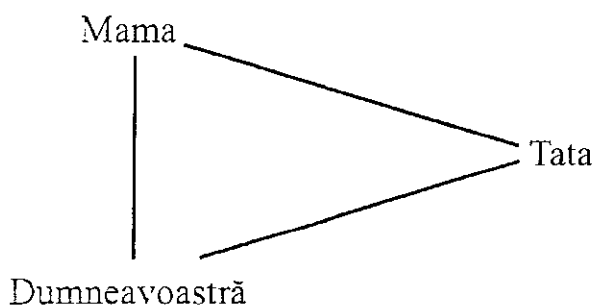


FIGURA 5.5. Triumfi peste generații

din îmbogățirea acestor relații, dar și din creșterea capacității dumneavoastră de a relata oricui – prieteni, colegi, asistenți, pacienți și soției și copiilor voștri. Mai mult, puteți rămâne în contact emoțional, dar puteți schimba rolul pe care îl jucați în familie – și să mențineți schimbarea în ciuda presiunii familiei de a se schimba înapoi – familia voastră va trebui să se adapteze pentru a se acomoda cu schimbarea voastră.

Este de așteptat un anumit grad de respingere atunci când vă imbarcați de unul singur pe o direcție care nu este aprobată de parteneri, părinți, colegi sau de alții. Respingerea, care este declanșată de teama pentru echilibrul relațiilor, este concepută să refacă echilibrul (Kerr & Bowen, 1988).

Câteva indicații folositoare pentru a rezista încercărilor familiei de a vă face să vă întoarceți la paternurile neproductive, dar familiare ale trecutului, au fost enumerate de Carter și Organidis (1976), de Guerin și Fogarty (1972) și Herz (1991). Puteți citi cum să lucrați cu tensiunile familiei rezolvându-vă propriile sensibilități emoționale în două cărți minunate de Harriet Lerner: *Dansul furiei* (*The Dance of Anger*) (Lerner, 1985) și *Dansul intimității* (*The Dance of Intimacy*) (Lerner, 1989).

Reintrarea în familia voastră de origine este necesară pentru a deschide sistemul închis. Adesea, tot ce se cere este vizita. Altă dată, problemele îngropate trebuie readuse la lumină, activând triumphiurile adormite prin agitarea emoțiilor din sistem. Dacă nu vă puteți duce direct către tatăl vostru fără ca acesta să se îndepărteze, duceți-vă către o persoană de care el este apropiat, activând astfel triumphiul. Dacă tatăl vostru este tensionat pentru că este singur cu dumneavoastră, petreceți puțin timp singur cu mama dumneavoastră. Aceasta îl va face să vrea să aibă un timp egal.

La reintrare, este bine să începeți prin deschiderea relațiilor închise înainte de a

încerca să le schimbați pe cele conflictuale. Nu începeți prin a încerca să rezolvați starea de război dintre dumneavoastră și mama dumneavoastră. Începeți prin a căuta un frate sau un văr cu care nu ați fost în contact. Negociați cu el problemele personale, dar evitați conflictele care se află într-o situație fără ieșire. Dacă contactele dumneavoastră cu unele sectoare ale familiei sunt de rutină și predictibile, faceți-le mai creative. Cei care continuă să funcționeze în relațiile familiei dincolo de rezolvarea crizelor sau dincolo de prima rază de entuziasm pentru interesul științific nou, pot realiza schimbări profunde în ei înșiși, în sistemele lor de familie și în propria lor activitate clinică.

Evaluarea terapiei teorie și a rezultatelor

Ce face teoria lui Bowen atât de folositoare este că aceasta descrie și explică forțele emoționale din noi care reglementează modul în care relaționăm cu oamenii. Singurul mare impediment de a ne înțelege unul pe celălalt este tendința noastră de a deveni reactivi emoțional și de a răspunde defensiv în loc de a ne asculta și a ne auzi unul pe altul. La fel ca toate lucrurile despre relații, această emoționalitate este o stradă cu sens dublu: unii vorbitori se exprimă ei înșiși cu atâta presiune emoțională încât ascultătorii reacționează inevitabil la acea presiune mai degrabă decât să asculte ce încearcă să spună vorbitorul. Teoria lui Bowen descrie această reactivitate, localizează originile ei în lipsa diferențierii de sine și explică cum să reducem emoționalitatea și cum să ne deplasăm spre un autocontrol matur – prin cultivarea mai largă a relațiilor din familie și prin învățarea să ascultăm fără să devenim defensivi sau nesinceri față de propriile convingeri.

În teoria boweniană, anxietatea este explicația bună la toate (pentru ce oamenii sunt dependenți sau ezitanți și de ce ei devin reactivi emoțional), reminiscență a teoriei conflictului freudian (care explică toate simptomele drept rezultat al anxietății provenită din conflictele din sexualitate și agresiune). Al doilea concept bun la toate din sistemul bowenian este diferențierea. Din momentul în care diferențierea este aproape sinonimă cu maturitatea, studenții pot întreba, până unde este corectă propoziția că, cu cât oamenii sunt mai diferențiați, cu atât funcționează mai bine într-un argument circular? Conform tradiției boweniane de a pune întrebări mai degrabă decât de a impune opinii, lăsăm aceasta să rămână o întrebare deschisă pentru a fi luată în considerare de dumneavoastră.

Punctul slab al abordării boweniane este acela al concentrării asupra indivizilor și relațiilor familiilor extinse ale acestora, iar aceasta neglijează puterea de a lucra direct cu familia nucleară. În multe cazuri, modul cel mai direct de a rezolva problemele familiei este de a-i aduna împreună pe toți în aceeași casă și a-i încuraja să stea față în față unul cu celălalt și să vorbească despre conflictele lor. Aceste discuții pot să devină zgomotoase și neproductive, dar un terapeut pregătit poate ajuta membrii familiei să realizeze ceea ce ei fac și să-i conducă spre înțelegere. Există momente în care cuplurile sau familiile sunt atât de ostile și defensiv încât dialogurile lor trebuie întrerupte pentru a-i ajuta pe indivizi să treacă dincolo de defensivă, la sentimentele rănite de profunzime. În asemenea momente, este folositor, poate imperativ, să blocați membrii familiei de la a se certa unul cu celălalt. Dacă o abordare, ca cea a lui Bowen, care încurajează terapeuții să vorbească membrilor individuali ai familiei rând pe rând, submințează puterea de a lucra cu familiile nucleare în mișcare.

Statutul teoriei și terapiei sistemice a familiei extinse se bazează nu pe cercetarea empirică, ci pe eleganța teoriei lui Murray Bowen, pe rapoartele clinice ale tratamentului de succes și pe profitul personal experimentat de cei care au lucrat la diferențierea sinelui în familiile lor de origine. Cercetarea originală a lui Bowen cu familiile schizofrenice a fost mai mult o observație clinică decât experimentare controlată. De fapt, Bowen era indiferent la cercetarea empirică (Bowen, 1976), preferând, în schimb, să facă speculații și să integreze teoria în practică. Mica lucrare empirică făcută în acest domeniu este prezentată la Simpozionul dedicat familiei de la Georgetown. Acolo, au fost prezentate evaluările diferitelor programe și rapoartele de cercetare ocazionale. Unul dintre acestea, un studiu de Winer, a fost suficient de interesant pentru a fi publicat în *Family Process (Procesul familiei)* (Winer, 1971). Winer a prezentat observațiile despre patru familii în terapie de familie multiplă condusă de Murray Bowen. Dincolo de cursul tratamentului, experimentatorul a scos la lumină raportul referințelor sinelui cu alte referințe și numărul referințelor sinelui-diferențiat. Afirmațiile considerate ca referințe ale sinelui-diferențiat includeau vorbirea pentru sine fără critică, administrarea schimbării sau a schimbării dorite în sine, mai curând, decât în alții, distingând gândirea de sentimente și arătând îngrijorarea și direcționarea-scopului. Au existat două descoperiri importante, ambele au sprijinit poziția lui Bowen. Prima, în primele ședințe, existau puține afirmații despre sine; cele mai numeroase se refereau la „noi” și „pe noi” indicând că soții nu se diferențiau pe poziții separate. A doua, a existat o evoluție către afirmațiile-Eu mai diferențiate dincolo de cursul tratamentului. La început, acestea au apărut în mai puțin decât jumătatea timpului, dar după câteva ședințe afirmațiile diferențiate au predominat.

Deși aceasta nu sprijinea eficacitatea terapiei lui Bowen în creșterea diferențierii, studiul lui Winer nu a testat premisa că diferențierea sinelui este sinonimă cu rezultatul terapeutic pozitiv. De fapt, acesta este un articol de încredere în Bowen și indică o anumită circularitate în această teorie: simptomele indică faptul că fuziunea emoțională și fuziunea sunt demonstrate prin prezența simptomelor (Bowen, 1966).

Bowen a accentuat în mod repetat importanța teoriei în practica clinică (Bowen, 1976), și invită astfel judecarea pe baza teoriei sale. De aceea, trebuie observat că, deși teoria sa este detaliată, consistentă și folositoare, există o serie de construcții bazate pe observația clinică. Tezele de bază nu sunt sprijinite de cercetarea empirică și, de fapt, nu sunt, probabil, predispuse la o confirmare sau infirmare în experimentarea controlată. Teoria lui Bowen, ca și psihanaliza, este, probabil, cel mai bine judecată nu ca adevărată sau falsă, ci folositoare sau nefolositoare. În medie, pare în mod remarcabil folositoare.

Dovada pentru eficacitatea terapiei sistemice a familiei extinse se bazează în mod larg pe experiența personală și rapoartele clinice. Terapeuții bowenieni fac, aparent cel puțin, la fel ca cifrele standard; o treime din pacienți se simt mai rău nu mai bine; o treime din pacienți se simt ceva mai bine și o treime se simt în mod semnificativ mai bine.

Persoanele care dezvoltă sisteme de terapie sunt influențate de experiențele lor personale și emoționale, iar Bowen a fost mai conștient și mai candid decât cei mai mulți despre acest lucru (Anonymous, 1972). Familia sa era din clasa de mijloc, lipsită de simptome și relativ implicată; iar tehnicile sale par mai relevante pentru acest fel de familie. La fel ca Bowen, mulți dintre alți terapeuți considerați în acest capitol lucrează, de asemenea, în practica privată, în primul rând, cu pacienți din clasa de mijloc.

Phil Guerin și Tom Fogarty au adus contribuții notabile, nu numai în păstrarea vie și predarea teoriei boweniane, dar, de asemenea, prin îmbunătățirea tehnicilor de terapie. Ambii sunt maștri în terapie. Betty Carter și Monica McGoldrick au avut mai mult decât o contribuție în studierea modului cum funcționează familiile: ciclul de viață normal al familiei, diversitatea etnică și rolul universal al inegalității genului. Deoarece ele sunt, atât studente în problemele familiei, cât și terapeuți, unele din intervențiile lor au o valoare educațională decisivă, de exemplu, Betty Carter a luat poziția unui expert și i-a învățat pe părinții vitregi să nu încerce să-și asume o poziție egală cu părinții biologici. Părinții vitregi trebuie să-și câștige autoritatea morală; între timp, ceea ce a funcționat cel mai bine a fost sprijinirea rolului părintelui biologic. Așa cum abordarea lui Bowen este influențată de această experiență personală, se pare că, atât Carter, cât și McGoldrick și-au infuzat munca lor de terapeuți de familie cu experiența lor ca femei de carieră și convingerile lor despre prețul inegalității.

Toți acești terapeuți sunt clinicieni fini; și ei și studenții lor au avantajul de a lucra cu teorii care sunt suficient de specifice pentru a asigura strategii clare pentru tratament. În special acum, când terapia de familie este atât de la moda, mulți oameni care văd familiile folosesc un „ghiveci” de concepte și tehnici

nelegate; ei nu sunt apti să aibă o teorie coerentă sau o strategie consistentă. Rezultatul nefericit este că majoritatea terapeuților de familie se ocupă de procesele emoționale ale familiilor și sunt absorbiți de problemele de conținut. Tratamentul care rezultă tinde să fie suportiv și directiv.

Terapeuții de familie din a doua generație, precum Guerin și Fogarty, sunt bine ancorati într-un sistem teoretic (pentru ei, cel al lui Bowen), de la care sunt capabili să se abată și să-l completeze fără a pierde focusul. Cu toate acestea, terapeuții de familie din a treia generație (studenții studenților) sunt adesea abandonați în supoziții teoretice neclare și munca lor suferă din această cauză. E interesant că studenții pionierilor terapiei de familie nu au fost inovatori în mod special. Nici unul dintre ei nu și-a depășit profesorii. Aceste observații pun în evidență obligația studenților absolvenți, care sunt expuși la o varietate de abordări, adesea prezentate cu mai multă critică decât înțelegere binevoitoare. În consecință, ele sunt abandonate fără nici o abordare coerentă. Probabil cea mai bună cale de a deveni un clinician eficient este să începi ca discipol al unei anumite școli. Să fii ucenic la un expert – e cel mai bun lucru pe care-l poți găsi – și să te cufunzi tu însuși într-un sistem. După ce ai stăpânit această abordare și ai practicat-o timp de câțiva ani, poți apoi să începi să o modifice, fără a pierde focusul și direcția.

— Rezumat —

Lentilele conceptuale ale lui Bowen erau mai largi decât cele ale celor mai mulți terapeuți de familie, dar unitatea sa reală de tratament era mai mică. Interesul său era întotdeauna pentru sistemul de familie multigenerațional,

chiar dacă el se ocupa, de obicei, de persoană sau cupluri. Din momentul în care el a introdus, pentru prima oară, **ipotezel schizofreniei trigeneraționale**, el era conștient de modul în care triumfiuri

interconectate leagă o generație de următoarea, precum urzeala din țesutura întregii familii. Deși terapeuții bowenieni sunt unici în trimiterea pacienților acasă pentru a repara relațiile lor cu părinții, ideea legăturilor intergeneraționale a fost foarte influentă în domeniu.

În conformitate cu Bowen, problema majoră din familii este fuziunea emoțională; scopul major este diferențierea. Fuziunea emoțională crește din nevoia instinctuală pentru alții, dar este o exagerare nesănătoasă a acestei nevoi. Unii oameni manifestă fuziunea direct ca o nevoie de a fi împreună; alții o maschează cu o fațadă pseudoindependentă. Persoana cu un sinc diferențiat are nevoie să nu fie izolată, ci poate rămâne în contact cu alții și își poate menține integritatea proprie. În mod similar, familia sănătoasă este cea care rămâne în contact viabil de la o generație la alta.

În teoria boweniană triumghiul este unitatea universală de analiză – în principiu și în practică. Ca și Freud, Bowen a accentuat importanța centrală a relațiilor de familie timpurii. Relațiile dintre sine și părinți sunt descrise ca un triunghi și considerate cele mai importante din viață. Modul de înțelegere a triumghiurilor de către Bowen este una din cele mai importante contribuții și una din ideile importante din terapia de familie.

Pentru Bowen, terapia era o extensie logică a teoriei. Înainte de a putea face incursiuni importante în problemele familiei, trebuie să aveți o înțelegere largă a felului în care operează sistemele familiei. Tratatamentul este de a merge înapoi, pentru a-i vizita propriii voștri părinți, bunici, mătuși și unchi și să învățați să progresați împreună cu ei.

Teoria lui Bowen realizează un echilibru între a fi împreună și independență, dar practica are un caracter intelectual distinct. El a văzut anxietatea ca o amenințare pentru echilibrul psihic, în consecință abordarea sa pentru tratament pare adesea obiectivă.

Bowen s-a depărtat de căldura confruntărilor familiale pentru a contempla istoria relațiilor de familie. Așa cum s-ar muta de pe un teren de joc în tribune, paternurile devin mult mai vizibile, dar poate fi mult mai dificile pentru a avea un impact imediat.

Modelul lui Bowen își deplasează focusul de la simptome în favoarea dinamicii sistemice. Tratatamentul descurajează pe terapeuți de la încercarea de a „consolida” relațiile, dar în schimb încurajează clienții să înceapă un efort de lungă durată de descoperire a sinelui. Acesta nu este totuși un subiect de introspecție, ci face de fapt contactul cu familia. Clienții sunt echipați pentru aceste călătorii de descoperire a sinelui cu instrumente pentru înțelegerea propriilor paternuri de atașament și dezangajare emoțională.

În practica terapiei sistemice de familie bowenienă cele șapte tehnici cele mai importante sunt:

1. Genograma. Din primele sale zile la NIMH, Bowen a folosit ceea ce el a denumit „diagrama familiei”, pentru a aduna și organiza datele importante privind sistemul de familie multigenerațional. Într-o publicație din 1972, Guerin a denumit diagrama familiei „genogramă”, un nume care a învins. Funcția principală a genogramei este de a organiza datele în timpul fazei de evaluare și de a scoate la lumină în decursul terapiei procesele relaționale și triumghiurile cheie. Ghidul cel mai cuprinzător de a lucra cu genograme este cartea Monicăi McGoldrick și a lui Randy Gerson, *Genogramele în evaluarea familiei (Genograms in Family Assessment)* (McGoldrick & Gerson, 1985).

2. Triumghiul terapiei. Această tehnică se bazează pe ipoteza teoretică că procesele relațiilor conflictuale din cadrul familiei au triumghiuri activate legate de simptomul cheie în încercarea de a restabili stabilitatea;

iar familia va încerca în mod automat să includă terapeutul în procesul de triumphiulare. Dacă vor reuși, terapia va fi într-un punct mort. Pe de altă parte, dacă terapeutul poate rămâne liber de situațiile complicate emoționale reactive – cu alte cuvinte, să rămână în afara triumphiului – sistemul de familie și membrii săi se vor calma până la punctul în care ei vor putea să înceapă să găsească soluții pentru dilemele lor.

În tratamentul cuplurilor, fiecărui soț i se pun o serie de întrebări de proces cu scopul de a atenua emoția și pentru a crește observația și gândirea obiectivă. Se face un oarecare efort pentru a încetini suprafuncționarea din diadă, în timp ce se angajează și se face acest lucru sigur pentru ca cei care subfuncționează mai distant să se deschidă și să se implice. Aceeași tehnică poate fi folosită cu familiile centrate pe copil având poziția terapeutului însuși sau terapeutei însăși, într-un punct al triumphiului potențial cu copilul simptomatic și cu fiecare părinte, precum și între părinți. (Observați cât de asemănătoare este aceasta cu încercările terapeuților de familie structurali de a retrace mamele implicate și de a dezangaja tații implicați. Vezi Capitolul 7).

3. Experimente relaționale. Experimentele relaționale sunt făcute în jurul alterărilor structurale din triumphiurile cheie. Scopul este de a ajuta membrii familiei să devină conștienți de procesele sistemice – și să învețe să recunoască propriul lor rol în ele. Poate că cele mai bune experimente au fost cele dezvoltate de Fogarty pentru folosirea urmăritorilor și urmăritorilor emoționali. Urmăritorii sunt încurajați să-și restrângă urmărirea, să înceteze să ceară și să diminueze presiunea pentru legătura emoțională – și să vadă ce se întâmplă în ei înșiși și în relații. Acest exercițiu nu este conceput pentru o vindecare miraculoasă (așa cum au sperat unele persoane), ci pentru a ajuta la

clarificarea proceselor emoționale implicate. Urmăritorii sunt încurajați să se deplaseze spre o altă persoană și să-și comunice gândurile și sentimentele personale – cu alte cuvinte, să găsească o alternativă fie evitând, fie capitulând în fața cererilor altuia.

4. Antrenarea. Antrenarea este o alternativă boweniană pentru rolul de implicare mai personal și mai emoțional comun celor mai multe alte forme de terapie. Prin acționarea ca un antrenor, terapeutul bowenien speră să evite să preia pacienți sau să devină implicat în triumphiurile familiei. Antrenarea nu înseamnă să spui oamenilor ce să facă. Aceasta înseamnă să pui întrebări de proces concepute să ajute clienții să înțeleagă procesele emoționale ale familiei și rolul lor în acestea. Scopul este creșterea înțelegerii, creșterea autoconcentrării și legături mai funcționale cu membrii cheie ai familiei.

5. „Poziția-Eu”. Luând o poziție personală – spunând ce simți, în loc ce „fac” alții – este una din cele mai directe căi de a rupe cercurile de reactivitate emoțională. Este diferența între a spune „Ești leneș” și „Aș vrea să mă ajuți mai mult” sau dintre „Răsfeti întotdeauna copii” și „Cred că ai putea fi mai severă cu ei”. Este o mare diferență.

Terapeuții bowenieni nu numai că încurajează clienții să ia poziția-Eu, ei înșiși fac la fel. Un exemplu ar fi atunci când, după o ședință de familie, mama ia terapeutul de-o parte și îi face confidențe că soțul ei are un cancer terminal, dar că ea nu vrea să afle copiii acest lucru. Ce e de făcut? Să iei poziția-Eu: Să spui mamei: „Eu cred că și copiii dumneavoastră au dreptul să știe despre acest lucru”. Ce face ea, desigur depinde de ea.

O altă ipoteză în terapia boweniană este că, confruntarea mărește anxietatea și

diminuează capacitatea de a gândi clar și de a vedea opțiuni. De aceea, deplasând focusul, făcându-l mai puțin personal și mai puțin amenințător, este un mod excelent de a mări obiectivitatea. Aceasta formează baza pentru cele două tehnici legate, terapia de familie multiplă și poveștile de înlocuire.

6. Terapia de familie multiplă. În versiunea sa de terapie de familie multiplă, Bowen a lucrat cu cupluri, concentrându-se asupra primului, apoi asupra celuilalt și minimizând interacțiunea. Ideea este că un cuplu poate învăța mai mult despre procesul emoțional observându-i pe ceilalți – alții în care ei nu sunt atât de implicați emoțional încât viziunea lor să fie întunecată de sentimente. James Framo a folosit o abordare asemănătoare.

7. Poveștile de înlocuire. Aceasta este tehnica lui Guerin, care arată filme, casete video și spune povești, pentru a învăța membrii familiei despre funcționarea sistemelor într-un mod care minimizează defensivitatea acestora.

În cele din urmă, deși e posibil ca studenții terapiei de familie să evalueze abordările diferite în conformitate cu cât de mult sens au și cât de folositoare promet să fie, Bowen, el însuși, considera că cea mai importantă contribuție a sa este de a arăta modul de a face comportamentul uman o știință. Mult mai importante decât metodele și tehnicile terapiei de familie, Murray Bowen a adus contribuții profunde la înțelegerea noastră privind modul în care funcționăm ca indivizi, cum progresăm cu familiile noastre și cum acestea sunt legate.

—Lecturi recomandate—

- Anonymous, 1972. Differentiation of self in one's family. In *Family interaction*, J. Framo, ed. New York: Springer.
- Bowen, M. 1978. *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Carter, E., and Orfanidis, M.M. 1976. Family therapy with one person and the family therapist's own family. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Fogarty, T.F. 1976. Systems concepts and dimensions of self. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Fogarty, T.F. 1976. Marital crisis. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Guerin, P.J., Fay, L., Burden, S., and Kautto, J. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach*. New York: Basic Books.
- Guerin, P.J., Fogarty, T.F., Fay, L. F., and Kautto, J. G. 1996. *Working with relationship triangles: The one-two-three of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Guerin, P.J. and Pendagast, E.G. 1976. Evaluation of family system and genogram. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Kerr, M.E., and Bowen, M. 1988. *Family evaluation*. New York: Norton.

—Bibliografie—

- Anonymous. 1972. Differentiation of self in one's family. In *Family interaction*. J. Ramo, ed. New York: Springer.
- Bocr, F. 1990. *Sibling relationships in middle childhood*. Leiden, the Netherlands: DSWO Press.
- Bowen, M. 1966. The use of theory family in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*. 7:345-374.
- Bowen, M. 1971. Family therapy and family group therapy. In *Comprehensive group psychotherapy*. H. Kaplan and B. Sadock. Eds. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bowen, M. 1974. Toward the differentiation of self in one's family of origin. In *Georgetown Family Symposium*. Vol 1. F. Andres and J. Lorio, eds. Washington, DC: Department of Psychiatry Georgetown University Medical Center.
- Bowen, M. 1975. Family therapy after twenty years. In *American handbook of psychiatry*. Vol. 5. S. Arieti. Ed. New York: Basic Books.
- Bowen, M. 1976. Theory in the practice of psychotherapy. In *Family therapy: Therapy and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Carter B., and McGoldrick, M. 1980. *The family life cycle*. New York: Gardner Press.
- Carter, B., and McGoldrick, M. 1988. *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Carter, E., and Orfanidis, M.M. 1976. Family therapy with one person and the family therapist's own family. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin. Ed. New York: Gardner Press.
- Fogarty, T.F. 1979. Systems concepts and dimensions of self. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin ed. New York: Gardner Press.
- Fogarty, T.F. 1976b. Marital crisis. In *Family therapy: Theory and practice*. P.J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Ford, D.H., and Urban, H.B. 1963. *Systems of psychotherapy*. New York: Wiley.
- Glick, P. 1984. Marriage, divorce and living arrangements. *Journal of Family Issues*. 5(1): 7-26.
- Guerin, K., and Guerin, P. 2002. Bowenian family therapy. In *Theories and strategies of family therapy*. J. Carlson and D. Kjos, eds. Boston: Allyn & Bacon.
- Guerin, P.J. 1971. A family affair. *Georgetown Family Symposium*. Vol. 1. Washington, DC.
- Guerin, P.J. 1972. We became family therapists. In *the book of family therapy*. A. Ferber, M. Mendelsohn, and A. Napier, eds. New York: Science House.
- Guerin, P.J. ed. 1976. *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press.
- Guerin, P.G., Fay L., Burden, S., and Kautto, J. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflicts: A four-stage approach*. New York: Basic Books.
- Guerin, P.J., and Fogarty, T.F. 1972. Study your own family. In *The book of family therapy*. A. Ferber, M. Mendelsohn, and A. Napier, eds. New York: Science House.
- Guerin, P.J., Forgarty T.F., Fay, L.F., and Kautto, J.G. 1996. *Working with relationship triangles: The one-two-three of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Herz, E. ed. 1991. *Reweaving the family tapestry*. New York: Norton.
- Hill, R. 1970. *Family development in three generations*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Kerr, M. 1971. The importance of the extended family. *Georgetown Family Symposium*, vol. 1. Washington, DC.
- Kerr, M., and Bowen, M. 1988. *Family evaluation*. New York: Norton.

- Lerner, H.G. 1985. *The dance of anger: A woman's guide to changing patterns of intimate relationships*. New York: Harper & Row.
- Lerner, H.G. 1989. *The dance of intimacy: A woman's guide to courageous acts of change in key relationships*. New York: Harper & Row.
- McGoldrick, M. 1990. Gender presentation. Article in progress.
- McGoldrick, M., and Gerson, R. 1985. *Genograms in family assessment*. New York: Norton.
- McGoldrick, M., Pearce, J., and Glordano, J. 1982. *Ethnicity in family therapy*. New York: Guilford Press.
- McGoldrick, M. Preto, N., Hines, P., and Lee, E. 1990. Ethnicity in family therapy. In *The handbook of family therapy*. 2nd ed., A.S. Gurman and D. P. Kniskern. eds. New York: Brunner/ Mazel.
- Nichols, M.P. 1986. *Turning forty in the eighties*. New York: Norton.
- Nichols, M.P. and Zax, M. 1977. *Catharsis in psychotherapy*. New York Gardner Press.
- Nisbett, R.E., and Wilson, T.D. 1977. The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgements. *Journal of Personality and Social Psychology*. 35:250-256.
- Rodgers, R. 1960. Proposed modification of Duvall's family life cycle stages. Paper presented at the American Sociological Association Meeting. New York.
- Solomon, M. 1973. A developmental conceptual premise for family therapy. *Family Process*. 12:179-188.
- Sulloway, F. 1996. *Born to rebel*. New York. Pantheon.
- Toman, W. 1969. *Family constellation*. New York: Springer.
- Winer, L.R. 1971. The qualified pronoun count as a measure of change in family psychotherapy. *Family Process*. 10:243-247.



Terapia de familie strategică

Terapia rezolvării problemei

Cu aplicațiile lor inspirate din cibernetică și teoria sistemelor, abordările strategice au captivat terapia de familie de la jumătatea anilor 1970 și până la jumătatea anilor 1980. Parte a atracției a fost focusul pragmatic pe rezolvarea problemei; dar a existat și o fascinație a strategiilor care puteau fi concepute să înșele rezistența și să provoace familiile la schimbare, cu sau fără cooperarea lor. În al doilea rând, a fost aspectul mai manipulativ care a făcut ca terapeuții de familie să fie eventual împotriva terapiei strategice.

Abordările dominante ale anilor 1990 au ridicat percepția deasupra comportamentului și au încurajat pe terapeuți să fie mai cooperanți decât manipulativi. În loc să încerce să rezolve problemele și să provoace schimbarea, terapeuții încep să întărească soluțiile și să inspire schimbarea. Și astfel, cei care erau sărbătoriți altădată ca personalități ale terapiei strategice – Jay Haley, John Wakland, Mara Selvini Palazzoli – au fost practic uitați. Foarte rău, deoarece abordările lor strategice au introdus două

din cele mai puternice percepții din întreaga terapie de familie: că membrii familiei adesea perpetuează problemele prin propriile lor acțiuni; și că directivele concepute pentru nevoile unei anumite familii pot adesea conduce la schimbare bruscă și decisivă.

Figuri reprezentative

Terapia strategică a crescut din **teoria comunicării** dezvoltată din proiectul privind schizofrenia al lui Bateson, care a evoluat în trei modele distincte:

Modelul *MRI - Institutul de Cercetări Mentale*, *terapia strategică* a lui Haley și Madanes și *modelul sistemic de la Milano*. Locul nașterii acelor trei modele a fost Institutul de Cercetări Mentale (MRI), unde terapia strategică a fost inspirată de Gregory Bateson și Milton Erickson, un antropolog și un psihiatru.

În 1952, finanțat printr-o donație a Fundației Rockefeller pentru a studia

paradoxul în comunicare, Bateson i-a invitat pe Jay Haley, John Wakland, Don Jackson și William Fry să i se alăture la Palo Alto. Proiectul lor important, care poate fi considerat locul de naștere intelectual al terapiei de familie, a condus la concluzia că interschimbarea mesajelor multistratificate dintre oameni definea relațiile lor.

Datorită influenței lui Bateson, orientarea era antropologică. Scopul lor era să observe, nu să schimbe familiile și ei s-au poticnit în terapia de familie mai mult sau mai puțin accidental. Având în vedere lipsa de înclinare a lui Bateson de a schimba oamenii, este o ironie că el a fost acela care i-a prezentat pe membrii proiectului lui Milton Erickson. Într-un moment când terapia era considerată o activitate laborioasă, de durată, experiența lui Erickson, ca hipnoterapeut, l-a convins că oamenii s-ar putea schimba repede și el a făcut terapia cât mai scurtă cu putință.

Multe din ceea ce au fost numite *tehnici paradoxale* au provenit din aplicarea principiilor hipnoterapeutice ale lui Erickson de a transforma rezistența în avantaj (Haley, 1981). De exemplu, pentru a induce transa, un hipnotizator învață să nu sublinieze că o persoană poate fi învinsă, dar, în loc de aceasta, poate spune persoanei să-și țină ochii deschiși „până devine insuportabil”.

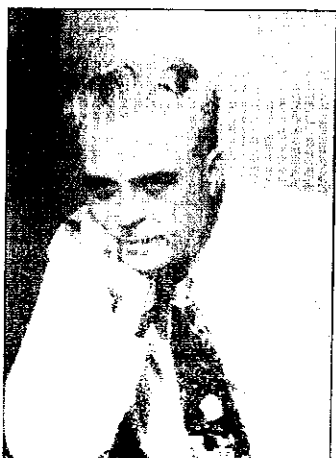
Don Jackson a înființat Institutul de Sănătate Mentală, în 1959, și a adunat un

personal energic și creator care cuprindea pe Jules Riskin, Virginia Stir, Jay Haley, John Wakland, Paul Watzlawick, Arthur Bodin și Janet Beavin. După câțiva ani, mai mulți din membrii personalului au fost fascinați de abordarea pragmatică de rezolvare a problemei a lui Milton Erickson. Aceasta a condus la inițierea proiectului terapiei de scurtă durată de către Jackson sub conducerea lui Richard Fisch. Grupul inițial îi cuprinde pe Arthur Bodin, Jay Haley, Paul Watzlawick și John Weakland. Ceea ce a rezultat a fost o abordare activă, centrată asupra simptomului prezentat și limitată la zece sedințe.

Această abordare, cunoscută ca modelul de la MRI, a fost descrisă de Watzlawick și Fisch (1974) în *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (*Schimbarea: Principiile formării și rezolvării problemei*) și mai târziu într-un volum de continuare *The Tactics of change: Doing Therapy Briefly* („*Tacticile schimbării: a face terapie de scurtă durată*” (Fish, Weakland & Segal, 1982), care rămâne cea mai cuprinzătoare lucrare de la acea dată a modelului MRI.

Când Jackson a murit tragic, în 1968, la vârsta de 48 de ani, el a lăsat o moștenire de articole importante, o revistă de vârf în domeniu, *Family Process* („Procesul Familiei”) (pe care a fondat-o împreună cu Natan Ackerman, în 1962) și o mare tristețe la dispariția unui asemenea talent creator. Grupul de la MRI și întregul domeniu au suferit o altă pierdere dureroasă în 1995, când John Wakland a murit de boala lui Gehrig.

Jay Haley a fost întotdeauna un nepoftit. El a intrat în domeniu fără referințe clinice și și-a consolidat reputația de pisălog și critic. Impactul său inițial a venit din scrierile sale, în care a împletit sarcasmul cu analiza incisivă. În „*Arta Psihanalizei*” (Haley, 1963), Haley a redefinit psihanaliza ca fiind un joc al supremației:



Milton Erickson este geniul conducător din spatele abordării strategice a terapiei

Prin așezarea pacientului pe o canapea, analistul dă pacientului sentimentul că are picioarele în aer și conștiința că analistul are ambele picioare pe pământ. Nu numai că pacientul este deconcertat că stă întins în timp ce vorbește, dar se consideră pe sine însuși literalmente mai jos decât analistul și astfel, poziția sa inferioară este subliniată geografic. În plus, analistul stă așezat el însuși în spatele canapelei de unde poate privi pacientul, dar pacientul nu poate să-l privească. Aceasta dă pacientului un fel de sentiment deconcertat al unei persoane care se luptă cu adversarul în timp ce este legat la ochi. Incapabil să vadă ce răspuns provoacă afirmațiile sale, el este nesigur atunci când este persoana-de-sus și când este persoana-de-jos. Unii pacienți încercă să rezolve această problemă spunând ceva de felul „M-am culcat cu sora mea noaptea trecută”, iar apoi se răsucesc ca un titirez să vadă cum răspunde terapeutul. Aceste afirmații „mai șocante” pot să nu aibă efect. Analistul poate să se strâmbă, dar el are timp să-și revină înainte ca pacientul să se răsucească complet și să-l vadă. Cei mai mulți analiști au dezvoltat modalități de abordare a pacientului care se răsucește. Atunci când pacientul se întoarce, ei se uită în gol sau răsucesc un creion sau se joacă cu cureaua sau se uită la peștele exotic din acvariu. Este esențial ca pacientul care are oportunitatea să observe analistul să vadă numai comportamentul impasibil (pp. 193-194).

După ce proiectul lui Bateson s-a terminat în 1962, Haley a plecat de la MRI în 1967, când i s-a alăturat lui Salvador Minuchin la Clinica de Orientare a Copilului din Philadelphia. Acolo, Haley a devenit interesat de formare și supervizare, zone cărora el le-a adus cea mai mare contribuție (Haley, 1996). În 1976, Haley a plecat la Washington, DC, unde a fondat Institutul de Terapie de Familie împreună cu Cloe Madanes. Madanes, cunoscută ca unul din cei mai creatori

terapeuți din domeniu, a lucrat la început atât la MRI, cât și la Clinica de Orientare a Copilului de la Philadelphia. În 1995 Haley s-a întors în California.

Haley și Madanes sunt figurile dominante ale căror nume umbresc, adesea, pe cele ale urmașilor lor. James Keim din Colorado, care a dezvoltat o modalitate inovatoare de lucru cu copiii care se opun, este un continuator al tradiției lui Haley-Madanes. Alți practicieni importanți ai acestui model includ pe Jerome Price din Michigan, care s-a specializat în lucrul cu adolescenții dificili și Pat Dorgan, care combină terapia strategică cu un model comunitar de sănătate mentală la Gloucester, Virginia.

Modelul MRI a avut un impact major asupra Asociațiilor de la Milano, Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin și Guiliana Prata. Selvini Palazzoli era un psihanalist proeminent italian, specializat în tulburările de nutriție, când, ieșind din frustrarea ei de orientare psihanalitică (Selvini Palazzoli, 1981), a început să dezvolte propria ei abordare a familiilor. În 1967, ea a condus un grup de opt psihiatri care s-au orientat spre ideile lui Bateson. Haley și Watzlawick, pentru a forma Centrul pentru Studiarea Familiei de la Milano, unde au dezvoltat modelul sistemic de la Milano.

Atunci când Asociații de la Milano s-au unit, în 1971, ei l-au invitat pe Paul Watzlawick să fie consultantul lor, dar, deși grupul a urmat modelul de bază de la MRI, ei au insistat asupra vederii întregii familii. Întrebarea fundamentală pe care ei și-au pus-o era „Ce fel de joc joacă familia care menține simptomele?” În momentul în care au înțeles jocul familiei, ei au dezarmat rezistența prin oferirea unei conotații pozitive jocului și apoi au prescris un fel de ritual pentru a o dezarma. Ceea ce a rezultat a fost totuși un set de proceduri de formule pentru a inversa paternul de menținere a problemei familiei.

În 1980, Asociații de la Milano au suferit o altă ruptură, cu orientarea lui Boscolo și Cecchin spre formare și a lui Selvini Palazzoli și Prata care au rămas mai interesați de cercetare. Fiecare grup a format centre separate cu personal nou, iar abordările lor au fost, de asemenea, divergente: femeile și-au urmat interesul în jocurile destructive în care, credeau ele, erau prinse familiile cu tulburări severe, iar bărbații au crescut mai puțin strategic și au fost interesați mai mult în schimbarea sistemelor de convingeri ale familiei, printr-un proces de punere de întrebări. Această schimbare de la paternuri de interacțiune spre sisteme de convingeri a pavat drumul pentru abordările centrate pe soluție și abordările narrative care au dominat anii 1990.

Evoluția lui Lynn Hoffman, ca terapeut, este paralelă cu cea a ramurii strategic-sistemice a terapiei de familie. În anii 1960, ea a colaborat cu Haley și în 1977, s-a alăturat Institutului Ackerman, unde a experimentat abordările strategice, iar mai târziu a devenit personalitatea modelului de la Milano (Hoffman, 1981). În continuare, ea a părăsit Institutul Ackerman pentru Amherst, Massachusetts și a părăsit modelul de la Milano pentru o abordare „de colaborare” bazată pe construcționismul social, pe principiile narrative (vezi capitolul 13).

Institutul Ackerman a fost un incubator, atât pentru modelele strategice, cât și pentru cele de la Milano. Contribuțiile importante de la facultatea Ackerman includ pe Peggy Papp (1980, 1983), o forță creatoare din școala strategică; pe Joel Bergman (1985), care a dezvoltat multe strategii originale pentru lucrul cu familiile în dificultate; Peggy Penn (1982, 1983), care a elaborat inovația școlii de la Milano a întrebărilor circulare și Olga Silverstein, cunoscută pentru măestria ei clinică.

Karl Tomm (1984a, 1984b, 1987a, 1987b), un psihiatru canadian din Calgary,

Alberta, a fost cel mai important interpret din America de Nord al modelului de la Milano. Recent, sub influența lucrărilor lui Michael White (vezi Capitolul 13), Tomm și-a dezvoltat propriile idei despre impactul terapeutului asupra familiilor. Joseph Eron și Thomas Lund (1993, 1996), din Kingston, New York, au încercat să actualizeze terapia strategică prin integrarea acesteia cu abordările narrative, bazate pe principiile construcționiste. În cele din urmă, Richard Rabkin (1977), un psihiatru social, literat și eclectic, practician din New York City, a fost influențat de toți cei care au dezvoltat terapia strategică și la rândul lui i-a influențat pe aceștia.

Formulări teoretice

În *Pragmatica Comunicării Umane*, Watzlawick, Beavin și Jackson (1967) au văzut dezvoltarea unui calcul al comunicării umane pe care l-au formulat într-o serie de axiome despre implicările interpersonale ale conversației. Prima dintre aceste axiome este că *oamenii comunică întotdeauna*. Din momentul în care orice comportament este comunicare și din moment ce *nu* pot să mă comport, atunci înseamnă că *nu* pot comunica. Să luăm următorul exemplu.

Dna Rodriguez a început să spună „Nu mai știu ce să mă mai fac cu Ramon. Nu merge bine cu școala și nu mă ajută deloc acasă. Tot ce vrea este să fie cu prietenii lui îngrozitori. Dar cel mai rău lucru este că el refuză să comunice cu noi.”

În acest moment, terapeutul s-a întors spre Ramon și a spus „Ei bine, ce ai de spus despre toate acestea?” Ramon nu a spus nimic. În schimb, el a continuat să stea ghemuit într-un colț îndepărtat al camerei, cu o figură supărată, bosumflată.

Ramon „*nu* este comunicativ”. El comunică faptul că este supărat și refuză să

vorbească despre aceasta. Comunicarea are loc și când nu este intențională, conștientă sau cu succes – există în absența înțelegerii reciproce.

× A doua axiomă este că toate mesajele au funcții de *relatare* și *comandă* (Ruesch & Bateson, 1951). Relatarea (sau conținutul) unui mesaj conduce informația, în timp ce comanda este o afirmație despre definirea relației. De exemplu, mesajul „mamă, Sandy mă bate!” conduce informația, dar implică și o comandă – *Fă ceva*. Observați, totuși, că această comandă implicită este ambiguă. Motivul pentru aceasta este acela că niște cuvintele tipărite omit punctele de reper faciale și contextuale. Această afirmație scoasă cu țipete stridente de un copil care plânge va avea implicații foarte diferite decât în cazul în care este spusă de un copil care chicotește.

× În familii, mesajele de comandă sunt considerate ca *reguli* (Jackson, 1965) care pot fi deduse din redundanțele observate în interacțiune. Jackson a folosit termenul de **regulile familiei** ca o descriere a regularității, nu a reglementării. Nimeni nu „stabilește reguli”. De fapt, familiile sunt inconștiente, în general, de ele.

× Regulile sau regularitățile interacțiunii familiei operează pentru păstrarea **homeostazei familiei** (Jackson, 1965, 1967). Mecanismele homeostatice aduc familia înapoi într-un echilibru anterior în fața oricărei întreruperi/degradări și servesc astfel pentru a rezista schimbării. Noțiunea lui Jackson despre homeostaza familiei descrie aspectul conservator al sistemelor familiei și este similară conceptului cibernetic de **feedback negativ**. Astfel, conform analizei comunicării, familiile operează ca sisteme orientate-spre-scop, guvernate-de-reguli.

— Teoreticienii comunicării nu caută motivele de bază, în schimb ei au evaluat cauzalitatea circulară și au analizat pater-nurile de comunicare legate împreună în

lanțuri adiționale de stimul și răspuns, ca *bucle feedback*. Când răspunsul la comportamentul problematic al unui membru al familiei exacerbează problema, acel lanț este văzut ca o *bucă feedback pozitivă*. Avantajul acestei formulări este că se focalizează pe interacțiunile care perpetuează problemele, care pot fi schimbate, în loc să interfereze cauzele de bază, care nu sunt adesea supuse schimbării.

× *Terapeuții strategici* au preluat conceptul de buclă feedback pozitiv și au făcut din acesta piesa centrală a modelelor lor. Pentru grupul de la MRI, aceasta s-a tradus într-un principiu simplu, încă puternic, al formării problemei: Familiile întâlnesc multe dificultăți în decursul vieților lor, dar dacă o dificultate devine o „problemă” (care necesită intervenție) depinde de modul în care membrii familiei răspund acesteia (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Familiile adesea fac încercări comune, dar greșit orientate pentru a-și rezolva dificultățile și aflând că problema persistă sau merge mai rău, aplică soluțiile cel mai mult încercate. Aceasta produce numai o escaladare a problemei, care provoacă mai multe efecte și așa mai departe – într-un ciclu vicios.

De exemplu, dacă Jamal se simte amenințat de nașterea unei surioare, el poate deveni temperamental. Dacă este așa, tatăl său ar putea crede că el este insolent și imatur și încearcă să-l facă să se poarte conform vârstei lui, pedepsindu-l. Dar severitatea tatălui confirmă numai convingerea lui Jamal că părinții săi o iubesc pe sora lui mai mult decât pe el, așa că el acționează mai copilărește. Tatăl, în schimb, devine mai critic și mai punitiv, iar Jamal devine din ce în ce mai posac și mai alienat. Aceasta este o buclă feedback pozitivă în creștere: Sistemul familiei reacționează la o deviere în comportamentul unuia din membrii acesteia

cu feedback-ul conceput să amortizeze această deviere (*feedback negativ*), dar de fapt acesta are efect de amplificare a deviației (*feedback pozitiv*).

Ce este necesar este ca tatăl să-și schimbe soluția încercată. Dacă el poate să-l mângâie în loc să-l critice pe Jamal și să-l ajute să vadă că el nu a fost înlocuit, atunci Jamal se va calma. Sistemul este guvernat, cu toate acestea, de reguli nespuse care permit numai o singură interpretare a comportamentului lui Jamal – ca fiind nerespectuos. Pentru tată, pentru a-și schimba soluția, această regulă trebuie să se schimbe.

În cele mai multe familii, regulile nespuse guvernează tot felul de comportamente. Acolo unde o regulă promovează soluțiile rigide încercate, descrise mai sus, aceasta nu este chiar comportament, ci regula care trebuie să se schimbe. Atunci când numai un comportament specific din cadrul unui sistem se schimbă, aceasta este o **schimbare de gradul întâi**, opusă **schimbării de gradul doi**, care apare când regulile sistemului se schimbă (Watzlawick și alții, 1974). „Cum se schimbă regulile?” O modalitate este **reformularea** – adică, schimbarea interpretării de către tată a comportamentului lui Jamal, de la nerespectare la teama înlocuirii; de la rău la trist.

Astfel, abordarea de la MRI a problemelor este destul de simplă: mai întâi, identificarea buclelor de feedback pozitiv care mențin problema; în al doilea rând, stabilirea regulilor (sau cadrului) care susțin aceste interacțiuni; și în al treilea rând, găsirea unei modalități de a schimba aceste reguli.

Jay Haley a adăugat o subliniere funcțională interpretării cibernetice, cu interesul său pentru rezultatul interpersonal al comportamentului. Mai târziu, el a adăugat concepte structurale culese în anii în care a lucrat cu Minuchin la Philadelphia. De exemplu, Haley a putut observa că, ori de

câte ori Jamal și tatăl său se certau, mama îl proteja pe Jamal învinovățindu-l pe tată ca fiind atât de aspru. El a putut să-l vadă pe Jamal devenind mai agitat când mama îl învinovățește pe tatăl său, încercând să distragă asupra sa atenția părinților lui de la conflictele lor.

Haley crede că regulile din jurul **ierarhiei** din familie sunt cruciale și găsește că o ierarhie care funcționează stă ascunsă în spatele celor mai multe probleme. Într-adevăr, Haley (1976) sugerează că „un individ este mult mai tulburat direct proporțional cu numărul de ierarhii care funcționează prost în care el este implicat” (p. 117).

Pentru a contracara rezultatul problemei, el a împrumutat adesea tehnica lui Erickson de prescriere a **încercărilor grele**, astfel încât prețul pentru menținerea unei probleme să cântărească cât renunțarea la aceasta. Pentru a ilustra această, să considerăm manevra celebră a lui Erickson, de prescriere, cu un insomniac care pune ceasul său deșteptător să-l trezească în fiecare noapte și ceruiește pardoseala bucătăriei sale. Haley a încercat să explice întreaga terapie ca bazată pe încercări grele, sugerând că oamenii se schimbă pentru a evita numeroasele încercări grele inerente în a fi un client (Haley, 1984).

Cloe Madanes (1981, 1984) a subliniat și aspectul funcțional al problemelor, în special operațiunile de salvare implicate atunci când copiii își folosesc simptomele pentru a-și angaja părinții. De exemplu, atunci când o fiică își vede mama arătând deprimată, fiica poate provoca o ceartă care o împinge pe mamă să-și asume responsabilitatea. Mare parte din abordarea lui Madanes implică găsirea căilor pentru copiii simptomatici pentru a le ajuta părinții deschiși, în așa fel încât ei să nu recurgă la simptome ca oferte de sacrificiu.

Ca Haley, Mara Selvini Palazzoli și asociații ei (1978b) s-au focalizat pe

aspectul putere-joc al interacțiunilor familiei și, în mod similar, pe simptomele funcției protectoare servită pentru întreaga familie. Ei au intervievat familiile despre istoria lor, adesea mai multe generații, cercetând probe pentru a-și confirma ipotezele despre cum simptomele copiilor au devenit necesare. Aceste ipoteze au implicat adesea elaborarea rețelelor de alianțe și a coalițiilor familiale. Ei au concluzionat, de obicei, că pacientul a dezvoltat simptome pentru a proteja unul sau mai mulți membri ai familiei, ca și pentru a menține rețeaua delicată a alianțelor familiei extinse.

Dezvoltarea familiei normale

În conformitate cu **teoria generală a sistemelor**, familia normală, ca toate sistemele vii depinde de două procese importante (Maruyama, 1968). Primul, ele trebuie să-și mențină integritatea în fața schimbărilor de mediu prin *feedback negativ*. Nici un sistem viu nu poate supraviețui fără o structură coerentă. Pe de altă parte, o structură prea rigidă abandonează sistemele prost echipate pentru a se adapta circumstanțelor care se schimbă. De aceea, familiile normale trebuie, de asemenea, să aibă mecanisme de feedback pozitiv. Feedback-ul negativ rezistă întreruperilor pentru a menține o stare staționară; feedback-ul pozitiv amplifică inovațiile pentru acomodarea la circumstanțele alterate. Recunoașterea faptului că, canalul pentru feedback-ul pozitiv este comunicarea, face posibil să se definească cazul mai complet: familiile sănătoase sunt capabile să se schimbe pentru că ele comunică cu claritate și sunt adaptabile.

Grupul de la MRI s-a opus constant standardelor de normalitate: „În calitate de

terapeuți, noi nu privim nici un mod particular de funcționare, relaționare sau de viață ca o problemă dacă clientul nu și-a exprimat nemulțumirea față de aceasta”. (Fisch, 1978). Astfel, prin limitarea sarcinii acestora să elimine problemele prezentate lor, grupul de la MRI a evitat să ia orice poziție referitoare la modul în care familiile *trebuie* să se comporte.

Asociații de la Milano au adoptat o poziție de „neutralitate” (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980). Ei nu au aplicat scopuri preconcepute sau modele normative familiilor clienților lor. În schimb, prin punerea întrebărilor care ajută familiile să se examineze ele însele și care expun jocurile de putere ascunse, ei au crezut că familia se va reorganiza mai bine prin ea însăși.

În contrast cu relativismul acestor două abordări, evaluările lui Haley s-au bazat pe ipotezele despre funcționarea familiei sănătoase. Terapia sa a fost concepută să ajute familiile să se reorganizeze în structuri mai funcționale, cu granițe clare și ierarhie generațională (Haley, 1976).

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

Conform teoriei comunicării, funcția esențială a simptomelor este să mențină echilibrul homeostatic al sistemelor familiei¹⁾. Familiile simptomatice sunt considerate a fi captive în paternurile comunicării disfuncționale, homeostatice (Jackson & Weakland, 1961). Aceste familii aderă la modalitățile rigide și răspund semnelor schimbării ca feedback negativ. Astfel, schimbarea este tratată nu ca o

1) Noțiunea că simptomele sunt funcționale – care presupune că familiile *au nevoie* de problemele lor – a devenit controversată.

oportunitate de creștere, ci ca o teamă, așa cum este ilustrat în exemplul următor.

—Studiu de caz—

Laban era un băiat liniștit, singurul copil al unor părinți evrei ortodocși din Europa de Est. Părinții lui și-au părăsit mica comunitate agricolă pentru a veni în Statele Unite, unde și-au găsit amândoi de lucru într-o uzină dintr-un mare oraș. Deși acum se simteau în siguranță față de persecuțiile religioase, cuplul se simțea străin și neharmonizat cu noii lor vecini. Ei aveau grijă de ei înșiși și l-au crescut cu plăcere pe Laban.

Laban era un copil fragil, cu un număr de manierisme mărunte, dar pentru părinții lui el era perfect. Apoi el a început școala. Laban a început să-și facă prieteni alți copii și, dornic să fie acceptat, el a preluat o serie de obiceiuri americane. Mesteca gumă, se uita la desene animate și mergea cu bicicleta prin zonele învecinate. Părinții lui erau plictisiți de faptul că mesteca gumă și de dragostea lui Laban pentru televizor, dar erau deosebit de întristați de dorința lui de a se juca cu copii drăguți. Ei poate au venit în America ca să scape de persecuție, dar nu să îmbrățișeze pluralismul, cu atât mai puțin asimilarea. În timp ce ei erau preocupați, Laban respingea valorile lor – „Trebuie să fie ceva rău cu el”. Au telefonat la clinica de orientare a copilului și ei au fost convinși că Laban avea tulburări și au cerut ajutor „pentru a-l face pe Laban din nou normal”.

Simptomele sunt văzute ca mesaje: „Nu sunt eu cel care nu vrea (sau vrea) să facă aceasta, este ceva din afara controlului meu – nervii mei, boala mea, anxietatea mea, ochii mei răi, alcoolul, educația mea, comuniștii, sau soția mea?” (Watzlawick, Beavin & Jack-

son, 1967, p. 80). Pe măsură ce grupul de la Palo Alto a devenit mai sofisticat, ei au încercat să uite învinovățirea părinților pentru victimizarea copiilor lor. Simptomele nu mai sunt considerate *provocate* de problemele de comunicare din familie; ele sunt văzute ca înrădăcinate în contextul patologic, în cadrul căruia ele ar putea fi numai opțiunea disponibilă. Dintre formele comunicării patologice identificate se neagă cele care comunică, descalifică mesajul altei persoane, confundă nivelurile comunicării, punctuația discrepantă a episoadelor comunicării, creșterea simetrică a competitivității, complementaritatea rigidă și mesajele paradoxale.

Un **paradox** este o contradicție care urmează deducția corectă din premise logice. În comunicările familiei, paradoxurile iau de obicei forma *interdicțiilor paradoxale*. Un exemplu comun este să pretinzi un comportament care prin însăși natura lui poate fi numai spontan – „Trebuie să ai mai multă autoîncredere”. „Spune-mi că mă iubești”. „Fii spontan!” O persoană pusă la asemenea interdicții paradoxale este prinsă într-o poziție neconfortabilă. A fi compatibil – a acționa spontan sau autoîncrezător – înseamnă a fi deliberat autoconștient sau dornic să placă. Singura cale să scapi de dilemă este să ieși din context și să-l comentezi, dar asemenea metacomunicare apare rar în familii. (Este greu să comunici despre comunicare).

Comunicările paradoxale sunt inofensive în doze mici, dar când ele iau forma **legăturilor duble**, consecințele sunt maligne. Într-o legătură dublă, cele două mesaje contradictorii sunt pe diferite niveluri de abstracție și există o interdicție implicită împotriva comenării discrepantei. Un exemplu familiar este persoana care îi critică pe alții pentru că nu-și exprimă sentimentele, iar apoi îi atacă când ei o fac.

Expunerea continuă a comunicării paradoxale este ca dilema unui visător prins într-un coșmar. Nimic din ce încercă să facă

visătorul în vis nu merge. Unica soluție este să ieși din context prin trezire. Din nefericire, pentru oamenii care trăiesc într-un coșmar nu este totdeauna ușor să se trezească.

Modelele strategice oferă trei explicații de bază pentru modul în care se dezvoltă problemele. Prima este cibernetică: dificultățile sunt transformate în probleme cronice de persistență a soluțiilor dirijate greșit, formând *escaladări ale feedback-ului pozitiv*. A doua este structurală: Problemele sunt rezultatul unor *ierarhii incongruente*. A treia este funcțională: Problemele rezultă atunci când oamenii încearcă să se protejeze sau să se controleze indirect unul pe altul, în așa fel încât *simptomele lor servesc unei funcții pentru sistem*. Grupul de la MRI s-a limitat el însuși la prima explicație, în timp ce Haley și asociații de la Milano le-au îmbrățișat pe toate celelalte trei.

Pentru a clarifica diferențele, considerați următorul exemplu: Juwan, în vârstă de șasesprezece ani, a început recent să refuze să părăsească casa. Un terapeut de la MRI ar putea întreba pe părinții acestuia cum au încercat ei să-l lase să se aventureze. Focusul va fi asupra soluției încercate de părinți, crezând că aceasta trebuie să mențină refuzul lui Juwan și asupra explicației lor sau „cadrului” pentru comportamentul lui Juwan, crezând că și cadrul părinților pentru problemă ar putea antrena soluția lor falsă.

Un terapeut strategic în stilul lui Haley ar putea fi interesat de soluțiile încercate de părinți, dar s-ar putea întreba, de asemenea, despre căsătoria părinților, despre modurile în care Juwan a fost implicat în certurile dintre părinții săi sau alți membri ai familiei și posibila natură protectivă a problemei lui Juwan. Acest terapeut ar fi acționat asupra ipotezei că și comportamentul lui Juwan ar fi parte a unui triunghi disfuncțional. Acest terapeut ar putea presupune în continuare că

acest patern triunghiular a fost alimentat de conflictele nerezolvate dintre părinți. Madanes ar fi putut fi interesată și de acest triunghi, dar, în plus, ar fi fost curioasă cum comportamentul lui Juwan ar fi putut să-i protejeze pe părinții săi de la a trebui să se confrunte cu unele probleme amenințătoare.

Un terapeut sistemic al școlii de la Milano nu s-ar fi concentrat atât de mult asupra soluțiilor încercate ci, în loc de aceasta, ar fi întrebat despre relațiile trecute și prezente din familie. Procedând astfel, terapeutul ar fi încercat să descopere o rețea a alianțelor de putere, adesea mergând peste generații, care constituie „jocul” familiei. Un asemenea joc l-a lăsat pe Juwan în poziția de a trebui să-și folosească simptomele pentru a proteja alți membri ai familiei. Familia ar putea să dezvăluie, de exemplu, că, dacă Juwan ar crește și ar părăsi casa, mama ar fi din nou absorbită într-o luptă a puterii între părinții ei, pe care ea a evitat-o numai prin faptul că a avut un copil simptomatic. De asemenea, prin nereușita în viață, Juwan ar putea să-și protejeze tatăl de rușinea de a avea un copil care l-a depășit în realizări, așa cum a făcut el cu tatăl său.

Percepția esențială a modelului strategic este că problemele sunt adesea menținute de paternurile de autoapărare ale comportamentului. Prin adăugarea unei perspective structurale la această poziție comportamentală mai largă, Haley a subliniat că asemenea paternuri de autoapărare pot fi înrădăcinate în organizațiile familiei disfuncționale. Nu numai că familiile trebuie să aibă o organizare ierarhică eficientă – cu părinți foarte responsabili – dar familiile trebuie să-și modifice organizarea lor și să se adapteze schimbărilor din viețile membrilor familiei.

Problemele, după Haley (1976, 1980), sunt adesea menținute de o ierarhie greșită în cadrul familiei. Astfel, când avem de a face cu problemele copiilor, Haley se va alinia cu și va sprijini părinții. Haley (1986) credea, de

asemenea, că problema prezentată este adesea o metaforă pentru problema prezentă. Un bărbat care este înspăimântat neurotic de inima sa poate exprima deschis nefericirea din căsnicia sa; agorafobia unei femei poate fi, atât un simptom, cât și o încercare de a se descurca cu problema în relația cu copiii ei adulți.

Haley a subliniat, de asemenea, că simptomele se dezvoltă adesea când familia devine blocată la o tranziție din ciclul vieții (Haley, 1973). Problema, apoi, nu este pacientul identificat, ci mai curând faptul că familia a eșuat cumva să se reorganizeze în scopul deplasării spre etapa următoare a ciclului de viață. Haley (1980) s-a concentrat, în final, asupra *etapei părăsirii casei* ca una din cele mai problematice pentru familii.

Scopurile terapiei

Grupul de la MRI se mândrește că este **minimalist**. Imediat ce problema prezentată este rezolvată, terapia este terminată. Chiar acolo unde alte probleme sunt vizibile pentru terapeut, dacă familia nu cere ajutor pentru aceste probleme, ele nu sunt transformate în **intă**. Terapeuții de la MRI justifică această **poziție** minimalistă spunând că, deoarece ei **văd** oamenii care au probleme ca fiind blocați mai degrabă decât bolnavi, munca lor este de a-i ajuta pur și simplu să se miște din nou, nu să revizuiască structurile familiei lor.

Terapeuții de la MRI, mândri ei înșiși de ajutorarea familiilor, definesc scopuri clare și accesibile, astfel toată lumea știe când și ce tratament de succes a terminat. Adesea ei **afirmă** că mare parte din terapie are loc simplu, în procesul împingerii clienților de a stabili scopuri comportamentale clare, deoarece, făcând aceasta, clienții sunt forțați să clarifice **insatisfacțiile** vagi. De asemenea, determinând clienții să definească scopurile realizabile, terapeuții de la MRI ajută oamenii să

nu se lase prinși de aspirațiile utopice, care sunt destinate să conducă la dezamăgire.

Modelul MRI este comportamental, atât în scopurile sale, cât și în focalizarea sa asupra paternurilor observabile ale interacțiunii, în timp ce evită cu scrupulozitate speculația despre intențiile intrapsihice. În încercarea de a realiza scopul mai larg al rezolvării problemei, scopul imediat este să schimbe răspunsurile comportamentale ale oamenilor la problemele lor. Mai exact, așa cum s-a descris mai înainte, terapeuții de la MRI încearcă să **întrerupă** (adesea, să răstoarne) buclele feedback vicioase, multe-de-același-fel. Pentru a realiza schimbarea comportamentală ei pot încerca „să reformuleze problema” și, în acest sens, să introducă un element cognitiv. Dar orice schimbare cognitivă este încă în serviciul scopului primar al schimbării comportamentului.

Abordarea lui Haley este, de asemenea, comportamentală și chiar mai mult decât cea a grupului de la MRI, minimizează importanța intuiției. El disprețuia adesea terapiile care ajutau clienții să înțeleagă de ce au făcut lucrurile așa, dar a făcut puțin ca să-i determine să facă ceva diferit. Scopul final al lui Haley este adesea reorganizarea structurală a familiei, în special a ierarhiei acesteia și a granițelor generaționale. Spre deosebire de terapia de familie structurală, totuși, toate aceste scopuri structurale sunt conectate direct cu prezentarea problemei. De exemplu, pentru a îmbunătăți relațiile dintre părinții polarizați ai unui adolescent rebel, un terapeut structural ar putea face părinții să vorbească unul cu celălalt despre problemele lor maritale, în timp ce Haley i-ar face să vorbească despre dificultatea de a lucra împreună pentru a face față fiului lor rebel. Numai după ce problemele cu fiul lor s-au îmbunătățit, Haley va permite ca discuția lor să se schimbe spre căsătorie.

Înclinarea lui Haley de a împărți terapia în etape s-a extins la ședințele specifice. El a

recomandat un format al primei ședințe care cuprindea mai multe etape: o etapă socială în care scopul este de a face familia să se simtă confortabil; o etapă în care este definită problema și sunt solicitate opiniile membrilor familiei despre aceasta și o etapă în care membrii familiei vorbesc unul cu celălalt despre problemă (1976).

Interesul lui Haley pentru etape și abordarea sa sistematică reflectă etica terapeutului strategic, aceea că responsabilitatea pentru schimbare revine terapeutului. Terapeuții strategici cred că terapeuții nu trebuie să critice eșecurile tratamentului privind lipsa de motivație a clienților lor, în schimb, trebuie să găsească modalități să-i motiveze. Din această convingere vine responsabilitatea de a dezvolta tehnicile specializate pentru toate felurile de probleme și rezistențe, precum și pașii și etapele terapiei.

Madanes (1990) a extins scopurile terapiei strategice dincolo de focalizarea asupra problemei sau chiar dincolo de scopurile structurale pentru a include obiective orizontale spre creștere, precum echilibrul, armonia și iubirea. „Un scop al terapiei este să aducă armonie și echilibru în viața oamenilor. A iubi și a fi iubit, a găsi împlinire în muncă, a te juca și a te bucura: Toate sunt parte a unui echilibru necesar” (p. 13). În timp ce practica ei este încă strategică, aceasta este o mare plecare de la scopurile standard ale terapiei strategice și o aduce pe Madanes mai aproape de Satir și alți experiențialiști. Într-adevăr, numele terapiei ei s-a schimbat în „umanism strategic”, pentru a sublinia aspectele ei mai dulci.

Zona scopurilor și a responsabilității este aceea în care terapeuții strategici și de la Milano sunt eventual divergenți. Începutul activității grupului de la Milano (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978b) a fost influențat puternic de modelele de la MRI și ale lui Haley. Asociații de la Milano au extins rețeaua la oamenii implicați în

menținerea problemei, dar sunt încă interesați, în primul rând, să găsească modalități pentru a întrerupe jocurile familiei. Tehnicile pe care ei le-au dezvoltat au fost diferite de cele ale școlilor strategice, în aceea că ele sunt mai puțin comportamentale și, în schimb, sunt concepute să expună jocurile și să reformuleze motivele pentru comportamentul straniu. Astfel, în timp ce, existând mai multă concentrare asupra problemei și mai mult interes pentru schimbarea conștiinței sau convingerilor familiei decât la terapeuții strategici, abordarea originală de la Milano a fost nu mai puțin manipulativă: responsabilitatea pentru schimbare revine terapeutului a cărui muncă a fost de a păcăli rezistența.

Atunci când asociații de la Milano s-au împărțit în două grupuri la începutul anilor 1980, această accentuare strategică a rămas cu Selvini Palazzoli și cu grupurile pe care ea le-a format ulterior. Totuși, ea a adoptat o atitudine discretă în cursul anilor 1980, în timp ce cerceta ipotezele și a dezvoltat o nouă abordare strategică (Selvini Palazzoli, 1986). Scopul acestei terapii era să submineze și să dea în vileag „jocurile murdare” pe care membrii familiei cu probleme severe le jucau unul cu celălalt. Mai târziu, ea a abandonat toate modelele strategice scurte și acum face terapie de lungă durată cu accent mai mare asupra intuiției pentru pacientul individual. (Selvini, 1993).

După destrămarea grupului de la Milano, Luigi Boscolo și Gianfranco Cecchin au trecut de la familiile manipulate strategic spre colaborarea cu acestea, pentru a forma ipoteze sistemice despre problemele lor. Terapia a devenit mai mult o expediție de cercetare în care terapeutul a intrat fără scopuri sau strategii specifice, crezând că procesul autoexaminării va permite familiilor să aleagă mai bine să se schimbe decât să continue inconștient paternurile lor neproductive. Terapeutul a fost eliberat de

responsabilitatea pentru un rezultat sigur și a adoptat o atitudine de curiozitate (Cecchin, 1987) față de familii, mai curând decât atitudinea de intervenție a terapeuților strategici.

Prin deplasarea în această direcție, Boscolo și Cecchin au luat o poziție privind scopurile și atitudinile terapeutului, opusă direct aceleia a predecesorilor lor strategici. Aceasta filozofie colaboratoare a devenit puntea peste care mulți alți terapeuți strategici și de la Milano au trecut spre abordările narrative din anii 1990.

Condiții pentru schimbarea comportamentului

În perioada de început a terapiei de familie, scopul a fost pur și simplu de a îmbunătăți comunicarea. Mai târziu, scopul a fost perfecționat de paternurile specifice care alterează comunicarea ca probleme menționate: „Noi vedem rezolvarea problemelor ca cerând în primul rând o substituție a paternurilor de comportament în așa fel încât să întrerupă cercurile de feedback vicios, pozitiv” (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974, p. 149).

Un terapeut poate, fie să sublinieze episoadele problematice, fie, simplu, să le manipuleze pentru a efectua schimbarea terapeutică. Prima strategie se bazează pe puterea percepției și depinde de dorința de schimbare. A doua, nu: este o încercare de a bate familiile cu propriul lor joc, cu sau fără cooperarea acestora.

Lucrările lui Jackson și Haley au fost influențate de hipnoterapia pe care au învățat-o de la Milton Erickson. Persoana care hipnotizează, lucrează dând instrucțiuni al căror scop este adesea obscur. Haley (1961) a recomandat cerând pacienților necooperanți să facă ceva pentru a provoca un răspuns de

revoltă, care a servit să-i facă să recunoască că ei sunt legați de terapeut. El menționează, ca un exemplu, conducerea unui pacient schizofrenic să audă voci. Dacă pacientul aude voci, apoi el se plânge de cererea terapeutului; dacă acesta nu aude vocile, el nu se mai poate plânge că este nebun.

Indicația lui Haley (1961) de a auzi voci ilustrează tehnica de *prescriere a simptomului*. Prin instruirea unui pacient să acționeze simptomatic, terapeutul cere ca ceva făcut „involuntar” să fie făcut voluntar. Această **directivă paradoxală** provoacă una sau două rezultate. Fie pacientul realizează simptomul și astfel admite că nu este involuntar sau pacientul renunță la simptom.

Pentru școala strategică de la MRI condiția primară pentru rezolvarea problemelor este să schimbe comportamentul asociat acestora. S-a crezut că prin observarea rezultatelor răspunsurilor comportamentale rigide alterate, clienții vor deveni mai flexibili în strategiile de rezolvare a problemelor lor. Când aceasta se întâmplă, clienții realizează o schimbare de gradul doi – o schimbare în regulile care guvernează răspunsurile lor la probleme.

De exemplu, Lateesha se ceartă cu tatăl ei despre interdicția impusă ei de a ieși din casă, iar tatăl o umilește. Ea atunci fuge de acasă și stă cu o prietenă. O intervenție de gradul întâi în acest moment ar putea să-l ajute pe tatăl Lateeshei să găsească o pedeapsă mai eficientă pentru a îmblânzi acest copil scăpat de sub control. O intervenție strategică de gradul doi ar putea fi direcționarea tatălui pentru a acționa confuz și supărat în jurul fiicei sale și a-i sugera faptul că el a renunțat să încerce să o controleze. Aceasta o schimbă pe Lateesha de la a se simți prinsă în capcană de tatăl ei, la a

simți interes pentru el și, astfel, ea devine mult mai responsabilă. Tatăl află că, atunci când soluțiile încercate nu merg, trebuie să încerce ceva diferit. Această schimbare este de gradul doi, prin aceea că este o schimbare în regulile care guvernează modul în care tatăl și fiica interacționează.

Haley (1976) credea că a spune oamenilor că ceea ce fac ei greșit mobilizează numai rezistența. Haley credea că schimbările în comportament alterează percepțiile, mai degrabă decât altceva. Madanes (1980) spunea „dacă o problemă poate fi rezolvată fără ca familia să știe cum sau de ce, acest lucru este satisfăcător” (p. 79).

Grupul de la Milano și-a schimbat gândirea despre behaviorism. Ei au fost mai interesați în a face familiile *să vadă* lucrurile în mod diferit (printr-o tehnică de reformulare numită „conotație pozitivă”, care va fi discutată mai târziu), apoi în a face membrii familiei *să se comporte* diferit. Această schimbare de la comportament la semnificație a pregătit terenul pentru mișcările constructivistă și narativă (vezi Capitolele 4 și 13).

Terapia

Evaluarea

Evaluarea formală nu a fost o parte a terapiei comunicării deși Watzlawick (1966) a introdus *un interviu familial structurat*. În această procedură s-a dat familiilor să realizeze cinci sarcini incluzând:

1. Stabilirea problemei lor principale.
2. Planificarea unei excursii a familiei.
3. Discuții cu părinții despre cum s-au întâlnit.
4. Discuții despre sensul unui proverb.
5. Identificarea greșelilor și plasarea învinuirii asupra persoanei care trebuie.

În timp ce familia lucra aceste sarcini, terapeutul observa paternurile de comunicare ale familiei, metodele de luare a deciziei și desemnarea țapului ispășitor. Deși folositor pentru cercetare, interviul structurat al familiei nu a fost acceptat niciodată ca un instrument clinic.

Amintiți-vă că modelul de la MRI se baza pe două ipoteze interconectate:

1. Problemele pe care oamenii le aduc psihoterapeuților persistă numai dacă ele sunt menținute de comportamentul obișnuit continuu al clienului și al altora cu care el interacționează.
2. În mod corespunzător, dacă asemenea comportament de menținere a problemei s-a schimbat sau a fost eliminat, problema va fi rezolvată. (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974, p. 144).

Astfel, evaluarea MRI constă în a defini problema și a afla ce au făcut oamenii pentru a încerca să o rezolve.

Prima etapă este să avem o imagine comportamentală foarte specifică a plângerii, cine vede aceasta ca pe o problemă și de ce este acum o problemă. Când un terapeut întreabă „Care este problema care vă aduce aici astăzi”, mulți clienți răspund ambiguu. „Noi nu comunicăm” sau „Clarence pare a fi hiperactivă”. Terapeutul MRI întreabă apoi despre exactitatea înțelesului acestor plângeri „Noi nu comunicăm” ar putea însemna „Fiul meu comentează orice lucru pe care-l spun” sau „soțul meu se ascunde în spatele ziarului și nu-mi vorbește niciodată”. „Depresiv” ar putea însemna trist și retras sau îmbufnat și dezagreabil; „hiperactiv” ar putea însemna neascultător sau incapabil să se concentreze. Un instrument folositor este să se întrebe: „Dacă am avea o imprimare pe o casetă video despre aceasta, cum ar arăta aceasta?”

Imediat ce problema a fost definită, terapeutul încearcă să determine cine a încercat să o rezolve și cum. Adesea pare că soluția a fost aleasă pentru a înrăutăți lucrurile. De exemplu, soția care-și cicălește soțul pentru a petrece mai mult timp cu ea nu face decât să-l îndepărteze. La fel, părinții care-și pedepsesc fiul pentru că se ceartă cu sora lui îl conving că ei fac același lucru. Sau, soțul care face tot ce-i cere soția lui pentru a menține liniștea poate avea atâtea resentimente încât începe să o urască.

Evaluarea lui Haley începe cu definirea atentă a problemei, exprimată din punctul de vedere al fiecărui membru al familiei. Dar, spre deosebire de grupul de la MRI, Haley observă și felul în care membrii familiei interacționează în ședință pentru a explora posibilitatea ca aranjamentele structurale din familie să poată contribui la problemele acestora – în special triumphiurile patologice sau „coalitiile transgeneraționale”. Așa cum spunea Haley, „Copiii problemă tind să determine ceea ce se întâmplă în familie, ceea ce conduce la dificultăți ierarhice”. (Haley, 1996, p. 96)

În plus față de problemele structurale, Haley și Madanes au considerat și rezultatul neașteptat interpersonal al comportamentului problemă. După Haley, lipsa de ajutor aparentă a pacientului se transformă adesea într-o sursă semnificativă de putere în relația cu alții ale căror vieți sunt adesea dominate de cererile și temerile persoanei simptomatice. Un schizofrenic care refuză să-și ia medicamentele ar putea, de exemplu, să fie văzut ca încercând să evite să meargă la lucru. Deși nu este necesar să hotărască ce este sau ce nu este o boală reală, Haley tinde să presupună că întregul comportament simptomatic este voluntar. Adesea, aceasta este o distincție crucială – ca, de exemplu, în cazurile adicției de droguri sau de „pierderea calmului”.

În modelul de la Milano, evaluarea începe cu o ipoteză preliminară, care este apoi

explorată și confirmată sau infirmată în ședința inițială. Aceste ipoteze sunt, în general, bazate pe ipoteza că problemele identificate ale părinților servesc ca o funcție homeostatică sau de protecție pentru familie. De aceea, evaluarea problemei prezentate și a răspunsului familiei la aceasta se bazează pe întrebări concepute pentru a explora familia ca pe un set al relațiilor conectate. De exemplu, răspunsul la o întrebare ca „Cine este mai speriat de această problemă, dumneavoastră sau soția dumneavoastră?”, va sugera o ipoteză despre apropierea sau distanța membrilor familiei. Scopul final al evaluării este de a realiza o perspectivă sistemică despre problemă.

Tehnici terapeutice

Cele mai multe tehnici reale ale terapiei comunicării constau din reguli de predare a comunicării și interacțiunilor de manipulare printr-o varietate de manevre strategice. Progresul acestor abordări de la direct la strategic a reflectat conștiința crescută a modului în care familiile rezistă la schimbare.

După observațiile lor de deschidere, terapeuții cer membrilor familiei, de obicei pe rând, să discute despre problemele lor. Terapeutul a ascultat, dar s-a concentrat asupra procesului, mai degrabă decât asupra conținutului, asupra comunicării. Atunci când cineva vorbește într-un mod confuz, terapeutul va sublinia acest lucru și va insista asupra anumitor reguli de comunicare clară. Satir (1964) a fost profesorul cel mai direct. Când cineva a spus ceva care nu era clar, ea punea întrebări și clarifica mesajul și, așa cum a făcut, ea a insistat asupra indicațiilor de bază pentru vorbirea clară.

O regulă este că oamenii trebuie să vorbească totdeauna la persoana întâi singular când spun ceea ce gândesc sau simt. De exemplu:

Soțul: Nouă ne-au plăcut întotdeauna prietenii Celiei.

Terapeutul: Aș vrea ca dumneavoastră să vorbiți pentru dumneavoastră; mai târziu, soția dumneavoastră poate spune ce crede.

Soțul: Da, dar noi am fost totdeauna de acord cu aceste lucruri.

Terapeutul: Poate, dar sunteți expert în felul în care vă simțiți. Vorbiți pentru dumneavoastră și lăsați-o pe soția dumneavoastră să vorbească pentru ea însăși.

O regulă asemănătoare este că opiniile și judecățile de valoare trebuie conștientizate așa cum sunt, nu reflectate ca fapte sau principii generale. Perspectivile personale sunt o etapă necesară pentru a le discuta într-un mod care să permită diferențe legitimize de opinie.

Soția: Oamenii nu vor să facă nimic fără copiii lor.

Terapeutul: Înseamnă că vreți să luați copiii cu voi, atunci când dumneavoastră și soțul dumneavoastră mergeți în oraș?

Soți: Sigur că da, nu așa face toată lumea?

Soțul: Eu nu. Aș vrea să ieșim în oraș, numai noi doi, odată, din când în când.

O altă regulă este că oamenii trebuie să-și vorbească direct unul altuia, nu despre unul sau altul. Aceasta evită ignorarea sau descalificarea membrilor familiei și previne stabilirea coalițiilor destructive. De exemplu:

Adolescentul: (către terapeut). Mama trebuie să aibă dreptate întotdeauna. Nu-i așa, tată?

Terapeutul: I-ai spus acest lucru?

Adolescentul: I-am spus, dar ea nu m-a ascultat.

Terapeutul: Spune-i din nou.

Adolescentul: (către terapeut). Da, bine. (către mamă) Uneori am sentimentul... (întorcându-se către terapeut) Oh, ce prostie!

Terapeutul: Pot să văd ce greu este, și îmi închipui că ai hotărât că nu are sens să încerci să vorbești mamei tale dacă ea nu ascultă. Dar aici, sper că puteți să învățați să vorbiți mai direct unul cu celălalt, astfel nimeni nu va renunța să-l audă sau să o audă.

Așa cum ilustrează această schimbare, este dificil să înveți oamenii să comunice clar numai prin a le spune cum. Aceasta ar părea o idee bună, dar nu funcționează foarte bine. Recunoscând că familiile nu răspund în mod frecvent sfatului direct, Jay Haley a început să se concentreze mai mult asupra pater-nurilor familiei, subliniind problemele de comunicare și folosind mai mult mijloacele indirecte de influență.

În *Strategiile psihoterapiei*, Haley (1963) a descris relația maritală în termenii nivelurilor conflictuale ale comunicării. Conflictele apar nu numai peste regulile pe care un cuplu le va urma în relațiile unul cu celălalt, ci și la cine stabilește regulile.²⁾ Una din strategiile lui Haley era să facă explicite regulile implicite care guvernează relațiile de familie. Regulile disfuncționale făcute explicite devin mai dificil de urmat. De exemplu: unii oameni își dojenesc partenerii pentru că nu se exprimă ei înșiși, dar ei vorbesc atât de mult și critică atât de tare încât partenerii au, cu greutate, o șansă să vorbească. Dacă terapeutul subliniază aceasta, devine mai dificil de urmat regula că o persoană trebuie numai să spună ceea ce cealaltă persoană vrea să audă.

2. Recunoașterea principiului ciberneticii în sistemul de încălzire al unei case poate fi mai ușor decât a fi de acord asupra persoanei care fixează temperatura.

Unele din directivele lui Haley erau pentru schimbări care păreau atât de mici încât întreaga ramificație nu era vizibilă imediat. Pentru un cuplu, de exemplu, în care soțul părea că are propriul lui drum în majoritatea timpului, soției i s-a cerut să spună „nu” la o problemă minoră o dată pe săptămână. Aceasta ar putea părea trivial, dar s-au realizat două lucruri: a făcut-o pe soție să vorbească și l-a făcut pe soț conștient că el este dominator.

Folosirea directivelor de către Haley pentru a manipula schimbările în felul în care familiile erau organizate a fost etapa centrală în evoluția terapiei comunicării spre terapia strategică. Deși terapia strategică împărtășea credința în nevoia de metode indirecte pentru a induce schimbarea în familii, reprezentanții ei au dezvoltat în mod distinct tehnici diferite pentru a realiza aceasta, care vor fi de aceea examinate separat.

Abordarea MRI. Modelul MRI urmează o procedură de tratament cu șase etape:

1. Introducere pentru stabilirea tratamentului
2. Investigație și definirea problemei
3. Evaluarea comportamentului care menține problema
4. Stabilirea scopurilor pentru tratament
5. Selectarea și crearea intervențiilor comportamentale
6. Sfârșitul terapiei.

Imediat ce preliminariile au fost încheiate, terapeutul pune întrebări pentru o definire clară a problemei primare. Grupul de la MRI crede că clienții trebuie să fie în stare să definească o singură problemă majoră pentru ca terapia să reușească. Când problema este definită în termeni vagi, precum „Nouă nu ni se pare că trebuie să continuăm”, sau în termenii cauzelor prezumtive, precum „Serviciul îl face pe tata depresiv”, terapeutul ajută traducerea într-un scop clar și concret,

punând întrebări precum: „Care va fi primul mic semn că lucrurile merg mai bine?”

Atunci când problema și scopurile sunt definite, terapeuții MRI încep să întrebe despre soluțiile încercate care ar putea menține problema. În general, soluțiile care tind să perpetueze problemele se împart în trei categorii:

1. Soluția este simplă, să negi că problema există; acțiunea este necesară, dar nu luată. De exemplu, părinții nu fac nimic în ciu evidenței clare că fiul lor adolescent este profund implicat în droguri.

2. Soluția este un efort de a rezolva ceva care nu este de fapt o problemă: acțiunea se face atunci când nu trebuie să se facă. De exemplu, părinții pedepsesc un copil pentru masturbare.

3. Soluția este un efort pentru a rezolva o problemă într-un cadru care face o soluție imposibilă; se iau măsuri, dar la nivel greșit. De exemplu un soț, cumpără cadouri din ce în ce mai costisitoare pentru soția sa nefericită, când, de fapt, ceea ce vrea ea este afecțiune.

Aceste trei clase de soluții de menținere a problemei încercate implică strategii terapeutice. În primul rând, clienții au nevoie să acționeze; în al doilea, să înceteze să acționeze și în al treilea, să acționeze într-un mod diferit. Din momentul în care terapeutul concepe o strategie pentru schimbarea secvenței de menținere a problemei, clienții trebuie să fie convinși de valoarea urmării acestei strategii. Pentru a vinde directivele lor, terapeuții de la MRI vor *reformula* problema pentru a crește probabilitatea compatibilității. Astfel, un terapeut poate spune unui adolescent supărat, că acela este singurul mod în care tatăl său știe să-i arate dragostea.

Așa cum am descris mai înainte, pentru a întrerupe episoadele care mențin probleme.

terapeuții strategici pot încerca să determine membrii familiei să facă sau să creadă lucruri care merg împotriva bunului simț. Asemenea tehnici contraintuitive au fost numite *intervenții paradoxale*, deoarece pare paradoxal ca oamenii să facă uneori lucruri în opoziție aparentă cu scopurile lor, pentru a atinge aceste scopuri (Haley, 1973; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

De exemplu, Watzlawick și colegii săi (1974) au descris un cuplu tânăr care era necăjit de tentința părinților lor de a-i trata ca pe niște copii făcând, totul pentru ei. În ciuda salariului corespunzător al soțului, părinții continuă să le trimită bani și cadouri exagerate, refuzând să-i lase să plătească măcar o parte a notei de plată la restaurant și așa mai departe. Echipa strategică a ajutat cuplul să rezolve dificultatea lor cu părinții lor dotați, prin lăsarea lor să acționeze *mai puțin* competent. În loc să încerce să le arate părinților lor că ei nu mai au nevoie de ajutor, cuplului i s-a spus să acționeze ca lipsiți de ajutor și dependenți, atât de mult încât părinții au fost dezgustați și finalmente s-au retras.

Tehnicile cele mai obișnuite concepute ca paradoxale sunt prescripțiile simptomului în care familiei i se spune să continue sau să extindă comportamentul de care se plâng. În unele contexte, o asemenea prescripție ar putea fi făcută cu speranța că familia va încerca să fie compatibilă cu aceasta și, ca urmare să fie forțată să răstoarne soluțiile încercate ale acestora. Dacă lui Jorje, care este trist, i se spune să încerce să devină depresiv de mai multe ori pe zi și familiei acestuia i se cere să-l încurajeze să fie trist, atunci ei vor încerca inefficient să-l încurajeze și el nu se va simți vinovat pentru că nu este fericit.

Altă dată, terapeutul ar putea prescrie simptomul cu speranța secretă că astfel clienții se vor revolta împotriva acestei directive. Terapeutul ar putea să-l încurajeze pe Jorje să continue să fie depresiv deoarece

procedând astfel, el își ajută fratele (cu care Jorje este în competiție) să se simtă superior.

Și altă dată, terapeutul ar putea prescrie simptomul cu speranța că, procedând astfel, rețeaua relațiilor de familie care mențin problema va fi dezvăluită. Terapeutul spune că Jorje trebuie să rămână depresiv deoarece în acest mod el poate continua să păstreze atenția mamei lui, care va căuta afecțiunea tatălui, în timp ce tatăl este încă implicat emoțional cu propria sa mamă, și așa mai departe.

Pentru a evita luptele pentru putere, terapeuții MRI evită asumarea unei poziții autoritare. Poziția lor „*inferioară*” implică egalitatea și invită clienții să reducă anxietatea și rezistența. Deși unii strategii adoptă o poziție inferioară, această poziție modestă a fost compatibilă cu caracterul de neasumare de mai târziu, propriu lui John Weakland. În timp ce stătea și-și fuma pipa într-un colț, Weakland a descurajat familiile de la încercarea de a se schimba prea repede, atrăgându-le atenția să meargă mai încet și sperându-i în legătură cu posibilitatea unei recăderi atunci când îmbunătățirile au apărut. Această tehnică de **restrângere** a întărit poziția inferioară a terapeutului.

Abordarea lui Haley și Madanes. Abordarea lui Jay Haley este mai greu de descris deoarece ea este concepută să rezolve cerințele unice ale fiecărui caz. Dacă „strategic” implică caracter sistematic, ca și în abordarea MRI, aceasta implică, de asemenea, măiestrie, ceea ce este adevărat în ceea ce privește strategiile lui Haley. Ca și în alte abordări strategice, tehnica definită este folosirea **directivelor**. Dar directivele lui Haley nu sunt simple întreprinderi pentru a păcăli familiile sau pentru a răsturna ceea ce ele fac. Mai degrabă, ele sunt sugestii de meditație orientate spre cerințele specifice ale cazului.

Haley (1976) crede că, dacă terapia trebuie să se sfârșească bine, aceasta trebuie

să înceapă în mod corespunzător. De aceea, el dedică o bună parte a atenției mișcărilor care deschid tratamentul. Indiferent de cine este prezentat ca pacient oficial, Haley începe prin interviuarea întregii familii sau a cât de mulți pot fi adunați. Abordarea de către el a acestui interviu inițial este puternic structurată și urmează patru etape: o etapă socială, o etapă problemă, o etapă de interacțiune și, în final, o etapă de stabilire a scopului.

Familiile sunt adesea defensive atunci când vin la terapie. Membrii familiei poate nu știu de ce sunt ei acolo sau la ce să se aștepte și se tem că terapeutul îi va critica pentru problemă. De aceea, Haley, ca terapeut, folosește minutele inițiale ale primei sedințe pentru a-i ajuta să se relaxeze. El face un moment din a-l cunoaște pe fiecare membru al familiei și încearcă să se asigure că se simt bine. El acționează ca și cum el ar fi un oaspete, asigurându-se că oaspetele său se simte bine venit.

După această *etapă socială*, Haley trece la afaceri în *etapa problemei* cerând fiecărei persoane să prezinte perspectiva lui/ei asupra problemei. În timp ce mamele sunt de obicei figura centrală, tații sunt mai puțin implicați, Haley recomandă tatălui să vorbească primul pentru a-i crește implicarea. Această sugestie ilustrează manevra strategică frumoasă a lui Haley, care începe cu primul contact și caracterizează cursul întâlnirilor viitoare.

Haley ascultă cu atenție modul în care fiecare membru al familiei descrie problema și implicarea sa în aceasta, asigurându-se ca nimeni să nu întrerupă conversația până nu-i vine rândul. În decursul acestei faze, Haley observă legăturile cu triumphiurile și ierarhia, dar el descurajează terapeuții de la a face orice comentarii despre aceste observații, pentru că acestea ar putea face familia defensivă.

Din momentul în care fiecare a avut șansa să vorbească. Haley îi încurajează să discute punctele lor de vedere între ei înșiși. În

această *etapă interacțională*, terapeutul poate observa, mai degrabă decât numai să audă, interschimbările care înconjoară problema. Pe măsură ce ei vorbesc, Haley caută coalițiile dintre membrii familiei împotriva celorlalți. Cât de funcțională este ierarhia? Lucrează părinții bine împreună sau se subcitează unul pe altul? Cum răspunde pacientul conflictului dintre ceilalți? În timpul acestei etape, terapeutul este ca un antropolog, încercând să descopere paternuri în acțiunile familiei.

Uneori Haley sfârșește prima sedință dând familiei o sarcină. În sedințele următoare, directivele joacă un rol central. Directivele eficiente nu iau de obicei forma unui simplu sfat, care este rar de folos pentru că problemele persistă de obicei dintr-un motiv oarecare.

Următoarele două sarcini sunt luate din *Terapia Rezolvării Problemei* a lui Haley. Unui cuplu, care a pierdut obiceiul de a fi afectuos unul cu celălalt, i s-a spus să se comporte afectuos pentru „a-i învăța pe copiii lor cum să-și arate afecțiunea.” În alt caz, o mamă, care a fost incapabilă să-și controleze fiul în vârstă de doisprezece ani, a hotărât să-l trimită la o școală militară. Haley a sugerat ca până în momentul în care băiatul nu avea idee cum era viața la școala militară, ar fi fost o idee bună pentru mamă să-l ajute să se



Jay Haley concepea directive pentru a potrivi nevoile anumitor clienți și problemele acestora.

„*Tehnicile pretinse*”
ale lui Cloe
Madanes sunt o
modalitate înțeleaptă
pentru a ajuta la
ruperea ciclurilor de
control-și-revoltă



pregătească. Ambii au fost de acord. Haley i-a spus să-l învețe cum este poziția de drepti, cum să fie politicoși și să se scoale devreme dimineața pentru a-și face patul. Ambii au urmat aceste instrucțiuni ca jucând un joc, cu mama ca sergent și fiul ca persoană civilă. După două săptămâni fiul se comporta atât de bine încât mama nu a mai simțit nevoia să-l trimită de acasă.

Madanes (1981) a folosit observația că oamenii vor face adesea ceva ce nu fac de obicei dacă este formulat ca un joc, să dezvolte un întreg șir de **tehnici pretinse**. O asemenea strategie este să ceri unui copil simptomatic să pretindă că are simptomul și să încurajezi părinții să pretindă că-l ajută. Copilul poate renunța la simptomul actual, acum că pretinzând că-l are, acesta a servit funcționării aceleiași familii. Următoarele două cazuri rezumate din Madanes (1981) ilustrează tehnica pretinsă.

—Studiu de caz—

În primul caz, o mamă a cerut terapie deoarece fiul ei de zece ani avea coșmaruri noaptea. Madanes suspecta că băiatul era îngrijorat din cauza mamei sale, care era săracă, vorbea puțin englezește și își pierduse doi soți. Din momentul în care băiatul avea coșmaruri, terapeutul le-a cerut tuturor membrilor familiei să descrie visurile lor.

Numai mama și fiul aveau coșmaruri. Coșmarul mamei era că cineva ar fi vrut să intre în casă. În cel al băiatului, el era atacat de o vrăjitoare. Când Madanes a întrebat ce a făcut mama când băiatul a avut coșmaruri, ea a spus că l-a luat în patul ei și i-a spus să se roage la Dumnezeu. Ea a explicat că a crezut că coșmarul lui era lucrarea diavolului.

Conjunctura lui Madanes a fost aceea în care coșmarurile nocturne ale băiatului sunt, atât o expresie metaforică a temerilor mamei, cât și o încercare de a o ajuta pe ea. Atâta timp cât băiatul era speriat, mama sa trebuia să fie puternică. Din nefericire, în timp ce încercând să-l protejeze pe el, ea l-a speriat mai mult prin faptul că i-a vorbit despre Dumnezeu și diavol. Astfel, ambii, mama și copilul, se ajutau unul pe celălalt în mod neproductiv.

Membrilor familiei li s-a spus să pretindă că ei erau acasă și mama era speriată că cineva ar putea să intre. Fiului i s-a cerut să o protejeze pe mama sa. În acest fel mama trebuia să pretindă nevoia ajutorului copilului în loc ca, realmente, să aibă nevoie de acesta. La început familia a avut dificultăți să joace scena, deoarece mama ar fi atacat hoțul imaginat înainte ca fiul să o poată ajuta. Astfel, ea a comunicat că era capabilă să-și poarte singură de grijă, ea nu mai avea nevoie de protecția fiului său. După ce scena a fost jucată corect, cu fiul atacând hoțul, ei au discutat cu toții interpretarea. Mama a explicat că a fost dificil să joace rolul ei deoarece ea era o persoană competentă care se putea apăra ea-însăși. Madanes a trimis familia acasă cu sarcina să repete această dramatizare în fiecare seară timp de o săptămână. Dacă fiul a început să plângă în timpul somnului, mama sa s-a dus să-l trezească și a jucat scena din nou. Li s-a spus că acest lucru era important să fie făcut indiferent cât de târziu era sau cât de obosiți erau. Coșmarurile nocturne ale fiului au dispărut curând.

—Studiu de caz—

În al doilea caz, mama a cerut tratament pentru fiul ei în vârstă de cinci ani, deoarece el avea tulburări de comportament necontrolabile. După ce a vorbit cu familia pentru câteva minute, Madanes a cerut fiului să-i arate cum erau tulburările lui pretinzând că are una. „De acord” a spus el. „Eu sunt incredibilul Hulk!” El și-a umflat pieptul, și-a îndoit mușchii, a făcut o figură monstruoasă și a început să strige lovind în mobilă. Madanes a cerut apoi mamei să facă ceea ce face de obicei în asemenea împrejurări. Mama a răspuns spunându-i fiului ei, într-un mod slab și ineficient să se calmeze. Ea a pretins că-l trimite în altă cameră și a încercat să se comporte ca acasă. În continuare, Madanes a întrebat-o pe mamă dacă băiatul a făcut o treabă bună în a pretinde. Ea a spus că da.

Madanes a cerut băiatului să repete scena. De data aceasta el a fost Frankenstein și tulburarea a fost interpretată cu o postură rigidă și cu o grimasă pe față. Atunci Madanes a vorbit cu băiatul despre incredibilul Hulk și despre Frankenstein și a felicitat-o pe mamă pentru că are un copil cu asemenea imaginație.

Ca urmare a acestei discuții, mamei și fiului li s-a spus să pretindă că el are o criză de furie, în timp ce ea îl duce în camera lui. Băiatului i s-a spus să joace pe Incredibilul Hulk și să facă foarte mult zgomot. Apoi li s-a spus să pretindă că închid ușa și se strâng în brațe și se sărută. În continuare, Madanes a instruit-o pe mamă să pretindă că ea a avut o criză de furie, iar băiatul trebuie să o strângă în brațe și să o sărute. Madanes i-a instruit pe mamă și pe fiu să interpreteze ambele scene în fiecare dimineață înainte de școală și în fiecare după-amiază, când băiatul vine acasă. După fiecare interpretare, mama trebuia să-i dea băiatului lapte și prăjituri dacă el a făcut o treabă bună.

Astfel, mama a fost deplasată din poziția neajutorată spre una de autoritate, în care ea avea sarcina să răsplătească interpretarea fiului. Săptămâna următoare mama a telefonat pentru ca să spună că ei nu mai au nevoie să vină la terapie deoarece băiatul se comportă foarte bine, iar criza lui de furie a încetat.

Haley (1984) s-a întors la rădăcinile sale ericksoniene într-o carte numită *Terapia încercărilor grele*, o colecție de studii de caz în care **încercările grele** sunt prescrise pentru a face simptomele mai tulburi decât sunt. „Dacă este mai dificil pentru o persoană să aibă un simptom decât de a renunța la acesta, persoana va renunța la simptom” (p. 5). De exemplu, o încercare grea standard este, pentru un client, să trebuiască să se scoale în mijlocul nopții și să facă exerciții cu mult efort ori de câte ori el sau ea au simptome în cursul acelei zile. Un alt exemplu ar putea fi pentru client să trebuiască să dea un cadou cuiva cu care are relații puține – de exemplu o soacră sau fost soț – de fiecare dată când simptomele apar.

Haley a folosit, de asemenea, încercările grele pentru restructurarea familiilor. De exemplu, un băiat în vârstă de șasesprezece ani a construit o grămadă de lucruri, iar apoi le-a abandonat, lăsând-o pe mama sa vitregă să curețe gunoiul. Haley (1984) a aranjat ca, după fiecare asemenea episod, tatăl să-și ia fiul în curtea din spatele casei, iar băiatul să sape o groapă de 9 m adâncime și 9 m lățime în care el trebuia să îngroape toate lucrurile pe care le-a construit până la sfârșitul perioadei sale de creștere. După câteva săptămâni de la aceasta, Haley a povestit că simptomul s-a oprit, tatăl a devenit mai implicat cu fiul său, iar mama vitregă a devenit mai apropiată față de tată.

Forma curentă a terapiei lui Haley/Madanes, denumită *umanism strategic*, în-

clude încă formularea directivelor pe baza ipotezelor pe care terapeutul le generează. Prin aceasta, umanismul strategic nu este o etapă în tendința contemporană din terapia de familie spre abordări colaboratoare. Directivele pe care le dau, totuși, sunt mai orientate spre creșterea abilităților membrilor familiilor pentru a liniști și a iubi decât pentru a câștiga controlul unuia asupra celuilalt. Aceasta reprezintă o schimbare majoră și este în sincronie cu schimbarea terapiei de familie departe de elementele de putere ale ierarhiei și spre găsirea căilor de a crește armonia. Exprimarea emoțiilor precum, căința, regretul, iubirea și empatia este o parte mai largă a acestei noi forme a terapiei strategice, decât a existat în versiunile anterioare. Terapeutul strategic a fost, de asemenea, umanizat. Exprimarea empatiei pentru clienți este considerată ca fiind mai importantă decât abilitatea de a concepe directive eficiente.

Un exemplu excelent de combinare a compasiunii umanismului strategic și a tehnologiei este activitatea lui James Keim (1998) cu familiile copiilor opozanți. Keim începe prin reasigurarea părinților că ei nu sunt criticați pentru opoziționalismul copiilor lor. În continuare, el explică faptul că există două laturi ale autorității parentale – disciplina și educația. Pentru a întări autoritatea părinților în timp ce se evită luptele de putere, Keim îi încurajează să se concentreze să fie simpatici și suportivi pentru o perioadă. Părintele care liniștește un copil cu limbajul uitat al înțelegerii este cât de puțin tot atât de responsabil ca cineva care încearcă să spună copilului ce să facă. Apoi, după ce a fost realizat progresul în calmarea copilului – în special prin ruperea paternului prin care copiii opozanți controlează starea sufletească din familie criticând orice spun părinții lor – Keim conduce părinții să stabilească reguli și să impună consecințele. Această strategie face din nou părinții responsabili de copiii neascultători, fără melodramele de mare

intensitate care însoțesc de obicei lucrul cu asemenea populație.

Modelul de la Milano. Modelul original de la Milano a fost ultrastrategic și formal. Familiile sunt tratate de coterapeuți bărbat-femeie și sunt observați de alți membri ai echipei de terapie. Formatul standard avea cinci părți: *pre-ședința, ședința, inter-ședința, intervenția și discuția post-ședință*. Așa cum au descris Boscolo, Cecchin, Hoffman și Penn (1987):

În decursul pre-ședinței, echipa vine cu o ipoteză inițială despre problema pe care o prezintă familia... În timpul ședinței însăși, membrii echipei vor valida, modifica sau schimba ipoteza. După circa patruzeci de minute, întreaga echipă se va întâlni singură pentru a discuta ipoteza și pentru a ajunge la o intervenție. Terapeuții curanți se vor întoarce apoi pentru a da familiei intervenția, fie prin conotarea pozitivă a situației problemă, fie printr-un ritual ce trebuie făcut de familie, care a comentat situația problemă și a fost conceput să introducă schimbarea... În cele din urmă, echipa se va întâlni pentru o discuție post-ședință pentru a analiza reacțiile familiei și pentru a planifica sesiunea următoare (p. 4).

Așa cum s-a indicat în această descriere, intervenția principală a fost, fie un ritual, fie o conotație pozitivă. **Conotația pozitivă** a fost inovația cea mai distinctă care s-a născut din modelul original de la Milano. Derivată din tehnica de reformulare a simptomului de la MRI, ea servind o funcție protectoare – de exemplu, Carlo are nevoie să continue să fie depresiv pentru a distra atenția părinților săi de la problemele maritale –, conotația pozitivă evită implicarea de care membrii familiei au beneficiat din simptomele pacientului. Această implicare făcută pentru rezistența pe care echipa de la Milano a considerat că ar putea fi dejucată dacă

comportamentul pacientului a fost interpretat nu ca protejând anumite persoane, ci ca păstrând armonia generală a familiei. Într-adevăr, comportamentul fiecărui membru al familiei a fost adesea conotat în acest mod de servire a sistemului.

Echipa de tratament va face ipoteze despre cum se potrivesc simptomele pacientului în sistemul familiei și după pauza de la jumătatea ședinței, terapeutul va comunica această ipoteză familiei, împreună cu hotărârea că ei nu trebuie să încerce să o schimbe. Carlo va trebui să continue să se sacrifice pe el însuși rămânând depresiv, ca un mod de a reasigura familia că el nu va deveni un bărbat abuziv ca bunicul său. Mama va trebui să-și mențină implicarea ei excesivă cu Carlo ca un mod de a-l face să simtă valoarea, în timp ce el se sacrifică el însuși. Tatăl va trebui să continue să critice relația mamei cu Carlo, în așa fel încât mama să nu mai fie tentată să-l abandoneze pe Carlo și să devină o soție pentru soțul ei.

Ritualurile sunt folosite pentru a angaja întreaga familie într-o serie de acțiuni care sunt împotriva sau exagerează regulile și miturile rigide ale familiei. De exemplu, unei familii care era puternic legată de familia mare extinsă i s-a spus să țină discuții de familie în spatele ușilor închise în fiecare seară, după cină, în care fiecare membru al familiei trebuie să vorbească cincisprezece minute despre familie. În același timp ei trebuie să dubleze loialitatea și curtoazia față de ceilalți membri ai clanului. Prin exagerarea loialității familiei la familia extinsă, în timp ce simultan încalcă regulile acestei loialități prin ședințe în afara clanului și vorbind despre acesta, familia a putut examina și încălca regulile care au perpetuat sistemul lor disfuncțional.

Ritualurile sunt folosite, de asemenea, pentru a dinamiza conotațiile pozitive. De exemplu, fiecare membru al familiei ar trebui să-și exprime gratitudinea în fiecare seară față

de pacient pentru că are problema (Boscolo și alții, 1987). Grupul de la Milano a inventat un set de ritualuri bazate pe un format de „zile cu soț și fără soț” (Selvini Palazzoli, și alții, 1978b). De exemplu, o familie în care părinților, care sunt într-un punct mort al funcțiilor parentale, li s-a putut spune că în zilele imparc ale săptămânii tatăl trebuie să fie responsabil de comportamentul pacientului, iar mama trebuie să acționeze ca și când ea nu ar fi fost acolo. În zile pare, mama este responsabilă, iar tatăl rămâne în afară. Aici, din nou, secvențele rigide ale familiei sunt întrerupte și ei trebuie să reacționeze diferit unul față de altul.

Aceste conotații și ritualuri pozitive sunt intervenții puternice și provocatoare. Pentru a menține familiile angajate, în timp ce folosesc asemenea metode, relația terapeut-familie devine crucială. Din păcate, echipa de la Milano a prezentat terapia ca pe o luptă puternică între terapeuți și familii. Sfatul lor principal adresat terapeuților era să rămână neutri în sensul evitării aparenței de a lua partea unui membru al familiei sau a altuia. Această **neutralitate** s-a manifestat adesea ca distanță, așa încât terapeuții au dat acele intervenții dramatice în timp ce acționau la distanță; nu în mod surprinzător, familiile s-au supărat adesea și nu s-au mai întors.

La sfârșitul anilor 1970 și începutul anilor 1980, echipa originală de la Milano a început să se separe în funcție de natura terapiei. Selvini Palazzoli a menținut modelul strategic și înclinația adversă, deși ea s-a abținut să folosească intervențiile paradoxale. În loc de aceasta, ea și Guiliana Prata au experimentat un mod specific de ritual numit **prescripție invariantă** pe care au destinat-o fiecărei familii tratate.

Selvini Palazzoli (1986) credea că pacienții psihotici și anorexici au fost prinși într-un „joc murdar”, o luptă pentru putere, la început între părinții acestora, în care pacienții sunt împinși și, în cele din urmă, o

lichidare folosind simptomele lor într-o încercare de a înfrânge un părinte pentru binele celuilalt. În prescripția invariantă, părinții sunt direcționați să spună copiilor lor că ei au un secret. Ei trebuie să iasă afară împreună pentru perioade diferite de timp și să facă ceva misterios, fără să alarmeze alți membri ai familiei. Terapia a continuat în acest mod până ce simptomele pacientului sunt desființate.

La începutul anilor 1990, Selvini Palazzoli a reinventat terapia ei încă odată, de data aceasta abandonând terapia strategică pe termen scurt (prescripția invariantă inclusiv), pentru terapia pe termen lung cu pacienții și familiile lor (Selvini, 1993). Astfel, ea a parcurs un cerc complet, începând cu rădăcinile psihodinamice, concentrându-se apoi asupra paternurilor familiei și întorcându-se în cele din urmă la terapia pe termen lung, care pune accentul pe intuiție și se concentrează din nou asupra individului. Această nouă terapie se mișcă în jurul înțelegerii negării secretelor familiei și a suferinței timp de mai multe generații. În acest mod este legată conceptual, dacă nu tehnic, de modelele ei anterioare.

Boscolo și Cecchin s-au depărtat, de asemenea, de intervenția strategică, dar ei s-au deplasat spre un stil de colaborare. Această terapie a crescut din impresia lor crescândă că valoarea în modelul de la Milano nu a constat atât de mult în directive (conotațiile și ritualurile pozitive), care au fost piesa centrală a modelului, ci în procesul interviului însuși. Terapia lor s-a concentrat în jurul **întrebării circulare**, o traducere clinică a noțiunii lui Bateson a dublei descrieri. Întrebările circulare sunt concepute să descentralizeze clienții prin orientarea lor spre a se vedea ei înșiși într-un context relațional și spre a vedea acest context din perspectiva altor membri ai familiei. De exemplu, un terapeut poate întreba: „Cum ar fi caracterizat tatăl tău relația mamei tale cu

sora ta, dacă s-ar fi simțit liber să vorbească cu tine despre aceasta?” Întrebările circulare sunt structurate în așa fel încât trebuie să dea o descriere relațională în răspuns.

Întrebând despre paternurile relațiilor ca acestea, natura circulară a problemelor devine aparentă în timp ce membri familiei sunt eliberați de perspectivele limitate și liniare. Întrebările circulare au fost mai tâziu redefinite și catalogate de Peggy Penn (1982, 1985) și Karl Tomm (1987a, 1987b). Boscolo (Boscolo & Bertrando, 1992) rămâne intrigat de potențialul lor. Ca un exemplu, să ne întoarcem la familia lui Carlo și să ne imaginăm următoarea conversație (adaptare după Hoffman, 1983):

Î: Cine este cel mai supărat de depresia lui Carlo?

R: Mama.

Î: Cum încearcă mama să-l ajute pe Carlo?

R: Ea vorbește cu el ore întregi și încearcă să facă tot felul de lucruri pentru el.

Î: Cine este de acord cel mai mult cu modul în care mama încearcă să-l ajute pe Carlo?

R: Psihiatrul care a prescris acest tratament.

Î: Cine nu este de acord?

R: Tata. El crede că lui Carlo nu trebuie să i se permită să facă ce vrea el.

Î: Cine e de acord cu tata?

R: Noi toți credem că Carlo este dădăcit prea mult. Și bunica, la fel. Bunicul ar fi probabil de acord cu mama, dar el a murit.

Î: Carlo a început să fie depresiv înainte sau după moarte bunicului?

R: Nu mult timp după, cred.

Î: Dacă bunicul nu ar fi murit, cum s-ar deosebi familia de cea de acum?

R: Ei bine, mama și bunica probabil nu s-ar mai certa atât de mult pentru că

bunica nu ar mai locui împreună cu noi. Iar mama nu ar mai fi atât de tristă tot timpul.

Î: Dacă mama și bunica nu s-ar mai certa atât de mult și mama nu ar fi atât de tristă, cum crezi că ar fi Carlo?

R. Ei, bine, cred că și el ar putea fi mai fericit. Dar atunci probabil că el se va certa cu tata din nou.

Numai prin punerea întrebărilor, cadrul pentru problema lui Carlo se schimbă treptat de la unul psihiatric la unul simptomatic al schimbărilor dificile din structura familiei.

Boscolo și Cecchin au devenit conștienți că spiritul în care aceste întrebări sunt puse determină utilitatea lor. Dacă un terapeut menține o mentalitate strategică – folosește procesul de a pune întrebări pentru a împinge spre un rezultat particular – răspunsurile membrilor familiei vor fi constrânse de sensul acestora că terapeutul caută ceva. Dacă, pe de altă parte, terapeutul pune întrebări circulare în afara curiozității obișnuite (Cecchin, 1987), ca dacă ar fi alături de familie în investigarea problemei lor, s-ar putea crea o atmosferă în care familia poate ajunge la o nouă înțelegere a situației lor neplăcute.

Alte contribuții. Terapeuții strategici au fost pionierii *abordării de echipă* în terapie. La început, grupul de la MRI a folosit echipe în spatele oglinzilor unidirectionale pentru a ajuta strategiile aferente tulburărilor psihice, așa cum a făcut grupul de la Milano. Peggy Papp (1980) și colegii ei de la Institutul Ackerman au luat echipa într-un mod mai direct în procesul de terapie, prin transformarea observatorilor într-un fel de „cor grec” care reacționează la evenimente în ședința de terapie. De exemplu, echipa poate să nu fie de acord, în scopuri strategice, cu terapeutul. Fiind martorii dezbaterilor care au loc între echipă și terapeutul lor în timp familia se va schimba, membrii familiei pot

simți că ambele laturi ale ambivalenței lor au fost apreciate și reprezentate. Interacțiunea deschisă a echipei cu terapeutul sau chiar cu familia în timpul ședinței a pregătit terenul pentru abordările de mai târziu în care echipa ar putea intra în camera de tratament și ar discuta despre familie în timp ce familia privește (Andersen, 1987).

Jim Alexander a fost un behaviorist, care, în afara frustrării datorată limitelor orientării sale exclusiv comportamentale, a încorporat idei strategice. Rezultatul a fost *terapia de familie funcțională* (Alexander & Parsons, 1982) care, așa cum arată numele, este interesată de funcția pe care comportamentul familiei este conceput să o îndeplinească (vezi Capitolul 10). Terapeuții de familie funcționali cred că majoritatea comportamentelor familiei sunt încercări de a deveni mai mult sau mai puțin intimi și, prin „rectichetare” (un alt cuvânt pentru reformulare), să ajute pe membrii familiei să vadă fiecare comportamentul celuilalt în această lumină benefică. Ei au ajutat, de asemenea, pe membrii familiei să întocmească diverse programe de management pentru a face mai direct tipul de intimitate pe care ei îl doresc. Terapia de familie funcțională reprezintă o ramură interesantă a terapiilor strategice și comportamentale și, spre deosebire de multe școli strategice, păstrează etica behavioristă de bazare a intervențiilor pe cercetarea sănătoasă.

Evaluarea teoriei terapiei și a rezultatelor

Terapia de familie a comunicării nu a mai continuat să fie o aplicare a psihoterapiei individuale la familii; aceasta a fost o conceptualizare nouă, radicală, care a alterat chiar natura imaginației. Ceea ce a fost nou a fost focusul asupra *procesului*, formei și

impactului comunicării, mai curând decât asupra *conținutului* acesteia. Comunicarea a fost descrisă ca feedback, ca o tactică în luptele pentru putere interpersonală și ca simptom. De fapt, torice comportament era comunicativ.

Atunci când comunicarea are loc într-un sistem închis – fanteziile unei persoane sau conversațiile private ale unei familii –, există slabe oportunități de reglare a sistemului. Numai atunci când cineva din afara sistemului asigură intrarea, corectarea poate apare. Deoarece regulile funcționării familiei sunt destul de necunoscute familiei, modalitatea cea mai bună pentru a le examina și corecta este consultarea unui expert în comunicare. Astăzi, teoriile terapiei comunicării au fost absorbite în curentul principal al terapiei de familie, în timp ce intervențiile focalizate pe simptom au devenit baza modelelor strategice și focalizate pe soluție.

Terapiile strategice au atins apogeul popularității lor la începutul anilor 1980. Ele erau înțelepte, prescriptive și sistematice – calități apreciate de terapeuții care adesea s-au simțit copleșiți de emoționalitatea familiilor în tratament. La jumătatea anului 1980 a apărut, totuși, o reacție, iar aspectele manipulative ale terapiei strategice au fost criticate. Din nefericire, atunci când terapeuții comunicării și cei strategici au fost confundați prin inflexibilitatea neliniștită a unor familii, ei au exagerat puterea irațională a sistemului familiei.

În anii 1990, abordările strategice și sistemice descrise în acest capitol au fost reasezate în centrul scenei terapiei de familie prin abordări mai cooperante.

Dar, chiar dacă domeniul se deplasează de la un suprasprijin privind tehnica și manipularea, nu vom pierde din vedere aspectele valoroase ale terapiei strategice. Acestea includ un scop terapeutic clar, anticiparea modalităților că familiile vor reacționa la intervenții, înțelegând și scoțând

la iveală secvențele de interacțiune și folosind creator directivele.

Cea mai mare parte din cercetarea insuficientă privind eficiența terapiei strategice nu este riguroasă. Mai mult decât oricare alt model din această carte, informațiile despre terapia strategică s-au schimbat prin formatul raportului de caz. Aproape toate sutele de articole și cărți privind terapia strategică includ cel puțin o descriere a tehnicii de succes sau a rezultatului terapiei. Astfel, terapia strategică apare ca având o mare cantitate de suport anecdotic pentru eficiența sa (deși oamenii tind să nu scrie despre cazurile lor eșuate).

Unele grupuri strategice au scos la iveală rezultatele lor într-un mod ceva mai sistematic. În cartea *Schimbarea*, care a lansat modelul de la MRI, Watzlawick și colegii săi (1974) au condus interviuri de urmărire telefonice cu nouăzeci și șapte de cazuri consecutive timp de trei luni după tratament și au constatat că 40% erau complet vindecate, 32% erau vindecate considerabil, dar nu complet, iar 28% au raportat nici o schimbare. Haley (1980) a raportat referitor la rezultatul modelului său de „părăsire a casei” cu tineri adulți schizofrenici și a constatat că, între doi și patru ani de la terminarea tratamentului, trei din patrusprezece au fost respitalizați, în timp ce un alt pacient s-a sinucis.

Unele studii timpurii ale rezultatelor terapiei de familie bazate pe terapia strategică au ajutat la alimentarea popularității sale. În studiul lor clasic, Lansley, Machotka și Flomenhaft (1971) au constatat că terapia crizei familiei, cu asemănări, atât cu modelele de la MRI, cât și cu cel al lui Haley, a redus drastic nevoia de spitalizare. Alexander și Parsons au constatat că terapia lor de familie funcțională este mai eficientă în tratarea grupului de delincvenți decât o abordare a familiei centrată pe client, o abordare dinamică-eclectică sau un grup de control fără tratament (Parson & Alexander, 1973).

X

Stanton și Todd (1982) au demonstrat eficiența unei abordări care combină terapiile de familie structurală și strategică ale lui Haley pentru tratarea adicțiilor de heroină. Rezultatele acestui studiu sunt impresionate deoarece terapia de familie are un rezultat dublu cu mai multe zile de abținere de la heroină decât un program de întreținere cu metadonă.

La începutul anilor 1980, asociații de la Milano au oferit rapoarte de caz anecdotice ale rezultatelor uimitoare în anorexia nervosa, schizofrenie și delinvență (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978b, 1980). Mai târziu totuși, membrii echipei inițiale și-au exprimat rezervele despre model și au sugerat că acesta nu a fost atât de eficient așa cum au sugerat ei inițial (Selvini Palazzoli, 1986, Selvini Palazzoli & Viaro, 1988; Boscolo, 1983). Cei care au studiat modelul de la Milano mult mai sistematic sunt de acord cu aceste impresii entuziaste (Machal, Feldman & Sigal, 1989). Discutând rezultatele lor dezamăgitoare privind modelul de la Milano, autorii au citat reacțiile negative ale clienților referitoare la terapeut sau echipă. Familiile au simțit frecvent că terapeuții sunt distanți și că echipa era impersonală. Aparent, atitudinea de strategizare adversă recomandată în *Paradox și Contrapadox* a arătat prin încercările terapeuților conotația pozitivă a membrilor familiei. Se pare că oamenii au probleme de schimbare dacă nu se

îngrijesc de aceasta. În timp ce modelul original de la Milano a mers pe calea dinozaurilor, există în mod curent două tabere strategice: grupul de la MRI, pe Coasta de Vest și școala de la Washington pe Coasta de Est.

Persoanele care s-au revoltat au fost șarlatanii tehnicilor unice. Dar șarlatania nu a fost niciodată inherentă în modelele strategice. De exemplu, sublinierea MRI asupra soluțiilor inverse încercate care nu funcționează este o idee bună. Oamenii trebuie să rămână blocați în rutine atât timp cât ei urmăresc strategiile de autoapărare. Dacă, în anumite mâini, blocarea soluțiilor mai multe de același fel a rezultat într-o aplicare mecanică a psihologiei inverse, nu este greșeala metaforei cibernetice, ci a modului în care a fost aplicată.

Terapeuții strategici au integrat și alte idei și au păstrat spiritul postmodern al secolului douăzeci și unu. Haley a publicat o carte în care evoluția gândirii sale este aparentă (Haley, 1996) și a fost tipărită o carte nouă despre influența MRI asupra domeniului (Weakland & Ray, 1995). În plus, unii autori au integrat conceptele strategice de la MRI cu abordările narative (Eron & Lund, 1993, 1996). Este bine să vedem că gândirea strategică evoluează, deoarece, chiar în această eră a terapeutului neexpert, există încă loc pentru strategii serioase de rezolvare a problemei și a direcției terapeutice.

—Rezumat—

Terapia de familie a comunicării a fost una din primele și cele mai influente forme ale tratamentului familiei. Dezvoltarea sa teoretică s-a bazat pe teoria generală a sistemelor și terapia care a apărut a fost o abordare sistemică prin excelență. Comunicarea a reprezentat intrarea și ieșirea detectabile, pe care terapeuții au folosit-o pentru a analiza cutia neagră a sistemelor interpersonale.

Altă idee semnificativă a terapiei comunicării a fost aceea că familiile sunt sisteme-condușe-de-reguli, menținute de mecanisme feedback homeostatice negative. Feedback-ul negativ explică stabilitatea familiilor normale și inflexibilitatea celor disfuncționale. Deoarece asemenea familii nu au sisteme feedback pozitive adecvate, ele sunt incapabile să se adapteze la împrejurările care se schimbă.

În timp ce există diferențe majore între strategiile terapeutice ale lui Haley, Jackson, Satir și Watzlawick, ei toți sunt angajați în paternurile distructive ale comunicării. Ei au urmărit acest scop prin mijloace directe și indirecte. Abordarea directă, favorizată de Satir, a văzut schimbarea prin explicitarea regulilor familiei și prin predarea comunicării clare. Această abordare poate fi descrisă ca stabilind reguli de bază sau principii metacomunicaționale și a inclus tactici, precum a spune oamenilor să vorbească pentru ei înșiși și prin sublinierea canalelor nonverbale și multinivel ale comunicării.

Problema este că, așa cum a observat Haley, „Una din dificultăți implicată în a spune pacienților să facă ceva este faptul că pacienții psihiatrici sunt observați pentru ezitarea lor de a face ceea ce li s-a spus. Din acest motiv, terapeuții comunicării au început să se bazeze mai mult pe strategii indirecte, concepute să provoace schimbarea mai degrabă decât să cduce conștiința. A spune membrilor familiei să vorbească pentru ei înșiși, de exemplu, poate provoca o regulă a familiei și de aceea poate fi primită cu rezistență. Cu această realizare, terapia comunicării a devenit un tratament de rezistență.

Rezistența și simptomele sunt tratate cu o varietate de directive paradoxice, cunoscute inexact ca „legături duble terapeutice”. Tehnica lui Milton Erickson de prescriere a rezistenței a fost folosită ca o pârgie pentru a câștiga controlul, ca, de exemplu, atunci când un terapeut spune membrilor familiei să nu dezvăluie totul în prima ședință. Aceeași afirmație a fost folosită pentru a prescrie simptome, o acțiune care a făcut regulile nerecunoscute explicite, a presupus că ascmenea comportament a fost voluntar și a pus terapeutul în control.

Terapia strategică, derivată din hipnoterapia lui Erickson și cibernetica lui Bateson, a dezvoltat un corp de proceduri puternice pentru tratarea problemelor psihologice.

Abordările strategice variază în ceea ce privește specificitatea teoriei și tehnicii, dar împărtășesc focalizarea pragmatică a centrării pe problemă asupra schimbării secvențelor comportamentale, în care terapeuții sunt responsabili pentru rezultatul terapiei. Percepția și înțelegerea sunt evitate în favoarea directivelor concepute să schimbe modul în care membrii familiei interacționează.

Modelul MRI încearcă să rămână strict interacțional – observând și intervenind în secvențele de interacțiune care înconjoară o problemă, mai curând decât să speculeze despre sentimentele sau intențiile interacțanților. Haley și Madanes sunt interesați de motive. Haley, în principal, în dorința de a-i controla pe alții, iar Madanes în dorința de a iubi și de a fi iubit în plus, spre deosebire de grupul de la MRI. Haley și Madanes încorporează scopurile structurale în modelele lor și nu-și limitează eforturile la rezolvarea pur și simplu a problemei. Ei cred că tratamentul de succes cerc adesea schimbări structurale, cu o accentuare asupra îmbunătățirii ierarhiei familiei.

Ca și Haley, Asociații de la Milano au văzut la început puterea în motivele membrilor familiei. Ei au încercat să înțeleagă jocurile multigeneraționale elaborate care înconjoară simptomele. Ei au conceput intervenții puternice – conotația pozitivă și ritualurile –, pentru a expune sau distruge aceste jocuri și pentru a schimba înțelesul problemei. Mai târziu, separarea grupului original, cu Selvini Palazzoli care a parcurs mai multe transformări până la abordarea ei curentă pe termen lung bazată pe secretele familiei. Cecchin și Boscolo s-au deplasat de la puterea intervențiilor unice și au devenit mai interesați în procesul punerii întrebărilor ca un mod de a ajuta familiile pentru o nouă înțelegere; procedând astfel, ei au deschis calea interesului curent al terapiei de familie pentru conversație și narațiune.

—Lecturi recomandate—

- Cecchin, G. 1987. Hypothesizing, circularity and neutrality revisited.: An invitation to curiosity. *Family Process*. 26: 405-413.
- Fisch, R., Weakland, J. H., and Segal, L. 1982. *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey Bass.
- Haley, J. 1976. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. 1980. *Leaving home*. New York: McGraw Hill.
- Jackson, D.D. 1961. Interactional psychotherapy. In *Contemporary psychotherapies*. M.T. Stein, ed. New York: Free Press of Glencoe.
- Jackson, D.D. 1967. *Therapy, communication and change*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Keim, J. 1998. Strategic therapy. In *Case studies in couple and family therapy*. F. Dattilio, ed. New York: Guilford Press.
- Lederer, W., and Jackson, D.D. 1968. *Mirages of marriage*. New York: Norton.
- Madanes, C. 1981. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madanes, C. 1984. *Behind the one-way mirror*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Price, J. 1996. *Power and compassion: Working with difficult adolescents and abused parents*. New York: Guilford Press.
- Rabkin, R. 1972. *Strategic psycho-therapy*. New York: Basic books.
- Selvini Palazzoli, M. Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata, G. 1978. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Tomm, K. 1987. Interventive interviewing: Part 1. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*. 26:3-14.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. and Jackson, D.D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J., and Fisch, R. 1974. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

—Bibliografie—

- Alexander, J., and Parsons, B. 1973. Short-term behavioral intervention with delinquent families: impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*. 81: 219-225.
- Alexander, J., and Parsons, B. 1982. *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks Cole.
- Andersen, T. 1987. The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*. 26:415-417.
- Bergman, J. 1985. *Fishing for barracuda: Pragmatics of brief systemic therapy*. New York: Norton.
- Boscolo, L. 1983. Final discussion. In *Psycho-social intervention in schizophrenia: An international view*. H. Stierlin, L. Wynne, and M. Wirsching, eds. Berlin: Springer-Verlag.
- Boscolo, L., and Bertrando, P. 1992. The reflexive loop of past, present, and future in systemic therapy and consultation. *Family Process*. 31: 119-133.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., and Penn, P. 1987. *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.
- Cecchin, G. 1987. Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*. 26: 405-413.
- Eron, J., and Lund, T. 1993. An approach to how problems evolve and dissolve: Integrating narrative and strategic concepts. *Family Process*. 32:291-309.
- Eron, J., and Lund, T. 1996. *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.

- Fisch, R. 1978. Review of problem-solving therapy, by Jay Haley. *Family Process*. 17: 107-110.
- Fisch, R., Weakland, J., and Segal, L. 1982. *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. 1961. Control in psychotherapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*. 5:340-353.
- Haley, J. 1963. *Strategies of psycho-therapy*. New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. 1973. *Uncommon therapy*, New York: Norton.
- Haley, J. 1976. *Problem-solving therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Haley, J. 1980. *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. 1981. *Reflections on Therapy*. Chevy Chase, MD: The Family Therapy Institute of Washington, D.C.
- Haley, J. 1984. *Ordeal therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, I. 1986. *The power tactics of Jesus Christ*. 2nd ed. Rockville, MD: Triangle Press.
- Haley, J. 1996. *Learning and teaching therapy*. New York: Guilford Press.
- Hoffman, L. 1981. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hoffman, L. 1983. A co-evolutionary framework for systemic family therapy. In *diagnosis and assessment in family therapy*. J. Hansen and B. Keeney, eds. Rockville, MD: Aspen Systems.
- Jackson, D.D. 1961. International psychotherapy. In *Contemporary psychotherapies*, MT. Stein, ed. New York: Free Press of Glencoe.
- Jackson, D.D. 1965. Family rules. The marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*. 12: 589-594.
- Jackson, D. D. 1967. Aspects of conjoint family therapy. In *Family therapy and disturbed families*. G.H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy. Eds. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Jackson, D.D. and Wakland, J.H. 1961. Conjoint family therapy: Some consideration on theory, technique and results. *Psychiatry*. 24:30-45.
- Keim, J. 1998. Strategic Family Therapy. In *Case studies in couple and family therapy: systemic and cognitive perspectives*. E. Dattilio, ed. New York: Guilford Press.
- Langsley, D., Machotka, P., and Flomenhaft, K. 1971. Avoiding mental hospital admission: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 127:1391-1394.
- Machal, M., Feldman, R., and Signal, J., 1989. The unraveling of a treatment program: A follow-up study of the Milan approach to family therapy. *Family Process*. 28:457-470.
- Madanes, C. 1980. Protection, paradox and pretending. *Family Process*. 19:73-85.
- Madanes, C. 1981. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madanes, C. 1984. Behind the one-way mirror. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madanes, C. 1990. *Sex, love, and violence: strategies for transformation*. New York: Norton.
- Madanes, C. 1991. Strategic family therapy. In *Handbook of family therapy. Vol. II*. A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Marayuma, M. 1968. The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causal processes. In *Modern systems research for the behavioral scientist*. W. Buckley, ed. Chicago: Aldine.
- Papp, P. 1980. The Greek chorus and other techniques of paradoxical therapy. *Family Process*. 19:45-57.
- Papp, P. 1983. *The process of change*. New York: Guilford Press.
- Parsons, B., and Alexander, J. 1973. Short term family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 41:195-201.
- Penn, P. 1982. Circular Questioning. *Family Process* 21:267-280.
- Penn, P. 1985. Feed-forward: further question-

- ing, future maps. *Family Process*. 24:299-310.
- Rabkin, R. 1977. *Strategic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Ruesch, J., and Bateson, G. 1951. *Communication: The social matrix of psychiatry*. New York: Norton.
- Satir, V. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto. Science and Behavior Books.
- Selvini, M. 1993. Major mental disorders, distorted reality and family secrets. Unpublished manuscript.
- Selvini Palazzoli, M. 1981. *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Selvini Palazzoli, M. 1986. Towards a general model of psychotic games. *Journal of Marital and Family Therapy*. 12: 339-349.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata, G. 1978a. A ritualized prescription in family therapy: Odd days and even days. *Journal of Marriage and Family Counseling*. 4:3-9.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata, G. 1978b. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata, G. 1980. Hypothesizing – circularity – neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19:3-12.
- Selvini Palazzoli, M., and Prata, G. 1983. A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families. In *Psychological intervention in schizophrenia: An international view*. H. Stierlin, L. Wynne, and M. Wirshing, eds. Berlin: Springer-Verlag.
- Selvini Palazzoli, M., and Viaro, M. 1988. The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*. 27: 129-148.
- Stanton, D., and Todd, T. 1982. *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.
- Tomm, K. 1984a. One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*. 10:113-125.
- Tomm, K. 1984b. One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 10:253-271.
- Tomm, K. 1987a. Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*. 36: 3-13.
- Tomm, K. 1987b. Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*. 26: 167-184.
- Watzlawick, P.A. 1966. A structured family interview. *Family Process*. 5:256-271.
- Watzlawick, P., Beavin, J., and Jackson, D. 1967. *The pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J., and Fisch, R. 1974. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., and Bodin, A. 1974. Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*. New York: Norton.
- Weakland, J., and Ray, W., eds. 1995. *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. Binghamton, NY: Haworth Press.



Terapia de familie structurală

Organizarea de bază a vieții de familie

Unul din motivele pentru care terapia de familie poate fi dificilă este acela că familiile apar adesea ca niște colecții de indivizi care se influențează unul pe celălalt în mod puternic, dar imprevizibil. Terapia de familie structurală oferă un cadru care face ordine și dă înțeles acestor tranzacții. Paternurile consecvente ale comportamentului familiei ne permit să apreciem că ele au o structură, deși, desigur, numai în sens funcțional. Granițele și coalițiile care alcătuiesc structura familiei sunt abstracții; cu toate acestea, folosirea conceptului de structură a familiei permite terapeuților să intervină în mod sistematic și organizat.

Familiile care cer ajutor sunt de obicei interesate într-o anumită problemă. Aceasta ar putea fi un copil care nu se comportă bine sau un cuplu care nu mai poate continua să conviețuiască împreună. Terapeuții de familie privesc de obicei dincolo de specificul acestor probleme la încercările familiei de a le rezolva. Aceasta îi conduce la dinamica interacțiunii. Copilul care nu se comportă bine poate avea părinți care-i fac observații,

dar care nu-l răsplătesc niciodată. Cuplul ar putea fi prins într-o dinamică urmărit-urmăritor sau ei ar putea fi incapabili să vorbească fără să se certe.

Ceea ce terapia de familie structurală adaugă ecuației este recunoașterea organizării generale care sprijină și menține aceste interacțiuni. „Părinții care fac observații” ar putea fi doi parteneri care se subminează unul pe altul deoarece unul nu se ocupă decât de copil, în timp ce celălalt este o persoană din afară supărată. Dacă este așa, încercările de a încuraja disciplina eficientă sunt probabil eșuate numai dacă problema structurală este abordată, iar părinții dezvoltă un parteneriat real. În mod similar, un cuplu care nu mai continuă să fie împreună poate să nu fie capabil să-și îmbunătățească relația până ce crează o graniță între ei înșiși și copiii intruși sau vitregi.

Această descoperirea că familiile sunt organizate în **subsisteme** cu **granițe**, care reglementează contactul pe care membrii familiei îl au unul cu altul, a reieșit că este una din intuițiile definitorii ale terapiei de

familie. Poate la fel de importantă, totuși, a fost introducerea tehnicii de **interpretare**, în care membrii familiei sunt încurajați să aibă de-a face direct unul cu altul în ședințe, permițând terapeutului să observe și să modifice interacțiunile lor.

Când și-a făcut apariția pentru prima oară pe scenă, impactul galvanizant imediat al lui Salvador Minuchin a fost al unui maestru incomparabil al tehnicii. Contribuția lui cea mai durabilă a fost, totuși, o teorie a structurii familiei și un set de indicații pentru a organiza tehnicile terapeutice. Această abordare structurală a avut un asemenea succes încât ca a captivat domeniul în anii 1970, iar Minuchin a construit Clinica de Orientare a Copilului de la Philadelphia într-un complex faimos pe plan mondial, unde mii de terapeuți de familie au fost pregătiți în terapia de familie structurală.

Figuri reprezentative

Minuchin s-a născut și a crescut în Argentina. El a funcționat în calitate de medic în armata israeliană, apoi a venit în Statele Unite unde s-a pregătit în psihiatria copilului cu Nathan Ackerman, la New York. După terminarea studiilor s-a întors în Israel, în 1952, pentru a lucra cu copiii strămutați – și a devenit totalmente devotat importanței familiilor. S-a întors în Statele Unite, în 1954,

pentru a începe pregătirea psihanalitică la Institutul William Alanson White, unde a studiat psihiatria interpersonală a lui Harry Stack Sullivan. După ce a părăsit Institutul White, Minuchin a lucrat la Școala Wiltwyck, pentru băieți delincvenți, unde le-a sugerat colegilor săi să înceapă să vadă familii.

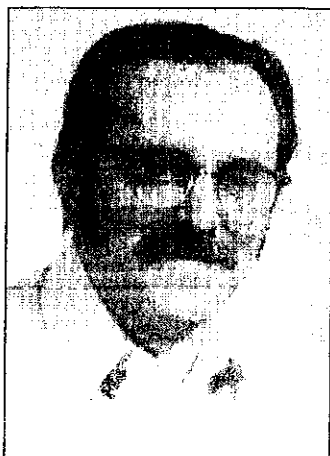
La Wiltwyck, Minuchin și colegii săi – Dick Auerswald, Charlie King, Braulio Montalvo și Clara Rabinowitz – s-au gândit să facă terapie de familie, inventând-o așa cum au făcut. Pentru a proceda astfel, ei au construit o oglindă unidirecțională și au observat, pe rând, activitatea fiecăruia. În 1962, Minuchin a făcut un pelerinaj la ceca ce era atunci Mecca terapiei de familie, Palo Alto. Acolo l-a întâlnit pe Jay Haley și a început o prietenie care avea să dea roade într-o colaborare extraordinară de fertilă.

Succesul clinic al muncii lui Minuchin cu familiile la Wiltwyck a condus la o carte deschizătoare de drumuri, *Families of the Slums*. (*Familiiile cartierelor sărace*), scrisă împreună cu Montalvo, Guernsey, Rosman și Schumer, reputația lui Minuchin ca practicant al terapiei de familie a crescut și, în 1965, el a devenit directorul Clinicii de Orientare a Copilului din Philadelphia. Clinica era atunci formată din mai puțin de o duzină de membrii ai personalului. Pornind de la acest modest început, Minuchin a creat una din cele mai mari și mai prestigioase clinici de orientare a copilului din lume.

Printre colegii lui Minuchin de la Philadelphia erau Braulio Montalvo, Jay Haley, Bernice Rosman, Harry Aponte, Carter Umbarger, Marianne Walters, Charles Fishman, Cloe Madanes și Stephen Greenstein, toți cei care au avut un rol în formarea terapiei de familie structurale. Pe la sfârșitul anilor 1970, terapia de familie structurală a devenit cea mai influentă și larg practică dintre toate sistemele terapiei de familie.

În 1976, Minuchin a plecat de la conducerea Clinicii de Orientare a Copilului din

*Modelul structural
al lui Salvador
Minuchin este cea
mai influentă
abordare a terapiei
de familie din lume.*



Philadelphia, dar a rămas ca director cu formarea până în 1981. După ce a plecat de la Philadelphia, Minuchin a deschis propriul său centru la New York, unde a continuat să practice și să predă terapia de familie până în 1996, când s-a pensionat și s-a mutat la Boston. Devotat problemelor pe care le pun sărăcia și dreptatea socială, Minuchin este acum consultant la Departamentul de Sănătate Mentală din Massachusetts privind programele de terapie la domiciliu. În 1996, el a terminat a noua sa carte, *Mastering Family Therapy: Journeys of Growth and Transformation*, (*Domnia terapiei de familie: Călătoriile creșterii și transformării*), coautor împreună cu nouă din supervizorii săi, care explică opiniile sale privind starea artei în terapia de familie și formare.

Ca buni jucători în aceeași echipă cu un superstar, unii dintre colegii lui Minuchin nu sunt atât de bine cunoscuți așa cum ar fi trebuit să fie. Mai mult, printre aceștia este Braulio Montalvo, unul din geniile subestimate ale terapiei de familie. Născut și crescut în Porto Rico, Montalvo, ca și Minuchin, s-a angajat în tratarea familiilor minoritare. Ca și Minuchin, el este, de asemenea, un terapeut strălucitor, deși el preferă o abordare mai blândă, mai suportivă. Montalvo a fost instrumentul în construirea Clinicii de Orientare a Copilului de la Philadelphia, dar contribuțiile sale sunt mai puțin cunoscute deoarece el este un bărbat liniștit care preferă să muncească în spatele scenei.

După pensionarea lui Minuchin, centrul de la New York a fost denumit, în onoarea sa, Centrul Minuchin pentru Familie, iar făclia a fost trecută altei generații. Personalul de profesori reprezentativi de la Centrul Minuchin include acum pe Ema Genijovich, David Greenan, Richard Holm și Wai-Yung Lee. Sarcina lor este de a păstra centrul reprezentativ al terapiei structurale de familie în fruntea domeniului, fără figura proeminentă, carismatică a celui care l-a conceput.

Printre alți discipoli importanți ai lui Minuchin sunt Jorje Colapinto, acum la Institutul Ackerman din New York; Michael Nichols, care predă la Colegiul William and Mary și Charles Fishman, în practica privată de la Philadelphia.

Formulări teoretice

Începătorii tind să se împotmolească în conținutul problemelor familiei deoarece ei nu au o teorie ca să-i ajute să vadă paternurile dinamicii familiei. Terapia de familie structurală oferă o copie pentru analizarea procesului interacțiunilor familiei. Astfel, ea furnizează o bază pentru strategiile constante ale tratamentului, care previn nevoia de a avea o tehnică specifică – de obicei altceva – pentru fiecare ocazie. Trei elemente sunt componentele esențiale ale teoriei structurale de familie: structura, subsistemele și granițele.

Structura familiei, paternul organizat în care membrii familiei interacționează, este un concept determinist, dar acesta nu prescrie sau legiferează comportamentul; acesta *descrie* episoadele care sunt predictibile. Deoarece tranzațiile familiei sunt repetate, ele cresc așteptările care formează paternuri de durată. Din momentul în care paternurile sunt formate, membrii familiei folosesc numai o mică parte din gama completă a comportării disponibile pentru ei. Prima dată bebelușul plânge sau adolescentul pierde autobuzul școlii, nu este clar cine ce va face. Va fi împărțită sarcina? Va fi o ceartă? O persoană se va bloca datorită faptului că muncește prea mult? Curând, totuși, paternurile sunt stabilite, rolurile desemnate și lucrurile devin asemănătoare și predictibile. „Cine va face...” devine „Ea va face probabil...” iar apoi „Ea totdeauna”.

Structura familiei este întărită prin expectații care stabilesc reguli în familie. De exemplu, o regulă că „membrii familiei trebui

totdeauna să se protejeze unul pe altul” se va manifesta în moduri diferite depinzând de context și de cine este implicat. Dacă un băiat se bate cu alt băiat din vecini, mama sa va merge la vecini să se plângă. Dacă o adolescentă trebuie să se scoale devreme pentru școală, mama o trezește. Dacă un soț este prea mahmur pentru a merge la serviciu dimineața, soția sa telefonează pentru a spune că el are gripă. Dacă părinții se ceartă, copiii acestora intervin. Părinții sunt atât de preocupați de ceea ce fac copiii lor încât îi împiedică să petreacă timpul singuri împreună. Toate aceste episoade sunt *izomorfe*; ele sunt structurate. Schimbarea unuia dintre ele poate să nu afecteze structura de bază, dar alterarea structurii de bază va avea efecte mici asupra tuturor tranzacțiilor familiei.

Structura familiei este formată parțial din constrângeri universale și parțial din constrângeri idiosincretice. De exemplu, toate familiile au un fel de structură ierarhică, cu adulți și copii care au o anumită cantitate de autoritate. Membrii familiei tind, de asemenea, să aibă funcții reciproce și complementare. Adesea, acestea devin atât de adânc înrădăcinate încât originea lor este uitată și ele sunt presupuse necesare mai degrabă decât opționale. Dacă o tânără mamă, încărcată de cerințele pruncului ei, se supără și se plânge soțului ei, el poate răspunde în diferite feluri. Poate că el se va apropia mai mult și va împărtăși cerințele creșterii copilului. Aceasta creează o echipă parentală unită. Pe de altă parte, dacă el decide că soția sa este „depresivă”, ea poate fi trimisă la psihoterapie pentru a primi sprijinul emoțional de care are nevoie. Aceasta creează o structură în care mama rămâne distantă de soțul ei și învață să caute sprijin emoțional în afara familiei. Oricare ar fi paternul ales, acesta tinde să fie autoperpetuant. Deși există alternative disponibile e puțin probabil să le luăm în considerație până când împrejurările care se schimbă produc stres în sistem.

Famiiliile nu funcționează și nu-ți dau paternurile structurale așa cum ele iau un măr profesorului. Ceea ce iau este haos și confuzie. Dumneavoastră trebuie să descoperiți subtextul – și trebuie să fiți atent că este corect – nu impus, ci descoperit. Două lucruri sunt necesare: un sistem teoretic care să explice structura și să vadă familia în acțiune. Știind că familia este o familie monoparentală cu trei copii sau că doi părinți au probleme cu copilul mijlociu, acesta nu vă spune care este structura familiei. Structura devine evidentă numai când observați interacțiunile de fapt dintre membrii familiei.

Să luăm următorul exemplu. O mamă telefonează pentru a se plânge de comportamentul greșit al fiului ei de șaptesprezece ani. Ei i se cere să aducă la prima ședință pe soțul ei și pe ceilalți trei copii. Atunci când ei sosesc, mama începe să descrie o serie de moduri minore în care fiul ei este neascultător. El o întrerupe, spunând că ea o ține totdeauna pe a ei, el nu s-a separat niciodată de mama sa. Acest dialog spontan dintre mamă și fiu arată o implicare intensă între ei – o preocupare reciprocă nu mai puțin intensă, pur și simplu, pentru că este conflictuală. Totuși, acest episod diadic nu spune întreaga poveste, deoarece nu include tatăl sau pe ceilalți copii. Ei trebuie să fie angajați pentru a observa rolul lor în structura familiei. Dacă tatăl ia partea soției sale, dar pare neinteresat, atunci s-ar putea ca preocuparea mamei referitoare la fiul ei să fie legată de lipsa de implicare a soțului. Dacă cei trei copii mai mici tind să fie de acord cu mama lor și-l descriu pe fratele lor drept rău, atunci devine clar că toți copiii sunt apropiați de mamă – apropiați și ascultători până la un anumit punct, apoi apropiați și neascultători.

Famiiliile sunt diferențiate în *subsisteme* bazate pe generație, gen și interese comune. Evident, grupările, precum părinții sau adolescenții sunt adesea mai puțin importante decât coalițiile ascunse. O mamă și copilul

ei cel mai mic pot forma un asemenea subsistem legat strâns din care ceilalți sunt excluși. O altă familie poate fi împărțită în două tabere, cu mama și cu băieții, pe de o parte, și cu tata și cu fetele, pe de altă parte. Deși anumite paternuri sunt comune, posibilitățile pentru subgrupare sunt fără sfârșit.

Fiecare membru al familiei joacă mai multe roluri în mai multe subgrupuri. Mary poate fi o soție, o mamă, o fiică și o nepoată. În fiecare din aceste roluri ei i se va cere să se comporte diferit și să joace o varietate de opțiuni interpersonale. Dacă ea este matură și flexibilă, ea va fi capabilă să-și diversifice comportamentul pentru a se potrivi diferitelor subgrupuri. Dojana poate fi în regulă pentru o mamă, dar poate provoca probleme din partea unei soții sau a unei fiice.

Indivizii, subsistemele și familiile întregi sunt demarcate de *granițe* interpersonale, bariere invizibile care reglementează contactul cu ceilalți. O regulă care interzice convorbirile telefonice la cină stabilește o graniță care protejează familia de intruziunile din afară. Când copiilor mici li se permite să întrerupă liber conversația părinților lor la masă, granița care separă părinții de copii este erodată. Subsistemele care nu sunt protejate corespunzător de granițe limitează dezvoltarea deprinderilor interpersonale realizabile în aceste subsisteme. Dacă părinții vin întotdeauna să stabilească argumente între copiii lor, copiii nu vor învăța să lupte pentru propria lor bătaie.

Granițele interpersonale variază de la rigide la difuze (Vezi Figura 7.1.) Granițele rigide sunt restrictive și permit un contact redus cu subsistemele externe, având ca rezultat *neimplicarea*. Indivizii sau subsis-

temele implicate sunt independente, dar izolate. Pe latura pozitivă, aceasta crește autonomia. Pe de altă parte, dezangajarea limitează afecțiunea și sprijinul. Familiile neimplicate trebuie să intre sub un stres extrem înainte ca ele să mobilizeze sprijinul reciproc.

Subsistemele *implicate* oferă un simț înalt al sprijinului reciproc, dar pe seama independenței și autonomiei. Părinții implicați sunt iubitori și apreciativi; ei petrec mult timp cu copiii lor și fac multe pentru ei. Cu toate acestea, copiii implicați cu părinții lor devin dependenți. Ei se simt mai puțin bine prin ei înșiși și pot avea probleme legate de persoanele din afara familiei.

Minuchin a descris unele din trăsăturile caracteristice ale subsistemelor familiei în lucrarea sa cea mai accesibilă: *Families and Family Therapy (Familiile și terapia de familie)* (Minuchin, 1974). Familiile încep când doi oameni stau împreună pentru a forma subsistemul soților. Doi oameni îndrăgostiți sunt de acord să împartă victile, viitorul și speranțele lor, dar o perioadă de acomodare adesea dificilă este necesară înainte ca ei să poată realiza tranziția de la a face curte la un subsistem funcțional de soți. Ei trebuie să învețe *să se obișnuiască* unul cu nevoile celuilalt și stilurile preferate de interacțiune. Într-un cuplu sănătos, fiecare dă și primește. El învață să se alinieze dorințelor ei de a fi sărutată la sosire și la plecare. Ea învață să-l lase în pace cu ziarul și cafeaua lui de dimineată. Aceste mici aranjamente, multiplicat de o mie de ori, pot fi realizate cu ușurință sau numai după o bătaie intensă. Indiferent de caz, acest proces de acomodare cimentează cuplul într-o unitate.

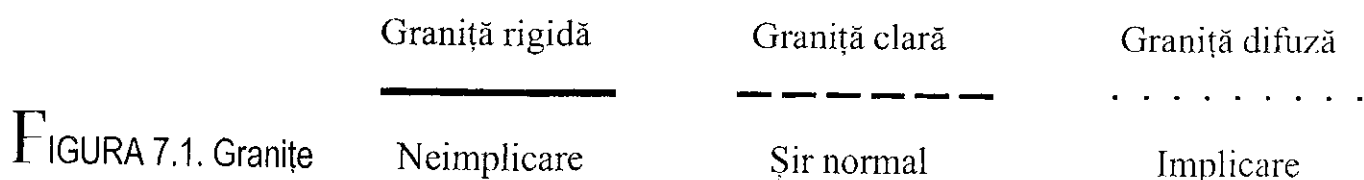


FIGURA 7.1. Granițe

Cuplul trebuie, de asemenea, să dezvolte paternurile complementare ale sprijinului reciproc. Unele paternuri sunt tranzitorii și pot să fie răsturnate mai târziu – poate, de exemplu, unul funcționează până când celălalt termină școala. Alte paternuri sunt mult mai stabile și de durată. Rolurile complementare exagerate pot micșora creșterea individuală: complementaritatea moderată permite soților să împartă funcțiile, să se sprijine și să se îmbogățească unul pe celălalt. Atunci când unul are gripă și se simte rău, celălalt este bine. Permisivitatea unuia cu copii poate fi echilibrată de severitatea celuilalt. Dispoziția mândră a unuia poate ajuta la topirea rezervei înghețate a celuilalt. Paternurile complementare există în cele mai multe cupluri. Ele devin problematice când sunt atât de exagerate încât creează subsisteme disfuncționale. Terapeuții trebuie să învețe să accepte numai acele paternuri structurale care nu funcționează și nu provoacă.

Subsistemul soților trebuie, de asemenea, să aibă o graniță care să-l separe de părinți, de copii și de lumea exterioară. Toți, prea adesea, soț și soție, renunță la spațiul de care au nevoie pentru a se sprijini unul pe celălalt atunci când copiii se nasc. O graniță prea rigidă în jurul cuplului poate lipsi copiii de sprijinul de care au nevoie; dar, în cultura noastră centrată pe copil, granița dintre părinți și copii este adesea foarte ambiguă.

Nașterea unui copil transformă brusc structura familiei; paternul interacțiunii dintre subsistemele parental și al copilului trebuie să fie pus în practică și apoi modificat pentru a se potrivi circumstanțelor în schimbare. O graniță clară permite copiilor să interacționeze cu părinții lor, dar îi exclude din subsistemul soților. Părinții și copiii mănâncă împreună, se joacă împreună și își împărtășesc mult victiile unul altuia. Dar există unele funcții ale soților care nu este nevoie să fie împărtășite. Soțul și soția sunt susținuți ca un cuplu iubitor și angajați ca

părinți, dacă ei au timp să fie singuri împreună – să vorbească, să meargă în oraș să ia masa ocazional, să se certe și să facă dragoste. Din nefericire, cererile zgomotoase ale copiilor mici îi fac adesea pe părinți să piardă din vedere nevoile lor și să mențină o graniță în jurul relațiilor lor.

În plus, pentru menținerea unei intimități a cuplului, o graniță clară stabilește o **structură ierarhică** în care părinții exercită o poziție de conducere. Prea adesea această ierarhie este tulburată de etosul centrat pe copil, ale cărui influențe îi ajută pe profesioniști ca și pe părinți. Părinții implicați cu copiii lor tind să se certe cu ei despre cine este responsabil și să împartă în mod greșit – sau să se sustragă – responsabilitatea de luare a deciziilor parentale.

În cartea *Institutionalizing Madness (Instituționalizarea nebuniei)* (Elizur & Minuchin, 1989) Minuchin face un caz irezistibil pentru o viziune sistemică a problemelor familiei care se extinde dincolo de familia însăși pentru a cuprinde întreaga comunitate. Așa cum sublinia Minuchin, dacă terapeuții de familie nu învață să privească dincolo de felia limitată a ecologiei în care ei lucrează la structurile sociale mai largi, în cadrul cărora munca lor este înglobată, eforturile lor pot însuma ceva mai mult decât ca roata de tors.

Dezvoltarea familiei normale

Ce distinge o familie normală nu este absența problemelor, ci o structură funcțională care să opereze cu ele. Toate cuplurile trebuie să învețe să se adapteze unul cu celălalt, mai rar cu copiii lor, dacă ei aleg să-i aibă; să se descurce cu părinții lor, să rezolve problemele privind serviciul lor și să se armonizeze cu comunitățile lor. Natura acestor lupte

schimbă etapele de dezvoltare și crizele situaționale.

Când două persoane se unesc pentru a forma un cuplu, cerințele structurale pentru noua uniune sunt *acomodarea* și *stabilirea granițelor*. Prima prioritate este **acomodarea** reciprocă pentru a gestiona miriadele de detalii ale vieții de zi cu zi. Fiecare partener încearcă să organizeze relațiile împreună cu liniile și presiunile familiare ale celuilalt pentru a se acomoda. Fiecare trebuie să se adapteze așteptărilor și dorințelor celuilalt. Ei trebuie să se pună de acord asupra problemelor majore, precum unde să locuiască și dacă și când să aibă copii; mai puțin evident, dar tot atât de important, ei trebuie să-și coordoneze ritualurile zilnice, ca de exemplu, la ce să se uite la televizor, ce să mănânce la prânz, când să mergă la culcare și ce să facă acolo.

În acomodarea unul cu celălalt, un cuplu trebuie, de asemenea, să negocieze natura graniței dintre ei, precum și granița care-i separă de exterior. O graniță difuză există între persoanele din cuplu dacă ei își telefonează unul altuia la serviciu în mod frecvent, dacă nici unul nu are propriii lui prieteni sau activități independente și dacă ei se văd pe ei înșiși numai ca o pereche mai degrabă decât ca pe două personalități separate. Pe de altă parte, ei au stabilit o graniță rigidă dacă ei petrec puțin timp împreună, au dormitoare separate, pleacă în vacanță separat, au conturi diferite și fiecare este mai preocupat în mod considerabil mai mult de carieră sau de relațiile exterioare, decât de căsnicie.

Fiecare partener tinde să fie mai confortabil cu felul proximității care există în propria familie. Din momentul în care aceste așteptări diferă, o ceartă arată care poate fi cel mai dificil aspect al noii căsătorii. El vrea să joace golf cu băieții; el vrea să se uite la ESMP. Atenția lui este concentrată asupra carierei lui, focusul ei este relația. Fiecare crede că celălalt este irațional.

Cuplurile trebuie, de asemenea, să definească o graniță care-i separă de familiile lor de origine. Destul de brusc, familiile în care fiecare a crescut trebuie să ocupe locul al doilea în noua căsătorie. Aceasta este, de asemenea, o adaptare dificilă, atât pentru noii căsătoriți, cât și pentru părinții lor. Familiile se deosebesc prin ușurința cu care ei acceptă să sprijine aceste noi uniuni.

În plus, copiii transformă structura noii familii într-un *subsistem parental* și un *subsistem al copilului*. Este tipic pentru soți să aibă paternuri de angajare diferite pe 'ru copii. Angajarea unei femei într-o unitate de trei începe cu sarcina, până când copilul din interiorul uterului ei este o realitate de neevitat. Soțul ei, pe de altă parte, poate începe să se simtă ca un tată numai când copilul s-a născut. Mulți bărbați nu acceptă rolul de tată până când copiii lor nu sunt suficient de mari pentru a răspunde pentru ei. Astfel, chiar în familiile normale, copiii iau cu ei un mare potențial de stres și conflict. Viața unei mame este de obicei mult mai radical transformată decât a tatălui. Ea sacrifică mai multe și are nevoie în mod tipic de mai mult sprijin din partea soțului ei. Soțul, totuși, își continuă profesia, iar un-născutul este departe de a fi o catastrofă. Deși el poate încerca să-și sprijine soția, el simte probabil ceva din cerințele ei ca fiind exagerate.

Copiii cer stiluri parentale diferite la vârste diferite. Sugarii au nevoie în primul rând de a fi hrăniți și de sprijin. Copiii au nevoie de orientare și control, iar adolescenții au nevoie de independență și responsabilitate. O îngrijire parentală bună pentru un copil de doi ani poate fi totalmente inadecvată pentru cinci ani sau patrusprezece ani. Părinții normali se adaptează acestor provocări de dezvoltare. Familia își modifică structura ca să se adapteze noilor cerințe care apar în plus, creșterii și dezvoltării copiilor și schimbărilor din mediul înconjurător extern.

Minuchin (1974) avertizează terapeuții de familie să nu greșească crescând suferințe pentru patologie. Familia normală experimentează anxietatea și distrugerea așa cum membrii săi se adaptează la creștere și la schimbare. Multe familii au nevoie de ajutor în etapele tranziționale, iar terapeuții trebuie să păstreze în minte că ei pot participa în mod simplu la procesul modificării structurii acestora pentru a se adapta la noile împrejurări.

Toate familiile se confruntă cu situații care stresează sistemul. Deși nu există o linie clară de împărțire între familiile sănătoase și nesănătoase, putem spune că familiile sănătoase își modifică structura pentru a se adapta împrejurărilor schimbate; familiile disfuncționale măresc rigiditatea structurilor care nu mai sunt eficiente.

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

Sistemele familiei trebuie să fie destul de stabile pentru a asigura continuitatea, dar suficient de flexibile pentru a se adapta împrejurărilor care se schimbă. Problema apare atunci când structurile inflexibile ale familiei nu pot să se adapteze în mod corespunzător provocărilor de maturizare sau situaționale. Schimbările adaptive din structură sunt cerute când familia sau unul din membrii săi se confruntă cu stres extern și când punctele tranziționale de creștere sunt atinse.

Disfuncția familiei rezultă din combinarea stresului și eșecului pentru a se realinia să facă față acestora (Colapinto, 1991). Elementele de stres pot fi din mediul înconjurător (un părinte este concediat, familia se mută) sau de dezvoltare (un copil ajunge la adolescență, părinții se pensionează). Eșecul familiei de a se descurca cu adversitatea poate fi datorat punctelor slabe

din structura acesteia sau inabilității acesteia de a se adapta la împrejurările schimbate.

În familiile neimplicate, granițele sunt rigide, iar familia nu reușește să mobilizeze sprijinul când acesta este necesar. Părinții neimplicați pot fi inconștienți că un copil este depresiv sau trece prin dificultăți la școală până în momentul în care problema este foarte avansată. În familiile implicate, pe de altă parte, granițele sunt difuze și membrii familiei suprareacționează și devin implicați intrusiv unul cu altul. Părinții implicați creează dificultăți prin ascunderea dezvoltării formelor mai mature de comportament la copiii lor și prin faptul că intervin cu abilitatea lor de a rezolva propriile lor probleme.

În cartea lor de studii de caz, *Family Healing (Vindecarea familiei)*, Minuchin și Nichols (1993) descriu un exemplu obișnuit de angajare a unui tată care intervine în stabilizarea certurilor minore dintre cei doi băieți ai săi – „ca și cum frații ar fi fost Cain și Abel, iar gelozia fraternă ar fi putut să conducă la crimă” (p. 149). Problema este, desigur, că, dacă părinții întrerup întotdeauna certurile copiilor, copiii nu vor învăța să câștige propriile bătălii.

Chiar dacă putem vorbi de familii implicate și neimplicate, este mult mai corect să vorbim despre subsisteme particulare ca fiind implicate sau neimplicate. De fapt, implicarea și neimplicarea, tind să fie reciproce, așa că, de exemplu, un tată care este implicat în mod deschis în munca sa, este mai puțin implicat în familia sa. Un patern întâlnit frecvent este sindromul mamei implicate/al tatălui neimplicat – „aranjamentul de semnătură al familiei clasei de mijloc cu probleme; apropierea unei mame de copiii ei se substituie apropierii din căsătorie” (Minuchin & Nichols, 1993, p. 121).

Mișcarea feministă a criticat noțiunea sindromului de mamă implicată/ tată neimplicat deoarece ea respinge diviziunea stereotipă a muncii (rolul instrumental pentru

tată, rolul expresiv pentru mamă) care implică credința lui Minuchin în ierarhie și pentru că ei se tem să învinovățească mamele pentru un aranjament care este sancționat cultural. Ambele direcții sunt valabile. Dar prejudiciul și critica sunt datorate aplicării intense a acestor idei, ne inerente în ele însele. Relațiile nesimetrice, oricare ar fi motivul lor, pot fi problematice, deși nici un singur membru al familiei nu trebuie criticat sau așteptat ca să redreseze unilateral dezechilibrele. De asemenea, nevoia de ierarhie nu implică nici o împărțire deosebită a rolurilor; aceasta implică numai faptul că familiile au nevoie de *un fel* de structură, de *un fel* de echipă de lucru parental și de *un anumit* grad de diferențiere între subsisteme.

Ierarhiile pot fi slabe și ineficiente sau rigide și arbitrare. În primul caz, membrii mai tineri ai familiei se pot găsi pe ei înșiși neprotejați datorită lipsei de orientare; în al doilea caz, creșterea lor ca indivizi autonomi poate fi subminată sau luptele pentru putere pot continua. La fel cum o ierarhie funcțională este necesară pentru stabilitatea familiei sănătoase, flexibilitatea le este necesară pentru a se adapta la schimbare.

Expresia cea mai comună de teamă a schimbării este *evitarea conflictului*, când membrii familiei se sperie de abordarea dezacordurilor lor, pentru a se proteja ei înșiși de teama de a se confrunta fiecare cu adevărurile dure. Familiile neimplicate evită conflictul prin evitarea contactului; familiile implicate evită conflictul prin negarea diferențelor sau prin ceartă constantă, care le permite să izbucnească sentimentele fără a presa pentru schimbarea sau rezolvarea conflictului.

Terapeuții de familie structurali folosesc câteva simboluri simple pentru a înscrie pe o diagramă problemele structurale și aceste diagrame clarifică, de obicei, ce schimbări sunt cerute. Figura 7.2. arată unele din simbolurile folosite pentru a face diagrama structurii familiei.

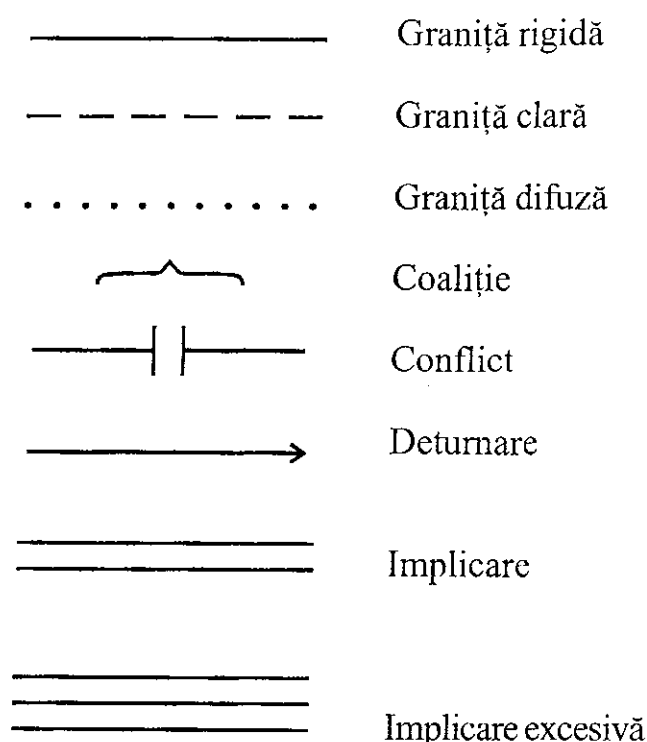


Figura 7.2. Simbolurile structurii familiei

O problemă întâlnită adesea de terapeuții de familie apare când părinții, care sunt incapabili să rezolve conflictele dintre ei, deplasează focusul interesului asupra unui copil. În loc să se teamă unul de celălalt, ei se tem pentru copii (vezi Figura 7.3.) Deși aceasta reduce tensiunea asupra tatălui (T) și a mamei (M), victimizează copilul (C) și de aceea este disfuncțională.

Un patern alternativ, dar tot comun, este pentru părinți să continue să se certe prin copii. Tatăl spune mamei că este prea permissivă; ea spune că el este prea strict. El poate să se retragă provocând-o pe ea să critice lipsa lui de interes, care produce în schimb altă retragere. Mama implicată răspunde pentru nevoile copilului cu interes deosebit. Tatăl neimplicat tinde apoi să nu răspundă chiar atunci când un răspuns este necesar. Ambii pot fi critici cu ce face celălalt, dar ambii perpetuează comportamentul celuilalt cu al lor propriu. Rezultatul este o **coaliție trans-generațională** între mamă și copil, care-l exclude pe tată. (Figura 7.4.).

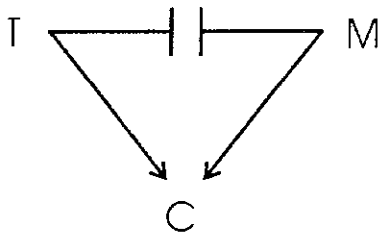


FIGURA 7.3. Țapul ispășitor ca mijloc al deturnării conflictului

Unele familii funcționează bine când copiii sunt mici, dar sunt incapabile să se adapteze la nevoia pentru disciplină și control a copilului care crește. Copiii din familiile implicate (Figura 7.5) primesc o îngrijire minunată. Părinții lor îi îmbrățișează, îi iubesc și le dau multă atenție. Deși asemenea părinți pot fi prea obosiți din cauza îngrijirii copiilor pentru a mai avea mult timp unul pentru celălalt, sistemul poate avea un succes moderat. Cu toate acestea, dacă acești părinți dotați nu-și învață copiii să respecte regulile și autoritatea, copiii pot fi nepregătiți să negocieze intrarea lor la școală. Trebuind să-și urmeze propria cale, ei pot fi dezordonați și distrugători. Mai multe consecințe posibile ale acestei situații pot aduce familia la tratament.

Mai multe consecințe posibile ale acestei situații pot aduce familia la tratament. Copiii pot fi speriați să meargă la școală, iar temerile lor pot fi întărite de părinții „înțelegători” care le permit să rămână acasă (Figura 7.6.). Un astfel de caz poate fi etichetat drept fobia de a merge la școală și poate fi întărit dacă

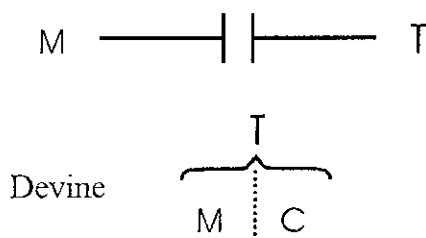


FIGURA 7.4. Coaliția mamă-copil

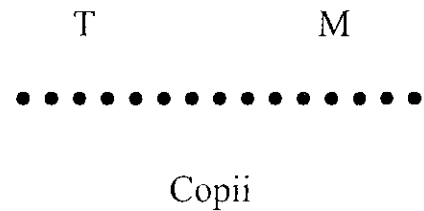


FIGURA 7.5. Părinți angajați cu copiii

părinții permit copiilor să rămână acasă mai mult de câteva zile.

Alternativ, copiii unei asemenea familii pot merge la școală, dar din momentul în care nu au învățat să se acomodeze cu alții, ei pot fi respinși de colegii lor. Asemenea copii devin adesea depresivi și renunță. În alte cazuri, copiii implicați cu părinții lor devin indisciplinați la școală și autoritățile școlare pot iniția consiliere.

O schimbare majoră a compoziției familiei, care cere o adaptare structurală, apare când soții divorțați sau văduvi se recăsătoresc. Asemenea „familii amestecate”, fie că-și reglează granițele lor, fie experimentează repede conflicte tranzitionale. Când o femeie divorțează, ea și copiii trebuie să învețe mai întâi să readapteze o structură care să restabilească o graniță clară care separă soții divorțați, dar care permite în continuare contactele între tată și copii; apoi, dacă ea se recăsătorește, familia trebuie să se readapteze să funcționeze cu un nou soț și tată vitreg (Figura 7.7.) Adesea este greu pentru o mamă și copiii ei să permită unui tată vitreg să

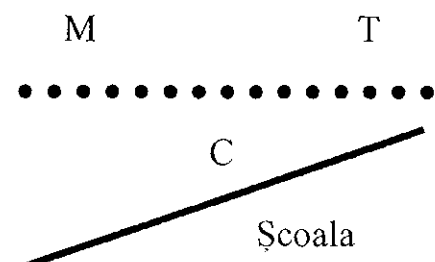


FIGURA 7.6. Fobia școlii

participe ca un partener egal în noul sub-sistem parental. Mama și copiii au stabilit alte reguli tranzacționale și au învățat să se acomodeze unul cu celălalt. Noul părinte poate fi tratat ca un străin care se presupune că învață drumul „corect” (obișnuit) de a face lucrurile, mai curând decât ca un nou partener care va da și va primi idei despre creșterea copiilor (Figura 7.8.). Cu cât mama și copiii insistă mai mult asupra menținerii patenurilor lor familiare fără modificările cerute pentru a-l absorbi pe tatăl vitreg, cu atât el va deveni mai frustrat și supărat. Rezultatul poate conduce la abuzul copilului sau la certuri cronice între părinți.

Cu cât intră mai repede în tratament asemenea familii, cu atât este mai ușor să le ajutăm să se adapteze la tranziție. Cu cât așteaptă mai mult, cu atât mai mult problemele structurale devin mai consolidate.

Un aspect important al problemelor structurale de familie este că simptomele unui membru reflectă nu numai relațiile persoanei cu ceilalți, dar și faptul că acele relații sunt o funcție a relațiilor cu ceilalți din familie. Dacă Johnny, în vârstă de șaseșprezece ani, este depresiv, este de ajutor să știm că el este implicat cu mama sa. Descoperirea că ea cere ascultare absolută din partea lui și refuză să-l lase să-și dezvolte propria gândire sau rela-

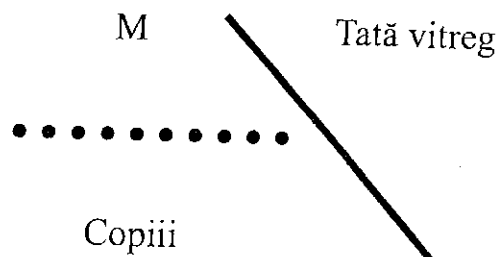


FIGURA 7.8. Eșecul de a accepta un tată vitreg

țiile exterioare ajută să explicăm depresia sa. (Figura 7.9.). Dar acesta este numai un punct de vedere parțial al sistemului familiei.

De ce este mama implicată cu fiul ei? Poate ea este neimplicată în relația cu soțul ei; poate ea este o văduvă care nu și-a găsit prieteni noi, o carieră sau alte interese externe. Ajutarea lui Johnny să-și rezolve problema sa poate fi cel mai bine realizată prin ajutorarea mamei sale să-și satisfacă nevoia ei de apropiere de soțul sau prietenii ei.

Deoarece problemele sunt în funcție de structura întregii familii, este important să se includă întregul grup pentru evaluare. De exemplu, dacă un tată se plânge de prostul comportament al copilului, a vedea copilul singur nu va ajuta tatăl să definească regulile cu claritate sau să le întărească eficient.

Nu este suficient nici a vedea tatăl numai împreună cu copilul, ca să facă ceva pentru

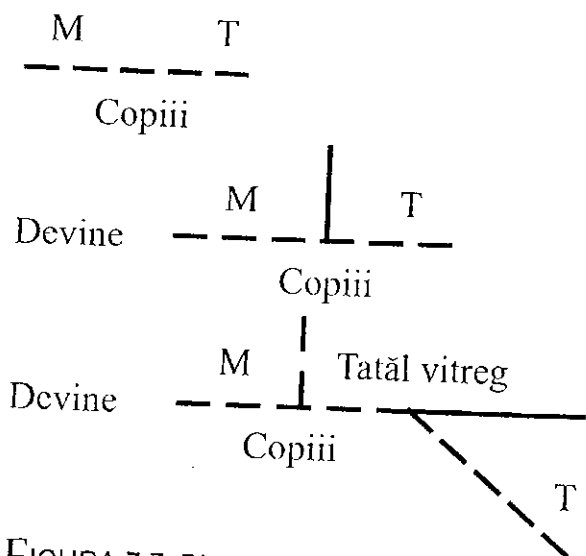


FIGURA 7.7. Divorț și recăsătorie

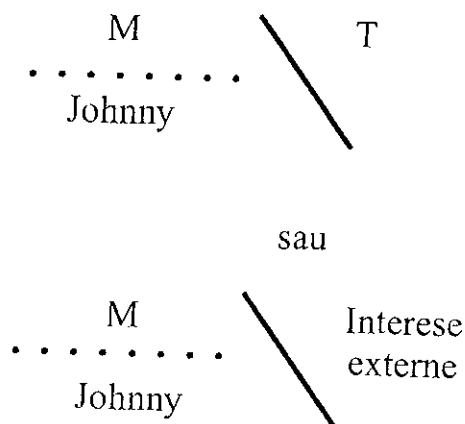


FIGURA 7.9. Implicarea lui Johnny cu mama sa și neimplicarea cu interesele externe

a o opri pe mamă de la subminarea autorității tatălui. Numai prin vederea întregii familii interacționând, este posibil să avem o imagine completă a structurii acestora.

Uneori, nu este suficient chiar dacă vedem întreaga familie. Terapia structurală de familie se bazează pe recunoașterea importanței contextului sistemului social. Familia nu poate fi întotdeauna contextul complet sau cel mai relevant. Dacă unul dintre părinți are o relație extraconjugală, acea relație este o parte crucială a contextului familiei. Nu este recomandabil să inviți iubitul la ședințele familiei, dar este crucial să se recunoască implicațiile structurale ale relațiilor extra-maritale.

În unele cazuri, familia poate să nu fie contextul cel mai relevant pentru prezentarea problemei. O depresie a mamei ar putea fi datorată mai mult relațiilor ei la serviciu decât acasă. Problemele unui fiu la școală ar putea fi datorate mai mult contextului structural la școală decât celui din familie. În asemenea circumstanțe, terapeuții structurali de familie lucrează cu contextul cel mai relevant pentru a ameliora problemele prezentate.

În cele din urmă, unele probleme pot fi tratate ca probleme ale individului. Așa cum scria Minuchin (1974), „Patologia poate fi în interiorul pacientului, în contextul lui social sau în feedback-ul dintre aceștia” (p. 91). În altă parte, Minuchin (Minuchin, Rosman & Baker, 1978) se referă la pericolul de „a nega individul în timp ce se confruntă cu sistemul” (p. 91). Terapeuții de familie nu trebuie să vadă posibilitatea că unele probleme pot fi abordate în modul cel mai adecvat pe o bază individuală. Terapeutul nu trebuie să negligeze experiența indivizilor, deși acest lucru este ușor de făcut, în special cu copiii mici. În timp ce ia un interviu unei familii pentru a vedea cum părinții se descurcă cu copiii lor, un clinician atent poate observa că un copil are o problemă neurologică sau o tulburare de învățare.

Aceste probleme au nevoie să fie identificate și trimise la un specialist corespunzător. De obicei, când un copil are probleme la școală, există o problemă în contextul familiei sau al școlii. De obicei, dar nu întotdeauna.

Scopurile terapiei

Terapeuții structurali de familie cred că problemele sunt menținute de organizarea disfuncțională a familiei. De aceea, terapia este dirijată spre structura alterată a familiei în așa fel încât familia să-și poată rezolva problemele. Scopul terapiei este schimbarea structurală: rezolvarea problemei este un subprodus al acestui scop sistemic.

Ideea că problemele familiei sunt înrădăcinate în structurile disfuncționale ale familiei a condus la criticarea terapiei de familie structurale ca fiind o abordare patologizantă. Criticii văd hărțile structurale ale organizării disfuncționale ca înfățișând un nucleu patologic în familiile clientului. Acest lucru nu este adevărat. Problemele structurale sunt, în general, văzute ca un simplu eșec de adaptare la circumstanțele care se schimbă. Departe de a vedea familiile ca puncte slabe în mod inerent, terapeuții structurali își văd munca ca activând structurile latente adaptive care erau deja în repertoriul familiilor clientului (Simon, 1995).

Terapeutul de familie structural se alătură sistemului familiei pentru a-i ajuta pe membrii acesteia să-și schimbe structura. Prin alterarea granițelor și regruparea subsistemelor, terapeutul schimbă comportamentul și experiența fiecărui membru al familiei. Terapeutul nu rezolvă problemele, aceasta este treaba familiei. Terapeutul ajută să se modifice funcționarea familiei în așa fel încât membrii familiei își pot rezolva propriile probleme. În acest fel, terapia de familie structurală este văzută nu ca un scop în sine, ci ca un rezultat al duratei schimbărilor struc-

turale. Analistul modifică structura minții pacientului; terapeutul de familie structural modifică structura familiei pacientului.

Modul cel mai eficient de schimbare a simptomelor este schimbarea paternurilor familiei care le mențin.

Scopul terapiei de familie structurale este să faciliteze creșterea sistemului de a rezolva simptomele și să încurajeze creșterea în indivizi, în timp ce păstrează și sprijinul reciproc al familiei.

Scopurile de scurtă durată pot ameliora problemele acute, în special simptomele privind teama de viață, ca anorexia nervosa (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Uneori, tehnicile comportamentale, sugestia sau manipularea, puteau fi folosite pentru a asigura un efect imediat. Totuși, dacă schimbarea structurală din sistemul de familie este realizată, rezolvarea simptomului pe termen scurt poate fi un colaps.

Scopurile pentru fiecare familie sunt dictate de problemele pe care le prezintă și de natura disfuncției lor structurale. Deși fiecare familie este unică, există probleme comune și scopuri tipice structurale. Cel mai important din scopurile generale pentru familii este

crearea unei structuri ierarhice eficiente. Părinții sunt așteptați să fie responsabili, nu să funcționeze ca egali ai copiilor lor. Un scop obișnuit este de a ajuta ca părinții să funcționeze împreună ca un subsistem coeziu executiv. Când numai un părinte este prezent sau când sunt mai mulți copii, unul sau mai mulți dintre copiii mai mari poate/pot fi încurajat/ți să devină un asistent parental. Dacă nici nevoile acestui copil nu trebuie să fie neglijate.

În cazurile familiilor implicate scopul este de a diferenția indivizii și subsistemele prin întărirea granițelor din jurul lor. În familiile neimplicate scopul este să mărești interacțiunea prin a face granițele mai permeabile.

Condiții pentru schimbări de comportament

Terapia de structurală schimbă comportamentul prin deschiderea paternurilor alternative ale interacțiunii familiei care pot modifica structura familiei. Nu este o problemă de creare de structuri noi, ci de activa-

Terapeuții structurali folosesc punerile în scenă pentru a observa și a modifica paternurile familiei cu probleme.



a celor somnolente. Când noile paternuri tranzacționale devin repetate în mod regulat repetate și eficiente în mod predictibil, ele vor stabiliza structura nouă și mai funcțională.

Terapeutul produce schimbarea prin **alăturarea** sa la familie, probând prin zone de flexibilitate și apoi prin activarea alternativelor structurale somnolente. Alăturarea aduce terapeutul în familie; *acomodarea* la stilul lor îi dă lui sau ei pârghia; iar *restructurarea* manevrelor transformă structura familiei. Dacă terapeutul rămâne un outsider sau folosește intervenții care sunt prea distonice, familia îl/o va respinge. Dacă terapeutul devine prea mult parte a familiei sau folosește intervenții care sunt prea sintonice, familia va asimila intervențiile în paternuri tranzacționale prealabile. În alte cazuri nu vor fi schimbări structurale.

Alăturarea și acomodarea cu familia sunt considerate premisele restructurării. Pentru a se alătura familiei, terapeutul trebuie să conducă acceptarea membrilor familiei și să respecte modul lor de a face lucrurile. Minuchin (1974) a comparat terapeutul de familie cu un antropolog care trebuie mai întâi să se alăture unei culturi înainte de a fi capabil să o studieze.

Pentru a se alătura unei culturi a familiei, terapeutul face deschideri de acomodare – diferitele lucruri pe care le facem de obicei fără să ne gândim, deși nu vor fi întotdeauna cu succes. Dacă părinții vin să ceară ajutor în legătură cu problemele copilului, terapeutul nu începe prin a pune întrebări despre părerile copilului. Aceasta conduce la o lipsă de respect pentru părinți și-i poate conduce pe aceștia la respingerea terapeutului. Numai după ce terapeutul s-a alăturat cu succes familiei este benefic să încerce restructurarea – confruntările adesea dramatice care provoacă familiile și le forțează să se schimbe.

Prima sarcină este de a înțelege modul în care familia vede problemele ei. Terapeutul

face aceasta prin aducerea formulării acestora în contextul pe care ei îl folosesc pentru a le explica și în secvențele în care ei demonstrează acest lucru. Apoi terapeutul de familie *reformulează* formularea lor în una bazată pe înțelegerea structurii familiei.

De fapt, toate psihoterapiile folosesc reformularea. Pacienții, fie indivizi, fie familii, vin cu propriile lor puncte de vedere privind cauza problemelor lor – puncte de vedere care, de obicei, nu i-au ajutat să-și rezolve problemele – iar terapeutul le oferă un nou punct de vedere și potențial mai constructiv al acelorași probleme. Ce face terapia de familie structurală unică este că aceasta folosește **punerile în scenă** în timpul ședințelor de terapie pentru a face ca reformularea să aibă loc. Aceasta este condiția sine qua non a terapiei de familie structurale; observarea și modificarea structurii tranzațiilor familiei în contextul imediat al ședinței. Terapeuții structurali lucrează cu ceea ce ei văd că se întâmplă în ședință, nu cu ceea ce membrii descriu. Acțiunea în timpul ședinței, dinamica familiei în evoluție, cu acestea se ocupă terapeuții structurali de familie.

Existe două tipuri de a trăi – material în ședință asupra căruia se concentrează terapia de familie structurală – *punerile în scenă și episoadele comportamentale spontane*. O punere în scenă apare atunci când terapeutul stimulează familia să demonstreze cum se descurcă cu un tip anumit de problemă. Punerile în scenă încep, de obicei, când terapeutul sugerează că subgrupurile specifice încep să discute o problemă anumită. Pe măsură ce ei fac acest lucru, terapeutul observă evoluția familiei. Lucrul cu punerile în scenă cere trei operațiuni. Mai întâi, terapeutul observă că atunci când mama îi vorbește fiicei, ele vorbesc ca egali, iar fratele mai mic rămâne în afară. În al doilea rând, terapeutul conduce o punere în scenă. De exemplu, terapeutul poate să spună mamei:

„Vorbește asta cu copiii tăi”. În al treilea rând, și cel mai important, terapeutul trebuie să conducă familia să-și modifice interpretarea. Dacă mama vorbește copiilor ei în așa fel încât ea nu-și asumă o responsabilitate corespunzătoare pentru hotărârile majore, terapeutul trebuie să fie ghidul ei pentru a face acest lucru pentru ca familia să continue interpretarea. Toate mișcările terapeutului trebuie să creeze noi opțiuni pentru familie, opțiuni pentru interacțiuni mai productive.

Odată ce punerea în scenă este deteriorată, terapeutul intervine într-un mod sau două: comentând ceea ce a mers greșit sau pur și simplu împingându-i să continue. De exemplu, dacă un tată răspunde unei sugestii de a vorbi cu fiica sa de doisprezece ani despre cum se simte obligând-o să poarte bască, terapeutul poate spune tatălui: „Felicitări”. Tatăl: „Ce vrei să spui?” Terapeutul: „Felicitări: ai câștigat; ea a pierdut”. Sau terapeutul poate pur și simplu, pentru a da un impuls tranzacției, să spună tatălui: „Bine, continuă să vorbești, dar ajut-o să-și exprime sentimentele mai mult. Ea este încă o fetiță; ea are nevoie de ajutorul tău”.

În plus, lucrând cu episoade interpretate, terapeuții structurali sunt alarmați de episoadele spontane care ilustrează structura familiei. Crearea de puneri în scenă este ca regizarea unei piese; a lucra cu episoade spontane este la fel cu concentrarea unui spot luminos asupra unei puneri în scenă fără regie. Prin observarea și modificarea unor asemenea episoade foarte devreme în terapie, terapeutul evită să se împotmolească în modurile neproductive obișnuite ale familiei de a face afaceri. A avea de-a face cu un comportament problematic, imediat ce acesta apare în prima ședință, îi permite terapeutului să organizeze ședința pentru a pune în evidență procesul și pentru a-l modifica.

Un terapeut cu experiență dezvoltă intuiții despre structura familiei chiar înainte de primul interviu. De exemplu, dacă familia a

venit la clinică datorită unui copil „hiperactiv”, este posibil să ghicască ceva despre episoadele care pot apărea când ședința începe, din moment ce comportamentul „hiperactiv” este adesea în funcție de angajarea copilului cu mama sa. Relația mamei cu copilul poate fi un produs al lipsei de diferențiere ierarhică din cadrul familiei; părinții și copiii sunt legați unul de celălalt ca egali, nu ca membri ai diferitelor generații. Mai mult, implicarea excesivă a mamei cu copilul „hiperactiv” este, atât rezultatul, cât și cauză a distanței emoționale de soțul ei. Știind că acesta este un patern obișnuit, terapeutul poate anticipa că la început, în prima ședință copilul „hiperactiv” va începe să se poarte rău și că mama nu va putea să se descurce cu acest comportament greșit. Înarmat cu aceste informații terapeutul poate lumina (mai degrabă decât pune în scenă) un asemenea episod imediat ce apare. Dacă copilul „hiperactiv” începe să alerge în jurul camerei, iar mama protestează, dar nu face nimic eficient, terapeutul poate spune „Văd că fiul dumneavoastră se simte liber să vă ignore”. Această provocare poate să împingă mama să se comporte într-un mod mult mai competent.

Terapia

Evaluarea

Diagnosticul implică cunoaștere. Descrie ceva și îi dai un nume. Evaluarea se ocupă cu ipotezele. O evaluare structurală se bazează pe ipoteza că dificultățile familiei reflectă adesea problemele în modul în care familia este organizată. S-a presupus că dacă organizarea se schimbă, problema se va schimba. Poate este important să adăugăm că dificultățile reflectă adesea problemele din modul în care întreaga familie este organizată. Astfel, s-a presupus că dacă schimbi

apare între mamă și fiică, lucrurile se vor schimba și între soț și soție.

Terapeuții structurali fac evaluări mai întâi prin a se alătura familiei pentru a construi o alianță și apoi prin stabilirea sistemului familiei în mișcare, prin folosirea punerilor în scenă, a dialogurilor din ședință care permit terapeutului să observe cum interacționează de fapt membrii familiei.

Să presupunem, de exemplu, că o tânără femeie se plânge de indecizie obsesională. Răspunzând întrebărilor terapeutului în decursul unei întâlniri inițiale cu familia, tânăra femeie devine indecisă și se uită la tatăl ei. El vorbește tare pentru a clarifica că ea a avut probleme pentru a explica. Acum indecizia fiicei ar putea fi legată de lipsa de ajutor a tatălui, sugerând un patern de angajare. Când terapeutul cere părinților să discute părerile lor despre problemele fiicei, ei au probleme să vorbească fără să devină nervoși și discuția nu durează mult. Aceasta sugerează neimplicare între părinți, care poate fi legată (ca și cauza și efectul) de angajarea dintre părinte și copil.

Observați cum se extinde evaluarea structurală dincolo de problema prezentată pentru a include întreaga familie și – să fim cinstiți – la ipoteza că familiile cu probleme au adesea un fel de problemă structurală de bază. Cu toate acestea, este important să observăm că terapeuții structurali nu fac ipoteze despre cum *trebuie să fie* organizate familiile. Familiile monoparentale pot fi perfect funcționale, așa cum pot fi familiile cu două mame (sau tați) sau orice altă variantă de familie. Este un fapt că familia cere terapie pentru o problemă pe care ei sunt incapabili să o rezolve, care dă o licență terapeutului pentru a presupune că ceva din modul în care această familie este organizată nu poate funcționa pentru ei.

Deși evaluările structurale sunt destul de

mai bine făcută prin focalizarea asupra problemei prezentate și apoi prin explorarea răspunsului familiei la aceasta. Să luăm cazul unei fete de treisprezece ani ai cărei părinți se plâng că ea minte. Prima întrebare ar putea fi „Pe cine mai minte?” Hai să spunem că răspunsul este pe ambii părinți. Întrebarea următoare ar fi „Cât de pricepuți sunt părinții în detectarea momentului în care fiica minte?” Și apoi, mai puțin inocent, „Care dintre părinți este mai priceput în detectarea minciunilor fiicei?” Poate răspunsul ar fi mama. De fapt, să spunem că mama este obsedată de detectarea minciunilor fiicei – majoritatea lor au legătură cu dorința de independență în moduri care fac să crească neliniștea mamei. Astfel, o mamă speriată și o fiică neascultătoare sunt blocate într-o luptă care crește și care îl exclude pe tată.

Pentru a duce această evaluare mai departe, un terapeut structural ar explora relațiile dintre părinți. Ipoteza nu va fi, totuși, că problemele copilului sunt rezultatul problemelor maritale, ci pur și simplu că relația mama-fiică ar putea fi legată de relația dintre părinți. Poate părinții merg înainte în timp ce primul lor copil s-a apropiat de adolescență și atunci mama s-a speriat mai mult decât tatăl. Indiferent de situație, evaluarea ar trebui să includă și convorbirea cu părinții despre creșterea copiilor în propriile lor familii, pentru a explora modul în care trecutul lor i-a ajutat să fie în felul în care sunt.

Tehnici terapeutice

În *Families and Family Therapy* (1974) (*Familiile și terapia de familie*), Minuchin învață terapeuții de familie să vadă ceea ce caută. Prin lentilele teoriei structurale a familiei, puzzle-ul interacțiunilor prelimi-

Minuchin a văzut structură: familii organizate în subsisteme cu granițe. Această carte de un enorm succes (peste 200.000 de exemplare), nu numai că ne învață să vedem *implicarea* și *neimplicarea*, dar ne lasă, de asemenea, să sperăm că schimbarea lor era doar o problemă de *alăturare*, *angajare* și *dezechilibru*. Minuchin a făcut ca schimbarea familiei să pară simplă. Nu este așa.

Oricine îl vede pe Minuchin la lucru, zece sau doisprezece ani după publicarea cărții *Familiile și Terapia de Familie*, va vedea un terapeut creator încă în evoluție, nu pe cineva înghețat în trecut, în 1974. Vor exista încă și confruntările patentate („Cine este șeful în această familie?”), dar vor fi mai puține angajări, mai puțin dialog direct. Vom auzi fragmente și piese împrumutate de la Carl Whitaker („Când ați divorțat de soția dumneavoastră și v-ați căsătorit cu slujba dumneavoastră?”), Maurizio Andolfi („De ce nu faceți pipi și pe covor?”) și alții. Minuchin combină multe lucruri în opera lui. De la cei familiari cu activitatea de început, toți pun întrebarea: Mai este Minuchin un terapeut structural de familie? Întrebarea este, de sigur, absurdă; o punem din următorul considerent: terapia de familie structurală nu este un set de tehnici; este un mod de a privi familiile.

În ceea ce mai rămâne din această secțiune, vă vom prezenta direcțiile clasice ale tehnicii structurale de familie, cu avertismentul că, din momentul în care terapeuții stăpânesc problemele fundamentale ale teoriei structurale, ei trebuie să învețe să traducă abordarea într-un mod care urmează propriul lor stil personal. Implementarea intervențiilor specifice este o artă; terapeuții trebuie să descopere și să creeze tehnici care să se potrivească stilului tranzacțional al fiecărei familii și personalității terapeutului. Deoarece fiecare ședință terapeutică are trăsături idiosincratice, nu poate să existe urgență, dacă contextul este ignorat. Imitarea tehnicii altcuiva este sufocantă și ineficientă

– sufocantă pentru că nu se potrivește terapeutului, ineficientă pentru că nu se potrivește familiei.

În *Familiile și Terapia de Familie*, Minuchin (1974) enumeră trei faze suprapuse în procesul terapiei structurale de familie. Terapeutul (1) se alătură familiei în poziția de lider; (2) diagnosticarea structurii lor de bază; și (3) intervine să transforme această structură. Acest program este simplu, în sensul că urmărește un plan clar și specific, dar imens de complicat deoarece există o varietate de paternuri de familie.

Observată în practică, terapia structurală de familie este un tot organic, creat din interacțiunea reală foarte umană a terapeutului și a familiei. Pentru a fi originale și eficiente, mișcările terapeutului nu pot fi preplanificate sau repetate. Terapeuții buni sunt mai mult decât tehnicieni. Strategia terapiei, pe de altă parte, trebuie atent planificată. În general, strategia terapiei structurale de familie urmează următoarele etape:

1. Alăturarea și acomodarea
2. Lucrul cu interacțiunea
3. Diagnosticul
4. Evidențierea și modificarea interacțiunilor
5. Stabilirea granițelor
6. Dezechilibrul
7. Provocarea ipotezelor neproductive.

Alăturarea și acomodarea. Deoarece majoritatea familiilor au stabilit cu fermitate paternuri homeostatice, terapia de familie eficientă cere provocare și confruntare. Dar asalturile privind stilul obișnuit al familiei vor fi respinse numai dacă ele sunt făcute de pe poziție de acceptare și înțelegere. Familiile, ca tine și ca mine, rezistă eforturilor de schimbare de către oamenii pe care-i simt că nu-i înțeleg și nu-i acceptă.

Pacienții individuali vin, în general, la tratament, predispuși deja să accepte autori-

tatea terapeutului. Suportând terapia, individul conștientizează în mod tacit nevoia de ajutor și dorința de a crede terapeutul. Nu același lucru este cu familiile.

Terapeutul de familie este un străin nebinevenit. După toate, de ce insistă ea în a vedea întreaga familie mai degrabă decât pe pacientul oficial? Membrii familiei așteaptă să li se spună că au făcut lucrurile greșit și ei s-au pregătit să se apere ei înșiși. Familia este, astfel, un grup de non-pacienți care se simt anxioși și expuși; poziția lor este să reziste, nu să coopereze.

Mai întâi, terapeutul de familie trebuie să dezarmeze defensivele și anxietatea ușoară. Aceasta se face prin construirea unei alianțe de înțelegere cu fiecare membru al familiei în parte. Terapeutul salută pe fiecare persoană spunându-i pe nume și face un fel de contact prietenos.

Aceste saluturi inițiale conduc la respect, nu numai pentru indivizii din familie, ci și pentru structura și organizarea lor ierarhică. Terapeutul arată respect pentru părinți luând autoritatea lor drept bună. Lor, nu copiilor lor, li se cere mai întâi să descrie problemele. Dacă o familie alege o persoană să vorbească pentru ceilalți, terapeutul observă aceasta, dar nu o provoacă de la început.

Copiii au și ei probleme și capacități speciale. Ei trebuie salutați amabil și întrebați simplu, cu întrebări concrete. „Bună, Mă numesc... Tu cum te numești? Oh, Shelly, e un nume drăguț. La ce școală mergi, Shelly? Cu copiii mai mari, încercați să evitați întrebările obișnuite fățarnice de creștere („Ce vrei să te faci când vei fi mare?”). Încercați ceva mai proaspăt (ca „Ce nu-ți place cel mai mult la școală?”). Celor care doresc să rămână tăcuți, trebuie să li se permită să rămână așa. Ei vor rămâne oricum tăcuți, dar terapeutul care acceptă reticența lor va face un pas important înainte prin păstrarea lor implicată. „Și care este părerea ta despre problemă?” (Tăcere sinistă.) „Văd

că nu vrei să spui nimic acum?” Bine. Poate vei avea de spus ceva mai târziu”.

Eșecul de a se alătura și a se acomoda produce o rezistență care este adesea criticată de familie. Poate fi reconfortant să critici pe alții atunci când lucrurile nu merg bine, dar aceasta nu îmbunătățește problemele. Membrii familiei pot fi numiți „negativiști”, „rebeli” sau „provocatori” sau văzuți ca „nemotivați”, dar este mai folositor să faci un efort suplimentar să te conectezi cu ei.

Este deosebit de important să te alături membrilor familiei puternici ca și celor slabi. Grijile speciale trebuie luate pentru a accepta punctul de vedere al tatălui care crede terapia un fleac sau al unui adolescent supărat care se simte ca un criminal urmărit. Este, de asemenea, important să te reconectezi cu asemenea oameni la intervale frecvente, în special când lucrurile încep să se încălzească.

Un început folositor este să saluți familia și apoi să întrebi punctul de vedere al fiecărei persoane asupra problemelor. Să ascuți cu atenție și să conștientizezi poziția fiecărei persoane, reflectând ceea ce tu ai auzit. „Înteleg, d-na Jones, credeți că Sally trebuie să fie depresivă datorită unor lucruri care s-au întâmplat la școală”. „Deci, dl. Jones, credeți că e vorba cam de aceleași lucruri așa cum crede soția dumneavoastră, dar dumneavoastră nu sunteți convins că este o problemă serioasă. Așa e?”

Lucrând cu interacțiunea. Structura familiei se manifestă în modul în care interacționează membrii familiei. S-ar putea să nu se interfereze cu descrierile lor. De aceea, punând întrebări de tipul „Cine răspunde?” „Sunteți amândoi de acord?” acestea tind să fie neproductive. Familiile se descriu, în general, pe ele însele mai mult decât ceea ce cred ele că trebuie să fie.

Lăsându-i pe membrii familiei să vorbească între ei, aceasta este împotriva așteptărilor. Ei se așteaptă să prezinte cazul lor unui ex-

pert și apoi acesta să le spună ce să facă. Dacă li se cere să discute ceva în ședință, ei vor spune: „Am vorbit despre aceasta de multe ori”; sau „Aceasta nu aduce nimic bun, el (sau ea) nu ascultă”; sau „Dar presupunem că *dumneavoastră sunteți expertul*”.

Dacă terapeutul începe prin a da fiecăruia o șansă să vorbească, de obicei unul va spune ceva despre celălalt, care ar putea fi o trambulină pentru o punere în scenă. Când, de exemplu, un părinte spune că celălalt este prea sever, terapeutul poate dezvolta o punere în scenă, spunând: „Ea spune că *dumneavoastră sunteți* prea sever; puteți să-i răspundeți?” Luând un anumit exemplu drept răspuns, este mai ușor să stimulezi un dialog decât o cerere vagă, precum „De ce nu discutați amândoi despre aceasta?”

Odată o punere în scenă începută, terapeutul poate descoperi multe lucruri despre structura unei familii. Cât de mult pot vorbi doi oameni fără să fie întrerupți – asta e, cât de clară este granița? Atacă unul, celălalt se apără? Cine este în centru, cine este periferic? Părinții își aduc copiii în discuțiile lor – de aceea sunt ei implicați?

Familiile demonstrează implicarea prin întreruperea frecventă a unuia de către celălalt, prin vorbirea pentru ceilalți membri ai familiei, făcând lucruri pentru copii pe care ei pot să le facă pentru ei înșiși sau prin certuri constante. În familiile neimplicate se poate vedea soțul stând impasibil în timp ce soția sa plânge; o absență totală din conflict; o ignorare surprinzătoare a informațiilor importante despre copii; o lipsă de interes a fiecăruia pentru interesele fiecăruia.

Dacă, imediat ce începe prima ședință, copiii încep să alerge în jurul camerei în timp ce părinții protestează inefficient, terapeutul nu are nevoie să audă descrierile a ceea ce fac ei acasă pentru a vedea incompetența executivă. Dacă o mamă și o fiică își vorbesc bombastic și laudativ una alteia în timp ce tatăl stă tăcut într-un colț, nu este necesar să

întrebi cât de implicat este el acasă. De fapt, a pune întrebarea poate produce o imagine mai puțin clară decât ce s-a relevat în mod spontan.

Diagnosticul structural. Familiile concep de obicei problemele ca localizate în pacientul identificat și ca determinate de evenimentele din trecut. Ei speră că terapeutul va schimba pacientul identificat – cu o cât mai mică dezmembrare posibilă a familiei. Terapeuții de familie privesc simptomele pacientului identificat ca pe o expresie a paternurilor disfuncționale care afectează întreaga familie. Un diagnostic structural lărgeste problema dincolo de indivizi, spre sistemele familiei și mută accentul de la evenimentele discrete din trecut la tranzacțiile în curs din prezent.

Chiar terapeuții de familie clasifică adesea familiile cu construcții care cer mai mult indivizilor decât sistemelor. „Problema în această familie este că mama este blândă cu copiii” sau „Copiii sunt obraznici” sau „El nu este implicat”. Terapeuții de familie structurali diagnostichează în așa fel încât descriu interrelațiile tuturor membrilor familiei. Folosind conceptele de granițe și subsisteme, structura întregului sistem este descrisă într-un mod care subliniază schimbările dorite.

Evaluările preliminare se bazează pe interacțiunile observate în prima ședință. În ședințele următoare aceste formulări sunt redefinite și revizuite. Deși există un oarecare pericol de îndoială a familiilor pentru a potrivi categoriile atunci când sunt aplicate mai devreme, cel mai mare pericol este să așteptăm prea mult. Vedem oameni cu cea mai mare claritate și prospețime în decursul contactului inițial. Mai târziu, pe măsură ce îi cunoaștem mai bine, ne obișnuim cu ideosicraziile lor și în curând nu le mai observăm de loc.

Familiile *induc* repede terapeuții în cultura lor. O familie care apare inițial ca fiind

haotică și angajată, curând devine familiară, exact ca familia Jones. Din acest motiv, este imperios necesar să dezvoltăm ipoteze structurale cât de rapid posibil.

De fapt, este folositor să ghicești câte ceva despre structura familiei chiar înainte de prima ședință. Aceasta începe un proces de gândire activă și stabilește faza de observare a familiei. De exemplu, să presupunem că veți vedea o familie compusă dintr-o mamă, o fiică de șasesprezece ani și un tată vitreg. Mama a telefonat să se plângă de comportamentul rău al fiicei sale. Ce fel de structură vă imaginați că ar putea fi și cum vă verificați ipotezele? O apreciere bună ar fi că mama și fiica sunt implicate, excluzându-l pe tatăl vitreg. Aceasta poate fi încercată prin a vedea dacă mama și fiica tind să-și vorbească în majoritatea timpului una alteia, în ședință – pozitiv sau negativ. Neimplicarea tatălui vitreg ar fi confirmată dacă el și soția lui sunt incapabili să converseze fără intruziunea fiicei.

Evaluările structurale iau în considerare, atât problemele pe care familia le prezintă, cât și dinamica structurală pe care o expun. Și ele includ pe toți membrii familiei. În această situație, știind că mama și fiica sunt angajate, nu este suficient; trebuie să știți, de asemenea, ce rol joacă tatăl vitreg. Dacă este apropiat, în mod rezonabil, de soția sa și distant față de fiica sa, găsirea de activități amuzante în mod reciproc pentru tatăl vitreg și fiica vitregă va ajuta la creșterea independenței fiicei față de mama sa. Pe de altă parte, dacă apropierea mamei de fiică apare a fi o funcție a distanței de soțul ei, atunci perechea maritală poate fi focusul cel mai productiv.

Fără o formulare structurală și un plan, un terapeut este defensiv și pasiv. În loc să știe unde să meargă și să se miște în mod deliberat, terapeutul stă în spate și încercă să se descurce cu familia, deconectează detonatorul și îi ajută printr-o succesiune de incidente. Conștientizarea consistentă a

structurii familiei și concentrarea asupra uneia sau a două schimbări structurale ajută terapeutul să vadă dincolo de problemele cu conținut variat pe care membrii familiei le ridică.

Scoaterea în evidență și modificarea interacțiunilor. Din momentul în care familiile încep să interacționeze, apar tranzațiile problematice. Recunoșterea implicațiilor lor structurale cere focalizarea asupra procesului, nu asupra conținutului. Nimic nu este dezvăluit despre structură în a asculta cine este în favoarea pedepsei sau cine spune lucruri drăguțe despre alții. Structura familiei este dezvăluită de cine spune ce și cui și în ce mod.

Poate o soție se plânga: „Avem o problemă de comunicare. Soțul meu nu-mi vorbește; el nu-și exprimă niciodată sentimentele”. Atunci, terapeutul stimulează o interacțiune pentru a vedea ce se întâmplă de fapt. „Soția dumneavoastră spune că există o problemă de comunicare; puteți să răspundeți la aceasta? Vorbiți cu ea”. Dacă, în timp ce ei vorbesc, soția devine dominantă și critică în timp ce soțul devine din ce în ce mai tăcut, atunci terapeutul vede ce este. Problema nu este că el nu vorbește, ceea ce este o explicație liniară. Nici că ea îl bate la cap, de asemenea, o explicație liniară. Problema este că, cu cât ea îl cicălește, cu atât el se retrage și cu cât el se retrage mai mult cu atât mai mult ea îl cicălește.

Trucul este să modifice acest patern. Aceasta poate cere o intervenție convingătoare sau ceea ce terapeuții structurali numesc **intensitate**.

Minuchin vorbește despre familiile cu impact dramatic și convingător. El reglementează intensitatea mesajelor sale pentru a depăși pragul pe care îl au membrii familiei de a nu auzi provocările pentru modul în care ei percep realitatea. Atunci când Minuchin vorbește, familiile ascultă.

Minuchin este convingător, dar intensitatea nu este o funcție a personalității; aceasta reflectă claritatea scopului. Cunoașterea structurii familiei și a responsabilității de a ajuta familiile să se schimbe face posibile intervențiile puternice.

Terapeuții structurali realizează intensitatea prin reglarea selectivă a afecțiunii, repetiției și duratei. Tonul, volumul, viteza și alegerea cuvintelor pot fi folosite pentru creșterea intensității afective a afirmațiilor. Aceasta ajută, dacă știți ce vreți să spuneți. Iată un exemplu de afirmație șchioapă: „Oamenii sunt întotdeauna interesați de ei înșiși, de felul de a se vedea pe ei înșiși în centrul atenției și căutând orice pot avea. N-ar fi bună o schimbare, dacă toată lumea ar începe să se gândească ce ar putea face pentru ceilalți?” Comparați aceasta cu: „Întrebați nu ce poate țara să facă pentru dumneavoastră – întrebați ce puteți dumneavoastră să faceți pentru țara dumneavoastră”. Cuvintele lui John Kennedy au avut impact pentru că ele au fost alese cu grijă și spuse cu claritate. Terapeuții de familie nu au nevoie să țină discursuri sau să fie autori de expresii înțelepte, dar ei trebuie uneori să vorbească convingător pentru a trece rampa.

Intensitatea afectivă nu este o problemă de frazare însufletită. Trebuie să știți cum și când să fiți provocator. De exemplu, Mike Nichols a lucrat cu o familie în care o femeie de douăzeci și nouă de ani cu anorexia nervosa era pacientul identificat. Deși familia păstra o fațadă ca fiind împreună, aceasta era rigid structurată; mama și fiica ei anorexică erau angajate, în timp ce tatăl era exclus. În această familie, tatăl era singurul care-și exprima supărarea în mod deschis și aceasta era partea motivului oficial pentru care el era exclus. Fiica sa se temea de mânia lui, pe care o admitea în mod liber. Ceea ce era mai puțin clar, totuși, era că mama a învățat-o pe ascuns să-l evite, deoarece ea, mama, nu se descurca cu furia lui. În consecință, fiica a

crescut temându-se de tatăl ei și de bărbați, în general.

La un moment dat, tatăl a descris cât de izolat se simte de fiica sa; el a spus că el crede că acest lucru se întâmplă pentru că ea se teme de furia lui. Fiica a fost de acord. „Este vina lui, e bine”. Terapeutul a întrebat-o pe mamă ce credea, iar ea a răspuns „Nu este vina lui”. Terapeutul a spus „ai dreptate”. Ea a continuat, negându-și sentimentele reale pentru a evita conflictul. „Nu e vina nimănui”. Terapeutul a răspuns într-un mod care i-a atras atenția. „Nu e adevărat? Tresărind, ea a întrebat ce a vrut să spună. „Este vina ta” a spus el.

Acest nivel de intensitate a fost necesar pentru a întrerupe un patern rigid al evitării conflictului care susținea o alianță distructivă între mamă și fiică. Satisfacția – cine realmente se temea de furie – este mai puțin importantă decât scopul structural: eliberarea fiicei din poziția ei de implicare excesivă cu mama sa.

Terapeuții diluează prea des intervențiile lor prin supracalificare, scuze sau divagație. Aceasta este mai puțin o problemă în terapia individuală, unde este adesea mai bine să smulgi interpretări de la pacient. Familiile sunt mai mult ca măgarul proverbiului fermierului – uneori trebuie să le lovești peste cap pentru a le atrage atenția.

Intensitatea poate, de asemenea, fi realizată prin extinderea duratei episodului dincolo de punctul unde homeostaza disfuncțională este reinstalată. Un exemplu obișnuit este managementul crizelor de isterie. Crizele de isterie sunt menținute de părinții care le fac cunoscute. Mulți părinți încearcă să nu le facă cunoscute: ei nu au încercat suficient de mult. Recent, o fetiță de patru ani a început să urla când sora ei a părăsit camera. Ea vroia să meargă cu sora ei. Răcnetele ei erau de nesuportat, iar părinții erau gata să bată în retragere. Totuși, terapeutul le-a spus că nu le este permis să se lase înfrânți și le-a sugerat „să-i arate cine este de vină” până se

calmează. Ea a țipat timp de treizeci de minute. Toata lumea din cameră era obosită peste măsură. Dar, în cele din urmă, fetița a realizat că nu va merge afară și așa s-a calmat. În consecință, părinții pot să folosească aceeași intensitate de durată pentru a sparge acest obicei foarte distructiv.

Adesea, intensitatea cere repetarea unei teme într-o varietate de contexte. Părinților care fac totul pentru copii trebuie să li se spună să nu mai atârne ei haina fetiței în cuier, să nu mai vorbească pentru ea, să nu o mai ducă ei la baie și să numai facă multe alte lucruri pe care ea poate să le facă singură.

Formarea competenței este o altă metodă de modificare a interacțiunilor și este o marcă de calitate a terapiei structurale de familie. Intensitatea este, în general, folosită pentru a bloca curentul interacțiunilor. Formarea competenței este alternarea direcției curentului. Prin punere în lumină și formare, terapeuții structurali ajută membrii familiei să folosească alternativele funcționale care sunt deja în repertoriul lor.

O greșeală obișnuită făcută de terapeuții de familie începători este de a încerca să sporească performanța competență prin arătarea greșelilor. Aceasta se concentrează asupra conținutului fără să privească procesul. A spune părinților că ei fac ceva greșit sau a le sugera că ei fac ceva diferit are efectul criticării competenței acestora. În timp ce acest fel de intervenție nu poate fi complet evitată, o abordare mult mai eficientă este sublinierea a ceea ce ei fac corect.

Chiar atunci când oamenii fac multe lucruri ineficiente, este de obicei posibil să înțeleagă ceva ce ei fac cu succes. Un simț al sincronizării ajută. De exemplu, într-o familie haotică mare, părinții erau deosebit de ineficienți în controlarea copiilor. La un moment dat, terapeutul s-a întors către mamă și a spus: „E prea mult zgomot aici; vreți să liniștiți copiii?” Știind cât de greu controlează

femeia copiii, terapeutul era pe punctul să comenteze imediat despre orică etapă în direcția managementului eficient. Mama a trebuit să strige „Liniște” o perioadă de timp înainte ca și copiii să se oprească pentru un moment să mai țipe. Repede – înainte ca ei să-și reia comportamentul greșit – terapeutul i-a făcut mamei un compliment „că-și iubește copiii suficient pentru a fi fermă cu ei”. Astfel mesajul transmis a fost „Sunteți o persoană competentă, știți cum să fiți fermă.” Dacă terapeutul ar fi așteptat până când haosul ar fi fost reluat înainte de a-i spune mamei că ea trebuie să fie fermă, mesajul ar fi putut fi „Sunteți incompetentă”.

Ori de câte ori este posibil, terapeuții structurali evită să facă lucruri pentru membrii familiei pe care ei sunt capabili să le facă ei înșiși. Aici, de asemenea, mesajul este „Sunteți competenți, puteți face aceasta”. Unii terapeuți justifică preluarea funcțiilor familiei denumind aceasta „modelare”. Oricum s-ar numi aceasta, ar avea impact dacă s-ar spune membrilor familiei că sunt necorespunzători. Recent, o tânără mamă s-a confesat că nu știe cum să le spună copiilor ei că vin să vadă un terapeut de familie și, astfel, a fost mai simplu să le spună ca îi ia la plimbare. Crezând că este de ajutor, terapeutul le-a explicat apoi copiilor că „Mama mi-a spus că există unele probleme în familie, așa că suntem aici pentru a vorbi despre lucruri, pentru a vedea dacă putem să îmbunătățim lucrurile”. Această explicație drăguță le spune copiilor de ce au venit, dar confirmă că mama este incompetentă să facă aceasta. Dacă în loc de aceasta, terapeutul sugera mamei „De ce nu le spuneți acum?” Atunci mama, nu terapeutul, s-ar fi comportat ca un părinte eficient.

Stabilirea granițelor. Dinamica familiei disfuncționale este un produs al granițelor deschise, rigide sau difuze. Terapeuții structurali intervin să realinieze granițele,

creșcând, atât apropierea, cât și distanța dintre subsistemele familiei.

În familiile puternic implicate, intervențiile terapeutului sunt concepute să întărească granițele dintre subsisteme și să mărească independența indivizilor. Membrii familiei sunt îndemnați să vorbească pentru ei înșiși, întreruperile sunt blocate și diadele sunt ajutate să termine conversațiile fără amestecul altora. Un terapeut, care dorește să sprijine sistemul fraților și să-i protejeze de intruziunea parentală non-necesară, poate spune: „Susie și Sean, vorbiți despre aceasta și oricine vă v-a asculta cu atenție”. Dacă copiii își întrerup în mod frecvent părinții, un terapeut ar putea provoca părinții să întărească granița ierarhică prin a spune: „De ce nu-i faceți să iasă afară în așa fel încât voi doi, adulții, să puteți rezolva aceasta”.

Deși terapia de familie structurală a început cu tot grupul familiei, ședințele următoare pot fi ținute cu indivizi sau subgrupuri pentru a întări granițele care le înconjoară. O adolescentă care este supra-protejată de mama sa este chemată să participe singură la unele ședințe separate. Părinții, astfel implicați cu copiii lor, încât ei nu au niciodată conversații private, pot începe să învețe cum, dacă ei se întâlnesc separat cu terapeutul.

Când o femeie în vârstă de patruzeci de ani a telefonat la clinica ei pentru ajutor în probleme de depresie, i s-a cerut să vină împreună cu restul familiei. S-a văzut imediat că această femeie era încărcată excesiv de cei patru copii ai ei și a primit puțin sprijin de la soțul ei. Strategia terapeutului a fost să întărească granița dintre mamă și copii și să ajute părinții să vină mai aproape unul de celălalt. Acestea au fost realizate pe etape. Mai întâi terapeutul s-a alăturat copilului cel mai mare, o fată de șasesprezece ani și a sprijinit competența ei ca un ajutor potențial pentru mama sa. Odată făcut acest lucru, fata a fost capabilă să-și asume o mare parte din

responsabilitatea pentru frații ei mai mici, atât în ședințe, cât și acasă.

Eliberați de unele din preocupările cu copiii, părinții aveau acum ocazia să vorbească mai mult unul cu celălalt. Totuși, ei aveau foarte puține să-și spună. Acesta nu a fost rezultatul conflictului sau furiei ascunse, ci a reflectat în schimb căsătoria unor oameni relativ nonverbal. După mai multe ședințe de încercări de a face perechea să-i placă să vorbească, terapeutul a realizat că în timp ce vorbeau ar putea fi amuzant pentru unii oameni, dar nu și pentru alții. Astfel, pentru a sprijini legătura din cuplu, terapeutul le-a cerut să planifice o excursie specială împreună. Ei au ales o plimbare cu barca pe un lac alăturat. Când s-au întors pentru ședința următoare, soții erau radioși. Ei au povestit că au petrecut minună, fiind departe de copii și bucurându-se unul de compania celuilalt. În consecință, ei au hotărât să petreacă mai mult timp împreună afară, în fiecare săptămână.

Familiile neimplicate tind să evite sau să deturneze conflictul și să minimizeze astfel interacțiunea. Terapeutul structural intervine pentru a provoca evitarea conflictului și pentru a bloca deturnarea, pentru a ajuta pe membrii dezangajați să mărească contactul unuia cu celălalt. Fără a acționa ca un judecător sau un arbitru, terapeutul încurajează membrii familiei să se confrunte unul cu altul și să lupte cu dificultățile dintre ei. Când începătorii văd neimplicarea, ei tind să se gândească la modurile de a crește interacțiunea pozitivă. De fapt, neimplicarea este de obicei, un mod de evitare a argumentelor. De aceea, soții izolați unul de celălalt au nevoie în mod tipic să se certe înainte ca ei să devină mult mai iubitori.

Cei mai mulți oameni subestimează gradul în care propriul lor comportament influențează comportamentul celor din jurul lor. Acest lucru este deosebit de adevărat în familiile neimplicate. Problemele sunt văzute, d

obicei, ca rezultat a ceea ce altcineva face, iar soluțiile sunt gândite să oară ca alții să se schimbe. Următoarele plângeri sunt tipice: „Avem probleme de comunicare; el nu-mi vorbește despre ceea ce simte”. „El nu are grijă de noi. Singurul lucru de care are grijă este nenorocita lui de slujbă”. „Viața noastră sexuală este groaznică - soția mea este frigidă”. „Cine poate să vorbească cu ea? Tot ce face este să se plângă de copii”. Fiecare dintre aceste afirmații sugerează că puterea de schimbare stă numai în cealaltă persoană. Aceasta este viziunea despre cauzalitatea liniară percepută aproape în mod universal.

Deși mulți oameni văd lucrurile în acest mod, terapeuții de familie văd circularitatea inerentă în interacțiunea sistemică. El nu-i spune soției lui ce simte deoarece ea îl cicălește și îl critică; și ea îl cicălește și îl critică deoarece el nu-i spune ce simte.

Terapeuții structurali mută discuțiile familiei de la perspectivele liniare la cele circulare, prin accentuarea complementarității. Mama care se plânge că fiul ei este neascultător este învățată să considere ce face ea pentru a stimula sau menține comportamentul lui. Cineva care cere schimbare trebuie să învețe să schimbe modul lui sau al ei de a încerca să facă aceasta. Soția care își cicălește soțul să-și petreacă mai mult timp cu ea trebuie să învețe să facă implicarea crescută mai atractivă. Soțul care se plânge că soția lui nu-l ascultă niciodată poate ar trebui să o asculte *pe ea* mai mult, mai înainte ca ea să vrea să fie reciproc.

Minuchin subliniază complementaritatea cerând membrilor familiei să se ajute unul pe celălalt să se schimbe. Atunci când sunt relatate schimbări pozitive, el poate să-i felicite pe ceilalți, subliniind inter-relaționalitatea familiei.

Dezechilibrul. În stabilirea graniței, terapeutul are ca scop să realinieze relațiile dintre subsisteme. În dezechilibru, scopul este de a

schimba relațiile dintre membrii *din cadrul* unui subsistem. Ceea ce menține familiile adesea blocate într-un punct mort este faptul că membrii în conflict se verifică și se echilibrează unul pe altul și, ca rezultat, rămân înghețați în inerție. În dezechilibru, terapeutul se alătură și sprijină un individ sau un subsistem pe seama altora.

A lua partea cuiva – hai să spun lucrurilor pe nume – pare ca o violare a canonului sacru al terapiei privind neutralitatea. Totuși, terapeutul ia o poziție pentru a dezechilibra și realinia sistemul, nu pentru că el sau ea este judecătorul a ceea ce este bine sau rău. În ultimul rând, echilibrul și corectitudinea sunt realizate deoarece terapeutul ia partea, pe rând, a diferiților membri ai familiei.

—Studiu de caz—

Când familia MacLean a cerut ajutor pentru un copil „greu de stăpânit”, o teroare care a fost exmatriculată din două școli, dr. Minuchin a descoperit o fisură ascunsă între părinți, ținută în echilibru de faptul că nu se vorbea despre aceasta. Proasta comportare a băiatului de zece ani era vizibilă în mod dramatic; tatăl său a trebuit să-l introducă în camera de consultație dând din picioare și tipând. Între timp, fratele lui, în vârstă de șapte ani, a stat liniștit, zâmbind atrăgător. Băiat bun.

Pentru a lărgi focusul de la un „copil imposibil” la problema controlului și cooperării parentale, Minuchin l-a întrebat pe Kevin, băiatul de șapte ani, cine se poartă rău în mod invizibil. El a făcut pipi pe pardoseală în baie. În conformitate cu tatăl său, faptul că Kevin a făcut pipi pe pardoseală s-a datorat unei „neatenții”. Mama a râs când Minuchin a spus „nimeni nu ar putea avea un asemenea biet scop”.

Minuchin a vorbit cu băiatul despre cum își marchează lupii teritoriul lor și i-a sugerat

ca băiatul să-și extindă teritoriul făcând pipi în toate cele patru colțuri ale camerei familiei.

MINUCHIN: „Aveți un câine?”

KEVIN: „Nu”.

MINUCHIN: „Ah, așa tu ești câinele familiei”.

În procesul discuției cu băiatul care a făcut pipi - și răspunsul părinților săi - Minuchin a dramatizat cum s-au polarizat fiecare dintre părinți.

MINUCHIN: „De ce a făcut el așa ceva?”

TATAL: „Nu știu dacă a făcut asta cu un scop”.

MINUCHIN: „Poate că a fost în transă”.

TATAL: „Nu, cred că nu a fost atent”.

MINUCHIN: „Scopul lui trebuie să fie îngrozitor”.

Tatăl a descris comportamentul copilului ca pe un accident; mama a considerat acest lucru o sfidare. Unul din motivele pentru care părinții au căzut sub controlul copiilor lor mai mici este că ei evită să confrunte diferențele lor. Diferențele sunt normale, dar ele devin toxice atunci când un părinte publicizează modul celui alt de a se purta cu copiii. (Este o răzbunare lașă pentru revendicări neabordate).

Presiunea ușoară, dar insistentă a lui Minuchin asupra cuplului de a vorbi despre modul în care ei răspund, fără a întoarce atenția asupra modului în care copiii se comportă, a condus la creșterea resentimentelor lor de lungă durată, dar rar exprimate.

MAMA: „Bob se scuză pentru comportamentul copiilor deoarece el nu a vrut să vină și să mă ajute să găsesc o soluție pentru problemă”.

TATAL: „Da, dar când am încercat să te ajut, m-ai criticat întotdeauna. Așa că după un timp am renunțat”.

La fel ca o imagine de pe o hârtie fotografică într-o tavă de dezvoltat, conflictul soților a început să devină vizibil. Minuchin a protejat părinții de la a se simți stâjeniți (și pe copii de la a fi încărcati), cerându-le copiilor să părăsească camera. Fără preocuparea grijii pentru copii, soții au putut să-și facă față unul altuia, bărbat și femeie - și au vorbit despre durerile și plângerile lor. Aceasta pare a fi o poveste tristă a unei neimplicări solitare.

MINUCHIN: „Aveți voi doi zone de înțelegere?”

El a răspuns da; ea a răspuns nu. El minimizează; ea a fost critică.

MINUCHIN: „Când ai divorțat de Bob și te-ai căsătorit cu copiii?”

Ea s-a întors liniștită; el s-a uitat în gol. Ea a spus, moale „Probabil acum zece ani”.

Ceea ce a urmat a fost o poveste dureroasă, dar familiară despre felul în care o căsătorie se poate reduce la problemele parentale și conflictele acestora. Conflictul nu a fost rezolvat niciodată deoarece nu a apărut la suprafață niciodată. Și astfel fisura nu s-a vindecat niciodată; ci dimpotrivă s-a mărit.

Cu ajutorul lui Minuchin cuplul a vorbit, pe rând, despre problema lor - și a învățat să asculte. Prin dezechilibrare, Minuchin a luat o presiune enormă pentru a ajuta acest cuplu să treacă prin diferențele lor, să se deschidă unul față de celălalt, să lupte pentru ceea ce ei doresc și, în cele din urmă, să înceapă să meargă împreună - ca soț și soție și ca părinți.

Dezechilibrarea este parte a unei lupte pentru schimbare care uneori ia aspectul unei bătălii. Când terapeutul spune unui tată care nu face destul sau unei mame că ea, fără să-și dea seama, exclude pe tată, aceasta poate părea ca o luptă între terapeut și familie, că el sau ea

îi atacă pe ei. Dar adevărata luptă este între terapie și teamă – teama de schimbare.

Provocarea ipotezelor neproductive. Deși terapia de familie structurală nu este în primul rând o abordare cognitivă, practicanții ei provoacă adesea modul în care membrii familiei văd lucrurile. Schimbarea modului în care membrii familiei intră în relații unul cu altul oferă puncte de vedere alternative ale situației lor. Conversia este, de asemenea, adevărată. Schimbarea modului în care membrii de familie văd situația lor le permite să schimbe modul în care ei intră în relații unul cu altul.

Când părinții lui Cassie, care are șase ani, se plâneau despre comportamentul ei, ei spuneau că ea este „hipersensibilă”, „un copil nervos”. Asemenea etichete arată cum răspund părinții copilului lor și au o putere de control groaznică. Este comportamentul unui copil „cu un comportament rău” sau este un simptom al „nervozității”? Este „neascultător” sau este un „strigăt pentru ajutor”? Este copilul nebun sau rău și cine e de vină? Ce este într-un cuvânt? Tot.

Adesea terapeutul de familie structural acționează ca un profesor, oferind informații și sfaturi despre probleme structurale. Procedând astfel, este ca și cum ar face o manevră de restructurare care trebuie făcută într-un mod care diminuează rezistența. Terapeutul face aceasta dând mai întâi o „lovitură decisivă” apoi o „lovitură cu piciorul”. Dacă terapeutul are de-a face cu o familie în care mama vorbește pentru copiii ei, el ar putea să-i spună „Îmi sunteți de mare ajutor” (lovitură de grație). Dar copilului, „Mama ți-a luat dreptul de a vorbi. Poți să vorbești pentru tine însuși” (lovitură cu piciorul). Astfel, mama este definită ca ajutor, dar intrusivă (o lovitură de grație și o lovitură cu piciorul).

Terapeuții structurali folosesc, de asemenea, nișionile pragmatice pentru a oferi

membrilor familiei un cadru diferit de experimentare. Scopul nu este de a educa sau de a induce în eroare, ci de a oferi o pronunțare care va ajuta schimbarea familiei. De exemplu, a spune copiilor că ei se poartă precum copiii mai mici decât sunt ei este un mijloc foarte eficient pentru schimbarea lor. „Câți ani ai?” „Șapte.” „Oh, credeam că ești foarte mic; majoritatea celor care au șapte ani nu mai au nevoie ca mama să-i ia de la școală.”

Paradoxurile sunt construcții cognitive care frustrează sau fac confuzi pe membrii familiei în căutarea alternativelor. Minuchin se folosește puțin de paradox, dar uneori îi este de folos pentru a exprima scepticismul privind schimbarea oamenilor. Deși aceasta ar putea avea efectul paradoxal al schimbării lor pentru a dovedi că greșiți, nu este o strategie mai inteligentă pe cât este o formulare benignă a adevărului. Mulți oameni *nu* se schimbă – ei așteaptă ca alții să se schimbe.

Evaluarea teoriei și rezultatelor terapiei

În timp ce era director la Clinica de Orientare a Copilului din Philadelphia, Minuchin a dezvoltat o angajare pragmatică deosebită de cercetare. În calitate de administrator, el a aflat că cercetarea care demonstrează rezultate eficiente este cel mai bun argument pentru legitimitatea terapiei de familie. Atât studiile sale privind copiii psihosomatici, cât și studiile lui Stanton privind adicțiile de droguri au arătat foarte clar cât de eficientă poate fi terapia de familie structurală.

În *Familiile cartierelor sărace*, Minuchin și colegii săi (1967) au descris caracteristicile socio-economice ale familiilor cu nivel scăzut și au demonstrat eficiența terapiei de familie pentru populație. Înainte de tratament, mamele din familiile pacientului

erau într-o poziție, fie supra- sau sub-controlare; fie copiii lor erau mai distrugători decât cei din familiile controlate. După tratament, mamele foloseau mai puțin controlul coercitiv, dar erau mai înțelepte și mai ferme. În acest studiu, șapte din unsprezece familii erau apreciate ca a se fi îmbunătățit după șase luni până la un an de terapie de familie. Deși nu a fost folosit nici un grup de control, autorii au comparat rezultatele lor favorabile cu procentul obișnuit de 50% al tratamentului cu succes de la Wiltwyck. Autorii au observat, de asemenea, că nici una din familiile luate în calcul ca neimplicate nu s-a îmbunătățit.

De departe, cel mai puternic sprijin empiric pentru terapia de familie structurală vine de la o serie de studii despre copiii psihosomatici și adicția de droguri la adulți. Studiile care demonstrează eficiența terapiei la copiii cu boală psihosomatică severă sunt convingătoare datorită măsurilor psihologice folosite și, dramatice, datorită naturii problemelor. Minuchin, Rosman și Baker (1978) au relatat despre un studiu care a demonstrat în mod clar cum conflictul familiei poate precipita crizele de ketoacidoză la copiii diabetici de tip psihosomatic. În interviurile de bază, părinții au discutat problemele familiei în absența copiilor. Soții normali au arătat nivelurile ridicate de confruntare, în timp ce soții psihosomatici au arătat o gamă largă de manevre de evitare a conflictului. Apoi, un terapeut a insistat ca părinții să crească nivelul conflictului lor, în timp ce copiii observau în spatele unei oglinzi unidirecționale. Atunci când părinții s-au certat, numai copiii psihosomatici păreau realmente triști. Mai mult, depresia manifestată a acestor copii a fost însoțită de creșteri dramatice ale nivelurilor acizilor grași liberi din sânge, o măsură legată de ketoacidoză. În etapa a treia a acestor interviuri, pacienții au venit împreună cu părinții lor. Părinții copiilor normali și părinții

copiilor cu tulburări comportamentale au continuat ca înainte, dar părinții copiilor psihosomatici au deturnat conflictul lor, atât prin aducerea copiilor lor în discuții sau prin transferarea subiectului de la ei înșiși la copii. Când acest lucru s-a produs, nivelurile acizilor grași liberi a continuat să crească. Acest studiu a arătat confirmarea puternică a observațiilor clinice conform cărora copiii psihosomatici sunt folosiți (și se lasă ei înșiși folosiți) pentru a regla stresul dintre părinții lor.

Minuchin, Rosman și Baker (1978) au rezumat rezultatele, tratând cincizeci și trei de cazuri de anorexia nervosa, cu terapia de familie structurală. După un curs al tratamentului care includea spitalizare urmată de terapie de familie cu pacienți tratați ambulator, patruzeci și trei de copii anorexici s-au „ameliorat grozav”, doi sunt „ameliorați”. trei au arătat „nici o schimbare”, doi sunt „mai rău” și trei au renunțat. Deși considerațiile etice au împiedicat un tratament de control al acelor copii bolnavi grav, rata ameliorării de 90% este deosebit de expresivă. În special în comparație cu rata obișnuită a mortalității pentru această tulburare care este de 30%. Mai mult, rezultatele pozitive la terminarea tratamentului s-au menținut la intervalele de urmărire pe mai mulți ani. Terapia de familie structurală s-a arătat a fi extrem de eficientă și în tratamentul astmaticilor psihosomatici și al cazurilor psihomatie complicate de diabet (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman & Todd, 1975).

În timp ce nimeni din evidența empirică nu a stabilit că nici una din abordările psihoterapeutice este consecvent mai bună decât celalalte, terapia de familie structurală s-a dovedit a fi eficientă într-o varietate de studii, inclusiv în multe din cele care erau considerate de obicei drept cazuri foarte complicate. Duke Stanton a arătat că terapia de familie structurală poate fi eficientă pentru adicțiile de droguri și familiile acestora.

Într-un studiu bine condus, Stanton și Todd (1979) au comparat terapia de familie cu condiția placebo a familiei și terapia individuală. Reducerea simptomului a fost semnificativă în terapia structurală de familie; nivelul schimbării pozitive a fost mai mult decât dublu decât a fost realizat în alte condiții, iar aceste efecte pozitive au persistat la evaluarea de la șase și douăsprezece luni.

Mai recent, terapia de familie structurală a fost aplicată cu succes în stabilirea rolurilor parentale mai adaptive în adicțiile de heroină. (Grief & Dreschler, 1993) și ca un mijloc de a reduce ceca ce tinerii afro- și latino- americani au inițiat folosirea drogurilor (Santisteban, Coastsworth, Perez-Vidal, Mitrani, Jean Gilles

& Szapocznik, 1997). Alte studii indică că terapia de familie structurală este egală în eficiență formării comunicării și formării managementului comportamental în reducerea comunicării negative, a conflictelor și furiei exprimate între adolescenți, diagnosticată la tulburarea hiperactivității deficitului de atenție (THDA), (ADHD = attention deficit hyperactivity disorder) și a părinților acestora (Baker, Guevremont, Anastopoulos & Fletcher, 1992). Terapia de familie structurală a fost eficientă în tratamentul tulburărilor adolescenței, precum tulburările de conduită (Szapocznik și alții, 1989; Chamberlain & Rosicky, 1995), anorexia nervosa (Campbell & Patterson, 1995).

—Rezumat—

Minuchin poate că știe cel mai bine vocația artistică a tehnicii sale clinice, iar teoria structurală de familie a devenit unul din cele mai larg folosite modele conceptuale din domeniu. Motivul pentru care această teorie este atât de populară este că este simplă, cuprinzătoare și practică. Conceptele de bază – granițele, subsistemele, aliniamentele și complementaritatea – sunt ușor de prins și de aplicat. Ele iau în considerație contextul individual, de familie și social și asigură un cadru organizatoric clar pentru înțelegerea și tratarea familiilor.

Singurul aspect cel mai important al acestei abordări este că fiecare familie are o structură și această structură este revelată numai atunci când familia este în acțiune. În conformitate cu acest punct de vedere, terapeutii care nu reușesc să considere structura întregii familii și să intervină numai într-un subsistem, au puține șanse să efectueze o schimbare de durată. Dacă supraîmplicarea unei mame cu fiul ei este parte a structurii care include distanța de soțul

ei, nici o cantitate de terapie pentru mamă și fiu nu este capabilă să schimbe familia.

Subsistemele sunt unități ale familiei bazate pe funcționare. Dacă conducerea familiei este preluată de un tată și o fiică, atunci ei, nu soțul și soția, sunt subsistemul executiv. Subsistemele sunt circumscrise și reglementate de granițele interpersonale. În familiile sănătoase, granițele sunt destul de clare pentru a proteja independența și autonomia și destul de permeabile pentru a asigura sprijinul reciproc și afecțiunea.

Familiile implicate sunt caracterizate prin granițe difuze; familiile neimplicate, prin granițe rigide.

Terapia de familie structurală este concepută pentru a rezolva problemele prezente prin reorganizarea structurii familiei. Pentru acest motiv, evaluarea cere prezența întregii familii, pentru ca astfel terapeutul să poată observa structura ascunsă a interacțiunilor familiei. În evoluție, terapia trebuie să distingă între structurile disfuncționale și funcționale. Familiile cu tulburări

de creștere trebuie tratate ca patologice. Acolo unde problemele structurale există, scopul este de a crea o structură ierarhică eficientă. Aceasta înseamnă activarea structurilor „adormite”, nu crearea altora noi.

Terapeuții structurali de familie lucrează repede pentru a evita să fie *induși* ca membri ai familiilor cu care ei lucrează. Ei încep prin a face eforturi concertate pentru a se acomoda cu modurile de comportament obișnuite ale familiei în scopul de a înșela rezistența. Odată ce au câștigat încrederea familiei, terapeuții structurali promovează interacțiunea familiei, în timp ce își asumă un rol descentralizat. De pe această poziție, ei pot privi ce se întâmplă în familie și pot face o evaluare structurală, care include problema și organizarea care o sprijină. Aceste evaluări sunt definite în condițiile granițelor și subsistemelor, ușor conceptualizate ca hărți bidimensionale folosite să sugereze căile pentru schimbare.

În momentul în care ei s-au alăturat cu succes și au evaluat o familie, terapeuții structurali procedează la activarea structurilor somnolente folosind tehnici care alterează aliniamentele și schimbă puterea în cadrul și între subsisteme. Aceste tehnici de restrucurare sunt concrete, convingătoare și adesea dramatice. Totuși, succesul lor depinde destul de mult de alăturare și evaluare ca și de forța tehnicilor înseși.

Popularitatea terapiei de familie structurale se bazează pe teoria și tehnicile sale de tratament; poziția sa centrală în domeniu a crescut prin programele sale de cercetare și formare. Există acum un corp substanțial de cercetare care dă un sprijin empiric considerabil abordării acestei școli. Mai mult, programele de formare de la Clinica de Orientare a Copilului din Philadelphia și Centrul Minuchin din New York au influențat un număr enorm de practicanți ai terapiei de familie de pretutindeni.

Deși terapia de familie structurală este strâns identificată cu Salvador Minuchin, cu

care era aproape sinonimă, poate este o idee bună să se diferențiez omul de metodă. Când ne gândim la terapia de familie structurală, avem tendința să ne reamintim abordarea așa cum a fost descrisă în *Familii și Terapia de Familie*, publicată în 1974. Cartea reprezintă în mod corespunzător teoria structurală, dar subliniază numai tehnicile favorite ale lui Minuchin din acea perioadă. Minuchin, gânditorul, s-a gândit totdeauna la familii în termeni organizaționali. El i-a citit pe Talcott Parsons și Robert Bales și George Herbert Mead; iar, în Israel, el a văzut cum copiii din familiile marocane nestructurate devin adesea delincvenți, în timp ce cei din familiile iemenite organizate, nu. Minuchin, terapeutul, a fost totdeauna un oportunist, folosind orice opere. Astăzi îl puteți vedea pe Carl Whitaker și constructivismul în opera lui Minuchin. De la Whitaker, el a luat ideea provocării miturilor familiilor și angajării cu ei dintr-o poziție de implicare pasionată. Tânărul Minuchin a urmat familiile și le-a privit în acțiune, de aceea el a folosit angajarea. Bătrânul Minuchin, care a văzut mii de familii, vede acum lucrurile mai repede, el folosește angajarea mai puțin și se confruntă cu o familie pe baza a ceea ce el a văzut în sute de cazuri similare. Trebuie să-l urmărim în această direcție? Da, imediat ce avem aceeași experiență.

Minuchin a fost întotdeauna un constructivist, deși el vine prin intuiție nu din citirea cărților. El provoacă familiile spunându-le, în esență, că ele au greșit; povestirile lor sunt prea înguste. Și el le ajută să-și rescrie povestirile care să funcționeze. Minuchin a fost întotdeauna interesat de literatură și de spunerea poveștilor; poate lui îi plăcea doctrina constructivismului simplu deoarece aceasta legitimează spunerea poveștilor. Dar, el este atent, atunci când constructivismul nu este împământenit în înțelegerea structurală sau când neglijează latura emoțională a

ființelor umane, acesta poate deveni un intelectualism arid. Minuchin s-a deplasat spre eclectism în tehnică, dar nu în teorie. Deși Minuchin, terapeutul, a schimbat din 1974, perspectiva sa de bază asupra

familiilor, descrisă în teoria structurală a familiei, aceasta rămâne încă valabilă și continuă să fie cea mai larg folosită cale pentru a înțelege ce se întâmplă în familia nucleară.

—Lecturi recomandate—

- Colapinto, J. 1991. Structural family therapy. In *Handbook of family therapy*. Vol II. A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Minuchin, S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA; Harvard University Press.
- Minuchin, S., and Fishman, H.C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. Lee, W-Y, and Simon, G.M. 1996. *Mastering family therapy: Journeys of growth and transformations*. New York: Wiley.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B., and Schumer, F. 1967. *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S., and Nichols, M.P. 1993. *Family*

- healing; Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: The Free Press.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. and Baker, L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., and Baker, L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nichols, M.P. 1999. *Inside family therapy*. Boston, Allyn & Bacon.
- Nichols, M.P. & Minuchin, S. 1999. Short-term structural family therapy with couples. In *Short-term couple therapy*. J.M. Donovan, ed. New York: Guilford Press.

—Bibliografie—

- Barkley, R., Guevremont, D., Anastopoulos, A., and Fletcher, K. 1992. A comparison of three family programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60:450-463.
- Campbell, T., and Patterson, J. 1995. The effectiveness of family interventions in the treatment of psychical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21: 545-584.
- Chamberlain, P., and Rosicky, J. 1995. The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:441-459.
- Colapinto, J. 1991. Structural family therapy. In *Handbook of family therapy*. Vol. II. A.S. Gurman and D.P. Kniskern. eds. New York. Brunner/Mazel.
- Elizur, J., and Minuchin, S. 1989. *Institutionalizing madness: Families, therapy, and society*. New York: Basic Books.
- Grief, G., and Dreschler, L. 1993. Common issues for parents in a methadone maintenance group. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 10: 335-339.

- Minuchin, S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Lieberman, R., Milman, L., and Todd, T. C. 1975. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry* 32: 1031-1038.
- Minuchin, S., and Fishman, H.C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Lee, W-Y., and Simon, G.M. 1996. *Mastering family therapy: Journeys of growth and transformation*. New York: Wiley.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B., and Schumer, F. 1967. *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S. and Nichols, M.P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: The Free Press.
- Minuchin, S., Rosman, B., and Baker, L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Santiseban, D., Coastsworth, J., Perrez-Vidal, A., Mitrani, V., Jean-Gilles, M., and Szapocznik, J. 1997. Brief structural/strategic family therapy with African American and Hispanic high-risk youth. *Journal of Community Psychology* 25:453-471.
- Simon, G.M. 1995. A revisionist rendering of structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 21:17-26.
- Stanton, M.D., and Todd, T.C. 1979. Structural family therapy with drug addicts. In *The family therapy of drug and alcohol abuse*. E. Kaufman and P. Kaufman, eds. New York: Garner Press.
- Szapocznick, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vasquez, A., Hervis, O., Posada, V., and Kurtines, W., 1989. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57:571-578.

Terapia de familie experiențială

Terapia de familie ca întâlnire emoțională

O ramură experiențială a terapiei de familie a apărut din aripa umanistă a psihologiei care, ca terapiile expresive, ce au inspirat-o a scos la iveală imediat **experiența aici-și-acum**. Terapia experiențială a fost cea mai populară atunci când terapia de familie a fost tânără, când terapeuții vorbeau despre sisteme, dar își împrumutau tehnici de la terapiile individuale și de grup. De la terapia Gestalt și a grupurilor de întâlnire au venit tehnicile evocatoare precum *jocul de rol* și *confruntarea emoțională*, în timp ce alte metode expresive, precum *sculptarea* și *desenarea familiei* suferă influența artelor și a psihodramei.

Focalizându-se mai mult pe experiență emoțională decât pe dinamica interacțiunii, terapeuții experiențiali par a fi puțin în afara celorlalte curente ale terapiei de familie. Într-adevăr, prin punerea accentului asupra indivizilor și a sentimentelor acestora, tratamentul experiențial nu a putut fi studiat așa cum s-a dorit pentru terapia de familie, unde există abordările care se ocupă cu sistemele și acțiunea. Odată cu decesul personalităților

inspiratoare ale acestei tradiții, al Virginiei Satir și al lui Carl Whitaker, metodele pe care ei le-au popularizat par a fi puțin demodate, mai mult un produs al anilor 1960, decât al lumii de astăzi.

Recent, totuși, abordările experiențiale s-au bucurat de o revitalizare și, așa cum vom vedea, două din modelele mai noi, terapia de cuplu focalizată emoțional a lui Greenberg și Johnson (1985) și modelul sistemelor interne ale familiei al lui Schwartz (1995), au combinat impactul emoțional și focalizarea experiențială asupra individului cu înțelegerea mai sofisticată, a sistemelor familiei.

Așa cum primul terapeut catartic, Sigmund Freud, a descoperit, contactul cu sentimentele dureroase nu este, prin sine-însuși, un model suficient al psihoterapiei. Pe de altă parte, ignorarea sau raționalizarea emoțiilor nefericite poate înșela clienții în oportunitatea de a ajunge la miezul problemelor lor. Astfel, accentuarea experiențială asupra expresiei emoționale neblockante continuă să fie o contragreutate folositoare

studentii ei era Ivan Boszormenyi-Nagy). În 1959, Don Jackson a invitat-o pe Satir să i se alăture la MRI, unde ea a devenit primul director responsabil cu formarea și unde a rămas până în 1966, pentru a deveni director la Institutul Esalen din Big Sur, California.

Satir a fost terapeutul arhetipal în îngrijirea copilului într-un domeniu îndrăgostit de conceptele abstracte și manevrele strategice. Căldura și originalitatea i-au conferit o atracție în timp ce a călătorit de-a lungul și de-a latul țării conducând demonstrații și ateliere tematice. Abilitatea ei de a mișca publicul numeros a făcut să fie umanistul cel mai sărbătorit al terapiei de familie. Satir a murit de un cancer la pancreas în 1988.

Printre abordările experiențiale cele mai recente pentru terapia de familie este terapia de cuplu focalizată emoțional a lui Leslie Greenberg și Susan Johnson, care a inspirat pe Perls, Satir și grupul de la MRI (Greenberg & Johnson, 1985, 1986, 1988). O altă abordare specializată a vieții emoționale interioare a familiilor este terapia sistemică internă de familie a lui Richard Schwartz (1995), în care vocile conflictelor interne ale clienților sunt personificate ca „părți” și apoi reintegrate folosind o varietate de tehnici psihodramatice. Schwartz a trăit la Chicago, unde are acum propria sa clinică și program de formare.

Formulări teoretice

Terapia de familie experiențială este fondată pe premisa că, cauza și efectul problemelor familiei sunt reprimarea emoției. În timp ce copiii trebuie să învețe că ei nu pot face întotdeauna ceea ce au chef să facă, mulți părinți au o tendință nefericită să confunde funcțiile *instrumentală și expresivă* ale emoției. Ei încearcă să reglementeze acțiunile copiilor lor prin controlarea sentimentelor acestora. Ca urmare, copiii învață să-și

tocască experiența emoțională pentru a evita să facă valuri. Deși acest proces este mai mult sau mai puțin universal, familiile disfuncționale tind să fie mai puțin tolerante la emoțiile care semnalează individualitatea. Ca urmare, copiii din asemenea familii cresc adesea străini de ei înșiși și simt numai reziduurile afectului reprimat: plictiseală, apatie și anxietate.

În timp ce terapeuții sistemici văd rădăcinile comportamentului simptomatic în dansul interacțiunilor familiei, cei experiențiali văd aceste interacțiuni ca rezultat al umbrei dansului membrilor familiei cu proiecțiile apărărilor fiecăruia. Din această perspectivă, încercările de a determina schimbări pozitive în familie au mai mult succes dacă membrii familiei iau contact real mai întâi cu sentimentele lor reale – cu speranțele și dorințele lor, precum și cu temerile și anxietățile lor. Astfel, terapia de familie experiențială lucrează din interior – ajutând indivizii să dezvăluie emoțiile lor cinstite și apoi, inventând familia mai autentică, o leagă de această autenticitate angajată.

Poate Carl Whitaker a exprimat cel mai bine poziția experiențială privind teoria în „Impedimentul teoriei în activitatea clinică” („The Hindrance of Theory in Clinical Work”, Whitaker, 1976a). Teoria poate fi folositoare pentru începători, spune Whitaker, dar sfatul său este să renunți la teorie cât mai curând posibil pentru a fi numai tu însuți.

A fi antiteorie este, desigur, o poziție teoretică ea însăși. A spune că terapia nu trebuie să fie constrânsă de teorii înseamnă a spune că aceasta trebuie să fie creatoare și spontană. În ciuda disprețului lui Whitaker pentru teorie, totuși, terapia de familie experiențială este foarte mult un produs al tradiției existențial-umaniste.

a accentuării reduționiste asupra comportamentului și condiția comună abordărilor actuale de rezolvare a problemei.

Figuri reprezentative

Doi giganti sunt liderii terapiei de familie experiențiale: Carl Whitaker și Virginia Satir. Whitaker a fost exponentul reprezentativ al unei abordări intuitive, libere, care are drept scop să străpungă prefăcătoria și să elibereze membrii familiei pentru a fi ei înșiși. El a fost printre primii care a făcut psihoterapie cu familiile și, cu toate că a fost uneori considerat un nonconformist, el a devenit unul dintre cei mai admirați terapeuți din domeniu. Iconoclast, chiar insuportabil, câteodată, Whitaker a reținut, cu toate acestea, respectul și admirația instituției terapiei de familie. El ar fi putut să fie Puckul lor, dar a fost unul dintre ei.

Whitaker a crescut într-o fermă de vaci din Nordul Statului New York. Timiditatea educației izolate, rurale, dar poate și un simț al tristeții l-au condiționat să fie mai puțin legat de convențiile sociale. După studii în medicină și rezidențiatul în obstetrică și ginecologie, Whitaker a intrat în psihiatrie, unde a devenit imediat fascinat de mințile psihotice. Din nefericire – sau din fericire –, în anii 1940, Whitaker nu a putut să se bazeze

pe medicamente neuroleptice pentru a „toci” fanteziile halucinatorii ale pacienților: în schimb, el a ascultat și a învățat să înțeleagă gândurile nebunești, dar omeneste, gânduri pe care ceilalți dintre noi le păstrează înmormântate.

După ce a lucrat la Colegiul de Medicină al Universității din Louisville și la Spitalul Oakridge, Whitaker a acceptat președinția Departamentului de Psihiatrie de la Universitatea Emory, unde a rămas din 1946 până în 1955, când, în fața presiunii care creștea pentru a face departamentul mai psihanalitic. Whitaker și întreaga sa echipă, inclusiv Thomas Malone, John Warkentin și Richard Felder, și-au dat demisia pentru a forma Clinica Psihiatrică de la Atlanta. Psihoterapia experiențială s-a născut din această unire și grupul a produs un număr de articole provocatoare și concurențiale (Whitaker & Malone, 1953). În 1965, Whitaker a venit la Școala de Medicină de la Universitatea din Wisconsin. După pensionarea sa, la sfârșitul anilor 1980, a călătorit mult pentru a împărtăși înțelepciunea sa, experiența sa și pe sine la convenții și ateliere de lucru. Moartea sa, în 1995, a fost o mare pierdere. Dintre asociații cei mai cunoscuți ai lui Whitaker sunt August Napier, acum practician privat în Atlanta și David Keith, acum la Universitatea Statului New York din Syracuse.

Altă figură majoră, printre terapeuții de familie experiențiali a fost Virginia Satir. În calitate de membru vechi al Institutului de Cercetări Mentale (MRI), Satir a pus în evidență comunicarea, precum și experiența emoțională și, astfel, opera ei trebuie considerată, atât în domeniul comunicărilor, cât și al tradițiilor experiențiale (vezi Capitolele 3 și 6).

Satir a început să vadă familii în practica privată la Chicago, în 1951. În 1955, ea a fost invitată să stabilească un program de pregătire pentru rezidenți la Institutul de Psihiatrie al Statului Illinois (unde unul dintre

Carl Whitaker a folosit o abordare liberă pentru a trezi dorințele interioare ale membrilor familiei.



Mare parte din teoretizările psihologilor existențialiști (de exemplu, Binswager, 1967; Boss, 1963) a fost o reacție pentru a percepe punctele slabe ale psihanalizei și behaviorismului. În locul *determinismului*, existențialiștii au pus în evidență libertatea și caracterul imediat al experienței. Acolo unde psihanaliztii au poziționat un model structuralizat al minții, existențialiștii au tratat persoanele ca un tot și au oferit un model pozitiv al umanității în locul a ceea ce ei au văzut ca model psihanalitic pesimist. În loc să stabilească rezolvarea nevrozelor acestora, existențialiștii au crezut că oamenii trebuie să aibă ca scop realizarea.

În ciuda antipatiei pentru teoretizare, există un număr de premise de bază care definesc poziția experimentală. Whitaker sublinia că autorcalizarea depinde de coeziunea familiei, iar Satir accentua importanța bunei comunicări între ceilalți membri ai familiei; dar angajamentul de bază este *autoexprimarea individuală*. În timp ce existau unele discuții despre sistemele familiei (de exemplu, Satir, 1972), modelul experiențial al familiilor era mai mult ca un grup democratic decât o organizație structurată. Se mai accentuează mult asupra *flexibilității și libertății* în legătură cu rolurile familiei și distribuția puterii. Tratatamentul este, în general, conceput pentru a ajuta membrii individuali ai familiei să găsească roluri de realizare pentru ei înșiși, cu mai puțin interes pentru familie ca un întreg. Aceasta nu înseamnă că nevoile familiei sunt denigrate, ci că ele sunt gândite să urmărească îndeaproape angajarea individuală¹.

După citirea paragrafului de mai sus, David Keith (într-o scrisoare personală) a

ajutat să pună într-o perspectivă poziția experiențială despre plângerile individului față de plângerile familiei:

Există o tensiune dialectică între individ și familie – între dependentă și independentă. A sublinia în mod exagerat, fie individualitatea familiei, fie legătura familiei înseamnă a distorsiona condiția umană.

Teoriile familiilor ca sisteme sunt traduse în tehnici care promovează comunicarea și interacțiunea. Sublinierea interacțiunilor care alterează implică o acceptare că orice fel de nivel al experienței și înțelegerii individuale este deja prezent. Aici teoria experiențială se deosebește (așa cum face psihanaliza) de majoritatea abordărilor sistemice. Aici se pune accentul pe experiența care se extinde. Ipoteza este aceea că deschiderea indivizilor spre experiența lor este premisa deschiderii de noi direcții pentru grupul familiei.

Premisa de bază a terapiei de familie experiențiale este aceea că pentru a promova creșterea individuală și coeziunea familiei trebuie să eliberezi afectele și impulsurile. Eforturile de a reduce apărarea și de a elibera nivelurile mai profunde ale experienței se bazează pe ipoteza bunătății de bază a naturii umane.

O excepție a reducerii importanței experiențiale privind teoria este terapia de cuplu focalizată emoțional a lui Greenberg și Johnson, care se inspiră din teoria atașamentului (Bowlby, 1969). În conformitate cu Greenberg și Johnson, emoția organizează răspunsuri la legăturii și servește funcția de comunicare în relații. Când oamenii își exprimă direct vulnerabilitatea, de exemplu, ei sunt ca și cum ar smulge un răspuns de compasiune de la partenerii lor. Dar atunci când o persoană atașată nesecurizată se teme de vulnerabilitate și arată în schimb mânie, răspunsul trebuie abandonat. Astfel, persoana care are cea mai mare nevoie de atașament

1. Deși, la un moment dat familia a fost descrisă ca dușmanul libertății și autenticității (Laing & Esterson, 1970).

poate, fiind speriată, să expună nevoia, să dea la o parte pe cei iubiți pe care el sau ea ar vrea să-i țină aproape. Antidotul pentru această dilemă este acela care este totul în terapia experiențială, ajutarea oamenilor să-și relaxeze temerile în așa fel încât emoțiile adevărate să poată apărea.

Redescoperirea teoriei legăturii este legată de un efort mai mare de a reclama dependența ca o tendință umană naturală. Conform spuselor lui Bowlby (1969), siguranța legăturii asigură o persoană cu un paradis sigur și o bază sigură - capacitatea de a stăpâni emoțiile, așteptările pozitive ale altora și încrederea de a explora lumea, intimitatea riscului și dăruirea sinelui altor oameni. Atunci când siguranța legăturii este amenințată, primul răspuns este de a fi furios și de a protesta, urmat de o formă de aderare, care dă cale liberă eventual disperării. În cele din urmă, dacă aspectele atașamentului nu răspund, vor apărea detașarea și separarea (Bowlby, 1969).

Cu toate că siguranța atașamentului poate fi fondată în primii ani ai copilăriei (Bowlby, 1988), același autor credea că fiecare interacțiune semnificativă cu alții importanți în viață continuă să modeleze credințele despre disponibilitatea și sprijinul altor oameni. În timp ce siguranța legăturii poate fi destul de generală, oamenii dezvoltă și credințe specifice despre relații bazate pe experiențele cu un anumit partener (Collins & Read, 1994). Procesul este, desigur, circular. Cu cât persoana este mai securizată și mai încrezătoare, cu atât ea trebuie să fie deschisă relațiilor - și în relații -; și astfel, cu atât mai mult ea trebuie să dezvolte relații care confirmă simțul valorii în legătură. Conversia este, din nefericire, de asemenea, adevărată: partenerii care se tem să-și exprime nevoile de atașament pot rămâne blocați în paternuri negative care preîntâmpină răspunsul necesar pentru a construi relații sigure.

Dacă paternurile de atașament din copilărie continuă să joace un rol critic în relațiile strânse din perioada de adult, acest lucru rămâne să fie demonstrat (vezi Capitolul 4). Dar, la fel ca și cu majoritatea ipotezelor clinice, valoarea teoriei atașamentului în practica terapiei se bazează mai mult pe folosință decât pe dovada empirică a acesteia.

Dezvoltarea familiei normale

Terapeuții experiențiali subscriu la încrederea umană în înțelepciunea naturală a emoției sincere. Lăsați singuri, oamenii tind să înflorească în conformitate cu acest punct de vedere. Problemele apar deoarece această tendință inerentă spre *actualizarea-sinelui* (Rogers, 1951) atrage nemulțumirea presiunilor sociale. Societatea întărește represiunea pentru a domina instinctele oamenilor pentru a-i face să se armonizeze pentru viața de grup. Din nefericire, autocontrolul este realizat cu prețul „represiunii excesive” (Marcuse, 1955). Familiile adaugă propriile lor controale pentru a realiza pace și liniște, perpetuând **miturile familiei** demodate (Gehrke & Kirschenbaum, 1967), pentru a înstrăina copiii de experiența lor.

În situația ideală, controlul parental nu este excesiv, iar copiii cresc într-o atmosferă de sprijin pentru sentimentele și impulsurile lor creatoare. Părinții ascultă de copiii lor, acceptă sentimentele lor și aprobă experiența lor. Afectivitatea este apreciată și cultivată: copiii sunt încurajați să experimenteze lucrurile cu pasiune și să exprime întregul șir al emoțiilor umane.

Terapeuții experiențiali descriu familia ca pe un loc de împărtășire a experienței (Satir, 1972). Familiile funcționale sunt suficient de sigure pentru a sprijini și încuraja o gamă

largă de experiențe; familiile disfuncționale sunt speriate și apatice. Nici deprinderile de rezolvare a problemei, nici structurile particulare ale familiei nu sunt considerate importante pentru experiența extinsă, deschisă, naturală și spontană. Pe scurt, familia sănătoasă oferă membrilor săi libertatea de a fi ei înșiși.

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

Din perspectiva experiențială, negarea impulsurilor și suprimarea sentimentelor sunt rădăcinile problemelor familiei. Familiile disfuncționale sunt blocate în autoprotecție și evitare (Kaplan & Kaplan, 1978). Conform cuvintelor lui Harry Stack Sullivan (1953), ei caută *siguranță*, nu *satisfacție*. Plângerile lor prezentate sunt numeroase, dar problema de bază este aceea că îndulcește emoțiile și dorințele.

În conformitate cu Whitaker (Whitaker & Keith, 1981), nu există un asemenea lucru ca o căsătorie -- doi țapi ispășitori trimiși de familiile lor să se perpetueze ei înșiși. Împreună ei trebuie să pună în practică conflictul inerent în această situație. Cuplurile care rămân împreună ajung, eventual, la un fel de acomodare. Dacă se bazează pe compromis sau resemnare, reconcilierea cu ei înșiși micșorează fricțiunea. Familiile disfuncționale, speriate de conflict, aderă cu rigiditate la ritualuri pe care le pun în practică împreună. Având experiența că sunt diferiți, ei aderă acum la rutinele lor.

În descrierea ei privind familiile cu probleme, Satir (1972) a subliniat atmosfera de moarte emoțională. Asemenea familii sunt reci; ele par că stau împreună din obișnuință sau datorie. Adulții nu se bucură de copiii lor, iar copiii învață să nu se valorizeze ei

înșiși sau să aibă grijă de părinții lor. Ca urmare a lipsei de căldură din familie, acești oameni se evită unul pe celălalt și se preocupă ei înșiși de muncă și alte distracții.

Este important de observat că „disfuncția” pe care Satir a descris-o nu este de felul celei găsite în manualele de diagnostic. Satir a fost interesată de oamenii „normali”, care și-au dus viața într-o disperare liniștită, ca și de familiile pacienților recunoscuți oficial asupra cărora se concentrează de obicei. Așa cum Satir (1972) a arătat:

Este o experiență tristă pentru mine să fiu cu aceste familii. Văd lipsa de speranță, lipsa de ajutor, singurătatea. Văd curajul oamenilor care încearcă să se ascundă — un curaj cu care poate încă să urle sau să cicălească sau să se vaiete unul altuia. Alții nu mai au grijă. Acești oameni continuă an de an, îndurând mizeria ei-înșiși sau în disperarea lor, impunând-o altora. (p.12).

Satir a subliniat rolul comunicării distructive în atenuarea sentimentelor și spunea că există patru moduri nescinstite în care oamenii comunică: *criticarea*, *pacificarea*, *a fi irelevant* și *a fi super rezonabil*. Ce se află în spatele acestor paternuri de comunicare neautentică? O *stimă de sine scăzută*. Dacă oamenii se simt rău cu ei înșiși, este greu să spună adevărul despre sentimentele lor — și se tem să lăse pe alții să le spună cinstit ceea ce ei simt.

Scopurile terapiei

Creșterea, nu stabilitatea, este scopul terapiei de familie experiențiale. Reducerea simptomului este secundară pentru integritatea personală crescută și experiența extinsă (Malone, Whitaker, Warkentin & Felder, 1961). Problemele pe care familiile le prezintă sunt privite ca tichete de admitere

(Whitaker & Keith, 1981); problema reală este sterilitatea emoțională.

Cei mai mulți terapeuți experiențiali se concentrează asupra indivizilor și a experienței acestora mai mult decât asupra organizării familiei. În cazul lui Kempler (1981), angajarea individului este conștientizată: „Eu consider responsabilitatea mea primordială pentru oameni – pentru fiecare individ din cadrul familiei – și numai în al doilea rând pentru organizația numită familie” (p. 27). Această accentuare asupra individului peste familie *nu* este adevărată la mai mulți terapeuți de familie experiențiali sistemici, precum Carl Whitaker, David Keith și Gus Napier.

Împreună cu alții din tradiția existențial-umanistă, terapeuții experiențiali cred că, drumul spre sănătate emoțională este să descopere nivelurile mai profunde ale experienței. Virginia Satir (1972) declara aceasta în modul următor:

Încercăm să facem trei schimbări în sistemul familiei. Mai întâi, fiecare membru al familiei trebuie să poată se vorbească în mod congruent, complet și cinstit despre ceea ce vede și aude, simte și gândește, despre el însuși și despre alții, în prezența altora. În al doilea rând, fiecare persoană trebuie să fie abordată și să fie implicată în condițiile acestei unicități, în așa fel încât hotărârile sunt luate în condițiile explorării și negocierii, mai degrabă decât în condițiile puterii. În al treilea rând, diferența trebuie conștientizată deschis și folosită pentru dezvoltare (p.120).

Atunci când metodele experiențiale sunt aplicate sistemelor care tratează familia (mai curând decât indivizilor care se întâmplă să fie adunați în grupuri de familie), scopul dezvoltării individuale fuzionează cu scopul realizării unei unități întărite a familiei. Opera lui Carl Whitaker îmbracă frumos acest scop dublu. În conformitate cu el, creșterea

personală cere integrarea familiei și viceversa. Apartenența și individualizarea merg mână în mână. De fapt, este adesea necesar să pui părinții mai aproape împreună pentru a permite copiilor lor să plece de acasă, din momentul în care mulți copii nu pot pleca, cu excepția cazului în care ei simt că părinții lor pot fi fericiți fără ei.

Experiențialiștii subliniază latura sentimentală a naturii umane: creativitatea, spontaneitatea și capacitatea de a juca – și, în terapie, valoarea experienței pentru binele propriu.

Noua experiență pentru membrii familiei este gândită să spargă așteptările rigide și să deblocheze îngrijorarea – toate acestea promovează individualizarea (Kaplan & Kaplan, 1978). Bunny and Fred Duhl (1981) vorbesc de scopurile lor ca de un simț sporit al competenței, bunăstării și stimei de sine. Punând accentul pe stima de sine, soții Duhl se fac ecoul Virginei Satir (1964), care credea că stima de sine scăzută și comunicarea distructivă sunt responsabile pentru aceasta, sunt problemele principale în familiile nefericite.

Cei mai mulți terapeuți de familie consideră sensibilitatea și dezvoltarea crescute la indivizi ca servind scopului larg de funcționare îmbunătățită a familiei. Unii terapeuți de familie experimentali păstrează scopul sistemelor de familie implicit și dedică relativ puține din intervențiile lor pentru a-l promova; alții văd dezvoltarea individuală ca legată de creșterea familiei și dedică astfel mai mult din atenția lor promovării interacțiunilor familiei. Soții Duhl (1981) expun „integrarea nouă și reînnoită” în și între membrii familiei, ca scopuri de întărire reciprocă ale tratamentului. Whitaker (1976a) presupunea că familiile vin la tratament pentru că ele sunt incapabile să fie închise și de aceea incapabile să se individualizeze. Prin ajutarea membrilor familiei să-și recupereze propriul potențial

pentru experimentare, el credea că îi ajută, de asemenea, să-și recupereze căcitatea de a se vindeca unul pe altul.

Condiții pentru schimbare comportamentală

Printre concepțiile greșite ale nou-veniților în terapia de familie este aceea că familiile sunt fragile și terapeuții trebuie să fie atenți pentru a evita spargerea lor. O mică experiență ne învață opusul: tratamentul eficient cere intervenții puternice – și pentru terapeuții de familie experiențiali această putere provine din experiența emoțională.

Clinicienii experiențiali folosesc tehnici evocatoare și forța propriei lor personalități pentru a crea întâmpinările terapeutice. Vitalitatea terapeutului ca persoană este o forță majoră în terapie; vitalitatea *întâmpinării* este cecalaltă. Această experiență personală puternică este concepută să ajute să stabilească îngrijirea, relațiile de la o persoană la alta între toți membrii familiei. Gus Napier (Napier & Whitaker, 1978) scria, în *The Family Crucible*, o descriere frumoasă despre ceea ce credeau terapeuții experiențiali că provoacă schimbarea. Realizările apar atunci când membrii familiei riscă să fie „mai separați, mai divergenți, chiar mai supărați”, ca și atunci „când ei riscă să fie mai apropiați și mai intimi”. Pentru a ajuta clienții să-și asume riscurile, terapeuții experiențiali sunt în mod alternativ provocatori și călduroși de suportivi. Aceasta permite membrilor familiei să lase la o parte mecanismele de apărare protectoare și să se deschidă unul către celălalt.

Întâlnirea existentială se credea a fi forța esențială în procesul psihoterapeutic (Kempler, 1973; Whitaker, 1976a). Aceste întâmpinări trebuie să fie reciproce; în loc să se ascundă în spatele rolului profesional, terapeutul trebuie să fie o persoană originală

care catalizează schimbarea folosind impactul său asupra familiilor. Așa cum a spus Kempler (1968):

În această abordare terapeutul devine un membru al familiei în timpul interviurilor, participând atât de complet cât poate, din fericire disponibil pentru apreciere și critică, precum și cât este capabil să se dispenseze de acestea. El râde, plânge sau este mândru. El simte și împărtășește încercările, confuziile și momentele de lipsă de ajutor. (p. 97).

Pentru Satir tratarea și acceptarea reprezentau cheia ajutării oamenilor să se deschidă spre experiență și să se deschidă unul față de altul:

Unii terapeuți cred că oamenii vin în terapie fără să dorească să fie schimbați; ei nu cred că este adevărat. Ei nu cred că *pot* să se schimbe. A aborda ceva nou, un loc nefamiliar este un lucru groaznic. Atunci când pentru prima dată am început să lucrez cu cineva, nu am fost interesată să-l schimb. Am fost interesată să găsesc ritmurile lui, să fiu în stare să mă alătur lui și să-l ajut să meargă în interiorul acelor locuri groaznice. Rezistența este, în principal, teama de a merge undeva unde nu ai mai fost (citată din Simon, 1989, pp 38-39).

Unii terapeuți experiențiali acordă mai multă atenție rezistenței de a simți în cadrul membrilor familiei decât rezistenței sistemelor familiei la schimbare. Concepția lui Kempler despre paternurile familiei interblocante este că ele se rezolvă ușor prin accentuarea lor. „Adesea în familii, este suficient să atragi atenția asupra modelului pentru ca unul sau mai mulți membri să-și oprească rolul lor acolo, eliminând posibilitatea continuării ca un comportament interblocant” (Kempler 1981, p. 113). Kempler crede că obiectivul terapiei

experiențiale este să termine întâlnirile interpersonale. El încearcă să promoveze acest obiectiv prin scoaterea simplă a membrilor familiei din impas. Dar, așa cum este adevărat în cazul grupurilor de întâlnire (Lieberman, Yalom & Miles, 1973), aceste schimbări nu vor fi probabil susținute fără repetiție, lucrând cu ele, și un fel de intuiție cognitivă.

Famiiliile disfuncționale au predilecții conservatoare (homeostatice); ele optează pentru siguranță, mai degrabă decât pentru satisfacție. Din momentul în care pasiunile sunt răvășite, famiiliile nefericite sunt mulțumite să le ascundă; terapeuții experiențiali nu sunt. Clinicienii ca Whitaker cred că este important să fie eficient, nu sigur. De aceea el a avut ca scop deliberat să destabilizeze famiiliile cu care a lucrat.

Așa cum stresul deschide dialogurile familiei și face posibilă schimbarea, regresia terapeutică permite membrilor familiei să descopere și să arate aspectele ascunse ale lor insile. Majoritatea abordărilor au ca scop să ajute pe membrii familiei să spună fiecare celuilalt ce este în mintea lor. Dar aceasta înseamnă că ei vor numai să împărtășească ceea ce sunt conștienți că simt. Ei vor avea puține secrete unul față de la celălalt, dar vor continua să aibă secrete față de ei înșiși sub forma nevoilor și sentimentelor inconștiente. Terapeuții experiențiali, pe de altă parte, cred că, creșterea nivelurilor experienței membrilor individuali ai familiei, vor conduce la interacțiuni ale familiei mai cinstitute și mai intime. Următorul exemplu demonstrează acest proces de schimbare „pe dos”.

—Studiu de caz—

După o sedință inițială de culegere a informațiilor, familia L. a discutat comportamentul rău al lui Tommy, un băiat de 10 ani. Timp de mai multe minute, d-na L.

și sora mai mică a lui Tommy au vorbit pe rând, catalogând tot ce făcea Tommy acasă ca fiind „lucruri groaznice”. Pe măsură ce discuția continua, terapeutul a observat cât de neimplicat părea a fi dl. L. Totuși, el aproba plângerile soției sale înclinând capul îndoielnic. El părea mult mai deprimat decât interesat. Când terapeutul l-a întrebat ce crede, el a vorbit foarte puțin și terapeutul a rămas cu impresia că, de fapt, în mintea lui *erau* foarte puține lucruri – cel puțin în mod conștient. Terapeutul nu cunoștea motivul lipsei lui de implicare, dar ea știa că aceasta o plectisea și s-a hotărât să spună acest lucru.

TERAPEUTUL: (Către dl. L.) Ați ascultat aceasta? Ce se întâmplă cu dumneavoastră ?

DL. L. Poftim? (El a fost șocat, persoanele pe care tocmai le-a cunoscut nu vorbeau în acest fel).

TERAPEUTUL: Am spus: Ce se întâmplă cu dumneavoastră ? Aici, soția dumneavoastră este preocupată și supărată în legătură cu Tommy, iar dumneavoastră stați ca o lampă pe suport. Dumneavoastră faceți parte din familie ca lampa din colț.

DL. L.: Nu aveți dreptul să-mi vorbiți în felul acesta (devenind mai supărat din minut în minut). Eu muncesc din greu pentru familie. Cine credeți că pune pâinea pe masă? Mă scol toată săptămâna la șase dimineața și conduc un camion pentru aprovizionare de-a lungul și de-a latul orașului. Toată ziua ascult clienții înjurând. Apoi vin acasă și ce găsesc. Mai mult scandal. „Tommy a făcut asta, Tommy a făcut cealaltă”. Sunt sătul.

TERAPEUTUL: Spune acest lucru din nou, mai tare.

DL. L.: Sunt sătul! Sunt sătul!

Aceste schimburi de cuvinte au transformat dramatic atmosfera din timpul sedinței. Brusc,

motivul dezinteresului d-lui L. a devenit clar. El era furios pe soția sa care se plângea tot timpul de Tommy. Ea, în schimb, a deplasat o cantitate din sentimentele pentru sotul ei asupra lui Tommy, ca urmare a indisponibilității emoționale a d-lui L. În ședințele următoare, dl și d-na L au vorbit mai mult timp despre relația lor și s-a auzit din ce în ce mai puțin despre comportamentul rău al lui Tommy.

Ca urmare propriului său impuls emoțional, terapeutul din acest exemplu a mărit intensitatea afectivă din ședință confruntându-se cu un membru al familiei. Anxietatea generată, așa cum era, a fost suficientă să expună o problemă ascunsă. Odată ce problema a fost descoperită nu a mai trebuit mult pentru ca membrii familiei să nu se certe.

Deși cititorul ar putea să nu fie de acord cu ideea terapeutului de a se confrunta atât de agresiv cu un membru al familiei, acest lucru nu este neobișnuit în terapia experiențială. Ceea ce face ca acesta să se miște mai puțin riscant decât s-ar părea este prezența celorlalți membri ai familiei. Atunci când întreaga familie este acolo se pare că e mai sigur pentru terapeuți să fie provocatori decât este adevărat în tratamentul individual. Și așa cum Carl Whitaker (1973) a subliniat, familiile vor accepta aceasta de la terapeut, din momentul în care sunt convinși că el sau ea are grijă de ei.

În timp ce terapeuții de familie experiențiali subliniază experiența extinsă a indivizilor drept mijlocul de schimbare terapeutică, ei încep acum să pledeze pentru includerea cât mai multor membri ai familiei în tratament. În calitate de experiențialiști, ei cred în experiența personală imediată; în calitate de terapeuți de familie, ei cred în interconectarea familiei.

Lui Carl Whitaker (1976b) i-a plăcut mulțimea din cabinet când făcea terapie. El

a pledat pentru cel puțin două întâlniri cu rețeaua mai largă a familiei, incluzând părinții, copiii, bunicii și soții divorțați. Invitarea acestor membri ai familiei extinse este un mod eficient de a-i ajuta să sprijine tratamentul în loc să se opună sau să-l submineze.

Pentru a depăși repulsia de a participa, Whitaker a invitat pe membrii familiei extinse în calitate de consultanți „pentru a ajuta terapeutul”, nu în calitate de pacienți. În aceste interviuri, bunicii erau întrebați despre ajutorul lor, despre percepțiile lor privind familia (trecut și prezent) și uneori erau puși să vorbească despre problemele din propria lor căsătorie (Napier & Whitaker, 1978). Părinții pot începe să vadă că bunicii sunt diferiți de imaginile pe care ei le-au introspectat acum douăzeci de ani. Bunicii, în schimb, pot începe să vadă acum că și copiii lor sunt adulți.

Terapia

Terapeuții experiențiali de familie împărtășesc credința umanistă că oamenii sunt plini de resurse în mod natural și dacă sunt lăsați în pace ei vor fi energici, creatori, iubitori și productivi (Rogers, 1951). Sarcina terapiei este, de aceea, văzută ca neblocați apărările și eliberând vitalitatea înăscută a oamenilor.

Evaluarea

Deoarece experiențialiștii sunt mai puțin interesați de rezolvarea problemelor decât de intensificarea funcționării familiei, ei acordă atenție limitată specificității problemei prezentate. Mai mult decât atât, deoarece ei se concentrează asupra indivizilor și a experienței acestora mai mult decât asupra organizării familiei, ei sunt puțin interesați de evaluarea structurii dinamicii familiei.

Citatul următor ilustrează disprețul experiențialistilor pentru evaluare. „Diagnosticurile sunt piatra de mormânt a frustrării terapeutului, iar acuzațiile, precum câștigul defensiv, rezistent și secundar sunt florile plasate pe mormântul insatisfacției sale înmormântate” (Kempler, 1973, p. 11). Problema pare a fi că distanța obiectivă necesară pentru evaluarea formală adoptă o atitudine de judecare și izolează terapeutii de contactul emoțional cu familiile.

Pentru majoritatea experențialistilor, evaluarea are loc automat pe măsură ce terapeutul cunoaște familia. În aceste procese de dezvoltare a relațiilor, terapeutul află cu ce fel de oameni are de-a face. Whitaker a început prin a cere fiecărui membru al familiei să descrie familia și cum funcționează aceasta. În acest mod el are o imagine compozită a membrilor individuali ai familiei și a percepțiilor acestora asupra grupului familiei. Dar acest fel de cerință este tot atât de formală cât sunt terapeutii experiențiali în clasificarea familiilor. Marea majoritate a ceea ce servește pentru evaluare în această abordare este o încercare de a decoda apărările care apar în deschiderea cursului de a încerca să ajute membrii familiei să se deschidă unul față de altul.

Tehnici terapeutice

Conform lui Walter Kempler (1968), în psihoterapia experiențială nu există tehnici, ci numai oameni. Aceasta rezumă aproape increderea în puterea curativă a personalității terapeutului. Nu contează atât de mult că terapeutii rezolvă aceste probleme, ci cine sunt ei.

Pentru a cultiva deschiderea și autenticitatea la pacienții lor, terapeutii trebuie ei înșiși să fie deschiși și originali. Cu toate acestea, această problemă este cel puțin parțial retorică. Oricine *sunt* ei, terapeutii

trebuie, de asemenea, *să facă* ceva. Chiar dacă ceea ce ei fac nu este atent planificat, poate fi totuși descris. Mai mult, terapeutii experiențiali tind să facă mult; ei sunt deosebit de activi și unii (inclusiv Kempler) folosesc un număr de tehnici evocatoare.

Unii folosesc instrumente structurate, precum *sculptarea familiei* și *coregrafia* pentru a stimula intensitatea afectivă din terapie: alții, precum Virginia Satir și Carl Whitaker, se bazează pe spontaneitatea de a fi ei înșiși.

Virginia Satir a avut capacitatea remarcabilă de a comunica. Ca mulți mari terapeuți, ea a fost o persoană dinamică ce a angajat clienții cu autoritate încă din prima ședință. Acolo unde i-a condus, clienții au urmat-o. Dar ea nu s-a bazat numai pe spontaneitatea și pe dezvoltările personale. Mai mult, ea a lucrat activ pentru clarificarea comunicării, a întors oamenii de la respectarea trecutului spre găsirea soluțiilor, a sprijinit stima de sine a fiecărui membru al familiei, arătând intențiile pozitive (mult înainte ca și „conotația pozitivă” să devină un instrument strategic), și a arătat prin exemplu membrilor familiei modul de a fi afectuoși (Satir & Baldwin, 1983). Ea a fost un vindecător amabil, dar puternic.

Una din calitățile lui Satir a fost folosirea simțului tactil. Era vorba de limbajul tandreței. Ea începea adesea prin contact fizic



Virginia Satir s-a concentrat mai mult asupra ajutării legăturii membrilor familiei decât asupra forțelor psihologice și sistemice care-i țin departe.

cu copiii, așa cum arată în cazul ei „Despre pietre și flori”. Bob, un alcoolic recuperat, era tatăl a doi băieți, Aaron (patru ani) și Robbie (doi ani), a căror mamă i-a abuzat în repetate rânduri – împingându-i pe scări, arzându-i cu țigara și legându-i sub chiuvetă. În acel moment al interviului, mama era sub tratament psihiatric și nu vedea copiii. Noua soție a lui Bob, Betty, a fost abuzată de primul ei soț, de asemenea, un alcoolic. Ea era însărcinată și se temea că băieții vor abuza bebelușul. Băieții și-au exprimat deja furia și violența la care ei au fost expuși – plesnind și bătând alți copii. Bob și Betty, acționând prin frustrare și teamă, răspundeau băieților cu grosolănie, ceea ce mărea violența lor.

În timpul ședinței, Satir a arătat părinților cum să atingă copiii cu trandrete și cum să fie fermi când vroiau să oprească copiii de la un comportament rău. Când Bob a început să-i povestească lui Aaron ceva de la distanță, Satir a insistat asupra proximității și atingerii. Ea l-a așezat jos pe Aaron direct în fața tatălui său și i-a cerut lui Bob să ia mâna băiețelului și să-i vorbească direct.

Următoarele fragmente de ședință sunt luate de la Andreas (1991).

—Studiu de caz—

Aceste mânuțe știu o mulțime de lucruri; Ele au nevoie să fie reeducate. Bine. Acum, există multă energie în ambii tineri, așa cum există și în voi. Iar eu voi vorbi terapeutului dumneavoastră pentru a vă acorda ceva timp pentru a avea un răgaz (de la copii). Dar folosiți orice ocazie pentru a avea acest fel de contact fizic. Și ceea ce vă recomand, de asemenea, este ca voi amândoi să vă clarificați ceea ce așteptați.

Și dacă tu, (Bob) ai putea învăța de la Betty cum să fi atent (la copii) mai repede, mi-ar plăcea ca tu să poți să-ți transmiți mesajul fără să contină în el „să nu”, fără un „să nu” -, și

acea forță a brațelor tale când îi iei în brate – nu știu dacă pot să ilustrez acest lucru pentru voi, dar dă-mi brațul pentru o clipă (luând brațul lui Bob). Să vă arăt diferența. Ia-mi brațul ca și cum vrei să mă apuci. (Bob îi ia brațul) Bine. Acum, când faci acest lucru, toți mușchii mei încep să se întărească și eu vreau să lovesc înapoi. (Bob înclină capul). Acum ia-mi brațul ca și cum ai vrea să mă protejezi. (Bob i-a luat brațul). Bine. Acum eu simt forța ta, dar nu o simt ca și cum m-ai trage înapoi așa. (Bob spune „da”).

Ceea ce vreau este să-i atingi de *multe* ori pe ambii *copii*. Si atunci când lucrurile încep (să scape de sub control), atunci te oprști – nu spuni nimic – mergi spre ei și îi cuprinzi (demonstrând o îmbrățișare protectoare atât asupra brațelor lui Robbie), dar trebuie să știi în interiorul tău că nu-i tragi (Aaron își pune brațele scurt pe brațele Virginiei și ale lui Robbie) așa (demonstrând), dar îi cuprinzi într-un mod puternic (strângând ambele mâini ale lui Bob), așa ai văzut diferența. O să-ți demonstrez, de asemenea, și tu (Bob) la fel. Mai întâi am să te apuc (demonstrând) așa. (Bob spune „da”). Vezi, vrei să tragi înapoi. Bine. Acum, ceea ce eu vreau să fac este să-ți dau ceva forță (demonstrând prinderea brațului său cu ambele mâini. Robbie potrivește mâna Virginiei). Dar nu-ți voi cere să dai detalii. Acum acesta este cel mai important lucru pentru tine să începi.

(Virginia se întoarce spre Betty și îi oferă brațul). Bine. Aș vrea să fac același lucru cu dumneavoastră. Așa, luați-mi brațul strâns (Betty apucă brațul Virginiei așa cum a făcut și Aaron). Da, e bine, ca și cum ați vrea să-mi dați „ceva”. Bine. Bine. Acum dați-mi brațul ca și când ai vrea să mă sprijini, dar, de asemenea, vrei să-mi puneti o graniță. (Aaron atinge mâna lui Betty, iar Virginia ia brațul liber al lui Aaron în mâna ei liberă). Este puțin strâns, este puțin strâns.

Așa, data viitoare când vezi că ceva se întâmplă, ceea ce trebuie să faci este să

stabilești un contact (Virginia demonstrează prin luarea antebrațului lui Aaron) și apoi îl lasă moale. (Virginia ia mâinile lui Aaron și începe să-l tragă din poala lui Betty. Acum, Aaron, aș vrea să vii aici, sus, pentru un minut, pentru a putea demonstra ceva pentru mama ta. (Aaron spune, „bine”). Acum, să presupunem, un moment că nu mă gândesc și te iau așa (apucând brațul lui Betty brusc cu ambele mâini). Vedeți ce vreți să faceți? (Betty înclină din cap). Bine. Acum o să fac asta într-un alt mod. Vă dau același mesaj. (Virginia ia înțirmitate brațul lui Betty cu ambele mâini, privind-o direct în ochi și începe să stea în picioare), dar eu fac acest lucru așa. Și eu mă uit la dumneavoastră și vă transmit direct un mesaj. Bine. Acum corpul vostru, în acest moment, nu-mi răspunde negativ. S-a oprit, dar nu negativ. Și apoi am să vă apuc așa (Virginia își pune un braț în jurul umerilor lui Betty și celălalt sub brațul ei superior). Chiar așa (Virginia își pune ambele brațe în jurul lui Betty și o ține strâns) și acum eu vă voi ține. Vă voi ține așa puțin.

După această ședință, Satir a comentat tehnica ei:

S-au întâmplat atât de multe lucruri și teama a fost atât de puternică în legătură cu acești copii că, dacă te gândești la o imagine, ei ar fi fost monștrii. Astfel, un lucru pe care aș fi vrut să-l fac, de asemenea, să văd că ei au capacitatea să răspundă cu o atingere, folosindu-mă pe mine, în acest sens, ei punând mâinile pe fața mea – aceasta a fost un fel de oglindă pentru familia însăși, pentru oamenii din familie. Iar apoi, permițându-le și încurajându-i să facă aceasta cu propriii lor părinți. Vezi, atingi, aceasta vine într-un fel de ambianță care era acolo în acel moment, spui lucruri pe care cuvintele nu le pot reda.

Pentru a încuraja empatia și a pune membrii familiei mai aproape împreună, Satir a folosit adesea următorul exercițiu (adaptat de la Satir & Baldwin, 1983):

1. Gândește-te la o situație dificilă cu copilul tău. Poate copilul tău a făcut ceva cu care nu știi să te descurci sau care te pune la perete.
2. Proiectează propriul tău film al acestei situații din punctul tău de vedere. Imaginează-ți că parcurgi din nou această situație cu copilul tău. Observă cum te simți, ce vezi, ce auzi.
3. Recexperimentează această situație, dar de data aceasta ca fiul tău. Vizualizează întreaga situație, încet și în detalii, ca și cum ți-ai imagina că o vezi prin ochii copilului tău. Lasă sinele tău să simtă ceea ce copilul tău ar fi trebuit să simtă. Observă un sentiment pe care nu ai fost conștient că fiul tău l-ar fi putut avea? Observă ceva de care copilul tău ar putea avea nevoie sau ar vrea ca tu să nu fi fost conștient de aceasta?
4. Recexperimentează aceeași situație, de data aceasta ca observator. Privește și ascultă ceea ce se întâmplă și permiteți să observi atât copilul, cât și pe tine însăși. Observă ceva despre modul în care tu și copilul tău răspundeți unul altuia? Ce vezi mai clar despre tine și copilul tău?

Pentru că el a preferat o întâlnire personală având o abordare calculată, nu este surprinzător că stilul lui Whitaker a fost la fel cu indivizii, cuplurile sau grupurile (Whitaker, 1958). El a evitat cu asiduitate să dirijeze deciziile vieții reale preferând, în schimb, să deschidă membrii familiei spre sentimentele lor și să li se alăture în împărțirea nesiguranței lor. Aceasta poate suna banal, dar este o problemă importantă. Atât

timp cât terapeuții (sau oricine altcineva pentru această problemă) sunt anxioși să schimbe oamenii, e dificil, foarte greu, de a-i ajuta să se simtă înțeleși – și este chiar mai greu să empatizezi realmente cu ei.

O comparație între opera timpurie a lui Whitaker (Whitaker, Warkentin & Malone, 1959; Whitaker, 1978) și opera de mai târziu (Napier & Whitaker, 1978) arată cum s-a schimbat el peste ani. El a început în mod deliberat. El putea adormi în ședințe și apoi să povestească viscile sale, s-a luptat cu pacienții, a vorbit despre propriile lui fantezii sexuale. În anii de mai târziu, el a fost mai puțin provocator. Se pare că aceasta li se întâmplă terapeuților pe măsură ce se maturizează; ei au mai puțin nevoie să se impună ei înșiși și mai multă bunăvoință să asculte.

Deoarece tratamentul lui Whitaker era intens și personal, el credea că este esențial ca doi terapeuți să lucreze împreună. Faptul de a avea un coterapeut cu care să împărtășească încărcătura emoțională, împiedică terapeuții de la a fi complet absorbiți în câmpul emoțional al familiei. Toate terapiile de familie tind să activeze sentimentele proprii ale terapeuților spre anumite tipuri ale membrilor familiei. O poziție detașată, analitică minimizează asemenea sentimente; implicarea intensă le maximizează.

Problema cu contratransferul este că acesta tinde să fie inconștient. Terapeuții devin mult mai conștienți de asemenea sentimente după terminarea ședințelor. E mai ușor să observi contratransferul în alții. Să luăm exemplul doctorului Fox, un bărbat căsătorit care se specializează în terapie individuală, dar vede ocazional cupluri căsătorite în depresie. În 75% din aceste cazuri, dr. Fox încurajează cuplul să divorțeze, iar pacienții lui, într-un procent mare, îi urmează sfatul. Poate dacă dr. Fox ar fi fost mai fericit în propria sa căsătorie sau ar fi avut curajul să o schimbe, el ar fi fost mai puțin împins

să-i ghideze pe pacienții săi acolo unde le era teamă să meargă.

Pentru a minimiza contratransferul. Whitaker a recomandat împărtășirea sentimentelor în mod deschis cu familia. Dacă sentimentele sunt exprimate în mod deschis, ele sunt mai puțin interpretate. Uneori, totuși, cei mai mulți terapeuți pot fi inconștienți de propriile lor sentimente. Aici poate fi folositor un coterapeut. Adesea, un coterapeut poate recunoaște și contracara sentimentele reactive ale unui coleg. O investiție puternică în relația de coterapie (sau echipa de tratament) reține terapeuții de la a fi *indusi* (trași în familii). Terapeuții care văd familiile fără un coterapeut pot lua ur. consultant să-i ajute să realizeze obiectivitatea necesară de a rămâne echilibrat.

Primele ședințe ale lui Whitaker (Napier & Whitaker, 1978) erau bine structurate și includeau istoria unei familii. Pentru el, primele contacte cu familiile sunt salve de inaugurare în „bătălia pentru structură” (Whitaker & Keith, 1981). El a făcut un efort pentru a câștiga destul control, pentru a putea exercita pârghiile terapeutice maxime². El a vrut ca familia să știe că terapeuții sunt responsabili. Aceasta a început cu prima convorbire telefonică. Whitaker (1976b) a insistat să participe cel mai mare număr de membri de familie; el a crezut că sunt necesare trei generații pentru a se asigura că bunicii vor sprijini terapia, nu se vor opune, și că prezența lor va ajuta corectarea distorsiunilor. Dacă membrii importanți ai familiei nu vor participa, Whitaker ar putea refuza să vadă familia. De ce să înceapă cu aceste cărți măsluite împotriva dumneavoastră?

Împreună cu Virginia Satir, Whitaker a fost printre cei mai sinceri exponenți ai

2. Am putea adăuga că există o mare diferență între încercarea de a controla structura ședințelor și încercarea de a controla viețile oamenilor.

terapeuților care au folosit drept catalizator sinele pentru schimbare. Dar dacă Satir a oferit o prezență caldă, de sprijin, Whitaker era în acea perioada aspru, chiar confruntativ. Acum, intervențiile provocatoare ale cuiva ca Whitaker (sau Minuchin) devin numai acceptabile pentru familii după ce terapeutul s-a dovedit a fi o persoană înțelegătoare și grijulie. Înainte de a provoca oamenii este necesar mai întâi să le câștigi încrederea.

Dar dacă ei sunt provocatori sau suportivi, terapeuții experiențiali sunt de obicei activi. În loc să fie lăsați să pună în practică propriile lor probleme, membrilor familiei li se spune, „Spune-i (lui/ei) ce simți!” sau sunteți întrebați „Ce simți acum?”. Dacă cea mai bună metodă pentru a atrage atenția profesorului este să fii neascultător, cea mai bună modalitate este să arăți semne de emoție fără să o exprimi de fapt.

—Studiu de caz—

Terapeutul: Te văd că te uiți peste tata când o întrebi ceva pe mama, de ce?
Kendra: Oh, nimic ...

Terapeutul: Asta trebuie să însemne ceva. Hai, ce simți?

Kendra: Nimic!

Terapeutul: Trebuie să fi simțit ceva. Ce?

Kendra: Ei, uneori când mama mă lasă să fac ceva, tata înnebunește. Dar în loc să tipe la ea, el tipă la mine (strigând ușor).

Terapeutul: Spune-i.

Kendra: (Supărat, către terapeut). Lăsați-mă în pace!

Terapeutul: Nu, este important. Spune-i tatălui tău cum te simți.

Kendra: (Suspînând). Întotdeauna mă faci cu ou și otet! Niciodată nu mă lași să fac nimic!

Terapeuții experiențiali folosesc un mare număr de tehnici expresive în munca lor, inclusiv sculptura familiei (Duhl, Kantor & Duhl, 1973), interviurile păpușii familiei (Irwin & Malloy, 1975), terapia artei familiei (Geddes & Medway, 1977), desenele familiei unite (Bing, 1970) și tehnicile terapiei gestaltiste (Kempler, 1973). Printre echipamentele cabinetelor terapeuților experiențiali sunt jucăriile, casele păpușilor, plastilina, ursuleții



*Terapeuții
experiențiali folosesc
tehnici expresive
pentru a ajuta
familiile să ajungă la
sentimentele de bază.*

de pluș, creioane și hârtie de desen și bețe batacca.

În **sculptura familiei**, inventată de David Kantor și Fred Duhl, terapeutul a cerut fiecărui membru al familiei să-i aranjeze pe ceilalți într-un tablou. Acesta este un mijloc grafic al portretizării percepțiilor fiecărei persoane din familie și locul ei acolo. Acesta este și un instrument favorit al Virginiei Satir, care a folosit frecvent funii și legatul la ochi pentru a pune în scenă rolurile constrictive în care membrii familiei se prind în capcană unul pe altul (Satir & Baldwin, 1983).

Exemplul următor de sculptură a apărut când un terapeut a cerut d-lui N. să-i aranjeze pe ceilalți membri ai familiei într-o scenă tipică în momentul în care el vine acasă de la lucru.

—Studiu de caz—

DI. N.: Când eu vin acasă de la lucru, eh? Bine (către soția sa) dragă, vei fi la aragaz, nu-i așa?

TERAPEUTUL: Nu, nu vorbiti. Numai mutați persoanele acolo unde vreți să fie.

DI.N.: Bine.

El și-a condus soția să stea într-un loc unde ar fi trebuit să fie aragazul, în bucătărie, și și-a așezat copiii pe dușumeaua bucătăriei jucându-se.

TERAPEUTUL: Bine, acum tot fără nici un dialog, fă-i să intre în acțiune.

DI. N. și-a instruit apoi soția să se prefacă că gătește, dar să se întoarcă frecvent să vadă ce fac copiii. El a spus copiilor să se facă că se joacă puțin și apoi să înceapă să se certe și să se plângă mamei.

TERAPEUTUL: Și ce se întâmplă când vii acasă?

DI. N.: Nimic. Încerc să vorbesc cu soția mea, dar copiii continuă să o bată la cap și ea supărată le spune să o lase în pace. TERAPEUTUL: Bine, jucați asta.

D-na N. a jucat, încercând să gătească și să arbitreze certurile copiilor. Copiii, care au considerat aceasta un mare joc, au pretins că se ceartă și au încercat fiecare să atragă atenția mamei. Atunci când dl. N. „a venit acasă”, el s-a apropiat de soția sa, iar copiii au venit între ei, în timp ce d-na N. i-a împins în cele din urmă pe toți într-o parte.

După aceea, d-na N. a spus că ea nu a realizat că soțul ei s-a simțit ignorat. Ea s-a gândit numai că el a venit acasă, spunând bună ziua și apoi retrăgându-se în vizuina lui cu ziarul și sticla sa de bere.

Sculptura familiei este folosită și pentru a ilumina scene din trecut. O indicație tipică este „Amintiți-vă stând în fața casei copilăriei dumneavoastră. Intrați și descrieți ce se întâmpla în mod tipic”. Ideea este să faceți un tablou, portretizând percepțiile fiecăruia despre viața de familie. Este un instrument pentru focalizarea conștiinței și iluminarea sensibilității. Asemenea dramatizări sunt probabil cele mai folositoare dacă acestea sugerează schimbări, asupra cărora se poate apoi acționa.

Un alt exercițiu expresiv este *terapia artei familiei*. Kwiatkowska (1967) instrua familiile să producă o serie de desene, incluzând o „mâzgălitură a familiei unite”, în care fiecare persoană face repede o mâzgălitură, iar apoi întreaga familie încorporează mâzgălitura într-un tablou unificat. Elisabeth Bing (1970) descrie **desenele familiei unite** ca un mijloc de a încălzi familia și de-a-i elibera pentru a se exprima ei înșiși. În această procedură i s-a spus familiei să deseneze un tablou așa cum se văd ei ca o familie”.

Imaginile care rezultă pot dezvălui percepții care nu au fost discutate anterior sau pot stimula persoana care desenează tabloul să realizeze ceva la care el sau ea nu s-au gândit niciodată înainte.

—Studiu de caz—

Un tată a desenat odată un tablou al familiei care-l arăta pe el într-o parte, în timp ce soția sa și copiii se țineau de mână. Deși el a portretizat un fapt binecunoscut soției sale și lui însuși, ei nu au vorbit deschis despre aceasta. Odată el i-a arătat desenul terapeutului, discuția nu a fost evitată. În alt caz, când terapeutul a cerut fiecărui membru al familiei să deseneze familia, fiica adolescentă, a fost nesigură ce să facă. Ea nu s-a gândit niciodată prea mult la familie sau la rolul ei în aceasta. Când a început să lucreze, desenul ei abia părea că se naște. A fost surprinsă să descopere că ea s-a desenat pe ea însăși mai aproape de tatăl și surorile ei decât de mama ei. Aceasta a provocat o discuție vie între ea și mama ei despre aceste relații. Deși amândouă au petrecut mult timp împreună, fiica nu s-a simțit aproape deoarece credea că mama ei o trata ca pe un copil, nevorbindu-i niciodată despre propriile ei probleme, arătând numai un interes superficial pentru viața fiicei. Din punctul ei de vedere, mama a fost surprinsă, și plăcut, că fiica ei se simțea gata să stabilească relații pe bază de grijă reciprocă.

În *interviurile familiei cu păpușa*, Irwin și Malloy (1975) au cerut unui membru al familiei să construiască o poveste folosind păpuși. Această tehnică, folosită la început în terapia jocului cu copiii, s-a crezut a fi un mijloc de exprimare a conflictelor și alianțelor. De fapt, utilitatea ei este probabil

limitată la lucrul cu copiii mici. Cei mai mulți adulți nu rezistă să exprime ceva realmente personal prin asemenea mijloc copilăresc. Chiar un copil de opt ani, reticent, știe ce se întâmplă când terapeutul îi spune „Spune-mi o poveste”.

Jocul de rol este un alt instrument favorit. Folosirea lui se bazează pe premisa că experiența, trebuie să fie reală, dar trebuie să fie simțită și expusă în prezent. Amintirea evenimentelor trecute și considerarea unor evenimente de speranță sau de teamă viitoare poate fi făcută imediat prin jocul de rol în perioada imediată a ședinței. Kempler (1968) încurajează părinții să-și imagineze și să joace scene de rol din copilărie. Unei mame i se poate cere un joc de rol ca atunci când ea era o fetiță sau i se poate cere tatălui să se imagineze pe el însuși ca fiind un băiat prins în aceeași dilemă ca fiul său.

Atunci când cineva, care nu este prezent este menționat, terapeutii pot introduce *tehnicile Gestalt ale scaunului gol* (Kempler, 1973). Dacă o fetiță vorbește despre bunicul ei, i se poate cere să vorbească unui scaun care se presupune că îl personifică pe bunic. Whitaker (1975) folosea o tehnică similară jocului de rol pe care el l-a numit „psihoterapia absurdului”. Aceasta constă în creșterea calității irezonabile a răspunsului pacientului până la absurd. Aceasta echivalează adesea cu chemarea mistificării persoanei, așa cum ilustrează exemplul următor:

PACIENTA: Nu pot să-mi țin bărbatul!

TERAPEUTUL: De ce nu de
descotorosești de el sau ia-ți un prieten?

Uneori, aceasta ia forma unei hărțuiri sarcastice, ca o batjocură plictisitoare ca răspuns la un copil cicălit. Speranța este că pacienții vor lua distanța obiectivă prin participarea la distanțierea terapeutului; pericolul este că pacienții se vor simți răniți dacă se glumește pe seama lor.

Aceste tehnici s-au dovedit folositoare în terapia individuală (Nichols & Zax, 1977) pentru a intensifica experiența emoțională prin aducerea în atenție a amintirilor și prin acționarea asupra reacțiilor suprimate. Se naște întrebarea dacă asemenea instrumente sunt necesare în terapia de familie. În tratamentul individual pacienții sunt izolați de figurile importante din viețile lor, iar jocul de roluri poate fi folositor pentru a aproxima dacă să fie cu acei oameni. Dar, în timp ce terapia de familie este condusă cu oamenii importanți prezenți, aceasta pare îndoielnic că jocul de rolul sau alte mijloace ale fanteziei sunt necesare. Dacă acțiunea emoțională este dorită, este disponibilă total prin simpla deschidere a dialogului dintre membrii familiei.

Două abordări recente emoționale ale terapiei de familie care reprezintă o înțelegere mai sofisticată a dinamicii familiei sunt terapia de cuplu focalizată emoțional și modelul sistemelor interne ale familiei.

Terapia de cuplu focalizată emoțional

Terapia de cuplu focalizată emoțional funcționează pe două niveluri în succesiune – dezvăluind rănirea și dorința persistentă sub expresia defensivă a furiei și retragerii, ajutând apoi cuplurile să înțeleagă cum aceste sentimente sunt scoase din relațiile lor. Pentru început, terapeutul aduce la cunoștință sentimentele imediate ale fiecărui client – rănire și furie, le spune – pentru a-i face să se simtă înțeleși (Johnson, 1998).

—Studiu de caz—

„Ai devenit din ce în ce mai furios. Te-a întristat să auzi că Will s-a descris pe el însuși ca inocent, nu-i așa?”



Focalizarea lui Susan Johnson asupra dorințelor persistente poate fi văzută ca un antidot la preocupările curente ale domeniului privind cogniția

Prin întreruperea certei unui cuplu și prin reflectarea a ceea ce simte fiecare dintre ei, terapeutul difuzează ostilitatea și îi ajută să se concentreze asupra experienței lor, mai degrabă decât asupra greșelilor fiecăruia. Atunci, pentru a explora percepțiile care arată răspunsurile emoționale ale pacienților pentru fiecare, terapeutul cere o descriere a ceea ce se întâmplă acasă.

„Oh, o parte din tine îl crede, dar cealaltă parte este suspicioasă?”

„O parte din tine privește și așteaptă că el te va răni?”

„Poți să-mi vorbești despre partea care crede că el este cinstit?”

În continuare, terapeutul subliniază cum emoțiile cuplului îi conduc în ciclurile creșterii polarizării.

Ciclul a fost formulat în termenii autoprotecției lui Will prin rămânerea la distanță și prin evitarea furiei lui Nancy, iar Nancy fiind vigilentă și luptând pentru a evita să fie din nou trădată. Pe măsură ce ea devenea mai nesigură și neîncrezătoare, Will s-a simțit atunci mai lipsit de ajutor și s-a îndepărtat mai mult. Pe măsură ce el se distanța, ea s-a simțit trădată și a devenit mai furioasă. Ambii au fost considerați ca victime ale ciclului, pe care eu l-am

încadrat neconținut ca o problemă comună de care partenerii au nevoie ca să se ajute unul pe altul. (Johnson, pp. 457-468).

Conștientizarea crescută a cuplului privind modul în care reactivitatea frustrează dorințele lor pregătește terenul pentru emoțiile profunde care zac sub parteneriatul lor. Expresia catartică rezultată face posibil pentru cuplu să-și aprofundeze înțelegerea paternului lor destructiv unul față de altul, iar acest proces circular continuă să fie cercetat în procesul de lucru.

Teoria atașamentului ajută cuplurile focalizate emoțional să scoată la iveală problemele care devin agitate când cuplurile vorbesc despre rănilor și dorințele lor.

„Poate te simți așa pentru că nimeni realmente nu te iubește?”

„Te simți fără ajutor și singur, nu-i așa?”

Impactul acestei evocări emoționale este sublinat de faptul că partenerul este prezent pentru a fi abordat în acest nou mod „cu mai mult sentiment”.

„Deci, poți să-i spui ei acest lucru?”

Ultimul scop al acestei activități este de a permite partenerilor să riște să fie vulnerabili unul cu celălalt, conștientizând și exprimând nevoile lor de legătură.

„Numai dumneavoastră puteți să vă confrunțați cu teama dumneavoastră și să hotărâți ce depinde de Will. El poate face acest lucru? Singura persoană care poate să învingă apărarea și care riscă să-l creadă sunteți dvs, nu-i așa?”

„Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla?”

Din nou, a lucra împreună cu cuplul înseamnă că, odată ce partenerii riscă să-și

exprime nevoile și temerile, colegii lor pot fi încurajați să răspundă.

„Ce ți s-a întâmplat Will când ai auzit aceasta?”

Răspunsul la această întrebare va fi desigur foarte diferit în momentul în care partenerii coboară garda și încep să vorbească despre ceea ce ei se tem și ceea ce doresc unul de la celălalt.

Terapeutul cuplurilor focalizate emoțional încadrează experiențele membrilor familiei în condiții de lipsă, izolare și lipsa atașamentului securizant. Această perspectivă din teoria atașamentului ajută membrii familiei să se concentreze asupra dorințelor lor mai degrabă decât asupra greșelilor și eșecurilor fiecăruia. Procesul intervenției terapeutice a fost descris în nouă etape de tratament (Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999):

1. Evaluarea – crearea unei alianțe și explicarea problemelor centrale din conflictul cuplului folosind teoria atașamentului.
2. Identificarea ciclului de interacțiune problematică care menține insecuritatea atașamentului și produce suferință relației.
3. Dezvăluirea emoțiilor neconștientizate arătând pozițiile interacționale.
4. Reformularea problemei în termenii ciclului problematic cu sublinierea emoțiilor și a nevoilor de atașament.
5. Încurajarea acceptării și exprimării nevoilor și aspectelor nerecunoscute ale sinelui.
6. Încurajarea acceptării noii deschideri a partenerului.
7. Încurajarea exprimării nevoilor și

dorințelor specifice și crearea unei angajări intime emoționale.

8. Facilitarea soluțiilor noi pentru problemele relaționale nerezolvate.
9. Consolidarea pozițiilor noi și a exprimării mai oneste a nevoilor unei legături.

În toate aceste etape, terapeutul se deplasează între ajutarea partenerilor să descopere și să exprime experiența lor emoțională și ajutarea lor să reorganizeze paternurile interacțiunilor lor. De exemplu:

Terapeutul ar putea, apoi, să ajute mai întâi o soție retrasă, prudentă, să formuleze sentimentul ei de lipsă de ajutor paralizant, care pregătește retragerea ei. Terapeutul va valida acest sentiment de lipsă de ajutor prin plasarea acestuia în contextul ciclului distructiv care a preluat relația. Terapeutul va sublinia această experiență în ședință și apoi va ajuta partenerul său să o audă și să o accepte, chiar dacă este foarte diferită de modul în care ea acționează cu soțul său. În sfârșit, terapeutul se deplasează spre structurarea unei interacțiuni în jurul acestei lipse de ajutor, ca în „Deci poți să te întorci la ea și poți să-i spui „Mă simt atât de lipsit de ajutor și înfrânt. Aș vrea să fug și să mă ascund”. Acest fel de declarație, în și despre sine, reprezintă o mișcare de la retragerea pasivă și este începutul angajării emoționale active. (Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999, p. 70).

Terapia sistemică internă de familie. În modelul sistemic intern ale familiei (Schwartz, 1995), vocile interne conflictuale sunt personificate ca subpersonalități sau „părți”. Ce face acest instrument puternic este că, deși membrii familiei clientului sunt adesea fără soț, conflictele lor sunt bazate în mod frecvent pe polarizările unui singur aspect a ceea ce simte fiecare dintre ei.

Adevărul este că oamenii în conflict unul cu altul sunt, de asemenea, adesea, în conflict cu ei înșiși.

Sfidarea adolescenței și neîncrederea părinților ei sunt numai un aspect al sentimentelor complexe pe care le au ei unul față de celălalt. Sau, pentru a alege un alt exemplu, cuplul prins într-un patern urmărit-urmăritor poate fi exteriorizat numai prin acele părți din el, care sunt terifiante, ale abandonului și prăbușirii. Prin dramatizarea elementelor conflictelor lor interioare și ambivalenței, terapia sistemică internă de familie ajută membrii familiei să apeleze la sentimentele lor și să se reconecteze unul cu celălalt în moduri mai puțin polarizate.

Pentru a ajuta clienții să înceapă să distingă printre vocile lor interioare conflictuale, Schwartz începe prin introducerea limbajului părților.

—Studiu de caz—

„Deci există o parte din dumneavoastră care este tristă și supărată când fiul dumneavoastră are o cădere. Credeți că, dacă acea parte nu ar fi atât de amestecată, ar fi fost mai ușor pentru dumneavoastră să-l ajutați?”

„Aceasta sună că, o parte din dumneavoastră este de acord cu soțul dumneavoastră privind severitatea față de copii, dar există o altă parte care spune că el este prea aspru. Ce este acea a doua parte? Ce vă spune ea? De ce se teme?”

Acuțând cu atenție la ceea ce clienții simt și evaluând apoi reacțiile lor ca venind dintr-o parte a lor, terapeutul inițiază o schimbare în polarizările familiei, este mai ușor pentru oameni să conștientizeze că „o parte a lor” se simte – supărată, fără ajutor sau altfel, – apoi că „ei” (în întregul lor) se simt în acest fel.

Unui părinte care are probleme să admită că este supărat că fiul său nu merge bine cu școala i se poate părea aceasta mai ușor de conștientizat, considerând că o parte din el care este supărată de eșecurile fiului său - și, mai mult, că partea supărată învață modul părții simpatice.

Odată introdusă ideea este că părțile diferite ale membrilor familiei reacționează una cu alta, în loc să se vadă pe ei înșiși intrinsec ca perechi, ei pot începe să vadă că părțile unuia sunt părțile declanșatoare ale celuilalt. Implicarea evidentă este că, dacă emoțiile lor agravante sunt conținute numai în părțile lor, ei au alte sentimente și alte posibilități pentru interacțiune.

Astfel, „Partea supărată a tatălui dumneavoastră pare să declanșeze partea dumneavoastră tristă și lipsită de ajutor, este adevărat?”

Si, din momentul în care multe asemenea polarizări devin triumphiuri, s-ar putea ca partea supărată a tatălui să declanșeze, de asemenea, o parte protectoare din soția sa.

„Când vedeți partea supărată a soțului dumneavoastră, răspunzând fiului dumneavoastră, că declanșează o parte protectoare în dumneavoastră? O parte din dumneavoastră simte că aveți nevoie să luptați cu soțul dumneavoastră pentru a vă proteja fiul?”

Astfel, în loc de a avea un fiu care este un perdant, un tată care nu este simpatic și părinți care nu pot fi de acord, familia descoperă că fiecare dintre ei are probleme cu unele din părțile lor. Tatăl este transformat dintr-un tiran într-un părinte care luptă cu partea lui frustrată și supărată. Soția sa încetează să fie pereche cu el și, în schimb, este văzută ca având o parte protectoare care declanșează prin partea sa supărată. Și, în loc

să fie un perdant, fiul devine un băiat cu o parte a lui care se simte fără ajutor în confruntarea cu supărarea tatălui său și cu conflictul părinților săi.

Ca toate modelele experiențiale, terapia sistemică internă de familie este fondată pe credința că în spatele părților emoționale ale oamenilor stă un sine sănătos în centrul personalității. Când terapeutul observă părți diferite preluând avantajul, el sau ea cere mai întâi persoanei să le vizualizeze și apoi să se calmeze. Dacă, de exemplu, o parte supărată este văzută ca un câine furios, acea persoană află că ar putea să-și calmeze furia prin abordarea câinelui și mângâindu-l până acesta se simte în siguranță. Sau, pentru a folosi un alt exemplu (citată de Schwartz, 1988), dacă o parte îngrozită este imaginată ca o păpușă din cârpe, clienta ar putea să-și relaxeze temerile imaginându-și că o îmbrățișează și o alintă. Astfel, prin personificarea reacțiilor emoționale polarizate ale oamenilor ca părți și apoi ajutându-i să vizualizeze și să asigure aceste părți reactive, terapia sistemică internă de familie eliberează oamenii de dominația fricii și mâniei, care le permite, în schimb, să lucreze împreună mai eficient pentru a rezolva problemele personale și ale familiei.

Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei

Terapia experiențială ajută pe membrii familiei să pătrundă în profunzimea interacțiunilor acestora pentru a explora sentimentele mai profunde care le conduc. Această abordare ajută cel mai bine oamenii să-și coboare apărarea și să se apropie împreună mai direct și mai autentic. Datorită sublinierii terapiei de familie privind

comportamentul și cogniția, efortul de a ajuta clienții descoperă că latura sentimentelor experienței acestora este cu siguranță o completare binevenită.

Indiferent ce abordare a terapiei de familie avem în vedere, schimbarea indivizilor și a experienței acestora este o modalitate puternică de a întrerupe certurile defensive. Când membrii familiei se ceartă, aceasta se leagă de obicei de apărările lor. În loc să spună „Sunt rănit” ei spun „Mă înnebunești”; în loc să admită că ei se tem, ei critică comportamentul celuilalt. O modalitate eficientă de a întrerupe escaladarea neproductivă a argumentelor este explorarea sentimentului participanților, pe rând. Vorbind indivizilor despre ceea ce ei simt – și rădăcinile acestor sentimente – membrii familiei pot fi ajutați să depășească apărarea care îi ține separat și să-i reconecteze la un nivel mai original.

Dar, ca și abordările care se focalizează în întregime asupra familiilor și interacțiunile acestora lasă ceva în afară, așa se întâmplă și cu o abordare care se concentrează prea strâns asupra indivizilor și asupra experienței lor emoționale. În perioada de vârf a popularității lor, în anii 1970, terapeuții experiențiali au abordat terapia de familie ca și cum ar fi fost un grup de întâlnire pentru rude. Ei au acordat mare încredere valorii experienței emoționale a individului și apreciere limitată rolului pe care îl joacă structura familiei în reglementarea acestei experiențe. Cu toate acestea, nu este surprinzător, deoarece terapia de familie s-a concentrat mai mult asupra organizării, interacțiunii și narațiunii, în anii 1980 și 1990, modelul experiențial căzut în disgrație.

Așa cum am sugerat deja, o terapie concepută în primul rând pentru a alege sentimentele poate fi mult mai adecvată pentru grupurile de întâlnire decât pentru terapia de familie. Cu toate acestea, modelele comportamentale și cognitive dominante ale

terapiei de familie ar putea suporta cu mai multă atenție sentimentele oamenilor. Dacă „cu mai multă atenție sentimentele oamenilor” sună puțin vag, ne permitem să facem această sintagmă mai clară. Ajutarea membrilor familiei are legătură cu sentimentele acestora și realizează două lucruri: îi ajută ca persoane să descopere ce cred și simt realmente – ceea ce vor și de ce le este teamă – și îi ajută ca familie să depășească defensivitatea și să înceapă să intre în relații unul cu altul într-un mod mai onest și imediat.

Două abordări creatoare deosebite de ajutorare a indivizilor care au legătură cu experiența lor interioară sunt terapia de cuplu focalizată emoțional și terapia sistemică internă de familie. Ce face ca terapia lui Johnson și Greenberg să fie diferită este combinarea sofisticată a expresivității și atenției emoționale cu paternurile dinamice ale interacțiunii dintre cupluri. Terapia de cuplu focalizată emoțional începe, așa cum trebuie să o facă orice abordare emoțională, prin alegerea și conștientizarea sentimentelor cu care vin clienții – chiar dacă sau, în special, dacă acele sentimente sunt defensive. Nu mergeți mai profund ignorând ceea ce oamenii simt.

Combinatia emoțiilor mai profunde și mai vulnerabile descoperite și învățarea cuplurilor despre paternurile reactive a sentimentelor lor le conduc pe acestea să creeze o experiență cognitivă plină de sens. Așa cum au demonstrat Lieberman, Yalom și Miles (1973) cu grupurile de întâlnire, numai o experiență terapeutică intensă emoțional poate avea o valoare de durată când se împletește cu o înțelegere intelectuală a semnificației acestor emoții. Singurul avertisment pe care putem să-l oferim este că explicațiile sunt cele mai folositoare când sunt potrivite experienței specifice clienților, urmând un proces semnificativ emoțional al descoperirii – care este ceea ce deosebește

psihoterapia de o conversație cu mătușa dumncavoastră Harriet.

Ca și terapia focalizată emoțional, abordarea sistemică internă a familiei, a lui Schwartz, ajută membrii familiei să conviețuiască împreună cu mai multă înțelegere, ajutând indivizii să ceară ajutor propriei lor experiențe conflictuale. Personificarea emoțiilor nesupuse drept „părți” este un instrument puternic pentru ajutarea oamenilor să realizeze o distanță clarificatoare de conflictele lor. Spre deosebire de terapia focalizată emoțional, terapia sistemică internă de familie nu se bazează pe explicații didactice. În această abordare, experiența emoțională este clarificată prin învățarea diferenței dintre propriile sentimente mai curând, decât prin explicații oferite de terapeut.

În plus, la relatările anecdotice ale rezultatelor de succes (Napier & Whitaker, 1978; Duhl & Duhl, 1981) și descrierile tehnicilor care au fost observate că sunt eficiente în catalizarea expresiei emoționale în timpul ședințelor (Kempler, 1981), terapia de cuplu focalizată emoțional a primit un impuls bun de la suportul empiric (de exemplu, Johnson & Greenberg, 1985, 1988; Johnson, Maddeaux, & Blouin, 1998; Jonson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999).

Recent, cercetătorii care căutau să studieze eficiența tehnicilor experimentale au

urmat sugestia lui Mahrer (1982) de a se concentra asupra procesului, mai degrabă decât asupra rezultatului terapiei. Deoarece el credea că studiile rezultatului au un impact mai mic asupra practicienilor (care „știu” ce trebuie să facă). Mahrer recomandă studierea „rezultatelor în terapie” – aceasta înseamnă ce fel de intervenții produc rezultatele în decursul ședințelor (expresia emoțională, comunicarea mai deschisă). După Mahrer (1982) și alții (Pierce, Nichols & DuBrin, 1983), care căutau asemenea „rezultate în terapie” în tratamentul individual, Leslie Greenberg și Susan Johnson au descoperit că ajutorarea unui partener supărat și care atacă să-și dezvăluie sentimentele lui/ei mai tandre caracterizează cel mai bine ședințele cazurilor de succes (Johnson & Greenberg, 1988) și că această auto-dezvăluire conduce la o experiență emoțională mai profundă și la ședințe mai productive (Greenberg, Ford, Alden & Johnson, 1993).

Odinioară, sentimentul și expresia ocupau podiumul central în terapiile psihologice; astăzi acest loc este deținut de comportament și cogniție. Psihoterapeuții au descoperit că oamenii gândesc și acționează; dar aceasta nu înseamnă că noi trebuie să ignorăm experiența emoțională imediată care este preocuparea principală a terapiei experimentale de familie.

—Rezumat—

Terapia de familie experiențială lucrează din interior spre exterior – întărind familiile prin încurajarea autoexprimării individuale, răsturnând direcția obișnuită a efectului în terapia de familie. Terapia experiențială de familie se distinge, de asemenea, prin angajarea bunăstării emoționale ca opusă rezolvării problemei. Integritatea personală

și autorealizarea sunt văzute ca și calități umane înnăscute care se vor naște spontan în momentul în care apărarea este depășită. Pentru a introduce noutatea și a mări experiența, terapeuții folosesc propriile lor personalități vii, precum și numeroase tehnici expresive.

Deși modelul experiențial și-a pierdut popularitatea în anii 1980, acesta se

bucură acum de o oarecare renaștere, în special, în lucrul inovativ al terapiei de cuplu focalizată emoțional și al abordării sistemice interne a familiei. Odinoară, ideea că familiile sunt sisteme era atât nouă, cât și controversată; astăzi există o nouă ortodoxie. Acum, că pendulul s-a

deplasat atât de departe în direcția gândirii sistemice, indivizii și bucuriile și temerile lor private sunt rar menționate. Desigur, una din contribuțiile majore ale terapiei de familie experiențiale este să ne reamintească să nu pierdem din vedere sinele în sistem.

—Lecturi recomandate—

Duhl, B.S. and Duhl, F.J. 1981. Integrative family therapy. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Duhl, F.J., Kantor, D., and Duhl, B.S. 1973. Learning, space and action in family therapy; A primer of sculpture. In *Techniques in family therapy*. D.A. Bloch, ed. New York: Grune & Statton.

Greenberg, L.S. and Johnson, S. M. 1988. *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.

Keith, D.V., and Whitaker, C.A. 1977. The divorce labyrinth. In *Family therapy: Full length case studies*. P. Papp, ed. New York: Garner Press.

Laing, R.D., and Esterson, A. 1970. *Sanity, madness and the family*. Baltimore: Penguin Books.

Napier, A.Y., and Whitaker, C.A. 1978. *The family crucible*. New York: Harper & Row.

Neill, J. R. and Kniskern, D. P., eds. 1982. *From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker*. New York: Guilford Press.

Satir, V.M. 1988. *The new people-making*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Satir, V.M., and Baldwin, M. 1983. *Satir step by step: A guide to creating change in families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Schwartz, R.C. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.

Schwartz, R.C. 1998. Internal family systems therapy. In *Case studies in couple and family therapy*. F. M. Dattilio et. New York: Guilford Press.

Whitaker, C.A., and Bumberry, W.M. 1988. *Dancing with the family: A symbolic experiential approach*. New York: Brunner/Mazel.

Whitaker, C.A., and Keith, D.V. 1981. Symbolic-experiential family therapy. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

—Bibliografie—

Andreas, S. 1991. *Virginia Satir: The patterns of her magic*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Bing, E. 1970. The conjoint family drawing. *Family Process*. 9:173-194.

Binswanger, L. 1967. Being-in-the world. In *Selected papers of Ludwig Binswanger*, J. Neddleman, ed. New York: Harper Torchbooks.

Boss, M. 1963. *Psychoanalysis and daseinanalysis*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. 1988. *A secure base*. New York: Basic Books.
- Collins, N.L., and Read, S.J. 1994. Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In *Attachment processes in adulthood*. K. Bartholomew and D. Perlman, eds. London: Jessica Kingsley.
- Duhl, B.S., and Duhl F.J. 1981. *Integrative family therapy*. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D.P. Knistern, eds New York: Brunner/ Mazel.
- Duhl, F.J., Kantor D., and Duhl, B.S. 1973. Learning space and action in family therapy: A primer of sculpture. In *Techniques of family psychotherapy*.
- Geddes, M. and Medway, J. 1977. The symbolic drawing of family life space. *Family Process*. 16:219-228.
- Gehrke, S., and Kirshenbaum, M. 1967. Survival patterns in conjoint family therapy. *Family Process*. 6:67-80.
- Greenberg, L. S., Ford, C. L., Alden, L., and Johnson, S.M. 1993. In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61:78-84.
- Greenberg, L. S. and Johnson, S.M. 1985. Emotionally focused couple therapy: An affective systemic approach. In *Handbook of family and marital therapy*. N.S. Johnson and A.S. Gurman, eds. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. and Johnson, S.M. 1986. Affect in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 12:1-10.
- Greenberg, L.S. and Johnson, S. M. 1988. *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Irwin, E., and Malloy, E. 1975. Family puppet interview. *Family Process*. 14:179-191.
- Johnson, S.M. 1998. Emotionally focused couple therapy. In *Case studies in couple and family therapy*. F.M. Dattilio, ed. New York: Guilford Press.
- Johnson, S.M., and Greenberg, L.S. 1985. Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 11:313-317.
- Johnson, S.M., and Greenberg, L.S. 1988. Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 14:175-183.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., and Schndler, D. 1999. Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 6:67-79.
- Johnson, S.M., Maddeaux, C., and Blouin, J. 1998. Emotionally focused therapy for bulimia; Changing attachment patterns. *Psychology*. 35:238-247.
- Kaplan, M. L., and Kaplan, N.R. 1978. Individual and family growth: A Gestalt approach. *Family Process*. 17:195-205.
- Kempler, W. 1968. Experiential psychotherapy with families. *Family Process*. 7:88-89.
- Kempler, W. 1973. *Principles of Gestalt family therapy*. Oslo: Nordahls.
- Kempler, W. 1981. *Experiential psychotherapy with families*. New York: Brunner/ Mazel.
- Kwiatkowska, H.Y. 1967. Family art therapy. *Family Process*. 6: 37-55.
- Laing, R.D. 1967. *The politics of experience*. New York. Ballantine.
- Laing, R.D., and Esterson, A. 1970. *Sanity, madness and the family*. Baltimore: Pinguin Books.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., and Miles, M.B. 1973. *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Mahler, A. R. 1982. *Experiential psychotherapy: Basic practices*. New York: Brunner/Mazel.
- Malone, T.P., Whitaker, C.A., Warkentin, J., and Felder, R.E. 1961. Rational and nonrational psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 15:212:220.
- Marcuse, H. 1955. *Eros and civilization*. New York: Beacon Press.
- Napier, A. Y. 1977. Follow-up to divorce laby-

- rinth. In *Family therapy: Full-length case studies*. P. Papp, ed. New York: Gardner Press.
- Napier, A.Y., and Whitaker, C.A. 1978. *The family crucible*. New York: Harper & Row.
- Nichols, M.P., & Zax, M. 1977. *Catharsis in psychotherapy*. New York: Gardner Press.
- Pierce, R., Nichols, M. P. and duDrin, J. 1983. *Emotional expression in psychotherapy*. New York: Gardner Press.
- Rogers, C.R. 1951. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Satir, V. M. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Satir, V. M. 1972. *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Satir, V.M., and Baldwin, M. 1983. *Satir step by step: A guide to creating change in families*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Schwartz, R.C. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.
- Schwartz, R.C. 1998. Intrnal family systems therapy. In *Case studies in couple and family therapy*. F. M. Dattilio, ed. New York: Guilford Press.
- Simon, R. 1989. Reaching out to life: An interview with Virginia Satir. *The Family Therapy Networker*. 13(1):36-43.
- Sullivan, H. S. 1953. *The interpersonal theory of pshychiatry*. New York: Norton.
- Whitaker, C.A. 1958. Psychotherapy with couples. *American Journal of Psychotherapy*. 12:18-23.
- Whitaker, C.A. 1967. The growing edge. In *Techniques of family therapy*. J. Haley and L. Hoffman, eds. New York: Basic Books.
- Whitaker, C. A. 1975. Psychotherapy of the absurd. With a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*. 14:1-16.
- Whitaker, C.A. 1976 a. The hindrace of theory in clincial work. In *family therapy and practice*. P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Whitaker, C.A. 1976b. A family is a four-dimensional relationship. In *Family therapy: Theory and practice*. P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Withaker, C. A. and Keith, D. V. 1981. Symbolic-experiential family therapy, In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Whitaker, C. A. And Malone, T. P. 1953, *The roots of psychotherapy*. New York: Blakiston.
- Whitaker, C.A., Warkentin, J., and Malone, T. P. 1959. The involvement of the professional therapist. In *Case studies in counseling and pshychotherapy*. A. Burton, ed. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.



Terapia de familie psihanalitică

Redescoperind psihodinamica

Mulți dintre pionierii terapiei de familie au o pregătire psihanalitică, inclusiv Nathan Ackerman, Murray Bowen, Ivan Boszormenyi-Nagy, Carl Whitaker Don Jackson și Salvador Minuchin. Dar, cu un entuziasm pasionant pentru inovație, ei au părăsit vechea psihodinamică și s-au întors spre cea nouă – dinamica sistemică. Unii, ca Jackson și Minuchin, s-au îndepărtat foarte mult într-adevăr de rădăcinile lor psihanalitice. Alții, precum Bowen și Nagy, au păstrat, în mod distinct, analiza analitică în munca lor.

În anii 1960 și 1970 terapia de familie l-a urmat pe Jackson și Minuchin, nu numai ignorând gândirea psihanalitică, ci denigrând-o. Jackson (1967) a mers atât de departe încât a declarat moarte individului, iar Minuchin (1989) a proclamat: „Noi am înțeles că individul scos din context era un monstru mitic, o iluzie creată de orbii noștri psihodinamici”.

În anii 1980 a apărut o schimbare surprinzătoare: terapeuții de familie au un interes reînnoit în psihologia individului.

Această renaștere a interesului în gândirea psihanalitică a reflectat schimbările din psihanaliză – de la individualismul teoriei freudiene la teoriile relațiilor de obiect orientate mai mult pe relații și psihologia sinelui, precum și schimbările în terapia de familie însăși, în special insatisfacția față de elementele mecaniciste ale modelului cibernetic. Printre cărțile care invitau la o apropiere de psihanaliză sunt: *Object Relations: A Dynamic Bridge Between Individual and Family Treatment* (Relațiile de obiect: O punte dinamică între terapia individului și terapia de familie) (Slipp, 1984); *Object Relations Family Therapy* (Terapia de familie a relațiilor de obiect) (Scharff & Scharff, 1987) și *The Self in the System* (Sinele în sistem) (Nichols, 1987).

Motivul pentru care aceste abordări psihodinamice au găsit o audiență receptivă a fost acela că în timp ce terapeuții de familie au descoperit adevărurile profunde despre interacțiunile sistemice, mulți au crezut că ei au greșit întorcând spatele psihologiei adâncurilor. Oricine care nu trece repede

peste autoconștientizare știe că viața interioară iese la suprafață în conflict și confuzie, cea mai mare parte neexprimată vreodată. În timp ce terapeuții sistemici s-au focalizat pe expresia exterioară a acestei vieți interioare – interacțiunea și comunicarea familiei –, terapeuții psihanalitici au explorat dedesubturile dialogurilor familiei pentru a cerceta temerile și dorințele membrilor individuali ai familiei.

Figuri reprezentative

Freud a fost interesat de familie, dar a văzut-o ca pe o afacere veche – locul în care oamenii au învățat temerile neurotice, mai degrabă decât contextul contemporan, unde asemenea temeri sunt menținute. Confruntat cu fobicul Micul Hans, Freud (1909) a fost mai mult interesat în analizarea complexului oedipian al băiatului decât să încerce să înțeleagă ce se întâmplă în familia sa.

Progrese majore au fost realizate în înțelegerea psihanalitică a dinamicii familiei de către psihiatrii care se ocupau de copii și care au început să analizeze mamele și copiii împreună (Burlingham, 1951). Un exemplu al rezultatelor acestor studii este explicația *superego-ului lacunae* a Adelaidei Johnson (Johnson & Szurek, 1952), goluri în moralitatea personală trecute cu vederea de părinții care fac lucruri, precum faptul că le spun copiilor lor să mintă despre vârsta lor pentru a economisi banii când merg la cinematograf.

Ulterior, analiza similară a cuplurilor căsătorite a arătat familia ca un grup de sisteme intrapsihice, interblocate, (Oberdorf, 1938; Mittlemann, 1948). Accastă noțiune de psihic interlegat rămâne o trăsătură caracteristică importantă a punctului de vedere psihanalitic privind familiile (Sander, 1989). Părerile celor mai mulți terapeuți de familie psihanalitici sunt mai puțin interesate ca unitate dar, terapeuții psihanalitici sunt mai

puțin preocupați de a lucra cu întregul decât cu lumile interioare ale membrilor familiei și trecutul care-i formează pe ei ca indivizi.

Din anii 1930 până în 1950, din ce în ce mai mulți cercetători psihanalitici au devenit interesați de familia contemporană. Erik Erikson a explorat dimensiunile sociologice ale psihologiei ego-ului. Observațiile lui Erich Fromm despre lupta pentru individualitate au prevestit opera de mai târziu a lui Bowen privind diferențierea sinelui. Teoria interpersonală a lui Harry Stack Sullivan a subliniat rolul mamei în transmiterea anxietății la copiii ei.

În anii 1950, psihanaliza americană era dominată de psihologia ego-ului (care se concentrează asupra structurilor intrapsihice), în timp ce teoria relațiilor de obiect (care este potrivită pentru analiza interpersonală) a înflorit peste ocean, în Marea Britanie. În anii 1940, Henry Dicks (1963) a întemeiat Unitatea Psihiatrică de Familie la Clinica Tavistock din Anglia, unde echipe de asistenți sociali au încercat să reconcilieze cuplurile trimise de tribunalele de divorț. Prin anii 1960, Dicks (1967) aplica teoria relațiilor de obiect pentru a înțelege și a trata conflictul marital. Lucrarea sa clasică *Tensiunile maritale* (*Marital Tensions*) (Dicks, 1967) este încă una din cele mai profunde și folositoare cărți scrise vreodată despre viața interioară a cuplurilor.

Între timp, psihanaliștii care au ajutat la crearea terapiei de familie au părăsit psihodinamica, iar influența analitică în activitatea lor a fost în mod deliberat fără glas. O excepție a fost Nathan Ackerman, care, dintre toți pionierii, a păstrat cea mai puternică loialitate psihanalizei. Studenții, printre ei Salvador Minuchin, au mers la New York pentru a-l vedea pe acest maestru la lucru.

Edith Jacobson (1954) și Harry Stack Sullivan (1953) au ajutat aducerea psihiatriei americane la un punct de vedere interpersonal. Mai puțin cunoscută, dar mai impor-

tantă pentru dezvoltarea terapiei de familie, a fost activitatea desfășurată la Institutul Național de Sănătate Mentală (NIMH). Când NIMH s-a deschis, în 1953, Irving Ryckoff s-a mutat de la Chestnut Lodge, unde a lucrat cu schizofrenici, pentru a dezvolta un proiect de cercetare privind familiile schizofrenicilor sub conducerea lui Robert Cohen. Acest grup a introdus concepte precum: *pseudomutualitatea* (Wynne, Ryckoff, Day & Hirsch, 1958), *negocierea disocierilor* (Wynne, 1965) și *delimitările* (Shapiro, 1968). Dar poate contribuția lor cea mai importantă a fost aplicarea conceptului de *identificare proiectivă* (de la Melanie Klein) la relațiile de familie.

În anii 1960, Ryckoff și Wynne au inaugurat un curs de dinamica familiei la Washington School of Psychiatry, (Școala de Psihiatrie din Washington), care a condus la un program de pregătire în terapie de familie. Lor li s-a alăturat Shapiro, Zinner și Robert Winer. În 1975, ei i-au recrutat pe Jill Savege (acum Scharff) și pe David Scharff. La mijlocul anilor 1980, Washington School of Psychiatry, sub directoratul lui David Scharff a devenit unul din centrele cele mai importante ale terapiei de familie psihanalitice. Soții Scharff au părăsit-o în 1994 pentru a forma propriul lor institut.

Printre alții care au încorporat teoria psihanalitică în terapia de familie sunt Helm Stierlin (1977), Robin Skynner (1976), Wilhelm Meissner (1978), Aron Bentovim și Warren Kinston (1991), Fred Sander (1979, 1989), Samuel Slipp (1984, 1988), Michael Nichols (1987), Nathan Epstein, Henry Grunebaum și Clifford Sager.

este vorba de a analiza indivizii în loc de a analiza interacțiunile familiei; este vorba să știi unde să te uiți ca să descoperi dorințele și temerile de bază care împiedică acești indivizi să interacționeze în mod matur. Să considerăm cazul lui Carl și Peggy¹.

—Studiu de caz—

Ori de câte ori Peggy îi vorbea lui Carl despre relația lor, ea se supăra și începea să critice, Carl simțindu-se atacat, era intimidat. Cu cât Peggy se plângea, Carl devenea mai tăcut. Numai după ce suporta tiradele ei timp de mai multe minute, Carl înnebunea și începea și el să strige la ea. Drept rezultat, Peggy a obținut opusul la ceea ce căuta. În loc de înțelegerea preocupării ei, Carl s-a simțit speriat și s-a retras. Când acest lucru nu a funcționat, el și-a pierdut calmul. Acasă, uneori el o plesnea.

Terapeutul s-a concentrat să întrerupă acest ciclu și apoi să-i ajute pe cei doi să vadă paternul, în așa fel încât, ei să poată preveni această recurență. Din nefericire, în timp ce Carl și Peggy au învățat să intre în relații mai eficiente în cabinetul terapeutului, acasă ei uitau. Săptămână după săptămână povestea era aceeași. Ei reușeau să se asculte unul pe altul în timpul ședințelor, dar cel puțin odată pe lună, acasă, ei nu mai reușeau acest lucru. În final, când ei au fost destul de descurajați pentru a înceta să mai vină, terapeutul a hotărât că ei nu erau suficient de motivați pentru a face schimbările necesare.

Ca actori, poate ne luăm noi înșine prea în serios; ca observatori, nu-i luăm pe ceilalți destul de în serios. În calitate de terapeuți de familie, noi vedem acțiunile clienților noștri

Formulări teoretice

Esența tratamentului psihanalitic este să descopere și să interpreteze impulsurile inconștiente și apărările împotriva lor. Nu

1. Acest caz este preluat din *Sinele în sistem* (Nichols, 1987)

ca pe un produs al interacțiunilor lor. Da, oamenii sunt legați, dar această legătură nu trebuie să ascundă faptul că natura interacțiunilor lor este parțial dictată de organizarea psihică de o profunzime și o complexitate nebănuite.

—Studiu de caz—

De ce nu a putut (vrut) Carl să se oprească să-și lovească soția? Faptul că ea l-a provocat nu explică de fapt nimic. Nu toți soții care sunt provocați de soții le bat. Privind înapoi, terapeutul își amintește cum Carl obișnuia să spună cu o îngrijorare exagerată „*Trebuie să-mi controlez furia!*” Ea își amintea, de asemenea, cât de dramatic a descris el izbucnirile ei intimidatoare și ghemuirea de frică a soției sale. Iar ea și-a amintit, că atunci când Peggy a vorbit despre brutalitatea lui Carl a apărut un zâmbet în colțul gurii ei. Aceste aluzii ale unei calități voite, motivate a abuzului lui Carl a putut fi descrisă în jargonul psihodinamicii, care, deoarece înseamnă alienare, ar putea conduce pe unii oameni la eliberarea de aceasta ca o relicvă a gândirii demodate. Limbajul psihodinamic ar putea să spună că inconștientul lui Carl era răspunzător pentru abuzul soției; el era neajutorat în fața conflictelor lui interioare.

Teoria psihodinamică poate fi folosită pentru a înțelege sinele în sistem, dar nu este necesar să fie deosebit de tehnică. Dacă ar trebui să scriem o naratiune dramatică despre Carl, am putea spune că el a fost reprezentat greșit, chiar lui însuși, sentimentele și intențiile lui. El a înnebunit-o pe soția sa, el s-a înnebunit pe el însuși și l-a înnebunit și pe terapeutul său. Lui Carl, care crede el însuși că este preocupat de „temperamentul” său (versiunea sa de latură neumană), îi place de fapt puterea sa de a-și intimida soția și „virilitatea” pe care o implică. Această

explicație nu o înlocuiește pe cea interacțională, o complică numai. Atacurile lui Carl sunt declanșate de interacțiunile acestora, dar ele au fost provocate de propriile incertitudini nerecunoscute. Cunoașterea motivelor din spatele comportamentului său ne permite să-l ajutăm pe Carl să înțeleagă că el o lovește pe soția sa pentru a compensa sentimentul său de slăbiciune și pentru a-l ajuta să găsească o altă cale să se simtă mai puternic. Atâta timp cât terapeuții vor rămâne la nivelul comportamental simplu al interacțiunii, cu un anumit număr al cazurilor lor, ei vor avansa puțin.

Recunoscând că oamenii sunt ceva mai complicați decât bilele de biliard, înseamnă că noi trebuie să cercetăm uneori mai profund experiența lor. Teoria psihanalitică devine atât de complexă atunci când intri în ceea ce este specific încât este ușor să te pierzi. Aici sunt problemele fundamentale.

Psihologia freudiană a impulsurilor

În centrul naturii umane, după Freud, sunt impulsurile – sexuale și agresive. Conflictul mental apare atunci copiii învață și învață greșit, că exprimarea acestor impulsuri de bază va conduce la pedeapsă. Conflictul rezultat este semnalat de afectul neplăcut: anxietatea este neplăcere asociată cu ideea (adesea inconștientă) că cineva va fi pedepsit pentru că a acționat conform unui anumit impuls – de exemplu, furia pe care ești ispitit să o exprimi poate determina pe partenerul tău să înceteze să te mai iubească. Depresia este neplăcere plus ideea (adesea inconștientă) conform căreia, calamitatea de care te temi *s-a produs deja* – de exemplu, furia pe care i-ai arătat-o mamei tale mulți ani în urmă a făcut-o să înceteze să te mai iubească; de fapt nimeni nu te iubește.

Echilibrul conflictului poate fi schimbat în următoarele două moduri: prin întărirea apărării împotriva impulsurilor cuiva sau prin relaxarea apărărilor pentru a permite o gratificare modică sănătoasă..

Psihologia sinelui

Esenta **psihologiei sinelui** (Kohut, 1971, 1977) este că fiecare ființă umană dorește să fie apreciată. Dacă, atunci când suntem tineri, părinții noștri își demonstrează aprecierea lor, noi internalizăm această acceptare în forma personalităților puternice și autoîncrezătoare. Dar, în măsura în care părinții noștri își demonstrează insuficient acceptarea admiratoare, atunci setea noastră pentru aceasta este restrânsă într-un mod arhaic. Ca adulți, noi suprimăm în mod alternativ dorința pentru atenție și apoi îi permitem să izbucnească ori de câte ori suntem în prezența unui auditoriu receptiv.

Copilul suficient de fericit pentru a crește cu părinți care-l apreciază va fi sigur, capabil să stea singur în centrul inițiativei și să fie capabil de iubire. Copilul nefericit, amăgit de afirmații de iubire, se va mișca prin viață cerșind veșnic atenția care i-a fost refuzată.

Teoria relațiilor de obiect

Psihanaliza este studiul indivizilor și al motivelor lor cele mai profunde (impulsurile și nevoia de atașament); terapia de familie este studiul relațiilor sociale. Puntea dintre cele două este **teoria relațiilor de obiect**. În timp ce detaliile teoriei relațiilor de obiect pot fi complicate, esența ei este simplă: o legăm cu altele parțial, pe baza așteptărilor formate de experiența anterioară. Pe reziduurile acestor relații timpurii trăiesc **obiectele interne** – imaginile mentale ale sinelui și altele construite din experiență și așteptare.

Focusul inițial a lui Freud a fost asupra apetiturilor trupesti, în special asupra sexului. În timp ce aceste apetituri pot implica alți oameni, ele sunt în primul rând biologice; relațiile sunt secundare. Sexul nu poate fi despărțit de relațiile de obiect, dar relațiile sexuale pot fi mai mult fizice decât personale. Aceasta este mai puțin adevărat o agresiune (spre care Freud și-a întors interesul în anii de mai târziu), deoarece agresiunea nu este un apetit organic. Așa cum Guntrip (1971) a spus, agresiunea este o reacție personală a relațiilor de obiect „rele”. De aceea, atunci când interesul lui Freud s-a întors de la sex spre agresiune, latura interpersonală a gândirii sale a venit în prim plan.

Melannie Klein a combinat termenii și conceptele psihologice ale lui Freud cu propriile ei intuiții strălucitoare din viața mentală a copiilor, pentru a dezvolta gândirea obiect-relațional. Teoria lui Klein (Segal, 1964) își are originea în observațiile sale privind relațiile copilului care se dezvoltă cu primul obiect semnificativ și anume – mama. În conformitate cu Klein, un copil nu-și formează impresiile legate de mamă bazându-se numai pe experiența reală, ci în loc de aceasta schimbă experiența cu o viață bogată de fantezii.

Klein a fost criticată pentru eșecul de a urmări propriile ei observații până la concluzia logică a acestora – și anume, relațiile de obiect sunt mult mai relevante decât instinctele pentru dezvoltarea personalității. Ronald Fairbairn a mers mai departe în direcția relațiilor de obiect și departe de psihologia impulsurilor. Versiunea sa radicală a teoriei relațiilor de obiect a accentuat ego-ul ca și cunoaștere-obiect și a minimizat importanța rolului instinctelor – făcând dragostea mai importantă decât sexul.

Deoarece relațiile interne de obiect sunt dezvoltate din formele cele mai timpurii și cele mai primitive ale interacțiunii interpersonale, nu este surprinzător că progresele

majore din acest domeniu sunt făcute de oameni, precum Klein și Fairbairn, care au tratat copii foarte mici și adulți cu probleme. La afârșitul anilor 1930 și 1940, pe baza activității sale cu pacienți schizoizi, Fairbairn (1952) a elaborat conceptul de *separare*. Freud a descris inițial separarea ca pe un mecanism de apărare al ego-ului; el l-a definit ca o coexistență de lungă durată a două poziții contradictorii care nu se influențează una pe alta.

Punctul de vedere al lui Fairbairn privind separarea este acela că ego-ul este împărțit în structuri care conțin (a) o parte a ego-ului, (b) parte a obiectului și (c) afectul asociat cu relația. Obiectul extern este experimentat în una din cele trei moduri: (1) un obiect ideal, care conduce la satisfacție; (2) obiect respins, care conduce la furie; sau (3) un obiect excitant care conduce la dorință. Ca un rezultat al internalizării obiectelor separate, structura rezultantă a ego-ului este (1) *un ego central*, conștient, adaptabil, satisfăcut de obiectul său ideal; 2) *un ego respingător*, inconștient, inflexibil, frustrat de obiectul său care respinge; sau (3) *un ego excitant*, inconștient, inflexibil, în stare de dorință pentru un obiect care tentează, dar care nu satisface. Pentru gradul în care separarea nu este rezolvată, relațiile de obiect păstrează un fel de calitate de „toate bune” sau „toate rele”.

În observațiile lor privind sugarii și copiii mici, René Spitz și John Bowlby subliniau nevoia orgolioasă a copiilor pentru **atașamentul** de un singur și constant. Dacă această nevoie a copilului pentru legătură este negată, rezultatul este *depresia analitică* (Splitz & Wolf, 1946), a întoarcerii spatelui lumii și a cădea în apatie. Conform lui Bowlby (1969), atașamentul nu este un simplu fenomen secundar, care rezultă din a fi hrănit, ci o nevoie de bază a tuturor creaturilor. Cei care nu au această experiență sunt vulnerabili chiar la cea mai mică lipsă de sprijin și pot deveni dependenți cronici

sau izolați. Aceasta explică, în temeni psihanalitici, geneza relațiilor *implicate* și *neimplicate*.

Margaret Mahler a observat copiii și a descris un proces al **separării-individualizării**. După o perioadă inițială de totală fuziune, copilul începe un proces treptat de separare de mamă, renunțând progresiv la fuziunea simbiotică cu ea. Rezultatul separării și individualizării cu succes este un sine bine diferențiat (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Eșecul în realizarea individualizării subliniază dezvoltarea unei identități diferențiate, rezultând în atașamente emoționale intense deschise. Depinzând de severitatea eșecului de separare, crizele pot să se dezvolte când copilul ajunge la vârsta școlară, intră în adolescență sau se pregătește să părăsească casa părintească ca un adult.

Schimbarea de la relațiile impuls la relațiile de obiect poate fi văzută, de asemenea, în psihiatria interpersonală a lui Harry Stack Sullivan (1953), care a subliniat importanța crucială a interacțiunii timpurii mamă-copil. Atunci când mama este caldă și grijulie, copilul se simte bine; atunci când mama respinge sau frustează nevoia copilului de tandrețe, copilul se simte rău; iar când copilul este expus la teamă sau frustrare extremă, el disociază să scape de anxietatea care ar putea fi altfel intolerabilă. Aceste experiențe creează dinamismul sinelui: *mi-e bine*, *mi-e rău* și *nu mi-e*, care devin apoi parte a răspunsului persoanei la situațiile interpersonale viitoare.

Lumea internă a relațiilor de obiect nu corespunde niciodată exact lumii actuale a oamenilor reali. Este o aproximație, puternic influențată de imaginile obiect timpurii, de procesele psihice inconștiente și de identificări. Această lume interioară se maturizează și se dezvoltă treptat, devenind progresiv sintetică și mai apropiată de realitate. Capacitatea internă a individului de a se descurca cu conflictul și eșecul este

legată de profunzimea și maturitatea lumii interne a relațiilor de obiect. Încrederea în sine și în bunătatea altora se bazează pe confirmarea dragostei din obiectele bine internalizate.

Dezvoltarea familiei normale

Un copil nu crește într-o indiferență sublimă a lumii interpersonale. De la început, avem nevoie de un mediu înconjurător care să faciliteze pentru a-i merge bine. Acest mediu înconjurător nu trebuie să fie ideal: *un mediu înconjurător mediu de așteptat* care caracterizează *o dragoste de mamă destul de bună* (Winnicott, 1965a) este suficient. Capacitatea părinților de a asigura siguranța pentru ego-ul în curs de dezvoltare al bebelușului depinde de faptul dacă ei înșiși se simt în siguranță. Pentru a începe, mama trebuie să fie destul de sigură pentru a canaliza cea mai mare parte din energia ei spre copilul ei. Ea-și retrage interesul de la ea însăși și casnicia ei și-l concentrează asupra bebelușului.

Legătura timpurie dintre mamă și copil s-a arătat a fi un aspect critic al dezvoltării sănătoase (Bowlby, 1969). Proximitatea și legătura fizică strânsă cu un singur obiect maternal reprezintă condițiile necesare pentru relațiile de obiect sănătoase din copilărie și din perioada de adult. Copilul are nevoie de o stare de fuzionare și **identificare** totală cu mama ca fundament pentru creșterea viitoare a unui sine personal puternic format.

Pe măsură ce bebelușul are nevoie de mai puține lucruri, mama își recuperează treptat interesul de sine, care-i permite copilului să devină independent (Winnicott, 1965b). Dacă relația timpurie cu mama este securizantă și iubitoare, sugarul va fi capabil treptat să reunească la ea, în timp ce reține sprijinul ei iubitor sub forma unui obiect intern bun. În evoluție, mulți copii mici adoptă un *obiect tranzitoriu* (Winnicott, 1965b) pentru a ușura pierderea – o jucărie sau o pătură moale de care copilul se agață când realizează că mama este un obiect separat și că poate pleca. Jucăria pe care mama i-o dă îi dă siguranță copilului ei; este ceva care i-o reamintește și păstrează vie imaginea ei mentală până când ea se reîntoarce. Când mama spune, „Noapte



*Psihologii văd
experiența copilăriei
timpurii ca pe a o cheie
a problemelor de mai
târziu din relații*

bună”, copilul ține la piept ursulețul de pluș până dimineata când mama reapare.

După ce a trecut prin fazele normale autistice și simbiotice, copilul intră într-o lungă perioadă de separare-individualizare care durează aproximativ șase luni (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Primele eforturi de separare sunt tentante și scurte, ca un joc simbolic. Curând copilul începe să meargă de-a bușilea și apoi să se cațere, primul drum departe de mamă și apoi înapoi la mama. Ce permite copilului să se separe este conștiința că mama este în mod constant acolo pentru siguranță, ca o insulă sigură.

Recent, Otto Kernberg și Heinz Kohut au adus teoriile sinelui pe scena centrală a cercurilor psihanalitice. După Kernberg (1966), **introiecțiile** cele mai timpurii apar în procesul separării de mamă. Dacă separarea este negociată cu succes și în mod securizant, copilul se constituie el însuși sau ea însăși ca o ființă independentă. O mamă trebuie să aibă capacitatea să tolereze separarea pentru a accepta independența copilului care crește. Dacă copilul este excesiv de dependent și ținut strâns de teama separării sau dacă mama devine anxioasă de pierderea relațiilor simbolice sau este excesiv de respingătoare, procesul este subminat. Copilul cu un exces de relații de obiect bune crește cu abilitatea de a tolera apropierea ca și separarea.

Pentru copilul foarte mic, părinții nu sunt indivizi separați; ei sunt, în termenii lui Kohut (1971, 1977) **auto-obiecte**, experimentate ca parte a sinelui. Ca auto-obiect, mama transmite dragostea sa prin atingere, tonul vocii și cuvinte blânde, așa cum sunt sentimentele proprii ale copilului. Când ea spune în șoaptă „Mama te iubește” copilul învață că el sau ea este (1) o persoană și (2) iubită.

În psihologia sinelui, două calități ale paternității sunt considerate esențiale pentru stabilirea unui sine sigur și coeziv. Prima este **empatia** – înțelegere plus acceptare. Părinții

atenți realizează o apreciere profundă a modului în care copiii lor simt. Expresia implicată „Văd cum te simți” validează experiența interioară a copilului. Părinții oferă, de asemenea, modele pentru **idealizare**. Copilul mic care poate crede „Mama mea (sau tatăl meu) este nemaipomenită și eu sunt parte din ea (sau el)” are o bază solidă a stimei de sine. În cele mai bune împrejurări, copilul, deja sigur pe sinele lui sau ei, arată o forță suplimentară din identificarea cu puterea și forța părinților.

Conform lui Kohut, copiii încep viața cu fantezii ale sinelui grandios și ale părinților ideali. Pe măsură ce copilul se dezvoltă, aceste iluzii sunt îmblânzite și integrate într-o personalitate matură. Grandoarea dă cale liberă stimei de sine; idealizarea părinților noștri devine baza pentru valorile noastre cele mai puternice. Dar dacă apare trauma, versiunea cea mai primitivă a sinelui persistă. Sinele grandios nu este subjugat, iar rezultatul este ceea ce Kohut a numit tulburare de personalitate narcisistă.

Personalitatea narcisistă – pe care Christopher Lasch (1979) a descris-o odinioară ca specifică vârstei noastre – este singură, imploră atenție și este ușor mânioasă. Persoana narcisistă dorește să fie un erou. Este dificil să trăiești cu asemenea aspirații grandioase. Rezultatul este în mod frecvent furia, întoarsă împotriva sinelui și adesea împotriva lumii exterioare. Freud a considerat aceasta a fi o erupție pe baze biologice a instinctului de autoconservare. Kohut a văzut furia ca răspuns la o rană narcisistă, o izbucnire la sensul idealizat la cine și ce suntem. Analizând furia – ce fel de desconsiderări rezultă din izbucniri –, Kohut credea că ar trebui să vedem unde zac iluziile noastre narcisiste și poate să facem ceva cu ele.

Cea mai semnificativă contribuție recentă la studiul psihanalitic al dezvoltării familiei normale este opera lui Daniel Stern (1985). Stern a trasat cu grijă dezvoltarea sinelui prin

observații detaliate ale sugarilor și copiilor mici.

Cea mai revoluționară din descoperirile lui Stern este aceea că dezvoltarea copilului *nu* este un proces treptat de separare și individualizare. Mai degrabă, sugarii se diferențiază ei înșiși, cel puțin de la naștere, și apoi progrescă prin modurile complexe crescătoare ale legăturii. De la *punerea de acord* (citirea și împărtășirea stării afective a copilului) până la *empatie*, legătură, încredere și dependență, sunt necesare toată viața.

Dintr-o perspectivă psihanalitică, destinul familiei este mult determinat de dezvoltarea timpurie a personalităților individuale care compun familia. Dacă părinții sunt adulți maturi și sănătoși, atunci familia va fi fericită și armonioasă.

Unele din ideile psihanalitice cele mai interesante și productive sunt conținute în descrierile din psihodinamica căsătoriei. În anii 1950, legătura maritală era descrisă ca un rezultat al fanteziei inconștiente (Stein, 1956). Ne căsătorim cu o combinație neclară de real și speranță pentru soți. Dar mai recent, și mult mai interesant, psihanalizii au descris suprapunerea și interblocarea fanteziilor și proiecțiilor (Blum, 1987; Sander, 1989). Unii autori au descris aceasta ca „identificare proiectivă reciprocă” (Zinner, 1976; Dicks, 1967), alții ca și „complementaritate neurotică: (Ackerman, 1966), „ca o înțelegere maritală secretă” (Dicks, 1967), „adaptare reciprocă” (Giovacchini, 1958, 1961), și „contracte conștiente și inconștiente” (Sager, 1981).

Dintre terapiile de familie psihodinamice, puțini au adus contribuții mai importante decât **terapia contextuală** a lui Ivan Boszormenyi-Nagy, care subliniază dimensiunea etică a dezvoltării familiei). Boszormenyi-Nagy consideră etica relațională a fi o forță dinamică fundamentală care ține familiile și comunitățile împreună. Într-un domeniu care adesea caută refugiu

în iluzie și neutralitate clinică, Nagy ne reamintește importanța decenței și corectitudinii.

Pentru partenerii maritali, criteriul de sănătate al lui Boszormenyi-Nagy este un echilibru între drepturi și responsabilități. Depinzând de integritatea lor și de complementaritatea nevoilor lor, partenerii pot dezvolta un a da-a lua demn de încredere (Boszormenyi-Nagy, Grunbaum & Ulrich, 1991). Când nevoile nu se potrivesc, este nevoie de negociere și compromis.

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

În conformitate cu teoria psihanalitică clasică, simptomele sunt încercări de a te descurca cu conflictele inconștiente dincolo de sex și agresiune. Așa cum gânditorii psihanalitici au schimbat accentul de la instincte la relațiile de obiect, dependența infantilă și dezvoltarea incompletă a ego-ului au înlocuit complexul oedipian și au reprimat instinctele ca problemă centrală în dezvoltare. Zborul dictat de teamă din relațiile de obiect, care începe în copilăria timpurie, este acum considerat cea mai adâncă rădăcină a problemelor psihologice.

Un motiv important pentru problemele relaționale este că unii copii distorsionează percepțiile prin atribuirea altcuiva a calităților care aparțin unei persoane. Freud (1905) a descoperit acest fenomen și l-a numit **transfer** când pacienta lui, Dora, a deplasat sentimentele pentru tatăl său asupra lui și a terminat brusc tratamentul, chiar în momentul în care era în pragul succesului. Alții au observat fenomene similare și le-au numit „tap ispășitor” (Vogel & Bell, 1960); „comercializarea disocierilor” (Wynne, 1965); „fuzionare” (Boszormenyi-Nagy, 1967); „distribuire iratională a rolului” (Framo,

1970); „delimitări” (Shapiro, 1968); „simbioză” (Mahler, 1952); „procesul proiecției familiei” (Bowen, 1965). Indiferent de nume, toate sunt variante ale conceptului Melaniei Klein (1946) de *identificare proiectivă*.

Identificarea proiectivă este un proces în care subiectul percepe un obiect ca și când acesta conține elemente nebinevenite ale personalității subiectului și evocă răspunsurile de la obiect ca fiind conforme acestor percepții. Spre deosebire de proiecție, identificarea proiectivă este un proces interacțional. Nu numai părinții proiectează aspectele de anxietate ale lor înșile asupra copiilor lor, copiii se asociază comportându-se într-un mod care confirmă temerile părinților. Procedând astfel, ei pot fi stigmatizați sau pot fi țapi ispășitori, dar ei gratifică, de asemenea, impulsurile agresive, ca de exemplu, în comportamentul delinventului (Jacobson, 1954); realizează propriile lor fantezii omnipotente; primesc întăriri subtile de la familiile lor și evită teama teribilă a respingerii pentru neconformare (Zinner & Shapiro, 1976). Cu toate acestea, părinții sunt capabili să evite anxietatea asociată cu impulsuri de nonspărgători, gratificarea indirectă a experienței și să pedepsească acești copii pentru exprimarea acestor impulsuri. În acest mod, conflictul intrapsihic devine externalizat, cu părinți acționând ca un superego, pedepsind copilul pentru acționare sub dictatele imitării parentale. Acesta este un motiv pentru care părinții exagerează: Ei sunt speriați de propriile lor impulsuri.

să înțeleagă constrângerea sa de a da o lovitură autorității. Pe măsură ce terapia progresează, a devenit clar că tatăl lui Paul nutrește un resentiment adânc, dar neexprimat, al condițiilor sociale care-l făceau să lucreze într-o fabrică multe ore pentru salarii mici, în timp ce „îmbuibății nu fac nimic, dar mișună în Cadillac”-uri. Odată ce terapeutul a devenit conștient de puternica, dar suprimată oroare față de autoritate a d-lui. J., ea a început, de asemenea, să observe că el zâmbea ușor ori de câte ori d-na J. descria ultimele aventuri ale lui Paul.

Nereușita părinților de a accepta faptul că odraslele lor sunt ființe separate poate lua forme extreme, care conduc la psihopatologia cea mai severă. Lidz (Lidz, Cornelison & Fleck, 1965) a descris o mamă a doi gemeni identici care, atunci când ea era constipată, le-ar fi făcut clismă celor doi fii ai ei.

Copiii puțin diferențiați se confruntă cu o criză în adolescență, când presiunile de dezvoltare pentru independență intră în conflict cu legăturile infantile. Rezultatul poate fi o retragere a dependenței sau un atac de rebeliune violentă. Dar adolescentul care se revoltă ca o reacție a nevoilor de dependență nerezolvate este prost pregătit pentru relații mature. În spatele fațadei lor de autosuport orgolios, astfel de indivizi ascund dorințe profunde de independență. Atunci când ei se căsătoresc, ei pot cere aprobarea constantă ori resping automat orice influență sau se manifestă ambele situații.

—Studiu de caz—

Familia J. a căutat ajutor pentru a controla comportamentul delinvent al fiului lor de 15 ani, Paul. Arestat de mai multe ori pentru vandalism, Paul nu părea rușinat, nici capabil

—Studiu de caz—

Plângerile d-lui și d-nei B. sunt imagini în oglindă. El se plângea că ea era „autoritară și pretențioasă”; ea spunea că el „vroia să aibă totul în felul lui”. Dl B. era

copilul cel mai mic al unei familii foarte unite de cinci persoane. El a descris-o pe mama sa ca fiind caldă și iubitoare, dar a spus că ea a încercat să-l sufoce și că ea i-a descurajat toate eforturile de a fi independent. Supuși la aceleași presiuni, cele două surori ale sale mai mari s-au conformat și au rămas necăsătorite, locuind cu părinții lor. Dl B., totuși, s-a revoltat împotriva dominării mamei sale și a părăsit casa pentru a intra în Marină, la 17 ani. Atunci când relatează experiența sa din Marină și aventurile sale de afaceri pline de succes, era clar că el era deosebit de mândru de independența sa.

O dată ce povestea succesului d-lui B. în despărțirea de mama excesiv de protectoare a fost adusă la lumină, atât dl cât și d-na B. au înțeles mai clar tendința lui de a reacționa excesiv la orice el percepea drept control. O analiză mai profundă a arătat că în timp ce dl. B. a respins fără șovăială ceea ce el numea „sefie”, el nu a mai cerut nicodată aprobarea. El a învățat să se teamă de nevoile sale de dependență ascuse adânc și s-a protejat el însuși cu o fațadă, precum „nu doresc nimic de la nimeni”; cu toate acestea, nevoile sunt încă acolo și au avut o determinare puternică în alegerea soției sale.

Când se ajunge la alegerea maritală, psihanalistii ne asigură că iubirea este oarbă. Freud (1921) scria că evaluarea excesivă a obiectului iubit atunci când ne îndrăgostim ne conduce la o judecată slabă, bazată pe *idealizare*. „A te îndrăgosti” reflectă un debit excesiv de libido narcisist, astfel încât obiectul dragostei noastre este crescut ca un substitut pentru propriile noastre idealuri neatinse. Firește, identitatea noastră se aprinde în radiația reflectată de companionul idealizat.

Mai complicat în alegerea maritală este faptul că noi învățăm să ascundem unele din nevoile și sentimentele noastre reale pentru

a câștiga aprobarea. Copiii tind să suprimă sentimentele pe care ei le simt, care pot duce la respingere. Winnicott (1965a) a ridicat în rang acest fenomen, *sinele fals* – copiii se comportă ca și cum ei sunt îngeri perfecți, pretinzând că sunt ceea ce nu sunt. În forma sa extremă, un sine fals conduce la comportament schizoid (Guntrip, 1969); chiar și în manifestările mai puțin severe, acesta afectează alegerea partenerului marital. În timp ce fac curte, majoritatea oamenilor se prezintă pe ei înșiși în cea mai bună lumină posibilă. Nevoile de dependență puternică, narcisismul și impulsurile necontrolate pot fi ascunse înainte de căsătorie; dar odată căsătoriți, soții devin ei înșiși, fără nici o înfrumusețare.

Căsătoria, apare, la suprafață, a fi un contract între două persoane responsabile; la un nivel mai adânc, totuși, căsătoria este o tranzacție între obiecte ascunse internalizate. Contractele în relațiile maritale sunt de obicei descrise folosind termenii de teorii comportamentale sau de comunicare; dar tratamentul conflictelor maritale al lui Sager (1981) consideră, de asemenea, factorii inconștienți; fiecare contract are trei niveluri de conștientizare:

1. Verbalizat, deși nu totdeauna auzit;
2. Conștient, dar neverbalizat de obicei datorită temerii de supărare sau dezaprobare;
3. Inconștient.

Fiecare partener acționează ca și când ar fi conștient de termenii contractului și este rănit și supărat dacă celălalt nu respectă acești termeni. Fiecare dintre noi dorește ca perchea sa să se conformeze unui model internalizat și înțelegem când aceste expectații nerealiste ne dezamăgesc (Dicks, 1963).

Este folositor să se sublinieze drepturile și responsabilitățile individuale (Boszormenyi-Nagy, 1972), dar este, de asemenea, adevărat că, la nivel inconștient, o pereche maritală poate reprezenta o singură

personalitate, cu fiecare soț jucând roul jumătății sinelui și jumătatea identificărilor proiective ale celuilalt. Acesta este motivul pentru care oamenii tind să se căsătorească cu aceia care au nevoi complementare nevoilor lor proprii (Meissner, 1978).

O dinamică similară operează între părinți și copii. Chiar înainte ca ei să fie născuți, copiii există ca parte a fanteziilor părinților lor (Scharff & Scharff, 1987). Copilul anticipat poate reprezenta, printre alte lucruri, un obiect de dragoste mai devotată decât soțul, cineva care a reușit acolo unde părintele a eșuat sau o pace care oferă restabilirea relațiilor de dragoste cu bunicii. Zinner și Shapiro (1976) au detaliat termenul de *delimitare* pentru actele parentale care comunică fanteziile parentale copiilor lor. Delimitările patogene se bazează mai mult pe nevoile defensive ale părinților decât pe percepțiile reale ale copiilor; mai mult, părinții sunt puternic motivați să mențină delimitările defensive în ciuda a tot ceea ce copiii fac de fapt. Astfel, nu este neobișnuit să vedem cine insistă în a-și vedea copiii ca răi, neajutorați și bolnavi – sau strălucitori, normali și fără teamă – cu excepția adevărului.

Fiecare și toți copiii dintr-o familie pot suferi, de asemenea, distorsiuni, dar de obicei numai unul este identificat ca „pacient” sau ca „cel bolnav”. El sau ea este ales/aleasă din cauza unei trăsături care este o țintă potrivită pentru emoțiile proiectate ale părinților. Acești copii nu vor fi, totuși, considerați ca victime neajurate. De fapt, ei se asociază în identificarea proiectată pentru a cimenta legăturile, a alina vinovăția inconștientă sau pentru a păstra căsătoriile părinților lor care se clatină. Adesea, simptomul prezentat este simbolul emoției parentale negate. O fetiță neascultătoare poate exterioriza furia reprimată a tatălui ei față de soția sa; un copil dependent poate exprima teama mamei sale de a conduce propria ei viață independentă; și un bărbat

certăreț poate fi compensat contrafobic de insecuritatea proiectată a tatălui său.

Dinamicile personalității intrapsihice sunt ascunse de apărările psihologice care maschează adevărata natură a sentimentelor unui individ, atât din el însuși, cât și din alții. **Miturile familiei** (Ferreira, 1963) servesc aceeași funcție în familii, simplificând și distorsionând realitatea. Stierlin (1977) a elaborat și a dezvoltat, pe baza punctului de vedere al miturilor familiei a lui Ferreira, implicațiile pentru evaluarea și terapia de familie. Miturile protejează pe membrii familiei de la confruntarea cu anumite adevăruri dureroase și, de asemenea, servește la ținerea străinilor departe de a afla fapte deranjante. Un mit tipic este cel al armoniei familiei, familiar terapeuților de familie, în special acelora care au lucrat cu familii care au evitat conflictul. În extremis, acest mit ia forma „pseudomutualității” (Wynne. Ryckoff, Day & Hirsch, 1958) regăsită în familiile schizofrenice. Adesea mitul armoniei familiei este menținut de folosirea identificării proiective; un membru al familiei este delegat să fie cel rău; și toți ceilalți insistă că ei sunt potriviți. Această sămânță rea poate fi pacientul identificat sau uneori o rudă decedată.

Familiile, ca și indivizii, experimentează **fixarea** și **regresia**. Cele mai multe familii funcționează în mod corespunzător până când sunt suprataxate, moment în care ele devin blocate în paternuri disfuncționale (Barnhill & Longo, 1978). Când se confruntă cu prea mult stres, familiile tind să se decompenseze la nivelele timpurii ale dezvoltării. Cantitatea de stres pe care o familie o poate tolera depinde de nivelul acesteia de dezvoltare și de tipul fixațiilor pe care membrii ei le au.

Ivan Boszormenyi-Nagy crede că membrii familiei își datorează unul altuia

loialitate și că ei dobândesc *valoare* prin sprijin reciproc. Pe măsura gradului în care părinții sunt corecți și responsabili ei generează loialitate în copiii lor; cu toate acestea, părinții crează conflicte de loialitate când le cer copiilor lor să fie loiali unui părinte pe măsura celui alt (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981).

Reacțiile patologice se pot dezvolta din **loialități invizibile** — angajamente inconștiente pe care copii le iau pentru a-și ajuta familiile în detrimentul propriei bunăstări. De exemplu, un copil se poate îmbolnăvi pentru a uni părinții care au probleme. Loialitățile invizibile sunt problematice deoarece ele nu se supun conștiinței raționale și cercetării atente.

Scopurile terapiei

Scopul terapiei de familie psihanalitice este de a elibera pe membrii familiei de restricțiile **inconștiente**, în așa fel încât ei să fie capabili să interacționeze unii cu alții ca persoane sănătoase. Desigur, aceasta este o sarcină ambițioasă. Cuplurile în criză sunt tratate cu înțelegere și sprijin pentru a le ajuta în dificultățile lor imediate. Odată ce criza este rezolvată, terapeutul de familie psihanalitic speră să angajeze cuplul într-o terapie pe termen lung. Unele cupluri acceptă, dar multe nu. Când o familie este motivată numai de **reducerea simptomului**, terapeutul trebuie să sprijine decizia lor de a termina.

Când terapeuții de familie psihanalitici optează pentru rezolvarea crizei cu reducerea simptomului ca unic scop (de exemplu Umana, Gross & McConville, 1980), ei funcționează mai mult ca alți terapeuți de familie. Ei se concentrează mai mult pe sprijinirea apărărilor și clarificarea comunicării, decât pe analiza apărărilor și descoperirea nevoilor reprimite. În general, totuși, schimbările comportamentale care în alte

modele vor fi văzute ca scopuri ale tratamentului (de exemplu, un copil cu fobia școlii de a merge la școală) sunt văzute de terapeuții de familie psihodinamici ca subproduse ale rezolvării conflictelor de bază.

Este ușor de spus că scopul terapiei psihanalitice este schimbarea personalității, dar este mult mai dificil să specifici cu precizie ce se înțelege prin aceasta. Cel mai comun obiectiv este descris ca *separare-individualizare* (Katz, 1981) sau *diferențiere* (Skynner, 1981); ambii termeni subliniază independența de familie și reflectă astfel influența importantă a teoriei relațiilor de obiect (Poate un motiv în plus pentru sublinierea separării-individualizării este faptul că familiile legate pot mai mult să ceară tratament, decât familiile izolate și dezangajate). Terapeuții individuali se gândesc adesea la individualizare în sensul separării fizice. Astfel, adolescenții și tinerii adulți pot fi tratați în izolare de familiile lor pentru a-i ajuta să devină mai independenți. Terapeuții de familie, pe de altă parte, consideră că o creștere emoțională și autonomia sunt cel mai bine realizate prin muncă, prin legăturile emoționale din cadrul familiei. Mai mult decât îndepărtarea indivizilor de familiile acestora, terapeuții psihanalitici conving familiile să-i ajute să învețe să meargă unul la altul într-un mod care permite indivizilor să fie independenți, dar și legați. Exemplul următor ilustrează cum scopurile terapiei de familie psihanalitice sunt implementate într-o anumită familie.

—Studiu de caz—

Trei luni după ce a părăsit colegiul, Barry J. a avut prima izbucnire psihotică. O scurtă sedere în spital a fost suficientă pentru a arăta că Barry era incapabil să reziste la separarea de familia sa fără decompensare; de aceea,

personalul spitalului a recomandat că, la ieșirea din spital, el trebuie să locuiască separat de părinții săi pentru a-l ajuta să devină un adult independent. În consecință, el a fost externat și trimis la o casă pentru tineri adulți și mergea de două ori pe săptămână la psihoterapie individuală. Din nefericire, el a suferit o a doua cădere și timp de două luni a fost spitalizat din nou.

Întrucât timpul pentru externarea din a doua spitalizare se apropia, psihiatrul de salon a hotărât să convină cu întreaga familie pentru a discuta planurile pentru echilibrarea postspitalicească a lui Barry. În timpul sedinței a fost deosebit de dureros faptul că forțe puternice din familie au împiedicat orice șansă pentru separare. Părinții lui Barry erau persoane agreabile și eficiente, fiecare separat era cel mai implicat și dornic să fie de ajutor. Totuși, unul față de altul, ei arătau o ură glacială. În timpul celor câteva momente de interviu, când și-au vorbit unul altuia, mai degrabă decât lui Barry, ostilitatea lor a fost vizibilă. Numai interesul lor pentru Barry a împiedicat ca relația lor să devină un câmp de luptă - un câmp de luptă de care Barry se temea, că unul sau amândoi ar fi putut să fie distruși.

La ședința personalului care a urmat acestui interviu au fost avansate două planuri de dispoziții. Un grup, care recomanda ca Barry să fie mutat cât mai departe posibil de părinții săi și să fie tratat în terapie individuală. Alți membri ai personalului nu au fost de acord, argumentând că numai prin tratarea lor împreună s-ar putea rezolva legătura asociativă dintre Barry și părinții săi. După discuții îndelungate, grupul a ajuns la un consens pentru a încerca ultima abordare.

Majoritatea întâlnirilor de familie au fost dominate de interesul anxios al părinților privind-l pe Barry; despre blocul unde ei locuiau, despre munca lui, prietenii lui, cum își petrecea timpul liber, hainele lui, apariția sa impecabilă - pe scurt, despre toate detaliile

vieții sale. Treptat, cu sprijinul terapeutului, Barry a fost capabil să limiteze cât de mult cu puțință din viața sa să fie deschisă privirii cercetătoare a părinților săi. Pe măsură ce el a procedat așa, iar ei erau mai puțin capabili să se preocupe de el, ei au început să se concentreze asupra propriilor lor relații. Pe măsură ce Barry avea mai mult succes în a se descurca singur, părinții lui au devenit combativi în mod deschis unul cu celălalt.

Ca urmare a unei ședințe în decursul căreia relațiile părinților au fost în centrul atenției, terapeutul a recomandat ca acest cuplu să vină pentru câteva ședințe separate. Incapabilă să-și întoarcă atenția lor de la Barry, familia J. s-a luptat în mod vicios, fără nici o îndoială că relația lor era o relație distructivă gravă. În loc să meargă mai bine, în decursul tratamentului, relațiile lor s-au înrăutățit.

După două luni de război distrugător - în decursul căruia starea lui Barry a continuat să se îmbunătățească - dl și d-na J. s-au gândit la o separare legală. Din momentul în care s-au separat, ambii părinți se pare că au devenit mai fericiți, mult mai implicați cu prietenii și carierele lor și mai puțin preocupați de Barry. Pe măsură ce au relaxat strânsoarea fiului lor, ambii părinți au început să dezvolte o relație mai caldă și mai originală cu el. Chiar și după ce părinții au divorțat, ei au continuat să participe la ședințele de terapie de familie cu Barry.

În terapia contextuală a lui Boszormenyi-Nagy, scopul este un echilibru al corectitudinii în sarcinile și beneficiile vieții de adult. Bunăstarea individului este văzută ca incluzând verbele a da și a lua. Membrii familiilor sunt ajutați să depășească vina irațională, neproductivă și să reclame propriile **drepturi**. Totuși, confruntarea cu vinovăția reală - bazată pe rănirea în fapt făcută altora, chiar în mod necugetat - este

văzută ca esențială pentru extinderea evaluării în cadrul familiilor. Astfel, fiecare persoană lucrează pentru autorealizare prin evaluarea drepturilor lui sau ale ei și prin a trăi conform obligațiilor lui sau ale ei.

Condiții pentru schimbarea comportamentului

Așa cum orice student știe, terapia psihanalitică lucrează prin intuiție; dar ideea că intuiția vindecă este o suprasimplificare prost condusă. Intuiția poate fi necesară, dar nu suficientă pentru succesul tratamentului analitic. În terapia de familie psihanalitică, membrii familiei își extind intuiția învățând că viețile lor psihologice sunt mai mari decât experiența lor conștientă și prin acceptarea părților reprimite ale personalităților lor. Ca și în terapia individuală, pentru a fi eficiente, interpretările trebuie limitate la materialul preconștient – acela de care pacientul este aproape conștient. (Interpretările materialului inconștient măresc anxietatea, ceea ce înseamnă că ei vor fi respinși). Dacă intuițiile sunt realizate, ele totuși, trebuie să fie lucrate (Greenson, 1967) – aceasta înseamnă, să fie traduse în moduri mai noi și mai productive de interacțiune.

Unii (Kohut, 1977) au sugerat chiar faptul că tratamentul psihanalitic nu funcționează atât de mult prin intuiție, cât prin reducerea apărărilor, astfel încât pacienții pot deveni mai ușor ei înșiși. Din acest punct de vedere, ar putea fi mai important pentru membrii familiei să se oprească să lupte cu nevoile lor inconștiente decât să le analizeze. Cei mai mulți terapeuți vor să facă ambele lucruri – adică, să crească intuiția și să încurajeze oamenii să accepte ceea ce sunt (Ackerman, 1958).

Terapeuții analitici cresc intuiția privind dincolo de comportament la motivele ascunse mai jos. Firește, familiile se apără

împotriva blocării sentimentelor lor cele mai intime. La urma urmelor, este dificil să ceri cuiva să-și expună rănilor vechi și dorurile profunde. Psihanaliștii se ocupă de această problemă creând un climat de încredere și procedând lent. În momentul în care se stabilește o atmosferă de siguranță, terapeutul de familie poate începe să identifice mecanismele proiective și să le aducă înapoi la relațiile maritale. Din momentul în care nu mai au nevoie să se bazeze pe identificarea proiectivă, partenerii pot conștientiza și accepta părțile separate anterior din propriile lor ego-uri.

Identificarea proiectivă poate părea ca unul din acele procese mistice care face pe unii oameni să respingă psihanaliza la fel ca mumbo jumbo. Dar nu este necesar să ne gândim la identificarea proiectivă ca la o forță misterioasă prin care experiența unei persoane trece la alta, complet în afara conștientizării ambelor părți. Mai degrabă, sentimentele sunt comunicate și provocate prin semnale subtile, dar recognoscibile. Așa cum este posibil să cobori pe o autostradă aglomerată în timp ce te concentrezi asupra unei conversații sau ascuți o carte înregistrată pe bandă, tot așa este posibil să înțelegi aluziile unui partener fără să te gândești la ele.

Intervenția într-un episod de identificare proiectivă implică mai întâi întreruperea celei cuplului, pentru a-i ajuta pe unul sau pe ambii parteneri să se gândească la ceea ce simt și evită. Pentru a interveni eficient, terapeutul trebuie să stăpânească mai întâi conflictele principale ale fiecărui partener. Pentru ce se ceartă ei? Ce tăgăduiesc ei? Altfel, intervențiile terapeutului sunt numai focuri de armă trase în întuneric.

Terapeutul ajută soții să înceapă să recunoască cum dificultățile lor prezente au apărut din perpetuarea inconștientă a conflictelor din propriile lor familii. Acest lucru este dureros și nu poate continua fără

siguranța oferită de un terapeut suportiv. Nichols (1987) sublinia nevoia pentru *empatie*, de a crea „un mediu cuprinzător” pentru întreaga familie.

Terapia

Evaluare

Analistii nu amână tratamentul până când nu au făcut un studiu exhaustiv al cazurilor lor: din contră, ei nu pot ajunge chiar la formularea finală până la ultimele etape ale tratamentului. Cu toate acestea, deși clinicienii analitici pot continua să-și perfecționeze înțelegerea în decursul tratamentului, terapia eficientă nu poate continua fără o formulare dinamică. Terapeuții începători – cărora le lipsește teoria ca și experiență – fac apel adesea la ipoteza că, dacă ei stau și ascultă, înțelegerea va apărea. Acest lucru este rar adevărat în terapia individuală și aproape niciodată adevărat în terapia de familie. Ceea ce urmează este o schiță abreviată a unei evaluări psihanalitice inițiale a unei familii.

—Studiu de caz—

După două sedințe cu familia lui Sally G., care suferea de fobia școlii, terapeutul a făcut o formulare preliminară a dinamicii familiei. În plus, la descrierile uzuale ale membrilor familiei, prezentarea problemei și a istoriei familiei, au apărut formularea evaluărilor incluse ale relațiilor obiect ale părinților și interacțiunea asociată, inconștientă a relației lor maritale.

DL. G a fost atras inițial de soția sa ca de un obiect libidinal care îi împlinea fanteziile sexuale, inclusiv înclinațiile sale voaioriste. Contrabalanarea a fost o tendință de a-și idealiza soția. Astfel, el a fost profund

conflictual și intens ambivalent în relațiile sale sexuale cu ea.

La un alt nivel, DL. G. avea așteptări inconștiente că soția sa va fi aceeași persoană care va suferi și se va autosacrifica așa cum a fost mama sa. Astfel, el duce dorul consolării materne. Totuși, aceste dorințe dependente erau o amenințare pentru sentimentul său de masculinitate, astfel, el se comporta în exterior ca și cum ar fi fost dur, autosuficient și neavând nevoie de nimeni. Că el avea un obiect interior dependent în sine însuși era arătat de solitudinea tandră față de soția sa și de copii când ei erau bolnavi. Dar ei trebuiau să fie într-o situație de slăbiciune și vulnerabilitate care să-i permită să depășească apărarea sa, suficientă pentru el pentru a-și satisface nevoile proprii de dependență infantilă.

D-na G a așteptat căsătoria pentru a-și furniza un tată ideal, cineva care să o iubească și să o sprijine. Dată fiind această așteptare inconștientă, sexualitatea care a făcut ca bărbații să fie atrași de ea a fost o teamă de dorința ei de a fi tratată ca o fetiță. Ca și soțul ei, și ea a fost în conflict profund privind relațiile sexuale. Crescută ca fiică unică, ea s-a așteptat întotdeauna să fie prima. Ea a fost chiar geloasă de căldura soțului ei arătată lui Sally și a încercat să mențină distanța dintre tată și fiică prin legătura sa intensă cu Sally.

La nivelul imaginilor ei timpurii de auto-obiect ea a fost o fetiță lacomă, pretențioasă. Procesul psihic al mamei ei i-a oferit un model de cum să trateze figura unui tată. Din nefericire, ceea ce a funcționat pentru mama sa nu a funcționat pentru ea.

Astfel, la nivelul relațiilor de obiect, ambii soți s-au simțit ei înșiși a fi copii lipsiți, fiecare dorind ca cineva să aibă grijă de ei fără să o ceară. Când aceste dorințe magice nu erau răsplătite, ambii fierbeau plini de resentimente. Ei reacționau eventual, la provocările triviale, cu furie oarbă și certuri oribile.

Atunci când Sally era martora altercațiilor violente ale părinților ei, ea a devenit îngrozită că propriile ei fantezii ostile și ucigăse ar putea deveni adevărate. Deși părinții ei urau propriile lor figuri internalizate de părinți răi, ei păreau că se jucau unul cu altul. Prinderea lui Sally în conflictul lor s-a datorat faptului că limitele ego-ului dintre ea și mama ei au fost distruse – cel puțin atât timp cât mama și fiica au împărțit o personalitate comună.

Din punct de vedere dinamic, faptul că Sally nu s-a dus la școală putea fi văzut ca o încercare disperată de a o proteja pe mama ei de atacurile tatălui ei și de a-i apăra pe ambii părinți de fanteziile ei însăși, proiectate, ucigăse.

Un model excelent pentru dezvoltarea focusului psihodinamic este munca lui Aron Bentovim și Warren Kinston din Marea Britanie (Bentovim & Kinston, 1991), care oferă o strategie în cinci etape pentru formularea ipotezelor centrale:

1. Cum interacționează familia în legătură cu simptomul și cum afectează interacțiunea familiei simptomul?
2. Care este funcția simptomului obișnuit?
3. De ce dezastru se tem în familie, care îi împiedică să se confrunte mai direct cu conflictele?
4. Cum este legată situația curentă de trauma din trecut?
5. Cum va rezuma terapeutul conflictul central într-o frază scurtă, memorabilă?

Printre metaforele folosite în descrierea tratamentului psihanalitic, „adâncimea” și „dezvăluirea” sunt caracteristicile principale.

Toate terapiile au ca scop să dezvăluie ceva. Chiar behavioriștii fac cercetări pentru a dezvălui împrejurările neobservabile ale întăririi înainte de întoarcere spre o poziție directivă. Ceea ce stabilește terapia analitică în mod diferit, este că procesul de descoperire este extins și direcționat nu numai la gândurile și sentimentele conștiente, ci și la fantezii și visuri.

David Scharff (1992) a relatat următorul exemplu de folosire a visurilor în tratamentul cuplurilor.

—Studiu de caz—

Lila și Clive au jucat toate rolurile complementare prea familiare în care, cu cât ea vedea apropierea, cu atât el se retrăgea. Spre deosebire de un terapeut sistemic, Scharff a fost interesat, cu toate acestea, nu numai de sincronicitatea comportamentului lor, ci de sublinierea experienței interioare. Deoarece Clive era puțin conștient de viața sa internă și avea puține amintiri despre anii lui de început, terapeutul a fost frustrat în încercările sale de a înțelege ce l-a împins pe Clive în retragere. Visul următor se dovedește instructiv.

Clive a visat despre un bebeluș cu o cicatrice pe fese. O femeie, el spunea că era sora sa, se presupunea că avea grijă de copil, dar deoarece ea nu făcea prea multe, Clive a intrat și i-a luat bebelușul. Când a fost întrebat despre gândurile sale – „Ți-a venit ceva în minte în legătură cu visul? – asociația lui Clive a fost să povestească despre faptul că avea copii și despre grija sa că trebuia să-i ia pe toți în grija lui. După ce a luat la cunoștință această grijă, dr. Scharff a subliniat că visul, a sugerat și teama de ceva foarte greșit, atât de rău încât Clive nu era capabil să o rezolve. Aceasta a declanșat o amintire din momentul în care Lila era supărată și plângea. Clive a luat-o și a încercat să o

consoleze, dar când plânsul ei nu a mai continuat, el s-a întristat și s-a dus în altă cameră. Se părea că visul ar fi putut simboliza și teama lui Clive de a avea grijă de soția sa. Atunci când ea este supărată, el poate supraestima profunzimea durerii ei și, din momentul în care el simte că el este numai cineva care are grijă de ea, responsabilitatea pe care o simte îl copleșește.

Acum, Lila spunea că atunci când ea este supărată, iar Clive încearcă să o consoleze, ea sfârșeste prin a-l reasigura că ea se simte bine și că ceea ce el face *este* destul. Astfel, chiar atunci când ea are nevoie de consolare, ea trebuie să aibă grijă de el. (Așa cum răspunsurile Lilei demonstrează, visurile în terapia de cuplu nu numai că sugerează cum trăiește cel care visează sinele și obiectul, dar și modul în care visurile sunt povestite și relatate în timpul ședinței furnizează informații suplimentare despre dinamica partenerilor).

Când a fost întrebată dacă avea alte gânduri despre visul lui Clive, Lila a ezitat, apoi a spus că ea se întreabă dacă Clive se gândește la ea ca la un copilăș. Aceasta a condus la interpretarea, că în plus la faptul că Clive se gândește la Lila ca la un copilăș, el se gândește și la el însuși ca la un copilăș, rănit profund de loviturile din copilărie. Această intuiție – că teama de o viață a lui Clive, de intensificare femeiască, a fost supraimpusă propriului simț al nevoii infantile și al pierderilor copilăriei –, a devenit esențială. Lila a început să vadă retragerea lui Clive mai puțin ca pe o respingere a ei decât ca pe un semn al propriei sale vulnerabilități. De aceea, ea s-a simțit mai puțin speriată de abandon, pe care ea îl vedea acum mai mult ca pe propria ei groază profundă decât ca pe o posibilitate reală. Clive, totuși, a început să-și înțeleagă anxietatea în fața nevoilor emotionale ale soției sale nu atât de mult cum făcea ea, ci ca ceva din el, propria lui vulnerabilitate. Ca un rezultat al acestei

înțelegeri, el a simțit mai puțină urgență de a renunța la momentele de intimitate și emoție.

Tehnici terapeutice

Pentru întrecerea complexitate a teoriei psihanalitice, tehnica psihanalitică este relativ simplă – nu ușoară, dar simplă. Există patru tehnici de bază: ascultarea, empatia, interpretările și neutralitatea analitică. Două dintre ele – ascultarea și neutralitatea analitică – nu pot suna teribil de diferit de ceea ce fac alți terapeuți de familie; dar ele sunt.

Ascultarea este o activitate extenuantă, dar tăcută, rară în cultura noastră. Cea mai mare parte a timpului suntem prea ocupați să așteptăm să strecurăm un cuvânt pentru a asculta mai mult decât formal. Acest lucru este adevărat, în special în terapia de familie, unde terapeuții simt o presiune teribilă să facă ceva pentru a ajuta familiile care au probleme și pe cele care creează probleme pe care ei le tratează. Și aici apare importanța *neutralității analitice*. Pentru a stabili o atmosferă analitică este esențial să ne concentrăm asupra înțelegerii fără a ne teme să facem schimbări sau să rezolvăm problemele. Schimbările pot apărea ca un subprodus al înțelegerii, dar terapeutul analitic suspendă implicarea anxioasă cu rezultatele. Este imposibil să supraestimezi importanța acestui cadru al minții în stabilirea unui climat de explorare analitică.

Terapeutul analitic rezistă tentației de a fi implicat în a reasigura, a sfătui sau a se confrunta cu familiile în favoarea unui amestec în experiența lor, susținut, dar silențios. Când terapeuții analitici trebuie să intervină, ei își exprimă *empatia* cu scopul de a ajuta membrii familiei să se deschidă și să facă *interpretări*, pentru a clarifica aspectele ascunse și confuze ale experienței.

Cea mai mare parte a terapiei de familie psihanalitică este făcută cu cupluri, unde



*Jill și David Scharff
sunt exponenții
terapiei de familie a
relațiilor de obiect*

conflictul dintre parteneri este punctul de plecare pentru explorarea psihodinamică interpersonală. Să luăm, de exemplu, un cuplu care a povestit că s-au certat la micul dejun. Un terapeut sistemic ar putea să le ceară să-și vorbească unul altuia despre ce s-a întâmplat, sperând să observe din interacțiunea lor ce fac pentru a împiedica ceartă să se stabilizeze. Focalizarea va fi asupra comportamentului și interacțiunii. Un terapeut psihanalitic va fi mult mai interesat în a ajuta partenerii să-și înțeleagă reacțiile individuale emoționale. De ce au devenit atât de supărați? Ce vrea unul de la celălalt? La ce s-au așteptat? De unde vin aceste sentimente și așteptări? Mai degrabă decât să încerce să rezolve disputa, terapeutul analitic se va opri în a pune o serie de întrebări despre temerile și dorințele care stau în spatele acestora.

Semnalul conflictului intrapsihic este afectul. În locul concentrării asupra cine a răcut ce și cui, terapeuții analitici se fixează asupra unui sentiment puternic și îl folosesc ca un punct de plecare pentru o investigație detaliată a originilor sale. Ce simțiți? Când ați simțit în acest mod? Și înainte de ce? Ce vă amintiți? În loc să stea în planul orizontal al comportamentului curent al cuplului,

terapeutul caută deschideri în dimensiunea verticală a experienței interne a acestora.

Pentru a rezuma, terapeuții cuplurilor psihanalitice își organizează cercetările pe patru canale: (1) experiența internă, (2) istoria acestei experiențe, (3) cum declanșează partenerul acea experiență și, în cele din urmă, (4) cum contextul ședinței și intrarea terapeutului ar putea contribui la ceea ce se întâmplă între parteneri. Iată un scurt exemplu:

—Studiu de caz—

Înaintând cu pași mari în înțelegere în decursul primelor câtorva ședințe ale cuplului, Andrew și Gwen sunt mai mult decât supărați de inabilitatea lor de a discuta, mai puțin de a rezolva, neînțelegerea lor de a cumpăra o mașină nouă. Nu era vorba de mașină, ci de modul în care să o plătească ceea ce-i înfură la culme. Andrew vroia să ia banii pentru avans din economiile lor pentru a menține rata lunară scăzută. Acest lucru o făcea pe Gwen furioasă. Cum a putut Andrew să se gândească să taie economiile lor! A înțeles el că fondul lor mutual era plătit de

două ori cu dobânda pe care ar fi trebuit să o plătească pe împrumutul pentru mașină?

Din nefericire, erau amândoi prea încordați pentru a-și schimba părerea de a face un efort real pentru a înțelege ce se întâmpla în interior. Terapeutul a întrerupt cearta lor pentru a-i întreba pe fiecare dintre ei ce simt și de ce le este teamă. El nu era la început interesat de rezolvarea neînțelegerii – deși întrebarea despre sentimentele care ascundeau o altercație este adesea o deschidere eficientă spre înțelegere și compromis; mai mult, el a simțit că intensitatea reacțiilor lor indica că această problemă atingea preocupări cheie.

Investigarea experienței interioare a partenerilor a arătat că Andrew era speriat de povara cheltuielilor lunare. „Nu vezi”, o implora el, „dacă nu luăm o sumă suficient de mare pentru un avans substanțial, ne vom teme în fiecare lună de efectuarea plăților?”

Gwen era gata să se certe cu el, dar terapeutul i-a tăiat-o. El era mult mai interesat de istoria spaimei lui Andrew decât de încercarea cuplului de a se convinge unul pe altul despre toate.

Se pare că Andrew s-a temut toată viața că nu are destui bani. A avea destui bani însemna nu o casă mare, nu o mașină nemaipomenită, ci suficient pentru a cheltui pe lucruri care ar fi putut fi considerate cu indulgență – haine drăgute, ieșit în oraș la restaurant, flori, cadouri. Andrew și-a conectat această solicitare cu recompensarea lui însuși cu articole de lux modeste în amintirea faptului că a crescut într-o gospodărie spartană. Părinții lui erau copiii Marei Crize, care credeau că lucruri ca ieșitul în oraș, să ieși masa la restaurant și cumpărarea de haine noi, cu excepția celor absolut necesare, sunt frivole și înseamnă risipă. La un nivel mai profund, amintirile lui Andrew de austeritate sunt un ecran pentru atenția și afecțiunea pe

care el nu le-a avut și pe care le dorea de la mama sa mai degrabă rezervată¹. Și așa, el a învățat să se mulțumească pe sine însuși cu o cămașă nouă sau cu o cină agreabilă în momentul în care sentimentele lui erau la pământ. Una din atracțiile principale ale lui Gwen era natura ei generoasă și expresivă. Era afectuoasă în mod deschis și fericită, de obicei, să facă pe plac dorinței lui Andrew de a cumpăra ceva pentru el însuși.

Gwen a legat anxietatea ei de faptul de a avea un fel de tampon de protecție împotriva amintirilor neașteptate despre tatăl ei, ca un furnizor de hrană pe care nu te poți bizui. Spre deosebire de părinții lui Andrew, ai ei cheltuiau liber. Ei mergeau să mănânce în oraș de trei sau patru ori pe săptămână, mergeau vacante scumpe și toți din familie se îmbrăcau cu haine frumoase. Dar, deși el era un cheltuiitor liber, Gwen și-l amintea pe tatăl ei ca lipsit de disciplină și prevedere pentru a investi pe scară largă sau pentru a-și extinde afacerea dincolo de succesul său modest. Deși aceasta nu a făcut niciodată parte din amintirile ei conștiente, se pare că, cu toată atenția și afecțiunea generoase în ceea ce o privea, el nu a luat-o în serios niciodată ca persoană. El a tratat-o, conform frazei familiare „Fetița tatii”, - ca adorabilă - și nesubstanțială - ca o păpușică sau o pisicuță. Din acest motiv ea a fost atât de atrasă de ceea ce a văzut a fi natura serioasă și auto-disciplinată a lui Andrew - și privirea lui superioară pentru ea.

Cum au putut declanșa aceste două aspecte asemenea reacții virulente

în fiecare? Nu numai că a făcut ca nevoia axioasă a lui Gwen de a avea bani în bancă să intre în conflict cu nevoia lui Andrew de a avea bani de cheltuielă, dar fiecare dintre ei s-a simțit trădat de celălalt. Parte a așteptărilor ei inconștiente era faptul că ea a vrut să-i facă pe plac. Nici o mirare că ei erau atât de reactivi unul față de celălalt în această problemă.

1. Conform lui Kohut, mama lui Andrew a oferit o funcție a *empatiei auto-obiectului* necorespunzătoare.

Și rolul terapeutului în toate acestea? Prin reflecție, el a realizat că a fost puțin prea anxios pentru a liniști problemele cuplului. În afara dorinței lui proprii de a vedea fericirea maritală, el a controlat nivelul conflictului în timpul sedintelor, intervenind activ ca un pacificator. Drept rezultat, progresul cuplului a costat. Năzuințele și resentimentele profunde au fost date la o parte, în loc să fie explorate și rezolvate. Poate, terapeutul credea că el a preluat temerile cuplului de a se confrunta cu propria lor supărare.

Ce trebuie să folosească terapeutul din asemenea reacții contratransferențiale? Și-a identificat sentimentele? A spune că **contratransferul** conține informații folositoare nu înseamnă că ești oracol. Poate cel mai folositor lucru de făcut este de a privi contratransferul în ipoteza că are nevoie de proba evidentei din partea experienței pacientului. În acest caz, terapeutul a conștientizat simțul său că a încercat prea mult să liniștească aceste lucruri și i-a întrebat pe Gwen și Andrew dacă ei erau puțin înspăimântați de a-și scoate la iveală mânia.

Ca multe descrieri ale muncii clinice, aceasta poate părea o lovitură ușoară. Cum am ajuns de la cearta despre cumpărarea unei mașini la foamea pentru empatia unui auto-obiect din partea lui Andrew și cineva care să o idealizeze pe cea a lui Gwen? Parte a explicației constă într-o poveste condensată inevitabil. Dar este, de asemenea, important să recunoaștem că unul din lucrurile care permite psihanalistilor să vadă dincolo de suprafața lucrurilor este să știi unde să te uiți.

Sedintele încep cu invitația terapeutului adresată membrilor familiei de a discuta problemele, gândurile și sentimentele curente. În sedințele următoare, terapeutul poate începe fie prin a nu spune nimic, fie poate prin a spune „De unde vreți să începem?”

Apoi terapeutul stă și lasă familia să vorbească. Întrebările se limitează la cererile de amplificare și clarificare. „Puteți să spuneți multe despre aceasta?” „Ați discutat amândoi despre ce simțiți în legătura cu aceasta?”

Când asociațiile inițiale și interacțiunile spontane s-au terminat, terapeutul încearcă treptat, alegând istoria, gândurile și sentimentele oamenilor și ideile lor despre perspectivele membrilor familiei. „Ce crede tatăl dumneavoastră despre problemele voastre? Cum le-a explica?” Această tehnică subliniază interesele terapeutului analitic pentru ipoteze și proiecții. Un interes special este acordat amintirilor de copilărie și asociațiilor părinților. Următorul exemplu arată cum se fac tranzițiile de prezent în trecut.

—Studiu de caz—

Printre decepțiile majore ale fiecăruia, dl. și d-na S. se plâneau amândoi că celălalt „nu are grijă de mine când sunt bolnav sau nu ascultă plângerile mele la sfârșitul zilei”. Nu numai că ei își împărtășesc percepția lipsei „mamei” unul celuilalt, ei au menționat amândoi cu fermitate că ei sunt suportivi și înțelegători. Plângerea d-nei S. era tipică: „Ier a fost un coșmar absolut. Copilul era bolnav și agitat și avea o răceală îngrozitoare. Totul era de două ori mai greu pentru mine și aveam de două ori mai multe lucruri de făcut. Toată ziua am așteptat venirea lui John acasă. Dar atunci când el a venit, în cele din urmă, mi se părea că lui nu-i pasă de cât de îngrozitor mă simteam. M-a ascultat numai un minut înainte de a începe să-mi spună o poveste stupidă despre serviciul lui”. Dl. S. a răspuns prin a spune o poveste similară, dar cu rolurile inversate.

În acel moment, terapeutul a intervenit pentru a le cere ambilor soți să descrie relațiile lor cu mamele acestora. Ceea ce s-a născut au fost două povești foarte diferite, dar relevante.

Mama d-lui S. era o femeie taciturnă, pentru care autosprijinul, sacrificiul personal și lupta perseverentă erau virtuțile supreme. Deși și-a iubit copiii, ea le-a refuzat toleranța și afecțiunea ca nu cumva să devină „răsfățați”. Cu toate acestea, dl. S. a implorat atenția mamei sale. Firește, el a fost adesea respins. O amintire deosebit de dureroasă era din perioada în care el a venit acasă plângând, după ce s-a bătut cu un scandalagiu în curtea școlii. În locul consolării pe care o spera, mama sa l-a certat pentru că „s-a purtat ca un copilăș”. Peste ani el, a învățat să se apere singur de aceste respingeri prin dezvoltarea unei fațade de independentă și putere.

Cu a doua femeie importantă din viața sa, soția sa, dl S. și-a păstrat defensivitatea rigidă. El nu vorbea niciodată despre problemele sale, dar a continuat să tânjească după o înțelegere plină de compasiune, el era supărat pe soția sa pentru că nu l-a scos la lumină. Propriul lui eșec de a risca respingerea cerând sprijin a servit drept o profecie a autoîmplinirii, confirmând asteptarea sa, „Ea nu are grijă de mine”.

Trecutul d-nei S a fost destul de diferit de cel al soțului ei. Părinții ei au fost indulgenți și demonstrativi. Ei își iubeau la nebunie unicul copil, comunicându-i dragostea lor prin exprimare constantă, grijă neliniștită pentru bunăstarea ei. Când era o fetiță, cel mai ușor cucui sau vânătaie era o ocazie pentru exprimări exagerate ale interesului lor solicitant. Ea s-a măritat obișnuită să vorbească despre ea însăși și problemele ei. La început, dl. S. a fost încântat. „Există cineva căreia îi pasă realmente ce simți” spunea el. Dar când a descoperit că ea nu-i cere să vorbească despre problemele lui proprii, el a devenit plin de resentimente și, treptat, mai puțin simpatic. Acest lucru a convins-o pe ea, „Lui nu-i pasă de mine”.

După ce rădăcinile istorice ale conflictelor curente din familie au fost descoperite, au fost făcute interpretări despre modul în care membrii familiei continuau să reconstituie trecutul, adesea imagini din copilărie distorsionate. Datele pentru asemenea interpretări proveneau din reacțiile de transfer către terapeut sau către alți membri ai familiei, precum și din amintirile din copilărie. Terapeuții psihanalitici aveau mai puțin de a face cu aduceri aminte ale trecutului decât cu reproduceri ale influenței acestuia în prezent.

Terapeuții psihanalitici de familie sunt conștienți că influența lor nu se limitează la analiza rațională, ci include și un fel de analiză de-a redeveni părinți. Astfel, terapeuții pot acționa într-un mod care să controleze sau să fie permisiv privind evaluarea lor referitoare la nevoile speciale ale unei familii. Unul dintre terapeuții care a fost conștient în mod deosebit de influența sa asupra familiilor a fost Nathan Ackerman. Intervențiile sale (Ackerman, 1966) au fost concepute să străpungă apărările familiei pentru a scoate la suprafață conflictele ascunse dincolo de sex și agresiune. Spre deosebire de analistul tradițional rezervat, Ackerman a avut relații cu familiile într-un mod foarte personal. În legătură cu aceasta el scria:

Este foarte important la început să stabilești un contact emoțional semnificativ cu membrii familiei, pentru a crea un climat în care cineva realmente îi impresionează, iar ei simt că ei impresionează la rândul lor (1961, p.242).

Ackerman a încurajat exprimarea onestă a sentimentului de a fi cinstit el însuși. Dezvăluirea spontană a propriilor lui gânduri și sentimente a făcut dificil ca membrii familiei să reziste să nu facă la fel. Ackerman a folosit din plin carisma sa, dar a făcut aceasta mai mult decât simplu, prin „a fi tu

însuși". El a folosit în mod deliberat tehnicile confruntative pentru a scoate conflictele familiei din spatele fațadelor defensive. Fraza sa memorabilă pentru a descrie aceasta a fost „gădilă apărările”.

Terapeuții psihanalitici de familie subliniază faptul că, mult din ceea ce este ascuns în dialogurile familiei nu este susținut în mod conștient, ci mai degrabă reprimat în inconștient. Abordarea acestui material este perezitată de rezistența manifestată adesea sub forma transferului. Exemplul următor ilustrează interpretarea rezistenței.

—Studiu de caz—

Dl. și d-na Z. au îndurat zece ani de relații lipsite de dragoste pentru a păstra siguranta fragilă pe care faptul că erau căsătoriți le-o oferea. O aventură a d-nei Z., totalmente neasteptată și necharacteristică, a forțat cuplul să conștientizeze problemele din relația lor și să consulte un terapeut de familie.

Deși nu ar mai fi putut nega pentru mult timp existența conflictului, ambii soți au opus o rezistență majoră în confruntarea cu problemele lor în mod deschis. Rezistența lor reprezenta repulsia de a conștientiza unele din sentimentele lor și o înțelegere secretă de a evita discuțiile deschise privind problemele lor relaționale.

În prima sedință, ambii parteneri au spus că viața casnică a fost „mai mult sau mai puțin bună”; că d-na Z. are un fel de „criză la mijlocul vieții” și că ea este aceea care are nevoie de terapie. Cererea pentru terapie individuală a fost văzută ca o rezistență pentru a evita examinarea dureroasă a căsătoriei, iar terapeutul a spus astfel: „Se pare d-le Z. că dumneavoastră, mai degrabă decât să o învinovați pe soția dumneavoastră să luați în considerare cum amândoi ați contribuit la dificultățile dumneavoastră. Și dumneavoastră d-na Z., se pare că preferați

să acceptați toată vina pentru a evita să-l faceți pe soțul dumneavoastră să se confrunte cu insatisfacția și supărarea dumneavoastră”.

Acceptarea interpretării terapeutului și faptul că erau de acord cu examinarea relației lor au lipsit cuplul de orice formă de rezistență, ca și de orice posibilitate de salvare care a fost închisă celor doi combatanți lipsiți de tragere de inimă. În următoarele câteva sedințe, ambii soți s-au atacat unul pe celălalt cu răutate, dar ei au vorbit numai despre aventura ei și reacțiile ei, mai degrabă decât de problemele din relația lor. Aceste argumente nu sunt productive, deoarece ori de câte ori dl. Z. s-a simțit anxios, el și-a atacat soția și ori de câte ori ea s-a simțit supărată, ea a devenit vinovată și depresivă.

Simțind că disputa lor era neproductivă, terapeutul a spus: „Este clar că vă puneți unul pe celălalt în situații nefericite și ambii sunteți destul de supărați. Dar, în afară de cazul în care ați renunțat să vorbiți despre problemele specifice ale căsătoriei voastre, există o mică șansă să o găsiți oriunde”.

Astfel concentrată, d-na Z. a afirmat timid că niciodată nu a avut plăceri sexuale cu soțul ei și ar fi vrut ca el să acorde mai mult timp jocurilor preludiilor. El a revenit cu zgomot. „Ei bine, așa, sexul n-a fost prea grozav, este un motiv pentru care arunci la gunoi zece ani de căsătorie și începi să să te destrăbălezi!” La aceasta, d-na Z. și-a ascuns fața între mâini și a plâns cu sughituri în mod necontrolat. După ce și-a revenit, terapeutul a intervenit, confruntând din nou cuplul în ceea ce privește rezistența acestora: „Se pare, d-le Z., că atunci când sunteți supărat, atacați! Ce vă face atât de anxios când discutați despre sex?” Ca urmare a acestei întrebări, cuplul a fost capabil să discute despre sentimentele lor despre sex în cadrul căsătoriei lor, până la sfârșitul sedinței. În acest moment, dl. Z. i-a vorbit urât sotiei sale numind-o târfă și călea.

D-na Z. a început ședința următoare prin a spune că ea a fost deprimată și supărată, plângând toată săptămâna. „M-am simțit atât de vinovată”, a spus ea printre sughituri. „Trebuia să te simți vinovată!” a spus soțul ei. Terapeutul a intervenit din nou. „Folosiți aventura soției dumneavoastră ca pe un ciomag. Vă este încă teamă să discutați problemele reale ale căsătoriei dumneavoastră? Iar dumneavoastră, d-nă Z., vă ascundeți supărarea cu depresia. De ce sunteți supărată? Ce lipsește căsătoriei dumneavoastră? Ce doriți?”

Acest model a continuat mai multe ședințe. Soții care au evitat să discute sau chiar să gândească despre problemele lor timp de zece ani au folosit o varietate de rezistențe pentru a le ocoli în terapie. Terapeutul a insistat în a sublinia rezistența acestora și în a-i determina să vorbească despre plângerile specifice.

Terapeuții de familie psihanalitici se străduiesc să educe intuiția și înțelegerea; ei sfătuiesc familiile să considere ce au de făcut cu problemele pe care le discută. Acest efort – parte a procesului de lucru – este mult mai evident în terapia de familie decât în terapia individuală. Boszormenyi-Nagy, de exemplu, consideră că membrii familiei nu trebuie numai să fie făcuți conștienți de motivațiile lor, ci și făcuți responsabili pentru comportamentul lor. În terapia contextuală, Boszormenyi-Nagy (1987) sublinia că terapeutul trebuie să ajute oamenii să se confrunte cu așteptările distructive cuprinse în loialitățile invisibile și apoi să-i ajute să găsească cele mai bune modalități pentru a face plățile loialității din evidențele familiei. Ceea ce aceasta reduce este dezvoltarea unui echilibru al corectitudinii.

Ackerman a subliniat și el lucrul activ asupra intuiției, prin încurajarea familiilor să

exprime constructiv impulsurile agresive și libidinale descoperite din terapie. Pentru a alina simptomele, impulsurile trebuie să devină conștiente; dar, o experiență emoțională trebuie să fie asociată cu o conștiință de sine crescută pentru ca viața să se schimbe. A modifica gândirea și simțirea este sarcina esențială a terapiei psihanalitice, dar terapeuții de familie sunt, de asemenea, interesați de supervizarea și analizarea schimbărilor în comportament.

Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei

Prea mulți terapeuți de familie neglijează psihologia, în general, și teoria psihanalitică, în special. Indiferent de ce fel de alte abordări folosește un terapeut, scrierile clinicienilor psihanalitici informați sunt o sursă bogată.

Spunând aceasta, dorim să avertizăm. Terapiile doctrinare psihanalitice de familie sunt puternice în mâinile terapeuților formați. Totuși, mulți terapeuți care au fost descurajați de dialogurile obișnuite contencioase de familie, gravitează spre metodele psihanalitice ca un mod de a întrerupe certurile defensive. Întreruperea certurilor unei familii pentru a explora sentimentele membrilor individuali este un mod excelent de a bloca certurile. Dar dacă terapeuții fac ei înșiși în mod deschis o problemă centrală (prin conducerea tuturor conversațiilor de către ei înșiși) sau dacă ei subliniează exagerat indivizii și neglijează interacțiunile familiei, atunci puterea terapiei de familie – abordând direct problemele relaționale – poate fi pierdută. Întreruperea parteneriatului defensiv pentru a ajunge la speranțele și temerile care zac dedesubt pare să fie bună. Dar, în cazul în care aceste interogatorii sunt urmate de interschimbări extinse și libere printre membrii familiei înșiși, aceste explorări pot produce numai iluzia schimbării, atât timp

cât terapeutul este prezent pentru a acționa **ca** detectiv și arbitru.

Terapeuții psihanalitici s-au opus, în general, încercărilor de a evalua munca lor prin folosirea standardelor empirice. Din **momentul** în care reducerea simptomului nu este scopul, aceasta poate servi ca măsură a **succesului**. Iar din momentul în care prezența sau absența conflictului inconștient nu este vizibilă pentru observatorii externi, dacă o **analiză** poate fi considerată de succes depinde de judecata subiectivă. Clinicienii psihanalitici consideră observațiile terapeutului ca un mijloc de evaluare a teoriei și tratamentului. Citatul următor din Blanck (1972), **ilustrează** acest punct de vedere. Vorbind despre ideile Margaretei Mahler, el scria:

Clinicienii care folosesc teoriile ei nu pun sub semnul întrebării din punct de vedere tehnic, nici metodologia, nici de rezultatele, pentru ca ei să le poată confirma clinic, o formă de validare care să apropie cât de mult posibil insistența experiențialistilor asupra replicii ca și criteriu al metodei științifice (p. 675).

Un alt exemplu al acestui punct de vedere **poate** fi găsit în scrierea lui Robert Langs.

„Ultimul test al unei formulări a terapeutului”, spune Langs (1982), „constă în folosirea impresiilor terapeutului ca bază pentru intervenție” (p. 186). Ce determină atunci validitatea și eficiența acestor intervenții? Langs nu ezită: reacțiile pacientului, conștiente și inconștiente, constituie testul ultim cu hârtia de turnesol. „Validarea corectă implică răspunsurile de la pacient, în ambele sfere, cognitivă și interpersonală”.

Este ultimul test al terapiei după reacțiile pacientului? Da și nu. Mai întâi, reacțiile pacientului sunt deschise spre diferite interpretări – în special de când validarea este văzută nu numai în răspunsurile manifeste directe, ci și în derivatele inconștiente codate. Mai mult, acest punct de vedere nu ține seama de schimbările din viețile pacienților, care apar în afara camerei de consultații. Terapeuții raportează ocazional asupra rezultatului terapiei de familie psihanalitice, dar, în principal, ca un studiu de caz necontrolat. Un asemenea raport este studiul lui Dicks (1967) privind rezultatul terapiei psihanalitice a cuplurilor la Clinica Tavistock, în care el apreciază că a tratat cu succes 72,8%, dintr-un eșantion aleatoriu de cazuri.

— Rezumat —

Clinicieni formați psihanalitic au fost printre primii care au practicat terapia de familie, dar, atunci când ei au început să trateze familiile, cei mai mulți dintre ei au negociat ideile lor despre psihologia adâncurilor pentru acelea din teoria sistemică. Pe la mijlocul anilor 1980, a existat printre terapeuții de familie o renaștere a interesului în psihodinamică, un interes dominat de teoria relațiilor obiect și de psihologia sinei. În acest capitol am schițat punctele

principale ale acestor teorii și am arătat cât de relevante sunt pentru terapia de familie psihanalitică, care integrează psihologia adâncurilor și teoria sistemică. Câțiva practicieni (de exemplu, Kirschner & Kirschner, 1986; Nichols, 1987; Slipp, 1984) au combinat elementele amândurora; unii au dezvoltat mai deschis abordările psihanalitice (în special Scharff & Scharff, 1987; Sander, 1989); nici unul nu a reușit o sinteză adevărată.

—Lecturi recomandate—

Ackerman, N. W., 1966. *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.

Boszormenyi-Nagy. 1972. Loyalty implications of the transference model in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 27:374-380.

Boszormenyi-Nagy, I. 1987. *Foundations of contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Dicks, H.V. 1967. *Marital tensions*. New York: Basic Books.

Meissner, W.W. 1978. The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*. T.J. Paolino and B.S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Nadelson, C.C. 1978. Marital therapy from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*. T.J. Paolino and

B.S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Nichols, M.P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.

Sander, E.M. 1989. Marital conflict and psychoanalytic theory in the middle years. In *The middle years: New psychoanalytic perspectives*. J. Oldham and R. Liebert, eds. New Haven: Yale University Press.

Scharff, D., and Scharff, J.S. 1987. *Object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.

Stern, D. N. 1985. *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Zinner, J., and Shapiro, R. 1972. Projective identification as a mode of perception of behavior in families of adolescents. *International Journal of Psychoanalysts*. 53:523-530

—Bibliografie—

Ackerman, N. W. 1958. *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.

Ackerman N. W. 1961. The emergence of family psychotherapy on the present scene. In *Contemporary psychotherapies*. M. I. Stein, ed. Glencoe, IL: The Free Press.

Ackerman, N.W. 1966. *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.

Barnhill, L. R. and Longo, D. 1978. Fixation and regression in the family life cycle. *Family Process*. 17:569-478.

Bentovim, A., and Kinston, W. 1991. Focal family therapy. In *Handbook of family therapy*. vol. II. A.S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Blanck, G., and Blanck, R. 1972. Toward a psychoanalytic developmental psychology.

Journal of the American Psychoanalytic Association. 20:668-710.

Blum, H.P. 1987. Shared fantasy and reciprocal identification: General considerations and gender disorder. In *Unconscious fantasy: Myth and reality*. H.P. Blum et al., ed. New York: International Universities Press.

Boszormenyi-Nagy I. 1967. Relational modes and meaning. In *Family therapy and disturbed families*. G.H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy. eds. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Boszormenyi-Nagy, I. 1972. Loyalty implications of the transference model in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 27:374-380.

Boszormenyi-Nagy, I. 1987. *Foundations of contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.

- Boszormenyi-Nagy, I. Grunebaum, J., and Ulrich D. 1991. Contextual therapy. In *Handbook of family therapy*. Vol. II. A.S. Gurman and D.P. Kniskern. eds. New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., and Ulrich, D.N. 1981. Contextual family therapy. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D.P. Kniskern. eds. New York: Brunner/Mazel.
- Bowen, M. 1965. Family psychotherapy with schizophrenia in the hospital and in private practice. In *Intensive family therapy*. I. Boszormenyi-Nagy and J. L. Framo, eds. New York: Harper & Row.
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss*. Vol. I: *Attachment*. New York: Basic Books.
- Burlingham, D.T. 1951. Present trends in handling the mother-child relationship during the therapeutic process. *Psychoanalytic study of the child*. New York: International University Press.
- Dare, C. 1979. Psychoanalysis and systems in family therapy. *Journal of Family Therapy*. 1:137-151.
- Dicks, H. V. 1963. Object relations theory and material studies. *British Journal of Medical Psychology*. 36:125-129.
- Dicks, H.V. 1967. Marital tensions. New York: Basic Books.
- Fairbairn, W. D. 1952. *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Ferreira, A. 1963. Family myths and homeostasis. *Archives of General Psychiatry*. 9:457-463.
- Framo, J.L. 1970. Symptoms from a family transactional viewpoint. In *Family therapy in transition*. N.W. Akerman, ed. Boston: Little, Brown & Co.
- Freud, S. 1905. Fragment of an analysis of a case of hysteria. *Collected papers*. New York: Basic Books. 1959.
- Freud, S. 1909. Analysis of a phobia in a five-year-old boy. *Collected papers*. Vol. III. New York: Basic Books. 1959.
- Freud, S. 1921. Group psychology and the analysis of the ego. *Standard edition*. 17:1-22. London: Hogarth Press, 1955.
- Giovacchini, P. 1958. Mutual adaptation in various object relations. *International Journal of Psychoanalysis*. 39:547-554.
- Greenson, R.R. 1967. *The theory and technique of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Guntrip, H. 1969. *Schizoid phenomena, object relations theory and the self*. New York: International Universities Press.
- Jackson, D.D. 1967. The individual and the larger context. *Family Process*. 6:139-147.
- Jacobson, E. 1954. *The self and the object world*. New York: International Universities Press.
- Johns, A., and Szurek, S. 1952. The genesis of antisocial acting out in children and adults. *Psychoanalytic Quarterly*. 21:323-343.
- Katz, B. 1981. Separation-individuation and marital therapy. *Psychotherapy Theory, Research and Practice*. 18:195-203.
- Kernberg, O. F. 1966. Structural derivatives of object relationships. *International Journal of Psychoanalysis*. 47:236-253.
- Kirschner, D., and Kirschner, S. 1986. *Comprehensive family therapy: An integration of systemic and psychodynamic treatment models*. New York: Brunner/Mazel.
- Klein, M. 1946. Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*. 27:99-110.
- Kohut, H. 1971. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. 1977. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Langs, R. 1982. *Psychotherapy: Basic text*. New York: Jason Aronson.
- Lasch, C. 1979. *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: Basic Books.
- Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S. 1965. *Schizophrenia and the family*. New York: International Universities Press.

- Mahler, M.S. 1952. On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol.7.
- Mahler, M., Pine, F., and Bergman, A. 1975. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Meissner, W.W. 1978. The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*. T.J. Paolino and B.S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Minuchin, S. 1989. Personal communication. Quoted from *Institutionalizing madness*. J. Elizur and S. Minuchin, eds. New York: Basic Books.
- Mittlemann, B. 1948. The counterpart analysis of married couples. *Psychoanalytic Quarterly*. 17:182-197.
- Nichols, M.P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.
- Oberndorf, C. P. 1938. Psychoanalysis of married couples. *Psychoanalytic Review*. 25:453-475.
- Sager, C. J. 1981. Couples therapy and marriage contracts. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/ Mazel.
- Sander, F.M. 1989. Marital conflict and psychoanalytic therapy in the middle years. In *The middle years: New psychoanalytic perspectives*. J. Oldham and R. Liebert, eds. New Haven: Yale University Press.
- Scharff, D. 1992. *Reflecting the object and reclaiming the self*. New York: Jason Aronson.
- Scharff, D. and Schraff, J. 1987 *Object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Segal, H. 1964. *Introduction to the work of Melanie Klein*. New York: Basic Books.
- Shapiro, R. L. 1968. Action and family interaction in adolescence. In *Modern psychoanalysis*. J. Marmor, ed. New York: Basic Books.
- Shapiro, R. L. 1979. Family dynamics and object relations theory. In *Adolescent psychiatry*. S. C. Feinstein and P. L. Giovacchini, eds. Chicago. University of Chicago Press.
- Skygger, A.C.R. 1976. *Systems of family and marital psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Skygger, A.C.R. 1981. An open-system, group analytic approach to family therapy. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D. P. Knisskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Slipp, S. 1984. *Object relations: A dynamic bridge between individual and family treatment*. New York: Jason Aronson.
- Slipp, S. 1988. *Technique and practice of object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Spitz, R, and Wolf, K. 1946. Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions early in childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*. 2:313-342.
- Stein, M. 1956. The marriage bond. *Psychoanalytic Quarterly*. 25:238-259.
- Stern, D.N. 1985. *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stierlin, H. 1977. *Psychoanalysis and family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Sullivan, H. S. 1953. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Szasz, T.S. 1961. *The myth of mental illness*. New York. Hoeber-Harper.
- Umana, R.F., Gross, S.J. and McConville, M.T. 1980. *Crisis in the family: Three approaches*. New York: Gardner Pess.
- Vogel, E.F., and Bell, N.W. 1960. The emotionally disturbed as the family scapegoat. In *The family*. N.W. Bell and E.F. Vogel, eds. Glencoe, IL: Free Press.
- Winnicott, D. W. 1965a. *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D.W. 1965b. *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional de-*

velopment. New York: International Universities Press.

Wynne, L.C. 1965. Some indications and contraindications for exploratory family therapy. In *Intensive family therapy*. I. Boszormenyi-Nagy and J.L. Framo, eds. New York: Harper & Row.

Wynne, L., Ryckoff, I., and Hirsch, S. 1958. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*. 21:205-220.

Zinner, J. 1976. The implications of projective identifications for marital interaction. In *Community marriage: Structure, dynamics, and therapy*. H. Grunbaum and J. Christ, eds. Boston: Little, Brown.

Zinner, J., and Shapiro, R. 1972. Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. *International Journal of Psychoanalysis*. 53:523-530.



Terapia de familie cognitiv-comportamentală

Dincolo de stimul și răspuns

Când au început să lucreze prima dată cu familiile, în anii 1970, terapeuții comportamentali au aplicat principiile teoriei educației pentru a instrui părinții în modificările comportamentale și pentru a învăța cuplurile deprinderile comunicării. Aceste abordări s-au dovedit eficiente în cazul problemelor de comportament discrete și indivizii bine motivați. Totuși, ancorati, așa cum erau, în psihologia individului, terapeuții comportamentali au apreciat puțin modurile în care comportamentul greșit și slaba comunicare erau înrădăcinate în problemele care țineau de relații.

În plus, nefamiliarizați cu dinamica sistemică, terapeuții comportamentali au lucrat, în general, în departamente academice de psihologie și în loc să dezvolte un întreg arsenal de tehnici utile, terapia de familie comportamentală a rămas relativ izolată de curentul principal al terapiei de familie. Ultimii zece ani au văzut, totuși, schimbări

rapide în terapia de familie comportamentală, cu creșterea complexității dinamicii familiei și încorporarea principiilor cognitive. Din nefericire, progresele în terapia cognitiv-comportamentală au continuat să aibă un impact limitat asupra domeniului terapeutic de familie, o situație care ar fi trebui să se schimbe odată cu sublinierea obișnuită a fertilizării încrucișate a diferitelor modele.

Figuri reprezentative

Terapia comportamentală este o descendentă directă a investigațiilor lui Ivan Pavlov, psihologul rus a cărui operă privind reflexele condiționate a condus la dezvoltarea **condiționării clasice**. În condiționarea clasică, *un stimul necondiționat* (SN), precum mâncarea, care conduce la un *răspuns necondiționat* (RN), precum saliv-

varea, este pereche cu *un stimul condiționat* (SC), precum un clopoțel. Rezultatul este că stimulul condiționat începe să evoce același răspuns (Pavlov, 1932, 1934). În consecință, John B. Watson a aplicat condiționarea clasică pentru a induce o fobie la „Little Albert” (Watson & Raynor, 1920) și Mary Cover Jones a rezolvat cu succes o fobie similară în cazul lui „Peter” (Jones, 1924).

În 1948, Joseph Wolpe a introdus *desensibilizarea sistematică* realizând un mare succes în tratamentul fobiilor și generând un enorm interes pentru metodele comportamentale. În conformitate cu Wolpe (1948), anxietatea este un răspuns persistent al sistemului nervos autonom, dobândit prin condiționare clasică. Desensibilizarea sistematică deconținează anxietatea prin *inhibiție reciprocă*, prin răspunsuri perechi incompatibile cu stimuli anteriori care au provocat anxietatea. De exemplu, dacă lui Indiana Jones îi era frică de șerpi, Wolpe l-ar fi învățat mai întâi pe dr. Jones să-și relaxeze mușchii și apoi să-și imagineze că se apropie de șerpi în etape ierarhice treptate. De ficcare dată când Indy ar fi devenit neliniștit, i s-ar fi spus să se relaxeze. În acest fel, anxietatea evocată prin șerpii imaginați ar fi fost stinsă sistematic.

Desensibilizarea sistematică s-a dovedit a fi o tehnică puternică pentru reducerea anxietății și chiar mai eficientă atunci când include practica actuală în abordarea obiectului sau situației de care ne este teamă (*desensibilizarea in vivo*).

Teoria condiționării clasice a fost aplicată problemelor familiei, în special în tratamentul tulburărilor bazate pe anxietate, inclusiv agorafobia și disfuncția sexuală, al cărui pionier a fost Wolpe (1958) și, mai târziu, elaborată de Masters și Johnson (1970). Tratamentele comportamentale eficiente pentru enurezie au fost, de asemenea, dezvoltate folosind condiționarea clasică (Lovibond, 1963).

De departe cea mai mare influență asupra terapiei de familie comportamentală vine de la **condiționarea operantă** a lui B. F. Skinner. Termenul *operant* se referă la răspunsurile voluntare, opuse reflexelor involuntare. Frecvența răspunsurilor operante este determinată de consecințele acestora. Răspunsurile care sunt *întărite pozitiv* vor fi repetate mai frecvent; cele care sunt *pedepsite* sau ignorate vor fi *stinse*.

Factorul de condiționare operant observă cu grijă comportamentul țintă și apoi califică frecvența și proporția sa. Apoi, pentru a completa **o analiză funcțională a comportamentului**, consecințele comportamentului sunt notate pentru a determina *împrejurările întăririi*. De exemplu, cineva interesat de crizele de furie ale copilului va începe prin observarea momentului în care se manifestă și ce consecințe apar. O observație tipică ar putea fi aceea a unui copil care devine furios când părinții neagă cererile sale, iar părinții fac aceasta în mod frecvent, dacă crizele de furie se prelungesc. Astfel, părinții vor consolida comportamentul pe care ei îl doresc cel mai puțin. Pentru a elimina crizele de furie ei s-au gândit să le ignore. Mai mult, ei au spus că, intrând în ele, chiar ocazional, vor menține furia, deoarece comportamentul este parțial sau *întărit cu intermitență*, iar acest lucru este cel mai dificil de stins. Dacă copilul este conștient de împrejurări, el ar putea gândi: „Ei nu mi-au dat ceea ce am vrut acum, dar dacă continui să mă agit, ei îmi vor da eventual; dacă nu de data aceasta, atunci data viitoare”.

Condiționarea operantă este deosebit de eficientă la copii, deoarece părinții au un control considerabil asupra întăritorilor și pedepselor. Boardman (1962) a format părinții în folosirea eficientă a pedepsei, pentru a o folosi în comportamentul antisocial agresiv al copilului în vârstă de cinci ani. Wolpe (1958) a descris cum să fie folosiți părinții ca și coterapeuți în conducerea

anxietății. Risley și Wolf (1967) au format părinții în întărirea operantă a vorbirii cu copiii lor autiști. În termeni tehnici, acești părinți au fost formați să elimine împrejurările care mențineau comportamentul deviant și să întărească paternurile de comportament care sunt incompatibile cu comportamentul deviant (Falloon, 1991). În limba engleză, ei au fost învățați să ignore comportamentul inadecvat și să recompenseze comportamentul adecvat.

Deși, nu o singură persoană a fost răspunzătoare de dezvoltarea terapiei de familie comportamentale, trei lideri au jucat roluri dominante: un psiholog, Gerald Patterson, un psihiatru, Robert Liberman și un asistent social, Richard Stuart.

Gerald Patterson, de la Universitatea din Oregon, a fost figura cea mai influentă în dezvoltarea formării comportamentale a părinților. Patterson și colegii săi au dezvoltat metode pentru prelevarea perioadelor interacțiunii familiei acasă, au format părinții în principiile **teoriei educației sociale**, au dezvoltat caiete de exerciții programate (de exemplu, Patterson, 1971b) și au studiat cu atenție strategiile pentru eliminarea comportamentului indezirabil și substituirea comportamentului dezirabil. Printre alte figuri proeminente din acest domeniu sunt Anthony Graziano, Rex Forehand, Daniel și Susan O'Leary și Roger McAuley.

Cea de-a doua figură majoră în dezvoltarea terapiei de familie comportamentale a fost Robert Liberman. În raportul său din 1970, „Behavioral Approaches to Family and Couple Therapy” („Abordări comportamentale în terapia de familie și de cuplu”), el sublinia aplicarea cadrului de învățare operant la problemele familiei a patru pacienți adulți cu depresie, dureri de cap refractare, inadapatare socială și neînțelegere maritală. În plus, pentru folosirea managementului accidental al întăritorilor reciproci, Liberman a introdus folosirea *repetării și modelării*

rolului (Bandura și Walters, 1963) în terapia de familie.

A treia influență majoră privind terapia de familie comportamentală a fost abordarea **contractării accidentale** a lui Richard Stuart (1969). Mai degrabă decât concentrarea asupra modului în care comportamentul indezirabil al unui membru al familiei ar putea fi modificat, Stuart s-a concentrat asupra modului în care schimbarea comportamentului pozitiv ar putea fi maximizată folosind principiul **reciprocității întăririi**.

În perioada anilor 1970, terapia de familie comportamentală s-a dezvoltat în trei pachete majore: formarea părinților, terapia comportamentală de cuplu și terapia sexuală. În prezent, figurile importante din terapia comportamentală de cuplu îi includ pe Robert Weiss, Richard Stuart, Michael Crowe, Ian Falloon, Norman Epstein și Gayola Margolin.

Recent, a existat o apropiere între modelele care condiționează stimulul-răspuns și teoriile cognitive (Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988; Dattillio, 1998). **Terapia cognitiv-comportamentală** se referă la abordările inspirate de activitatea lui Albert Ellis (1962) și Aaron Beck (1976), care subliniau nevoia de schimbare a atitudinii pentru a promova și menține schimbarea comportamentală. Printre liderii terapiei de familie cognitiv-comportamentale sunt Donald Baucom de la Universitatea din Carolina de Nord, Norman Epstein de la Universitatea din Maryland și Frank Dattillo din Pennsylvania.

Formulări teoretice

Premisa de bază a terapiei comportamentale este aceea că un comportament este menținut de consecințele sale. Consecințele care accelerează comportamentul sunt numite

întăritori, în timp ce acelea care încetinesc comportamentul sunt cunoscute drept *pedepse*.

Unele răspunsuri pot să nu fie recunoscute ca operante – ceva făcut pentru a avea ceva – tocmai pentru că oamenii nu sunt conștienți de plata întăririi. De exemplu, plânsul este întărit de atenție, deși oameni, care asigură întărirea poate nu au realizat acest lucru. De fapt, o varietate de comportamente nedorite, care includ cicăleala și crizele violente, sunt întărite de atenție. Astfel, problemele familiei sunt adesea menținute în condiții care sunt contraintuitive.

Stingerea apare când nici o întărire nu urmează unui răspuns. Ignorarea acestui lucru, este, desigur, adesea, cel mai bun răspuns la comportamentul care nu-ți place. Motivul pentru care mulți oameni nu creditează aceasta este deoarece răspunsul reținut conduce rar la încetarea *imediată* a comportamentului nedorit. Aceasta deoarece multe probleme de comportament au fost întărite parțial sau intermitent și, de aceea, ia timp să se stingă.

În ciuda aspectului mecanicist al „schemelor de întărire” și al „comportamentului de control”, terapeuții comportamentali au devenit din ce în ce mai conștienți că oamenii nu numai că acționează, ci și gândesc și simt. Această recunoaștere a îmbrăcat forma eforturilor de integrare a behaviorismului pur stimul-răspuns (Skinner, 1953) cu teoriile cognitive (Mahoney, 1977). Doctrina centrală a abordării cognitive este că interpretarea noastră privind comportamentul altor oameni afectează profund modul în care noi le răspundem. Printre cele mai supărătoare *reflecții automate* sunt cele bazate pe „deducție arbitrară”, concluzii distorsionate care sunt formate de *schemele* persoanei, de credințele principale despre lume și de modul cum funcționează aceasta. Ce face aceste convingeri de bază problematice este faptul că, deși, în general, ele nu sunt conștiente,

ele se apleacă asupra felului în care noi le abordăm și răspundem unul altuia.

Atunci când terapeuții comportamentali și-au întors atenția de la indivizii în izolare la relațiile familiei, ei s-au bazat pe **teoria schimbării sociale** a lui Thibaut și Kelley (1959), conform căreia oamenii fac tot posibilul să maximizeze „recompensele” și să minimizeze „costurile” în relații. Într-o relație de succes ambii parteneri lucrează să maximizeze recompensele reciproce, în timp ce minimizează costurile. În contrast, într-o relație nereușită partenerii sunt prea ocupați de a încerca să se protejeze pe ei înșiși de a se răni pentru a lua în considerare modalitățile de a se face fericiți unul pe celălalt. Conform lui Thibaut și Kelley, schimbările de comportament urmează o normă de reciprocitate în timp, în așa fel încât stimularea aversivă sau pozitivă a unei persoane tinde să producă un comportament reciproc din partea alteia. Plăcerea naște plăcere; neplăcerea naște neplăcere.

Dezvoltarea familiei normale

Conform modelului comportamental de schimbare (Thibaut & Kelley, 1959), o relație bună este una în care a da și a primi sunt echilibrate – sau în termenii modelului, există o rată mare a beneficiilor față de costuri. Spunând aceasta cât mai general, se adaugă puțin la noțiunile de bunsimț ale satisfacției familiei. Dar, terapeuții comportamentali au început să explice, în studii empirice, unele dintre detaliile care conduc la satisfacerea relațiilor. De exemplu, Weiss și Isaac (1978) au descoperit că afecțiunea, comunicarea și grija pentru copil sunt elementele cele mai importante în satisfacția maritală. Mai timpuriu, Wills, Weiss și Patterson (1974), au descoperit că un comportament neplăcut

a redus satisfacția maritală mult mai semnificativ decât a mărit-o comportamentul plăcut. Atunci, o relație bună este aceea în care există un schimb de răspunsuri plăcute, chiar mai important, o neplăcere minimă. Un alt mod de a spune aceasta este că relațiile bune sunt sub *control pozitiv întărit*.

Deprinderile de comunicare – abilitatea de a vorbi, în special despre probleme – este considerată de terapeuții comportamentali cea mai importantă trăsătură caracteristică a bunelor relații. (Gottman, Markman & Notarius, 1977; Jacobson, Waldron & Moore, 1980).

(Este, de asemenea, și trăsătura caracteristică a relațiilor, cea mai evidentă și ușor de observat). Buna comunicare mărește recompensele de relaționare conducând la controlul eficient al stimulului asupra comportamentului.

În timp, toate cuplurile intră în conflict și de aceea o deprindere critică în menținerea armoniei familiei este deprindere în rezolvarea conflictului (Gottman & Krokoff, 1989). Din nefericire, problemele sunt parte a vieții. Familiile sănătoase nu sunt lipsite de probleme, dar au capacitatea să se descurce cu problemele când ele apar. Recunoscând acest lucru, terapeuții comportamentali accentuează nevoia de *deprinderi de rezolvare a problemei* și capacitatea pentru rezolvarea conflictelor, ca și criteriile pentru căsătorii de succes. (Jacobson & Margolin, 1979).

Într-o bună relație, partenerii sunt capabili să vorbească deschis despre conflicte. Ei se concentrează asupra problemelor și le păstrează în perspectivă și discută comportamentul specific care-i interesează. Ei își descriu propriile sentimente și cer schimbări în comportamentul celorlalți, în opoziție cu a critica și a se plânge. "Sunt foarte singur și te doresc și aș putea să merg în oraș și să fac diverse lucruri mai des" este mai mult decât să dai un răspuns pozitiv apoi. „Nu-ți pasă niciodată de ceea ce vreau eu! Îți pasă numai de tine!?”

Unii oameni estimează că relațiile bune vor apărea în mod firesc dacă oamenii se potrivesc și se iubesc. Terapeuții comportamentali, pe de altă parte, subliniază nevoia de dezvoltare a deprinderilor relaționale. Căsătoriile bune, cred ei, nu sunt în paradis, ci sunt un produs al învățării de a face față comportamentului eficient. Neil Jacobson (1981) a descris o relație bună ca pe aceea în care partenerii mențin o rată ridicată a recompenselor.

Cuplurile de succes... își extind puterea de întărire prin dobândirea, în mod frecvent, a unor noi domenii pentru schimbări pozitive. Soții care depind de o cantitate și o varietate limitată de întăritori sunt sortiti să sufere efectele bolnave ale sațietății. Drept rezultat, de-a lungul timpului interacțiunea devine epuizată de valoarea ei de întărire anterioară. Cuplurile de succes se descurcă cu această eroziune inevitabilă a întăririi prin variația activităților lor împărtășite, dezvoltând interese noi comune, extinzând repertoriile lor sexuale și dezvoltând comunicarea la un punct unde ei continuă să fie interesați și unul și celălalt. (p.561).

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

Terapeuții comportamentali văd simptomele ca răspunsuri învățate. Ei nu caută motivele de bază, nici nu plasează conflictul marital ca și cum ar conduce la problemele copiilor. În schimb, ei se concentrează asupra simptomelor în sine și caută răspunsuri care să întărească comportamentul problemă.

La prima vedere, ar părea neverosimil ca membrii familiei să întărească comportamentul nedorit. De ce ar recompensa părinții crizele de furie? De ce ar întări o soție retragerea soțului ei când acest lucru îi provoacă atât de mare suferință? Răspunsul

nu se află într-un motiv întortochiat pentru suferință, ci în simplul fapt că oamenii, adesea, întâresc în mod inadvertent tocmai acele răspunsuri care le provoacă cea mai mare suferință.

Părinții răspund de obicei comportamentului problemă al copiilor lor făcând observații și ținându-le „conferințe”. Aceste reacții pot apărea ca o pedeapsă, dar ele pot fi de fapt întărite, deoarece atenția – chiar și din partea unui părinte critic – este un extrem de puternic *întăritor social* (Skinner, 1953). Adevărul acesta este reflectat în sfatul sănătos „ignoră acest lucru și el va dispărea”. Problema este că majoritatea părinților au probleme în ignorarea comportamentului indezirabil. Observați, de exemplu, cât de repede învață copiii că anumite cuvinte dau o mare reacție. Mai mult, chiar atunci când părinții trebuie să hotărască să ignore unele comportamente ale de obicei ei nu fac acest lucru în mod consecvent. Aceasta poate chiar înrăutăți lucrurile, deoarece *întărirea intermitentă* este cea mai rezistentă stingere (Ferster, 1963).

În plus, la problemele de comportament menținute fără să-și dea seama de atenția parentală, alte probleme persistă pentru că părinții sunt inconștienți de modul în care să facă uz eficient de pedeapsă. Ei se tem că nu pot continua; pedepsesc prea târziu după faptă; ei folosesc pedepse atât de slabe încât nu mai au efect sau ei folosesc pedepse atât de severe încât provocă teamă și anxietate în loc de educație discriminatoare.

Învățarea, adesea, nu este o stradă cu sens unic. Observați comportamentul unei mame și al unei fiice într-un supermarket.

—Studiu de caz—

Fetița i-a cerut mamei să o ducă la un bar cu dulciuri. Mama a spus: „NU”. Copilul a început să tipe și să plângă, iar mama a spus: „Dacă îți imaginezi că o să-ți cumpăr o prăjitură când faci atâta scandal, ai să vezi ce pătești, domnișoară!” Dar copilul și-a extins



Părinții întăresc adesea în mod inadvertent crizele de furie implicându-se sau acordând copilului în criză o atenție suplimentară.

istericalele, urlând și mai tare. În sfârșit, exasperată și încurcată mama a intrat în cofetărie spunând „Bine, dacă te liniștești mai întâi, îți voi cumpăra câteva prăjituri”.

Evident, copilul a fost întărit pentru a renunța la criza de furie. Nu atât de evident, dar adevărat, mama s-a întărit pentru a intra în cofetărie – prin liniștirea copilului după ce i s-au promis prăjituri. Astfel, o spirală a comportamentului indezirabil este menținută prin *întărire reciprocă*.

Folosirea **controlului aversiv** – cicălitul, strigatul, renunțarea – este adesea citată ca un determinant major al nefericirii maritale (Stuart, 1975). Soții schimbă în mod reciproc folosirea pedepsei partenerilor lor și se dezvoltă un cerc vicios (Patterson & Reid, 1970). Oamenii în relații nefericite arată, de asemenea, deprinderi slabe de rezolvare a problemei (Vincent, Weiss, & Birchler, 1975; Weiss, Hops, & Patterson, 1973). Când discută o problemă, ei schimbă frecvent subiectul; ei formulează dorințele și plângerile în mod vag și critic și răspund plângerilor cu contraplângeri. Următoarea schimbare demonstrează trecerea pe o linie laterală, plângeri încrucișate și apelarea folosind numele de familie, toate tipice pentru căsătoriile nefericite.

—Studiu de caz—

„Aș vrea să-ți vorbesc despre toate dulciurile pe care le-ai dat în ultima vreme copiilor”
 „Ce dulciuri! Vorbește-mi *despre mine*, ai o față de lună plină. Și ce ai făcut pentru copii? Doar vii acasă și te plângi. De ce nu rămâi la birou! Copiii și cu mine ne descurcăm mai bine fără tine”.

Majoritatea analizelor comportamentale subliniază lipsa de întărire pentru năzuințele adaptive în familiile nefericite. Vechiul adagio „Roata care scârțâie trebuie să fie unsă” pare că se aplică. Depresiile, durerile de cap și crizele de furie tind să provoace preocuparea și, de aceea, mai multă atenție decât comportament plăcut. Deoarece acest proces este inconștient, membrii familiei sunt adesea mistificați de rolul lor în întărirea comportamentului plictisitor.

În conformitate cu terapia cognitiv-comportamentali, schemele care îmbolnăvesc relațiile sunt învățate în procesul creșterii din familiile noastre. Unele din aceste credințe disfuncționale sunt ipoteze despre rolurile diferite ale familiei în timp ce altele sunt despre viața familiei în general. Aceste scheme sunt baza „trebuintelor, profetiilor de autorealizare, a citirii gândurilor, gelozie și relei-credințe care pot otrăvi relațiile prin deformarea răspunsurilor membrilor familiei la comportamentul real al unuia față de celălalt.

Următoarele opt tipuri de distorsiune cognitivă sunt luate de la Datillio (1998):

1. *Deducție arbitrară*: Concluziile sunt trase în absența probei de sprijin; de exemplu: un bărbat a cărui soție întârzie în mod constant trage concluzia că ei nu-i pasă de sentimentele lui.
2. *Abstracția selectivă*: Anumite detalii sunt puse în lumină în timp ce alte informații importante sunt ignorate; de exemplu, părinții unei adolescente își amintesc perioada în care ea îi disprețuia, dar nu și perioada în care ea ieșea afară pentru a le face plăcere.
3. *Generalizarea excesivă*: Incidente izolate sunt considerate drept paternuri generale; de exemplu, o soție respinge avansurile soțului ei

de două ori pe lună, iar el decide că ea nu mai este interesată de sex.

4. *Exagerarea și minimizarea:*

Semnificația evenimentelor este mărită sau diminuată în mod nerealist; de exemplu, un soț consideră că, dacă face cumpărături la băcănie de două, ori pe lună el își îndeplinește partea sa de îndatoriri casnice, în timp ce soția sa crede că el „nu face niciodată nimic”.

5. *Personalizarea:* Evenimentele sunt interpretate arbitrar în legătură cu sine însuși; de exemplu, un adolescent vrea să petreacă mai mult timp cu prietenii săi, astfel tatăl său estimează că fiul său nu se bucură de compania lui.

6. *Gândire dihotomică:* Experiențele sunt interpretate ca toate bune sau toate rele: de exemplu, Jack și Diane au perioade bune și perioade rele, dar el își amintește numai perioadele bune, în timp ce ea își reamintește numai perioadele rele.

7. *Etichetarea:* Comportamentul este atribuit trăsăturilor de personalitate nedorite; de exemplu, o femeie care evită să discute cu mama sa despre cariera ei deoarece criticile mamei sale sunt considerate, de obicei, „abțineri”.

8. *Citirea gândurilor:* Oamenii nu mai comunică pentru că ei estimează că știu ce gândesc ceilalți; de exemplu, un bărbat nu-i cere unei colege atractive o întâlnire deoarece el consideră că ea nu va fi interesată.

cognitive, mai degrabă decât organizării familiei sau sănătății relațiilor acesteia, mai multă substanță tehnică decât celor mai multe terapii sistemice de familie.

Terapeutul comportamental concepe tratamentul pentru a se potrivi cazului, dar intenția generală este să stingă comportamentul nedorit și să întărească alternativele pozitive așa cum sunt definite de familie. (Azrin, Naster, & Jones, 1973). Astfel, de exemplu, părinții unui copil cu accese de furie ar putea să fie învățați să ignore crizele de furie și să răsplătească copilul pentru că și-a exprimat sentimentele în cuvinte.

Uneori poate fi necesar să se redefinească scopul familiei de descreștere a comportamentului negativ în condițiile răspunsurilor pozitive, incompatibile. (Umana, Gross & McConville, 1980). Cuplurile, de exemplu, formulează adesea scopuri de reducere a comportamentului aversiv (Weiss, 1978), dar terapeutul comportamental va stabili, de asemenea, un scop de a-i ajuta să crească satisfacerea prin accelerarea comportamentului pozitiv.

Terapia comportamentală are și o agendă educațională. În plus față de aplicarea principiilor teoriei învățării, pentru a ameliora problemele comportamentale specifice, terapeuții comportamentali predau deprinderile comunicării, rezolvării problemei și negocierii. În mod similar, terapeuții cognitiv-comportamentali nu numai că folosesc tehnologia lor de ajutorare a clienților să reexamineze credințele distorsionate pentru a rezolva plângerile specifice, ci și să facă un efort pentru a învăța familiile cum să folosească strategiile cognitive pentru a preveni sau rezolva problemele în viitor.

Scopurile terapiei

Scopul terapiei comportamentale este de a ~~reș~~ușura simptomul prezentat. Acest focus ~~asupra~~ asupra comportamentului, oferă terapiei

Condiții pentru schimbarea comportamentului

Premisa de bază a terapiei comportamentale este că un comportament se va schimba

atunci când împrejurările de întărire sunt alterate. Terapia de familie comportamentală are ca scop schimbarea problemelor țintă specifice familiei, prin identificarea scopurilor comportamentale, învățarea tehnicilor teoriei educației pentru realizarea acestor scopuri și folosirea întăritorilor sociali pentru a facilita acest proces. Alte scopuri semnificative sunt predate pentru folosirea diverselor tehnici de management accidental pentru a influența pe ceilalți membri ai familie și a asigura consecințe corespunzătoare pentru comportamentul dorit.

Caracteristicile calității terapiei comportamentale de familie sunt: (1) evaluarea atentă și detaliată pentru a determina frecvența de bază a comportamentului problemă, pentru a conduce terapia și a asigura un feedback corect privind succesul tratamentului și (2) strategiile specifice concepute pentru a modifica împrejurările de întărire în fiecare familie client unic.

Prima sarcină a terapeutului este să observe și să înregistreze frecvența și durata comportamentului problemă ca și condițiile stimulului care-l precede și întărirea care-l urmează. Aceasta permite terapeutului să conceapă un program de tratament conceput în mod individual.

Plecarea din camera de joc și din birou în lumea reală de acasă și din clasă permite terapeuților comportamentali să descopere faptul că unele din noțiunile anterioare despre agresiunea copilului au fost fundamental eronate. Contrar ipotezelor lui Skinner, de exemplu, pedeapsa are efecte pe termen lung. Datele arată că întărirea comportamentului pozitiv, precum cooperarea și ascultarea, nu conduce la reduceri în comportamentul antisocial. Introducerea pedepsei (temporizare, pierdere de puncte) produce reduceri pe termen lung în comportamentul antisocial (Patterson, 1988).

Mai mult, terapeuți de familie comportamentali realizează acum că modul în care

sunt întărite problemele în familie este adesea complex (Fallon, 1991). În plus la răspunsurile de întărire care urmează imediat unui comportament-problemă specific, mai mulți întăritori la distanță pot juca un rol. Acestea pot include aprobarea tacită a comportamentului agresiv, în special prin bărbații din familie, adesea însoțită de modelarea acestui comportament. Lovirea copiilor pentru certuri demonstrează prin exemplul violentei că un părinte poate dori să descurajeze. În plus, comportamentul care este aprobat de perechi sau alții din afara familiei poate fi extrem de dificil pentru a fi modificat acasă - în special dacă terapeutul nu reușește să ia în considerare acest context mai larg.

Cea mai mare parte a terapiei de familie comportamentale folosește condiționarea operantă mai degrabă decât pe cea clasică (cu excepția tratării disfuncțiilor sexuale), iar focusul este asupra schimbării interacțiunilor diadice (părinte-copil sau soț-soție). Acest focus diadic diferă de abordarea triadică a terapeuților de familie orientați pe sisteme. Deși terapeuții de familie comportamentali (Lieberman, 1970; Falloon & Lillie, 1988) și-au disputat această distincție, noi credem că aceasta este o diferență majoră între terapeuții de familie comportamentali și necomportamentali.

Deși schimbarea comportamentului rămâne preocuparea primordială, din ce în ce mai mulți terapeuți de familie recunosc rolul factorilor cognitivi în rezolvarea problemelor relaționale. Într-un studiu clasic, Margolin și Weiss (1978) au demonstrat, primii, eficiența unei componente cognitive a terapiei comportamentale maritale, prin compararea tratamentului cuplurilor, folosind o abordare strict comportamentală cu un grup care a primit, de asemenea, o componentă cognitivă. Tratamentul care includea tehnici de restructurare cognitive s-a dovedit mult mai eficient decât terapia comportamentală maritală singură.

Abordarea cognitivă a câștigat mai întâi atenția ca un supliment al terapiei comportamentale orientată pe cupluri și a terapiei de familie (Margolin, Christensen & Weiss, 1975). În plus la opera lui Ellis (1977), studiul lui Margolin și Weiss (1978) a produs un interes intens în tehnicile cognitive cu cuplurile disfuncționale (Baucom & Epstein, 1990; Baucom & Lester, 1986; Beck, 1988; Dattilio, 1990; Dattilio & Padesky, 1990; Doherty, 1981; Ellis și alții, 1989; Epstein, 1992; Finchman, Bradbury, & Beach, 1990; Schindler & Vollmer, 1984; Weiss, 1984). Acest interes în abordările cognitiv-comportamentale ale terapiei de cuplu a condus la recunoașterea de către terapeuții de familie comportamentali că percepția joacă un rol semnificativ în evenimentele care mediază interacțiunile familiei (Alexander & Parsons, 1982). Rolul important al factorilor cognitivi, nu numai în determinarea tulburării relaționale, ci și în medierea schimbării comportamentale a devenit un subiect de interes în creștere (Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988; Alexander, 1988; Dattilio, 1993).

Deși terapeuții maritali și de familie au început să realizeze acum câteva decenii că factorii cognitivi sunt importanți în ameliorarea disfuncției relaționale (Dicks, 1963), a trebuit să treacă ceva timp înainte ca și cunoașterea să fi fost inclusă formal ca o componentă primară a tratamentului (Munson, 1993).

Barton și Alexander, care au denumit abordarea lor *terapie funcțională de familie* (Burton & Alexander, 1981; Morris, Alexander & Waldron, 1988), au subliniat că membrii familiilor nefericite tind să atribuie problemele lor trăsăturilor negative (lene, iresponsabilitate, controlul slab al impulsurilor) ale altor membri. Asemenea puncte de vedere blochează schimbarea terapeutică prin proiectarea criticii într-un mod care face schimbarea imposibilă pentru toată lumea. Asemenea puncte de vedere

negative și incomplete lasă membrii familiei cu un simț limitat al controlului vieților lor. La urma urmelor, ce poate face o persoană pentru a schimba „lenea”, „iresponsabilitatea” sau „controlul slab al impulsurilor” unei alte persoane?” Terapeuții cognitiv-comportamentali cred că schimbările atribuționale sunt necesare pentru a face posibilă schimbarea comportamentului, dar că, în schimb, schimbarea comportamentului este necesară pentru a întări atribuțiile noi și mai productive.

În general, comportamentaliștii diminuează importanța „artei” terapiei, tratând-o ca pe o procedură tehnică dependentă în mod larg de aplicarea teoriei educației. Unii scriitori comportamentali au argumentat că schimbarea va apare dacă principiile comportamentale curente sunt aplicate indiferent de personalitatea sau stilul individual al terapeutului (Stuart, 1969; Hawkins, Peterson, Schweid & Bijou, 1966). Dar, terapeuții contemporani ai comportamentului realizează acum că tratamentul de succes cere deprinderi complexe și mult tact. În conformitate cu Ian Falloon (1991), alianța terapeutică de sprijin esențială pentru tratamentul eficient este menținută prin expunerea respectului pentru familie, aderarea responsabilă la locul și timpul convenite și concentrarea terapiei (aceasta nu înseamnă schimbarea de la problemele parentale la cele maritale fără acordul explicit al cuplului) și aprecierea că membrii familiei fac tot ce pot. „Rolul terapeutului nu este de a confrunța caracterul inadecvat al celor mai bune eforturi, ci de a facilita ca eforturile să depășească deficitul manifest și să îmbunătățească eficiența răspunsurilor membrilor familiei”. (Falloon, 1991, p. 85). Falloon sfătuiește ca această confruntare, coerciția și critica să fie minimizate și ca terapeuții să se concentreze, în schimb, asupra validării eforturilor pe care le fac membrii familiei.

În mod tradițional, terapeuții comportamentali au fost puțin interesați de rezistență.

în ciuda faptului că teoreticienii sistemici au stabilit că orice sistem social care funcționează rezistă schimbării, fie din cadrul acestuia sau în afara cadrului acestuia. Deși terapeuții comportamentali au recunoscut mai târziu importanța rezistenței (Birchler, 1988), mulți au fost tentați să considere că oamenii care cercetează psihoterapia sunt capabili de efort rațional, colaborativ pentru schimbare. Așa cum Spinks și Birchler (1982) au spus:

Cei mai mulți terapeuților comportamentali văd așa numitele fenomene de rezistență ca rezultate ale managementului de caz inefficient. Rezistența este un semn că modelul tratamentului sau terapeutul nu au reușit, nu că și clienții au rezistat la schimbare în mod inerent sau că nu se vor schimba (p. 172).

Terapeuții cognitiv-comportamentali au devenit mai preocupați de rezistență (Birchler, 1988), dar părerea lor asupra acesteia diferă de cea a terapeuților sistemici de familie în două moduri. Primul, ei văd rezistența în primul rând ca pe o proprietate a indivizilor, mai degrabă decât o tendință

homeostatică din sisteme. În al doilea rând, ei consideră că, deși membrii familiei pot avea credințe sau așteptări care se interferează cu schimbarea, aceste credințe sunt relativ ușor de reexaminat și reevaluat. Odată ce preocupările individului sunt abordate, terapia poate continua. În timp ce acest optimism fericit pare preferabil aceluia al terapeuților sistemici care consideră că membrii familiei sunt conduși orbește de forțe mecanice, ei nu au puterea de a rezista. Aceasta pare, de asemenea, puțin naiv.

În timp ce experiența lor cu familiile a crescut, în anii 1970 și 1980, terapeuții de familie comportamentali au început să încorporeze în munca lor mai multe principii și tehnici din teoria sistemelor. Gerald Patterson, de exemplu, a studiat terapia structurală de familie a lui Minuchin, iar Gary Birchler, a integrat teoria sistemelor și teoria comportamentală maritală (Birchler & Spinks, 1980; Spinks & Birchler, 1982). În conformitate cu Birchler, terapia de familie comportamentală directă este structurată în mod deschis și eșuează să lucreze cu dinamica de bază a relațiilor.

*Terapeuții
comportamentali
învață părinții să
folosească întărirea
pozitivă mai degrabă
decât controlul
aversiv.*



O doctrină importantă a tratamentului comportamental al familiei este aceea că schimbarea comportamentului este mai bine realizată prin accelerarea comportamentului pozitiv decât prin dezaccelerarea comportamentului negativ. Deși, așa cum am văzut, poate fi nevoie să se introducă pedeapsa pentru a elimina comportamentul antisocial la copiii agresivi, terapeuții comportamentali încearcă, în general, să minimizeze coerciția prin control aversiv sau stingere aversivă. Se credea că familiile cu cele mai multe probleme folosesc deja aceste abordări pentru a le depăși. De aceea, numai întărirea pozitivă este folosită în mod consecvent și larg în terapia de familie comportamentală.

Terapeuții comportamentali manipulează în mod direct împrejurările de întărire din familiile pe care le tratează și pot furniza ei înșiși întărire, când membrii familiei sunt de acord cu instrucțiunile lor. De îndată ce se stabilesc noi comportamente, terapeuții străduiesc pe membrii familiei să folosească întărirea intermitentă pozitivă și apoi să steargă întăririle maritale în favoarea celor sociale. Ca urmare a acestui control direct, terapeuții învață pe membrii familiei cum să observe și să modifice propriile împrejurări ale întăririi pentru a menține câștigurile lor inițiale folosind procedurile autocontrolului.

Teoria educației se poate să fi fost dezvoltată prin observarea șoarecilor albi în labirintul laboratorului, dar aplicarea teoriei educației la familii este o problemă destul de diferită. În terapia comportamentală de familie nu este important să faci presupuneri simpliste despre ceea ce poate fi recompensat și ceea ce poate fi pedepsit. În loc de aceasta, este critic să examinezi consecințele interpersonale ale comportamentului. Terapeutul trebuie să afle ce este întăritor pentru fiecare persoană și fiecare familie, mai degrabă decât să considere că anumite lucruri sunt recompensate în mod universal. Mai mult, o varietate de comportamente diferite poate

avea ca scop aceeași plată. De exemplu, un copil poate să intre în crize violente, plânga sau aruncă lucrurile la intervale de timp diferite, dar toate acestea pot fi întărite de atenția părintească. De aceea, pentru a înțelege cum să ajute schimbarea familiilor, terapeutul trebuie să-și mute atenția de la comportament (R) la consecințe (KC).

Terapia

Formarea comportamentală a părintelui

Majoritatea terapeuților de familie încep cu ipoteza că familia, nu individul, este problema, astfel că întreaga familie trebuie convinsă să o rezolve. Terapeuții comportamentului, pe de altă parte, acceptă punctul de vedere al părinților conform căreia copilul este problema și se întâlnesc, în general, numai cu un părinte (ghicește cu care) și copilul, deși unii terapeuți comportamentali (Gordon & Davidson, 1981) recomandă ca ambii părinți și chiar frații mai mari să fie incluși.

Poate este mai corect să spunem că terapia comportamentală de formare a părintelui acceptă faptul că un copil *are* problema mai degrabă decât că el *este* problema. Ipoteza este că rădăcina problemelor copiilor este în furnizarea consecințelor inconsistente sau necorespunzătoare pentru problema de comportament (Patterson & Brodsky, 1966), ca și eșecul în sprijinirea comportamentului pozitiv (Patterson & Forgatch, 1995).

Părinții copiilor antisociali ignoră comportamentul prosocial și tind să fie ineficienți în folosirea pedepsei. Periodic, ei explodează și asaltează fizic copiii. La familiile fără probleme, comportamentele prosoziale sunt întărite frecvent, iar părinții stabilesc limite

privind comportamentul deviant. Când copiii merg la școală, formarea familiei este suplimentată cu programe bogate, atât de întărire pozitivă, cât și negativă, asigurate de perechi și profesori (Forgatch & Patterson, 1998, p. 86).

Intervenția folosită în mod obișnuit este condiționarea operantă, unde întăritorii folosiți pot fi tangibili sau sociali. De fapt, zâmbetul, prețuirea și atenția s-a văzut că pot fi la fel de eficiente ca banii sau dulciurile (Bandura, 1969). Tehnicile operante pot fi împărțite apoi în formare, economii simbolice, contracte accidentale, management accidental și temporizare.

Formarea (Schwartzgebel & Kolb, 1964) constă în întărirea schimbării în etape mici care aproximează treptat scopurile dorite.

Economiile simbolice (Baer & Sherman, 1969) folosesc un sistem de puncte sau stele pentru a recompensa copiii pentru comportamentul de succes. *Managementul accidental* (Stuart, 1971) implică înțelegerile făcute de părinți pentru a face anumite schimbări ca urmare a schimbărilor făcute de copiii lor. *Managementul accidentali* (Schwartzgebel, 1967) constă din darea și luarea recompenselor și pedepselor bazate pe comportamentul copiilor. *Time-out-ul* (Rimm & Masters, 1974) este o pedeapsă în care copiii sunt făcuți să stea la colț sau trimiși în camera lor.

Evaluarea. Împreună cu alte forme ale terapiei de familie comportamentale, formarea părintelui începe cu o evaluare extensivă. În timp ce procedura exactă variază de la clinică la clinică, majoritatea evaluărilor se bazează pe modelul de comportament SORKC al lui Kanfer și Phillips (1970): S pentru stimul, O pentru starea organismului, R pentru răspunsul țintă și KC pentru natura și împrejurarea consecințelor. Următorul exemplu ilustrează cum este aplicat acest model de evaluare.

—Studiu de caz—

În cazul părinților care se plâng că fiul lor îi bate la cap cerând prăjituri între felurile de mâncare și izbucnește în crize de furie dacă nu-i dau, crizele vor fi considerate comportamentul țintă. R.O., starea organismului, s-ar putea schimba într-o foame ușoară sau mai mult în plictiseală. Stimulul, S, ar putea fi vederea prăjiturilor pe platou; iar ocazia circumstanțelor, KC, ar putea fi că părinții acceptă comportamentul prin hrănirea băiatului cu prăjituri în mod ocazional, în special dacă acesta face destulă agitație.

În cazurile simple, ca cel de mai sus, aplicarea modelului SORKC este directă, dar devine repede mai complexă cu familiile, când există lanțuri lungi de comportamente interconectate. Să considerăm următoarele:

—Studiu de caz—

Dl și d-na J. se plâng că cei doi copii ai lor mici se vaietă și se agită la masa de seară. O observație casnică arată că atunci când dl J. țipă la copii pentru comportamentul lor rău, ei încep să se vaiete și să se ridice în picioare lângă scaunul mamei lor.

Având în vedere aceste secvențe, nu este dificil de aplicat modelul SORKC. Imaginați-vă totuși că secvența este numai o parte a unui tablou mai complex.

Dimineața, dl J. îi face soției sale un avans sexual, dar ea, obosită de faptul că are grijă de copii, se întoarce pe partea cealaltă și se culcă înapoi. Dl. J. este rănit și pleacă la serviciu după ce face unele remarci aspre soției sale. Ea, simțindu-se respinsă de soțul ei, își petrece întreaga zi jucându-se cu copiii drept consolare. Între timp ea trebuie să

gătească pentru cină. D-na J. este extenuată și exasperată de copii. Dl. J. vine acasă după o zi dificilă la birou și încearcă să se împace cu soția sa, strângând-o în brațe. Ea răspunde, dar numai superficial deoarece este ocupată încercând să gătească. În timp ce ea este la aragaz, copiii și dl. J. se iau la întrecere pentru a-i atrage atenția, fiecare dintre ei vrând să-i spună ceva. În cele din urmă, ea izbucnește la soțul ei: „Nu vezi că sunt ocupată!” El pleacă în camera de lucru și stă imbuinat până când cina este gata. Așa cum soția lui a găsit dificil să-și exprime supărarea asupra copiilor și să o scoată din el, dl J. are probleme dirijându-și supărarea asupra soției și unde să o întoarcă asupra copiilor. La cină el urlă la ei pentru cea mai mică greșeală, la care ei încep să plângă și se duc la mama lor. Ea lasă pe unul să i se așeze în poală, în timp ce îl trage de păr pe celălalt.

În această lungă, dar nu atipică secvență, care este stimulul și care este răspunsul? Evident, aceste definiții devin circulare și aplicarea lor depinde de perspectiva observatorului.

Evaluarea formării comportamentale a părintelui antrenează definirea, observarea și înregistrarea frecvenței comportamentului care trebuie schimbat, precum și evenimentele care-l preced și cele care-l urmează. Interviuurile, de obicei cu mama, sunt concepute să dea o definiție problemei și să facă o listă a întăritorilor potențiali. Observațiile pot fi conduse în spatele unei oglinzi unidirectionale sau în timpul unei vizite acasă. Datele de bază, adunate înainte de începerea terapiei, pot fi înregistrate de terapeuți sau de membrii familiei. În mod tipic, părinții sunt formați pentru a scoate în relief comportamentul problemă, pentru a observa și pentru a înregistra apariția sa și pentru a nota apariția și frecvența evenimentelor diferite care ar

putea servi ca stimuli și întăritori. Listele de verificare și chestionarele furnizează informații care puteau să fie omise sau neglijate în interviuri. Produsul final al acestei etape de evaluare este selectarea comportamentelor țintă pentru modificare.

Faza de măsurare și analiză funcțională constă din observarea și înregistrarea de fapt a comportamentului țintă, precum și a antecedentelor și consecințelor acestuia. Aceasta poate fi făcută de părinți acasă sau de terapeuți la clinică – și acum, din ce în ce mai mult, de terapeuți în contextul real (Arrington, Sullaway & Christensen, 1988).

Tehnici terapeutice. Odată evaluarea terminată, terapeuții hotărăște care comportamente trebuie să fie mărite și care micșorate. Pentru a accelera comportamentul este aplicat **principiul Premack** (Premack, 1965); comportamentul cu probabilitate ridicată (în special activitățile plăcute) este ales pentru a servi ca un întăritor pentru comportamentul cu probabilitate scăzută de apariție. Când s-a crezut că întăritorii trebuie să satisfacă unii stimuli de bază, precum foamea sau setea, se știe acum că unele comportamente alese mai frecvent (dată fiind o largă varietate de alegeri) pot servi ca întăritori pentru cei aleși mai puțin frecvent.

—Studiu de caz—

D-na G. a spus că nu-l poate determina pe fiul ei în vârstă de cinci ani, Adam, să-și facă curat în cameră dimineata. Ea a continuat să spună că a încercat deja să-l recompenseze cu dulciuri, bani și jucării, dar „Nimic n-a mers!” O analiză funcțională a comportamentului lui Adam a arătat că, având în vedere alegerea lui pentru lucrurile pe care le are de făcut, comportamentele cele mai probabile sunt: să se uite la televizor, să meargă cu bicicleta și să se joace în noroi în

spatele casei. Din moment ce aceste activități sunt făcute odată cu a face curățenie în camera sa, el va învăța repede să o facă.

O varietate de întăritori materiali și sociali au fost folosiți pentru accelerarea comportamentului dorit, dar, așa cum demonstrează principiul Premack, pentru a fi eficienți, întăritorii trebuie să fie populari pentru copilul respectiv. În timp ce banii și dulciurile par a fi recompense puternice, ele pot să nu fie atât de eficiente pentru unii copii ca șansa de a se juca în noroi.

Odată ce recompensele eficiente sunt alese, părinții sunt instruiți să **formeze** comportamentul dorit prin întărirea aproximației succesive pentru scopul final. Ei sunt, de asemenea, instruiți să crească criteriile pentru întărire treptată și să prezinte întăritorii imediat contingenți cu comportamentul dorit¹. În momentul în care copilul realizează cu regularitate răspunsul dorit, întărirea devine intermitentă pentru a mări durabilitatea noului comportament.

Cea mai comună tehnică pentru frânarea comportamentului este **time-out-ul**. Aceasta înseamnă ignorarea sau izolarea copilului după ce el sau ea s-au purtat rău. Studiile au arătat că o durată de circa cinci minute este mai eficientă (Pendergrass, 1971). Copiii sunt mai întâi atenționați pentru a le da o șansă de a-și controla propriul lor comportament înainte de a fi puși în time-out. Alte tehnici folosite pentru frânarea comportamentului includ muștrarea, ignorarea și izolarea. Repetarea comenzilor în mod simplu copiilor s-a dovedit a fi modul cel mai ineficient de a le schimba comportamentul (Forehand și alții, 1976).

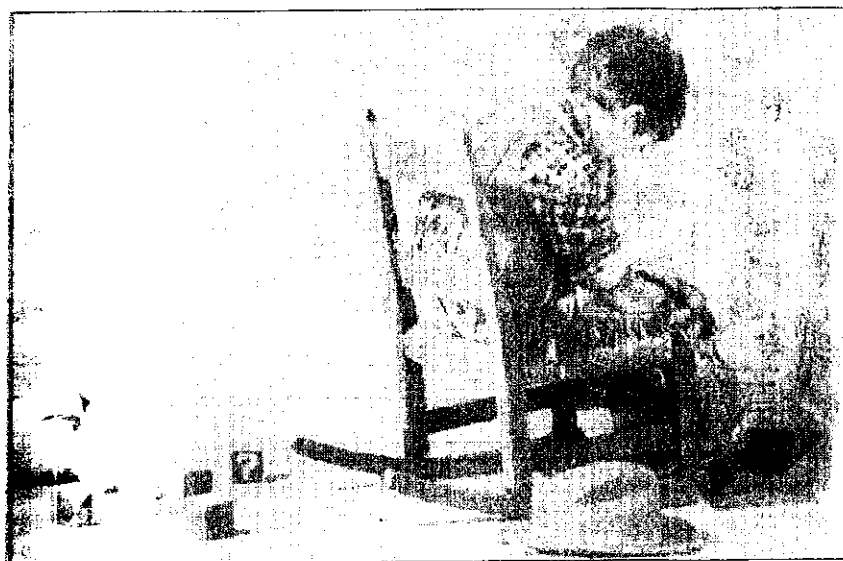
1. Importanța proximității imediate este ceea ce face time-out-ul o atât de eficientă pedeapsă și se bazează în al doilea rând numai pe ținerea de cursuri ca fiind una ineficientă.

Datorită inconvenienței întăririi comportamentului imediat după ce acesta apare, sistemele simbolice au fost foarte populare la specialiștii care formau părinții. Punctele s-au câștigat pentru comportament dezirabil și s-au pierdut pentru comportamentul indezirabil (Christophersen, Arnold, Hill, & Quilitch, 1972). Principiile formării comportamentale a părintelui descrise mai sus, sunt exemplificate și sunt descrise mai clar în următorul studiu de caz.

—Studiu de caz—

Dna F. este o mamă a doi copii mici care a venit la clinică plângându-se de dureri de cap, cerând descântece. Terapeutul a găsit-o puțin deprimată și a concluzionat că depresia era în primul rând o reacție la dificultatea de a se descurca cu copiii ei. Suzie, în vârstă de cinci ani, era un copil timid care se juca rar cu ceilalți copii și avea crize de furie în mod frecvent. Robert, care avea opt ani, era mult mai deschis și mai sociabil, dar mai slab la școală. Copiii erau greu de stăpânit, iar d-na F. se simtea neajutorată și nemulțumită de modul cum se descurca cu ei.

O analiză funcțională a comportamentului a arătat că timiditatea lui Suzie a rezultat în primirea unei atenții suplimentare din partea mamei anxioase. Ori de câte ori Suzie declina o invitație să se joace cu alți copii, mama ei pierdea o mare cantitate de timp făcând tot felul de lucruri care să o facă să se simtă mai bine. Terapeutul a ales comportamentul social (nu timiditatea) ca prim răspuns țintă și a instruit-o pe d-na F. să-și întărească eforturile de socializare și să o ignore pe Suzie atunci când evită contactul social. Apoi, când Suzie a făcut o încercare de socializare cu alți copii, d-na F. a întărit-o imediat cu atenție și laude. Când Suzie a ales să rămână acasă decât să



Time-out-ul este o formă deosebit de eficientă de pedeapsă pentru copiii mici

se joacă cu alți copii, mama ei a ignorat-o, fiind în schimb ocupată cu activitățile ei proprii. În trei săptămâni, d-na F a raportat că Suzie „se pare că a depășit timiditatea ei.”

Ca urmare a acestui succes inițial terapeutul a simțit că era momentul să o ajute pe d-na F să atace problema mult mai dificilă a crizelor de furie ale lui Suzie. Din momentul în care crizele de furie erau puțin probabil să apară în timp ce familia era la clinică sau în timpul vizitelor acasă, terapeutul a instruit-o pe d-na F să facă observații timp de o săptămână. Aceste notițe au arătat că Suzie avea, în general, crizele atunci când, fie părinții ei respingeau cererile ei pentru un tratament sau o cerere specială, precum să stea să se uite la televizor. Mai mult, crizele violente erau, în special, la sfârșitul zilei când Suzie (și părinții ei) era obosită. Când privește modul în care părinții au răspuns la acele izbucniri înnebunitoare, d-na F. a relatat că: „Am încercat totul. Uneori am încercat să o ignorăm, dar este imposibil: ea țipă și scoate strigăte stridente până când noi nu mai putem suporta deloc. Apoi uneori îi tragem o palmă sau îi dăm ceea ce vrea – numai să tacă. Uneori, după ce-i dăm o palmă ea plânge atât de mult încât o lăsăm să se uite la televizor până când se calmează. De obicei acesta funcționează.”

După ce a ascultat această descriere, terapeutul a explicat cum d-ul și d-na F. au întărit în mod inadvertent crizele ei de furie și le-a spus ce au de făcut pentru a le opri. Pentru săptămâna viitoare, familia F. a fost instruită să ignore crizele ori de câte ori apar. Dacă au apărut într-un moment nepotrivit, Suzie trebuia dusă la culcare; dacă ea continuă să strige și să se agite, trebuie lăsată singură până se oprește. Numai atunci când s-a oprit, părinții trebuie să vorbească cu ea despre ce era în mintea ei. Săptămâna următoare d-na F a relatat că acele crize de violență s-au diminuat, cu excepția unei nopți când ele au luat o formă nouă mai tulburătoare. Când i s-a spus lui Suzie că nu poate să stea târziu să se uite la televizor, ea a început să urle și să strige ca de obicei. În loc să o domolească, d-na F a dus-o pe Suzie în camera ei și i-a spus să se pregătească să se culce. Totuși, realizând că părinții ei o ignoră așa cum au făcut mai înainte în cursul săptămânii, Suzie a început să țipe și să arunce lucrurile prin cameră. „Este îngrozitor, și-a pierdut complet controlul. Ea a lovit chiar și o lampă mică în formă de câțel pe care i-am cumpărat-o. Nu mai știm ce să facem cu ea, așa că am lăsat-o în pace”. Terapeutul a descris din nou consecințele unui asemenea comportament și a explicat d-nei F. cum ar

putea Suzie deveni din nou distructivă, ambii părinți ar trebui să continue așa cât timp crizele de violență persistă.

Ședința următoare, d-na F. a descris cum Suzie „și-a pierdut controlul din nou”. De data aceasta, în loc să cedeze, părinții s-au comportat așa cum li s-a spus. D-na F. a fost îngrozită de furia și durata crizei de violență. „Dar, ne-am amintit ce ați spus – nu există nici un mod în care să cedăm!” Au trebuit douăzeci de minute, dar Suzie s-a calmat în cele din urmă. Aceasta s-a schimbat, a fost ultima dată când Suzie a fost atât de violentă în timpul crizei. Cu toate acestea, ea a continuat să mai aibă izbucniri ocazionale în decursul următoarelor săptămâni. În conformitate cu d-na F., cele câteva crize de violență care au mai apărut păreau că au loc în diferite circumstanțe sau în diferite condiții decât episoadele obișnuite de acasă (Suzie a învățat acum că nu trebuie să fie întărite). De exemplu, un episod a avut loc la supermarket, când lui Suzie i s-a spus că nu poate avea o prăjitură. În acea perioadă, totuși, d-na F. a fost convinsă de necesitatea de a nu întări crizele de furie, dar nu a făcut așa. Deoarece ea era încurcată de tot zgomotul pe care fiica sa îl făcea în public, a considerat necesar să o scoată afară din magazin. Dar a făcut-o pe Suzie să se urce în mașină și s-a îngrijit ca aceasta să nu fie o experiență plăcută pentru ea. Foarte puține crize de violență au mai urmat, după toate acestea.

În continuare, terapeutul și-a îndreptat atenția spre performanțele școlare slabe ale lui Robert. O evaluare atentă a arătat că Robert își lua rar teme acasă de la școală și când era întrebat nega, de obicei, că avea teme de făcut acasă. După ce a verificat la profesoara lui Robert, terapeutul a descoperit că de obicei copiii aveau teme pentru acasă și că era de așteptat ca ei să lucreze între treizeci de minute și o oră seara. D-na F. a ales un comportament cu probabilitate ridicată, privitul la televizor și a făcut această

primă condiție – mai întâi Robert își termină temele. Pentru primele două săptămâni în acest regim, D-na F. a considerat necesar să telefoneze profesoarei în fiecare seară pentru a verifica temele. Dar, curând, acest lucru nu a mai fost necesar. A-și face temele pentru acasă repede a devenit un obicei pentru Robert și calificativele sale au crescut de la D și C la B și A la sfârșitul anului școlar. În acest moment, toată lumea era fericită, iar d-na F. a simțit că familia nu mai avea nevoie de ajutor.

O ședință de urmărire, toamna, a constatat că lucrurile continuă să meargă bine. Suzie era acum mult mai sociabilă și nu a mai avut nici o criză de violență multe luni. Robert mergea mai bine cu școală, deși el a început să negligeze unele din temele mai dificile pentru acasă. Pentru a răspunde, terapeutul i-a explicat d-nei F. cum să instituie un sistem simbolic și ea a putut să-l folosească cu rezultate excelente într-o perioadă scurtă de timp.

Exemplul precedent ilustrează o modalitate de formare a comportamentului a părintelui, în care terapeutul colaborează cu mama și o instruieste pentru folosirea principiilor operante de condiționare. O altă formă este de a observa părintele și copilul interacționând din spatele unei oglinzi unidirecționale, la clinică. În acest mod, terapeutul poate avea o primă imagine despre ceea ce se întâmplă de fapt. Cu această abordare, părinții pot fi învățați cum să se joace cu copiii lor, precum și cum să-i disciplineze și cum să negocieze cu ei. Uneori, terapeutul care observă poate comunica cu părinții printr-un microfon la distanță, numit „ploșniță în ureche”

În mod obișnuit, abordările cel mai larg folosite pentru formarea comportamentală a părinților implică învățarea comportamen-

tului prosocial prin încurajarea întâmplătoare cu scheme de stimulare. Treburile casnice sunt împărțite în etape clar definite, cu puncte date pentru fiecare etapă. Numărul de puncte poate reflecta dificultatea comportamentului sau valoarea pe care părinții o acordă acesteia.

Recompensele obișnuite includ tratații cu mâncare, timp special petrecut cu părinții, resurse casnice (de exemplu, timp petrecut la calculator sau TV), privilegii și lucruri care costă bani. Articolele folosite ca premii sunt schimbate cu regularitate pentru a menține lucrurile interesante. Când un copil învață despre o sarcină sau o responsabilitate dată, schema este modificată pentru a include ceva nou.

Tehnicile disciplinare sunt introduse de obicei după ce progresul a fost făcut pentru înțărirea comportamentului pozitiv. Pentru copiii preadolescenți, tehnica disciplinară cea mai larg folosită este *time-out-ul*. „Time-out-ul începe de obicei cu îndepărtarea într-un loc supărător pentru 5 minute. (Copiii mai mari sunt trimiși la colegiu și li se cere să participe la cursuri ample). Dacă un copil refuză să participe la time-out, părintele este învățat să adauge minute în plus, până la zece minute maximum. Dacă acel copil continuă să refuze, se îndepărtează un privilegiu. Când părinții sunt persistenți, copiii învață repede să meară în time-out mai curând decât să piardă ocazia de a privi la TV sau să folosească calculatorul pentru o oră.

Famiile sunt încurajate să se întâlnească o dată pe săptămână pentru a discuta problemele importante, precum schimbările din regulile familiei, negocierea drepturilor și responsabilităților și planificarea evenimentelor speciale (Forgatch & Patterson, 1998). Părinții copiilor problemă sunt, de asemenea, învățați să-și monitorizeze copiii când sunt la școală sau în altă parte, prin formarea unor rețele cu părinții prietenilor copiilor lor și păstrând legătura cu profesorii ca și cu șefii activităților extracuriculare.

Terapeuții pot telefona părinților în cursul săptămânii pentru a verifica progresul lor și pentru a le încuraja eforturile.

Ca parte a componentei educaționale a formării părintelui, părinții sunt învățați să ceară într-un mod care să crească asemănarea conformității. Cererile eficiente sunt scurte și plăcute: sunt făcute în proximitatea fizică a copilului, sunt formulate ca afirmații nu ca întrebări și cer un singur lucru care să fie realizat o dată. „Te rog puneți farfuria în chiuvetă”, nu ”Ce caută farfuria ta pe covorul din sufragerie?”

Tehnicile care au fost descrise sunt deosebit de eficiente la copiii mici. Cu adolescenții, folosirea *contractării întâmplătoare* (Alexander & Parsons, 1973; Rinn, 1978) este mult mai larg folosită. Contractarea este introdusă de terapeut ca un mod pentru fiecare din familie de a avea ceva printr-un compromis. Părinților și adolescenților li se cere să specifice ce comportament le-ar plăcea să schimbe fiecare. Aceste cerințe formează nucleul contractului inițial. Pentru a ajuta pe membrii familiei să ajungă la contracte, terapeutul modelează, îndeamnă și întărește (a) comunicarea clară a conținutului și sentimentelor; (b) prezentarea clară a cererilor, care conduc la (c) negocierea cu fiecare persoană care primește ceva în schimb pentru o concesie.

Alexander și Parsons (1973) recomandă să se înceapă cu problemele mai ușoare în timp ce familia învață principiile contractării întâmplătoare. Succesul în abordarea problemelor minore mărește dorința familiei de a aborda probleme mult mai dificile. Unii părinți sunt refractari la negocierea cu copiii lor pentru a face anumite lucruri „pe care ei trebuie să le facă oricum fără să fie mituiți”. De fapt, acești părinți au un punct de vedere legitimat și ei trebuie să fie ajutați să înțeleagă diferențele dintre reguli (care nu sunt negociabile) și privilegii (care pot fi negociate).

Formarea comportamentală a părintelui este, de asemenea, concepută pentru educația preventivă. Conținutul acestor programe variază de la principiile generale ale comportamentului operant la tehnicile specifice de abordare a problemelor specifice. Multe din aceste programe includ introducerea în desenarea sau prezentarea grafică a comportamentului țintă. Părinții sunt, de asemenea, învățați cum să formuleze și să întărească regulile și necesitatea de a fi logice. Formarea în folosirea întăririi pozitive include ajutarea părinților să crească frecvența și gama întăritorilor pe care ei îi aplică. În plus, pentru creșterea comportamentului pe care copiii lor sunt deja angajați să o facă, părinții sunt învățați să dezvolte comportamente noi, prin formare, modelare, instruire și impulsționare.

Terapia comportamentală de cuplu

Evaluarea. Ca și în formarea părintelui, terapia comportamentală de cuplu începe cu o evaluare elaborată, structurată. Acest proces include, de obicei, interviuri clinice, evaluări ale comportamentelor țintă specifice și chestionare standard de evaluare maritală. Cel mai folosit dintre cele din urmă este scara de potrivire maritală Locke-Wallace (Locke & Wallace, 1959), un chestionar cu douăzeci și trei de articole, care cuprinde aspecte variate ale satisfacției maritale, inclusiv comunicarea, sexul, afecțiunea, activitățile sociale și valorile. Alte măsuri de autoraportare larg folosite includ Inventarul satisfacției maritale (Snyder, 1979) un fel de MMPI pentru cupluri care prezintă ratingurile funcționării maritale într-o varietate de dimensiuni și chestionarul zonelor de schimbări (Weiss, Hops, & Patterson, 1973), care cere cuplurilor să

indice comportamentele partenerului pe care le-ar place să le vadă schimbate.

Weiss și Patterson au dezvoltat un instrument pentru a ajuta cuplurile în colectarea datelor observaționale acasă. Lista de Observații a Soților (Weiss, Hops, & Patterson, 1973) constă din circa 400 de comportamente ale soților grupate în douăsprezece categorii: compania, afecțiunea, considerația, comunicarea, sexul, cuplarea, îngrijirea copiilor, întreținerea casei, managementul financiar, activitățile de muncă (școala), obiceiuri personale și auto-independența și independența partenerului. Partenerii trebuie să verifice fiecare comportament care apare în decurs de douăzeci și patru de ore și să măsoare satisfacția lor zilnică pe o scară cu nouă puncte.

Evaluările sunt concepute pentru a arăta forțele și slăbiciunile relațiilor cuplului și modul în care recompensele și pedepsele se schimbă. Interviurile sunt folosite pentru a specifica și elabora comportamentele țintă arătate mai întâi privind instrumentele de evaluare structurată. În decursul interviurilor se fac, de asemenea, unele încercări pentru a înțelege etiologia problemelor pe care cuplurile le descriu, precum și pentru a observa problemele, altele decât cele observate de soții înșiși. În general, totuși, terapeuții comportamentali maritali diminuează importanța interviurilor (Jacobson & Margolin, 1979) în favoarea chestionarelor scrise și a observației directe a interacțiunilor cuplurilor. Jacobson (1981) oferă o schemă a evaluării pretratament (vezi Tabelul 10.1.).

Spre deosebire de cele mai multe abordări necomportamentale, o evaluare comportamentală (1) este interesată de identificarea exceselor comportamentale specifice și de deficitelile care produc insatisfacția curentă și variabilele responsabile de apariția acestora; (2) se bazează pe măsurarea directă a comportamentului mai degrabă decât pe

acceptarea descrierilor vagi sau concentrarea asupra trăsăturilor personalității; (3) are un plan de tratament care este legat direct de rezultatele evaluării; și (4) este continuă, având loc în tratament pentru a furniza terapeutului și clienților feedback-ul privind progresul și pentru a detecta și modifica strategiile de tratament inefficiente.

Tehnici terapeutice. După terminarea evaluării, clinicianul comportamental prezintă cuplul cu o analiză a relațiilor lor în termenii educației sociale. Procedând astfel, terapeuții au grijă să accentueze ceea ce este pozitiv, străduindu-se să mențină așteptările pozitive și senul de colaborare (Jacobson, 1981).

Unul din lucrurile care fac terapia de cuplu dificilă este că partenerii în relații nefericite se văd adesea ei înșiși ca victime ale retragerii sau cererii celui alt. Prin prezentarea unei analize a relațiilor în termenii învățării, terapeutul introduce un focus care implică responsabilitatea reciprocă pentru probleme – și posibilitatea reciprocă de schimbare. Deși ambii parteneri pot avea o investiție în a se vedea ei înșiși ca inocenți, ceea ce este posibil pentru a ceda prediciei despre responsabilitate împărțită, perspectiva mai largă oferită de o analiză comportamentală clarifică faptul că fiecare are un control asupra împrejurărilor care guvernează relația.

Partenerii căsătoriți își definesc adesea în mod negativ scopurile: „Vreau să nu se mai certe cu mine” sau „Ea mă bate la cap prea mult”. Mulți au dificultăți în a descrie comportamentul pe care ar vrea ca soții lor să-l accelereze. Pentru a-i ajuta să facă acest lucru, unii terapeuți (Azrin, Naster & Jones, 1973) cer cuplurilor să facă o listă a lucrurilor plăcute pe care partenerii lor le fac în decurs de o săptămână. Revederea acestor liste în ședința următoare oferă posibilitatea să sublinieze importanța unui feedback pozitiv.

Stuart (1975) face o listă de cinci strategii care rezumă abordarea comportamentală

pentru tratarea mariajelor cu probleme. Prima strategie, cuplurile sunt învățate să se exprime în mod clar, descrieri comportamentale, mai degrabă decât în mod vag, plângeri critice. A doua, cuplurile sunt învățate proceduri noi de schimbare a comportamentului, subliniind controlul pozitiv în locul celui aversiv. A treia, cuplurile sunt ajutate să-și îmbunătățească comunicarea. A patra, cuplurile sunt încurajate să stabilească mijloace clare și eficiente de împărțire a puterii și de luare a deciziilor. A cincea, cuplurile sunt învățate strategii de rezolvare a problemelor viitoare, ca un mijloc de a menține și de a extinde câștigurile inițiate în terapie.

Procedurile de **schimbare a comportamentului** sunt învățate pentru a ajuta cuplurile să crească frecvența comportamentului dorit. Cuplurile sunt învățate să-și exprime dorințele în mod specific și comportamental. Astfel, „Ar trebui să fii mai atent la nevoile mele” s-ar putea traduce prin „Aș vrea să mă întrebi ce nu merge, când mă vezi că sunt tristă”. Un instrument tipic este să ceri fiecărui soț să facă o listă cu trei lucruri pe care el sau ea ar vrea ca celălalt să le facă mai des. În timp ce schimbarea explicită „izbește” în acest fel, soții învață în mod implicit modalitățile de a se influența unul pe celălalt prin întărire pozitivă. O tactică alternativă este să ceri fiecărui partener să se gândească la lucruri pe care celălalt ar putea dori să le facă, și vezi ce se întâmplă. Weiss și colaboratorii lui conduc cuplurile să aibă „zile de dragoste”, când un soț își dublează comportamentul lui sau al ei plăcut față de celălalt (Weiss & Birchler, 1978). Stuart (1976) are „zile de grijă” alternative ale cuplului când unul din soți demonstrează grija în oricât de multe feluri este posibil.

Într-un studiu longitudinal conceput cu atenție, Gottman și Krokoff (1989) au aflat că dezacordul și schimbările supărării, care adesea au fost considerate distructive pentru relații, nu pot fi dăunătoare în ultimă instanță.

TABELUL 10.1. Evaluarea pretratament pentru terapia maritală a lui Jacobson

A. Forțele și deprinderile relațiilor

Care sunt forțele cele mai importante ale acestei relații?

Specificați ce resurse trebuie să aibă acești soți pentru a explica nivelul lor curent de implicare în relații?

Care este capacitatea curentă a fiecărui soț de a-l întări pe celălalt?

Ce comportamente privind fiecare soț sunt deosebit de prețuite de celălalt?

În ce activități făcute în comun este angajat cuplul în mod curent?

Ce interese comune împart ei?

Care sunt competențele și deprinderile cuplului în realizarea sarcinilor esențiale ale unei relații: rezolvarea problemei, acordarea sprijinului și înțelegerii, capacitatea de a acorda întărire socială în mod eficient; capacități sexuale; creșterea copiilor și deprinderi parentale, abilitatea de a organiza finanțele, responsabilități casnice, deprinderi interpersonale privind interacțiunea cu persoane din afara relației?

B. Problemele prezentate

Care sunt plângerile majore și cum se transformă aceste plângeri în termeni comportamentali expliți?

Ce comportamente apar prea frecvent sau la moment nepotrivit din punctul de vedere al fiecărui soț?

În ce condiții apar aceste comportamente?

Care sunt întăritorii care mențin aceste comportamente?

Ce comportamente apar mai puțin decât frecvența dorită sau nu apar la momentul potrivit din punctul de vedere al fiecărui soț?

În ce condiții ar vrea să vadă fiecare soț că apar aceste comportamente?

Care sunt consecințele obișnuite ale acestor comportamente, când ele apar?

Cum se dezvoltă aceste probleme curente în timp?

Cum sunt concepute liniile curente ale autorității luării deciziei?

Există un consens privind cine ia deciziile importante în legătură cu diferite zone ale relațiilor?

Ce fel de decizii sunt luate în colectiv în opoziție cu cele luate unilateral?

C. Sex și afecțiune

Sunt atrași soții din punct de vedere fizic unul de celălalt?

Există o insatisfacție curentă privind frecvența, calitatea sau diversitatea vieții sexuale împreună?

Dacă sexul este în mod curent o problemă, a existat o perioadă în care a fost satisfăcător pentru ambii soți?

Care sunt comportamentele sexuale care par a fi asociate cu insatisfacția obișnuită?

Sunt fiecare sau ambii parteneri nesatisfăcuți de cantitatea sau calitatea afecțiunii fizice nesexuale?

TABELUL 10.1. Continuare

Sunt fiecare sau ambii parteneri angajați în mod curent în relații sexuale extramaritale?
Dacă da, este conștient partenerul neangajat de aceste relații?
Care este istoria cuplului privind relațiile extramaritale?

D. Perspective de viitor

Consideră partenerii că terapia va îmbunătăți relațiile lor, îi va separa sau va decide că relația lor merge mai bine?
Care este motivul fiecărui soț de continuare a relațiilor în ciuda problemelor curente?
Ce etape a parcurs fiecare soț în direcția divorțului?

E. Evaluarea mediului social

Care sunt alternativele fiecărei persoane pentru relațiile actuale?
Cât de atractive sunt aceste alternative pentru fiecare persoană?
Există un sprijin în mediu (părinți, rude, prieteni, colegi de muncă, copii), atât pentru continuarea, cât și pentru anularea relațiilor prezente?
Suferă vreunul din copii de probleme psihologice proprii?
Ce consecințe probabile ar avea destrămarea relațiilor pentru copii?

F. Funcționarea individuală a fiecărui soț

Prezintă fiecare soț vreo problemă severă emoțională sau comportamentală?
Prezintă fiecare soț o istorie psihiatrică proprie lui/ei? Specificați.
Au mai fost înainte la terapie, fie singur, fie împreună? Ce fel de terapie? Rezultatul?
Care este experiența trecută a soției privind relațiile intime?
Prin ce este diferită prezenta relație?

Adaptare din: Jacobson, N.S. 1981, Terapia comportamentală maritală. În „Handbook of Family Therapy, A.S. Gurman și D.P. Kniskern, ed.C (pp. 565-566) New York: Brunner/Mazel.

Aceste paternuri au fost corelate cu insatisfacțiile imediate, dar ele sunt previzibile pentru satisfacții îmbunătățite după trei ani. Apărarea, încăpățănarea și renunțarea la conflict pe de altă parte, *au condus* la deteriorări pe termen lung în căsătorii. Îngăduința pasivă poate crea o fațadă a armoniei, dar nu funcționează în ultimă instanță – așa cum mulți parteneri dominanți cu tovarăși de viață îngăduitori descoperă când partenerii aces-

tora, care „obișnuiau să fie atât de agreabili”, devin brusc „atât de critici”.

Angajarea conflictului poate face cuplurile dificile, dar este adesea un preludiu esențial de confruntare și rezolvare a problemelor. Furia care însoțește expresia directă a insatisfacției poate fi dureroasă, dar poate fi și sănătoasă. Gottman și Krokoff concluzionau (1989): „Dacă soția trebuie să introducă și să elaboreze neînțelegerile în

căsătorii, datele noastre sugerează că, pentru îmbunătățirea pe termen lung a satisfacției maritale, ea poate avea nevoie să facă aceasta prin a-l face pe soțul ei să se confrunte cu zonele de dezacord și să izbucnească deschis neînțelegerea și furia” (p. 51). Cu alte cuvinte, confruntarea este eficientă numai dacă nu face partenerul defensiv. Nu contează numai onestitatea, ci onestitatea exprimată într-un mod pe care partenerul îl poate tolera.

Formarea în deprinderile de comunicare poate fi făcută într-un format de grup (Ely, Guernsey & Stover, 1973; Hickman & Baldwin, 1971; Pierce, 1973) sau cu cuplurile individuale. Formarea include instrucție, modelare, joc de rol, exerciții structurate, repetarea comportamentului și feedback (Jacobson, 1977; Patterson, Hops & Weiss, 1973; Stuart, 1977). Cuplurile sunt învățate să fie specifice, să formuleze cereri în termeni pozitivi, să răspundă direct la critică în loc să se plângă, să vorbească despre prezent și viitor mai degrabă decât despre trecut, să asculte fără să întrerupă, să minimizeze afirmațiile punitive și să elimine întrebările care sună ca niște declarații (O’Leary & Turkewitz, 1978).

Din momentul în care un cuplu a fost învățat să comunice în moduri care conduc la rezolvarea problemei, ei sunt introduși în principiile *contractării întâmplătoare* – fiind de acord să facă schimbări întâmplătoare privind partenerul care face schimbări. În contractele **quid pro quo** (Knox, 1971; Lederer & Jackson, 1968), un partener este de acord să facă o schimbare după o schimbare prealabilă a celuilalt. Fiecare partener specifică schimbările de comportament dorite și cu ajutorul terapeutului ei negociază înțelegerile. La sfârșitul ședinței este făcută o listă scrisă și ambii parteneri o semnează. Un asemenea contract poate lua următoarea formă:

Data _____

În această săptămână sunt de acord ca:

- 1) Să mă întorc acasă de la lucru la 6 p.m.
- 2) Să mă joc cu copiii o jumătate de oră după masă;

Semnătura soțului,

Împreună cu schimbările de mai sus, sunt de acord ca:

- (1) să merg la bowling o dată pe săptămână cu soțul meu;
- (2) să nu servesc resturi de mâncare la cină în cursul serilor săptămânii.

Semnătura soției,

O formă alternativă de contractare este contractul de *bunăcredință*, în care ambii soți sunt de acord să facă schimbări care nu sunt contingente cu ceea ce face celălalt (Weiss, Hops & Patterson, 1973). Schimbările independente ale fiecărui soț sunt întărite în mod independent. În exemplul de mai sus, soțul care vine acasă în fiecare seară pe la ora 6 p.m. și se joacă cu copiii după ce ia masa s-ar putea recompensa el însuși prin cumpărarea unei noi cămăși la sfârșitul săptămânii sau este răsplătit de soția sa cu o „săpuneală” retroactivă.

Formarea pentru rezolvarea problemei trebuie folosită pentru rezolvarea problemelor care sunt prea conflictuale sau complicate pentru înțelegeri simple de schimbare. Cheia pentru rezolvarea cu succes a problemei dezvoltă un set de colaborare. Negocierile sunt precedate de o definiție atentă și specifică a problemelor. Numai când soții sunt de acord asupra definiției unei probleme ei pot începe în mod efectiv să discute despre o soluție. Discuțiile sunt limitate la o problemă odată. Fiecare soț începe prin parafrizarea a ceea ce a spus celălalt și ei sunt învățați să evite interferențele privind motivarea – în special interferen-

tele intenției răuvoitoare. De asemenea, ei sunt încurajați să evite abuzul verbal și alte răspunsuri agresive. Când se definește o problemă este cel mai eficient să se înceapă cu o declarație pozitivă; în loc de a se spune: „Tu niciodată...” partenerii sunt învățați să spună „Apreciez că modul în care tu... și, în plus eu doresc...”

Așa cum noi intrăm în secolul XXI, cel mai important progres în tratamentul comportamental este folosirea crescută și sofisticarea metodelor cognitiv-comportamentale (Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988; Dattilo, 1998). Modelul de mediere cognitiv (Beck, 1976) susține că emoțiile și acțiunile sunt mediate prin percepții specifice. Înțelegerea acestor percepții (*credințe, atribute și așteptări*) face posibilă identificarea factorilor care declanșează și mențin patternurile emoționale și comportamentale disfuncționale cu care familiile vin la tratament. În practică, aceasta scurtează descoperirea și confruntarea ipotezelor negative care mențin oamenii blocați.

Abordarea cognitiv-comportamentală în terapia de familie

Terapia cognitivă de familie a urmat aceeași progresie ca terapia cognitivă a cuplurilor – mai întâi ca o componentă suplimentară a abordării comportamentale și, apoi, mai mult ca un sistem cuprinzător de intervenție. Munson (1993) observa că existau cel puțin optsprezece tipuri diferite de terapie cognitivă folosită de practicieni diferiți, dar focusul acestei discuții se va limita la acele abordări propuse de teoriile rațional-emoțive (Ellis, 1978, 1982; DiGiuseppe & Zeeve, 1985) și teoriile cognitiv-comportamentale (Beck, 1988; Dattilo, 1993, 1994; Teichman, 1984, 1992).

Abordarea rațional-emoțivă a terapiei de familie, așa cum a propus-o Albert Ellis

(1978), se concentrează asupra interpretărilor individuale ale evenimentelor care apar în familie. Terapeutul rațional-emoțiv ajută membrii familiei să vadă cum credințele ilogice servesc ca bază pentru depresia lor emoțională. Este introdusă folosirea „teoriei A-B-C”, în conformitate cu care membrii familiei critică problemele lor privind anumite evenimente activate în familie (A) și sunt învățați să caute credințe iraționale (B) care sunt apoi reexamine (C). Scopul este să modifice credințele și așteptările punându-le pe o bază mai rațională (Ellis, 1978). Rolul terapeutului este să învețe familia care probleme emoționale sunt cauzate de credințele ireale și că prin revizuirea acestor idei de autoînfrângere, ei pot îmbunătăți calitatea generală a vieții de familie.

Cu terapia rațional-emoțivă este puțin mai greu să separăm abordarea de personalitatea creatorului ei. Ellis nu a provocat ipotezele oamenilor, el le-a punctat cu sarcasm vehement și vesel. Nu e necesar să imităm stilul acerb al lui Ellis pentru a fi avantajați de intuițiile sale. Totuși, este corect să spunem că terapeuții rațional-emoțivi sunt în general mulțumiți ei înșiși de faptul că țin prelegeri oamenilor despre ipoteze generice mai degrabă decât probând pentru credințe mult mai personale și mai apropiate.

Abordarea cognitiv-comportamentală, care echilibrează accetuearea cunoașterii și a comportamentului, ia o abordare mai extinsă și mai inclusivă prin concentrarea mai profundă asupra paternurilor interacțiunii familiei (Epstein, Schlesinger & Dryden 1988; Leslie, 1988). Relațiile de familie, percepțiile, emoțiile și comportamentul sunt văzute ca exercitând o influență reciprocă una asupra alteia, astfel o interferență cognitivă poate evoaca emoția și comportamentul, iar emoția și comportamentul pot influența percepția.

Abordarea cognitiv-comportamentală a familiilor este compatibilă cu teoria sistemică și include premisa că membrii unei familii

sunt influențați simultan și se influențează unul pe celălalt. În consecință, comportamentul unui membru al familiei declanșează comportamente, percepții și emoții în ceilalți membri care, în schimb, aleg percepții, comportamente și emoții reactive în membrul familiei de origine (Epstein & Schlesinger, 1996). Așa cum acest proces se expune, volatilitatea dinamicii familiei crește, făcând familia vulnerabilă la spiralele negative ale conflictului. Epstein și Schlesinger (1991, 1996) citează patru mijloace prin care percepțiile, comportamentul și emoțiile membrilor familiei pot interacționa și construi un climax volatil:

1. Percepții, comportamente și emoții proprii individului privind interacțiunea familiei (de exemplu, persoana care se retrage ea însăși sau el însuși din restul familiei);
2. Acțiunile membrilor individuali ai familiei față de el sau ea;
3. Reacțiile combinate (și nu întotdeauna compatibile) pe care mai mulți membri ai familiei le au față de el sau ea;
4. Caracteristicile relațiilor dintre alți membri ai familiei (de exemplu, observarea că alți doi membri ai familiei sprijină de obicei unul opiniile celuilalt).

Așa cum numărul membrilor familiei implicați crește, la fel se întâmplă și cu dinamica, adăugând momentul la procesul de escaladare.

Terapia cognitivă, așa cum a conceput-o Aaron Beck (1976), pune un mare accent pe *scheme* sau pe „credințe centrale” despre lume și cum funcționează aceasta (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; DeRubeis & Beck, 1988). Intervenția terapeutică țintește la ipotezele distorsionate în care membrii familiei interpretează și evaluează în mod nereal emoțiile și comportamentul fiecăruia.

Așa cum familiile mențin propriile credințe de bază despre ele însele, lumea și viitorul lor, ele mențin și credințele despre familiile lor. Frank Dattilio (1993) sugerează că indivizii mențin două seturi separate de scheme despre familii: schemele referitoare la familia de origine a părinților și schemele privind familiile în general. Ambele tipuri de scheme au un impact major asupra modului în care indivizii gândesc, simt și se comportă în condițiile familiei. Schwebel și Fine (1992) au elaborat termenul de *scheme ale familiei*, descriindu-l după cum urmează:

Toate percepțiile pe care indivizii le dețin despre viața propriei lor familii și despre viața de familie în general. În acest set de percepții este inclusă o schemă a individului despre viața familiei, atribuții despre ce evenimente apar în familie și credințele despre de ce evenimentele apar în familie și credințele despre ce ar trebui să existe în unitatea familiei (Baucom & Epstein, 1990). Schema familiei conține, de asemenea, idei despre cum trebuie să funcționeze relațiile dintre soți, la ce tipuri diferite de probleme trebuie să ne așteptăm în timpul căsătoriei și cum trebuie ele abordate, ce este implicat în construirea și menținerea familiei sănătoase, ce responsabilități trebuie să aibă fiecare membru al familiei, ce consecințe trebuie asociate cu nereușita rezolvării responsabilităților sau îndeplinirii rolurilor și la ce costuri și beneficii trebuie să ne așteptăm drept consecință ca fiind căsătorit (p.50).

Credințele, conștiente și inconștiente, transmise de la familia de origine contribuie la menținerea credințelor unite, ceea ce conduce la dezvoltarea unei scheme curente a familiei. Acest set de credințe este condus și aplicat în creșterea copiilor și, când este amestecat cu propriile lor gânduri și percepții individuale ale mediului și experiențelor lor de viață contribuie la dezvoltarea viitoare a schemei familiei.

În unele ședințe, terapeutul cognitiv-comportamental se va concentra în primul rând asupra percepțiilor în timp ce în alte ședințe focusul va fi întors spre comportament, incluzând toate elementele uzuale din terapia comportamentului: formarea pentru întărirea reciprocității, formarea comunicării, formarea rezolvării problemei, înțelegeri de schimbare a comportamentului și formarea deprinderilor de părinte. Intervențiile cognitive sunt concepute pentru a crește deprinderile membrilor familiei de monitorizare și testare a valabilității și a caracterului adecvat al propriilor lor percepții. Aceasta este o problemă importantă: terapia cognitivă nu va fi redusă la interpretări generice („Este o greșală să fii dependent de alții”, „Cine spune că este un dezastru când lucrurile merg rău?”), nici că terapeutul trebuie să facă totul. Mai degrabă, pentru intervenția cognitivă de a fi eficient, distorsiunile cognitive specifice trebuie să fie deschise, iar clienții trebuie să învețe să-și testeze propriile lor ipoteze.

Un scop timpuriu al abordării cognitive este să ajute membrii familiei să dezvolte deprinderi în identificarea gândurilor automate care le trec prin minte. Importanța identificării unor asemenea gânduri automate („Ea plânge – ea trebuie să fie nebună după mine”) este aceea că ele reflectă adesea scheme ascunse („Femeile declară de obicei că bărbații sunt responsabili pentru nefericirea lor”), care pot fi distorsionate și contraproductive.

Pentru a îmbunătăți deprinderile lor de identificare a gândurilor automate, clienții sunt încurajați să țină un jurnal și să noteze situațiile care provoacă gânduri automate și răspunsurile emoționale rezultate. Rolul terapeutului este atunci să pună o serie de întrebări despre ipoteze, mai degrabă decât să le provoace direct.

Iată un exemplu:

—Studiu de caz—

Când părinții lui Frankie, în vârstă de treisprezece ani, au luat-o să meargă acasă de la școală pentru a nu mai merge cu un băiat pe care i-au interzis să-l vadă, ei i-au răspuns spunând „Nu putem să avem încredere în tine” și au pus-o la pământ pentru o săptămână. Gândul automat al lui Frankie a fost „N-o să mă mai creadă niciodată”, ceea ce a făcut-o să se simtă pe rând îngrozită și furioasă. Această concluzie a fost urmată de gândul „Acum nu voi mai avea niciodată nici o libertate”.

După ce a ajutat-o pe Frankie să-și identifice aceste gânduri, terapeutul i-a cerut să testeze aceste ipoteze și apoi să ia în considerare explicații alternative. „Ce dovadă există pentru a detalia acest gând?” „Ar putea exista acolo explicații alternative?” Cum ați testa aceste ipoteze?”

Frankie a hotărât că este prea devreme să fie sigură cum o vor trata părinții ei în viitor și ea a hotărât să testeze propunerea că dacă ea încetează să-i mintă, ei vor începe să o creadă din nou și că, în acest mod, ea ar putea să-și recâștige, încet, încet, libertatea.

Sfârșitul anilor 1980 și începutul anilor 1990 au văzut abordarea cognitiv-comportamentală aplicată mai larg în terapia de familie. Cărțile editate de Epstein, Schlessinger și Dryden (1988) și un text scurt de Huber și Baruth (1989) sunt printre primele cărți dedicate abordării cognitive a terapiei de familie. Aceasta a fost elaborată în articolele care au urmat de Schwebel și Fine (1992). Mai recent, Dattillio (1993, 1994, 1997) și Teichman (1992). Mult mai recent, Dattilo (1998) a produs o carte importantă de cazuri, care discută integrarea strategiilor cognitiv-comportamentale cu modalitățile diferite ale terapiei de cuplu și terapiei de familie.

Această importantă lucrare discută compatibilitatea terapiei cognitiv-comportamentale cu rețeaua largă de modalități.

Tratamentul disfuncției sexuale

Introducerea de către Wolpe (1958) a *desensibilizării sistemice* a condus la progrese majore în tratamentul disfuncției sexuale. În conformitate cu Wolpe, cele mai multe probleme sexuale sunt rezultatul anxietății condiționate. Terapia ei constă în instruirea cuplurilor să se angajeze într-o serie gradată de întâlniri mai intime progresive, în timp ce evită gândurile despre erecție sau orgasm. O altă abordare care s-a dovedit eficientă frecvent a fost *formarea pozitivă* (Lazarus, 1965; Wolpe, 1958). În formarea pozitivă, persoanele inhibitate social și sexual sunt încurajate să accepte și să-și exprime nevoile și sentimentele lor.

În timp ce aceste remedii comportamentale sunt adesea de ajutor, schimbarea reală apare odată cu publicarea abordării lui Masters și Johnson (1970). Aceasta a fost urmată de alții care au aplicat și extins procedura de bază a lui Masters și Johnson (Lobitz & LoPiccolo, 1972; Kaplan, 1974, 1979).

Deși detaliile variază, există o abordare generală urmată de majoritatea terapeuților care se ocupă de problemele sexuale. Ca și în alte metode comportamentale, prima etapă este evaluarea, inclusiv o examinare completă medicală și interviuri extinse pentru a determina natura disfuncției și pentru a stabili scopurile tratamentului. În absența problemelor organice, cazurile care implică lipsa de informații, tehnica săracă și comunicarea slabă sunt cele mai predispușe la terapia sexuală.

Terapeuții care au urmat după Masters și Johnson au tins să adune problemele sexuale într-o categorie – anxietatea care intervine la abilitatea cuplurilor de a se relaxa într-o

excitație și orgasm. Helen Singer Kaplan (1979) a subliniat că există trei etape ale răspunsului sexual și, de aici, trei tipuri de probleme: tulburări ale dorinței, tulburări ale excitației și tulburări de orgasm. *Tulburările dorinței* se înscriu de la „stimul sexual scăzut” la aversiune sexuală. Tratamentul se concentrează asupra (a) anxietății de decon condiționare și (b) ajutarea clienților să reziste gândurilor negative. *Tulburările de excitație* includ scăderea excitației sexuale și dificultăți în realizarea și menținerea erecției sau dilatării și lubrificării. Aceste probleme sunt adesea ajutate de o combinație a tehnicilor de relaxare și învățare a cuplurilor să se concentreze pe senzațiile fizice de atingere și mângâiere, mai degrabă decât la ce va urma. *Tulburările de orgasm* includ momentul orgasmului (de exemplu, prematur sau întârziat), calitatea orgasmului sau cerințele pentru orgasm (de exemplu, numai unele persoane au orgasm în timpul masturbării). Problemele de orgasm pot fi, fie cronice, fie situaționale. Ejacularea prematură răspunde de obicei bine terapiei sexuale; lipsa orgasmului la femei poate răspunde terapiei sexuale, de obicei implicând învățarea femeilor să practice cele singure și să învețe fantezii.

Ca urmare a evaluării, clienții sunt prezentați cu o explicație a rolului anxietății condiționate în problemele sexuale și li se spune cum se dezvoltă anxietatea și este menținută în relațiile lor sexuale. Schimbarea intuiției și atitudinii sunt astfel, o parte fundamentală a acestei terapii „comportamentale”.

Cu toate acestea, terapia sexuală trebuie concepută pentru probleme specifice, cele mai multe tratamente sunt inițiate cu *concentrare percepută prin simțuri*, în care cuplurile sunt învățate cum să se relaxeze și să se bucure mângâind și fiind mângâiate. Li se spune să meargă acasă și să găsească momentul când amândoi sunt relaxați și eliberați de alte probleme și atunci să se ducă

în par împreună, goi. Apoi să se mângâie ușor pe rând unul pe celălalt. Persoanei care a fost mângâiată i se spune simplu să se relaxeze și să se concentreze asupra sentimentului de a fi atinsă. Mai târziu cel/cea care a fost mângâiată va spune partenerului care dintre mângâieri a fost cea mai plăcută și care a fost cel mai puțin plăcută. La început, cuplurilor li se spune să nu se mângâie unul pe celălalt în zonele sensibile ale sânilor sau genitală, pentru a evita anxietatea nedorită.

După ce învață să se relaxeze și schimbă mângâieri ușoare, plăcute, cuplurile sunt încurajate să devină treptat mai intime – dar, încet, încet, pentru că altfel se vor simți neliniștite. Astfel, focalizarea prin simțuri este o formă de *desensibilizare in vivo*. Cuplurile care sunt deosebit de neliniștite și temătoare de „a face sex” (pe care unii oameni îl reduc la câteva minute febrile de penetrare și gâfăire), învață să-și depășească temerile printr-o experiență gradată și progresivă intimă a mângâierilor reciproce. Pe măsură ce anxietatea scade și dorința crește, ei sunt încurajați să se angajeze în schimbări progresive mai intime. În acest proces, cuplurile sunt, de asemenea, învățate să comunice ceea ce le place și ceea ce nu le place. De exemplu, în loc să suporte ceva neplăcut până când ea în cele din urmă se retrage, încât își mușcă partenerul sau evită să facă sex împreună, o femeie ar putea fi învățată cum să-i arate lui ușor. „Nu, nu face așa, ci așa.”

Din momentul în care exercițiile de focalizare pe simțuri au început treptat, terapeutul introduce tehnici care se referă la probleme particulare. Printre femei, cele mai comune disfuncții sexuale sunt dificultățile de orgasm (Kaplan, 1979). În mod frecvent aceste probleme își au rădăcinile în lipsa de informație. Femeia și partenerul ei se pot aștepta ca ea să aibă orgasm în timpul relației sexuale fără stimulare clitorală suplimentară. La bărbați, problema cea mai comună este

ejacularea prematură, pentru care o parte a tratamentului este *tehnica apăsării* (Semans, 1956), în care femeia stimulează penisul bărbatului până când el simte că ejaculează. În acel moment, ea apasă frenulumul (la baza capului) cu fermitate între degetul ei mare și primele degete până când nevoia de ejaculare dispare. Stimularea începe din nou până când este necesară o nouă apăsare.

Tehnicile folosite pentru eșecurile erectile sunt concepute pentru a reduce apariția anxietății și a mări excitația sexuală. Acestea includ desensibilizarea anxietății bărbatului; discuții în care partenerii descriu așteptările lor; mărirea varietății și duratei jocurilor preliminare; *tehnici de atârare* (Masters & Johnson, 1970), în care femeia începe și termină în mod alternativ stimulând bărbatul; iar începerea relațiilor sexuale cu femeia care ghidează penisul flasc în vaginul ei.

Terapia sexuală de succes se termină de obicei cu viața sexuală a cuplului mult îmbunătățită, dar nu atât de fantastic cât așteptările frustrate i-au condus să-și imagineze – așteptări care sunt parte a problemei în primul rând. Ca în orice formă de terapie directivă, este important pentru terapeuții care se ocupă de sexualitate să-și diminueze implicarea și controlul. Câștigurile terapeutice sunt consolidate și extinse prin revizuirea schimbărilor care au apărut; prin acceptarea viitoarelor semne de tulburări; și prin planificarea în avans de a lucra cu problemele în conformitate cu principiile învățate la tratament.

Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei

Terapeuții comportamentali de familie au început prin aplicarea tehnicilor teoriei educației împărțite pentru tratarea indivizilor; dar, în treizeci de ani de la începuturile sale,

tehnologia terapiei comportamentale de familie a devenit din ce în ce mai sofisticată și practicanții ei din ce în ce mai conștienți că viața familiei este mai complicată decât suma comportamentului observabil la membrii ei individuali. Terapeuții comportamentului au dezvoltat o mulțime de tehnici testate experimental pe care le-au administrat unei varietăți de probleme ale familiei, dar cele mai multe dintre sublinieri se referă la formarea părintelui, terapia comportamentală de cuplu și tratamentul disfuncțiilor sexuale.

Metodele distinctive ale terapiei comportamentale de familie sunt derivate din condiționarea clasică și operantă și din ce în ce mai mult din teoria cognitivă. Comportamentul țintă este specificat clar în termeni operaționali; condiționare operantă, condiționare clasică, teoria educației sociale și strategiile cognitive sunt apoi folosite pentru a produce schimbarea. Pe măsură ce terapeuții comportamentali au câștigat experiență cu problemele familiei, ei au început să abordeze asemenea preocupări necomportamentale tradiționale, precum alianța terapeutică, nevoia de empatie și deprinderile de rezolvare a problemei. Cu toate acestea, chiar atunci când se ocupau de asemenea probleme importante, comportamentaliștii se distingeau prin abordarea lor metodică. Mai mult decât prin tehnică, terapia comportamentală este caracterizată printr-o definiție și evaluare atentă. Analiza secvențelor comportamentale înainte de tratament, evaluarea terapiei în evoluție și evaluarea rezultatelor finale sunt caracteristici ale terapiei comportamentale.

Terapia comportamentului s-a născut și a crescut în tradiția cercetării și nu este surprinzător că terapia comportamentală de familie este forma cel mai atent studiată a tratamentului familiei. Două tendințe au apărut din acest corp substanțial al evidenței. Primul este că, atât formarea comportamentală a părintelui și terapia comportamentală de cuplu au fost demonstrate în mod repetat a fi

intervenții eficiente. Printre cele mai sustinute versiuni ale acestor abordări sunt terapia formării părintelui a lui Gerald Patterson (de exemplu, Patterson, Dishion & Chamberlain, 1993; Patterson & Forgatch, 1995) și terapia comportamentală de cuplu a lui Neil Jacobson (de exemplu, Crits-Christoph, Frank, Chambless, Brody & Karp, 1995).

A doua tendință în cercetarea terapiei comportamentale de familie este că exponenții importanți ai acestor abordări au început să vadă nevoia extinderii abordărilor lor dincolo de contractarea întâmplătoare de bază și de procedurile operante de învățare ale terapiei tradiționale a comportamentului. Așa cum ați observat deja, o formă pe care aceasta a luat-o a fost încorporarea teoriilor și tehnicilor cognitive în behaviorsimul mai tradițional stimul-răspuns (de exemplu.. Baucom & Epstein, 1990; Dattillio & Padesky, 1990).

O altă direcție nouă preluată de practicanții terapiei comportamentale de familie este încorporarea principiilor din terapiile de familie mai orientate sistemic. Gerald Patterson, de exemplu, a început să folosească elemente ale terapiei strategice de familie în abordarea sa de formare a părintelui (Forgatch & Patterson, 1998). Când părinții apar că folosesc fără succes temporizările și reținerea privilegiilor, Patterson și colegii săi introduc asemenea instrumente strategice ca transferurile paradoxice și pretind tehnici pentru a depăși rezistența parentală pentru ceea ce ei consideră încă nucleul abordării lor – schimbarea împrejurărilor întăririi pentru comportamentul copiilor.

Mai târziu, Neil Jacobson în parteneriat cu Andrew Christensen au mers chiar mai departe în modificarea terapiei tradiționale comportamentale de cuplu împreună cu direcțiile mai tradiționale ale abordării terapiei de familie. Ei au reținut tehnicile comportamentale de schimbare, dar au adăugat noi strategii acceptării emoționale

crescute în clienți. Cu alte cuvinte, înainte de a începe să lucreze cu cuplurile pentru a produce schimbările în comportamentul partenerilor, ei au încercat să-i ajute să învețe să se accepte mai mult unul pe altul. Astfel, oricât de diferită este, de fapt, abordarea rezultată o vom prezenta mai detaliat în capitolul nostru privind abordările integrative. (Capitolul 14).

Gordon și Davidson (1981) au rezumat studiile formării comportamentale a părintelui și au descoperit că majoritatea măsurilor au dat rezultate pozitive în majoritatea cazurilor. Ei au raportat sute de succese documentate cu o varietate largă a problemelor copiilor. Criteriile de stabilire a rezultatelor în studiile formării părinților se bazează de obicei pe contorizările frecvenței părinților și observatorilor comportamentului prosocial și deviant. Cercetătorii au descoperit că familiile mai avantajate au arătat în mod distinct rezultate mai bune în formarea comportamentului părinților (O'Dell, 1974). Acest lucru nu este surprinzător considerând accentul deosebit pus pe educație în această abordare.

O descoperire tipică este aceea în care comportamentul țintă se îmbunătățește; numai schimbările marginale pot fi văzute, totuși, pentru comportamentul problemelor nețintă. În mod aparent concentrarea specifică asupra problemelor prezentate împrumută parțial rezolvării plângerilor importante, dar se generalizează numai în mică măsură asupra funcționării întregii familii. Mai mult, îmbunătățirile nu se generalizează de acasă la alte situații, precum școala (Gurman & Kniskern, 1978). În cele din urmă, câștigurile terapeutice tind să descrească repede între sfârșitul terapiei și urmărire.

Literatură comportamentală conține, de asemenea, un număr mare de studii empirice ale terapiei de cuplu. Aceste studii sunt făcute, de obicei, asupra tratamentului scurt (aproximativ nouă ședințe) și criteriile cele mai comune ale succesului sunt ratingurile

observatorilor și autorapoartele cuplurilor. Gurman și Kniskern (1978) au descoperit că șase din șapte studii naturaliste comparative au favorizat terapia comportamentală de cuplu. Aceste descoperiri sprijină eficiența acestei abordări; totuși, așa cum au observat autorii, terapia comportamentală este încă relativ netestată asupra cuplurilor cu probleme severe maritale. Atunci când ei au actualizat studiile lor, Gurman și Kniskern (1981) au descoperit că rezultate similare și concludente ca cele din terapia comportamentală a căsătoriei apar a fi eficiente pentru problemele maritale mai simple până la moderate, așa cum sunt abordările necomportamentale.

Mai multe studii au arătat că cel mai eficient ingredient în orice formă de terapie de cuplu mărește deprinderile de comunicare (Jacobson, 1978; Jacobson & Margolin, 1979). Studiile lui Jacobson au sprijinit cu putere această abordare, bazată pe măsuri observaționale ale comunicării și pe satisfacția maritală de autoraportare. Liberman și colegii săi (1976) au descoperit, referitor la măsurile obiective de comunicare maritală, că terapia comportamentală de cuplu în aranjarea grupului a fost mult mai eficientă decât cea a grupurilor de cupluri orientate pe intuiție. Totuși, cele două abordări nu diferă în eficientizarea satisfacției maritale crescute. O'Leary și Turkewitz (1978) au arătat că procedurile de schimbare a comportamentului sunt eficiente, în special la cuplurile tinere; cuplurile mai vârstnice tind să răspundă mai favorabil formării comunicărilor.

În ciuda creșterii extraordinare a interesului profesional în terapia sexuală, există încă puține studii bine controlate ale eficienței acesteia. Într-o trecere în revistă atentă, Hogan (1978) arăta că cea mai mare parte din literatură constă în studii clinice de caz. Aceste rapoarte sunt ceva mai mult decât scorul succeselor și eșecurilor. Sunt absente măsurile înainte și după, specificarea detaliată a tehnicilor.

punctele de referință, altele decât terapeuții și a datelor de urmărire. Mai mult decât atât, din momentul în care majoritatea acestor rapoarte vin de la aceeași mână de terapeuți, este imposibil să discernem ce a fost evaluat – tehnicile terapiei sexuale sau abilitatea acestor terapeuți speciali. Această stare a cercetării nu s-a schimbat mult în anii 1990, conform rapoartelor centraliza-toare de mai târziu (Crowe, 1988; Falloon & Lillie, 1988).

Ratele celui mai mare succes al terapiei sexuale au fost găsite în tratarea vaginismului, disfuncțiilor organice și ejaculării premature. Vaginismul, contracția spastică a mușchilor vaginului, a fost tratat cu succes în anii 1990 până în 95% din cazuri (Fuchs și alții, 1973). 85 din 95% din femeile care nu au realizat niciodată înainte orgasm au reușit după tratament. Ratele succesului sunt mai scăzute, 30 până la 50%, când se limitează la cele care au atins înainte orgasmul în timpul raportului sexual. (Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1981). Ratele de succes raportate pentru tratamentul ejaculării premature folosind tehnicile apăsării (Masters & Johnosn, 1970) sunt ridicate în mod uniform, 90 până la 95%.

Pentru bărbații care nu au avut niciodată funcție erectilă, ratele succesului sunt între 40 și 60% – deși, așa cum a observat Michael Crowe (1988), această problemă

este o problemă mai mult medicală decât suntem noi obișnuiți să credem. Pentru cei care au avut odată funcția erectilă adecvată, iar apoi au apărut dificultăți, ratele medii ale succesului sunt în medie 60 până la 80% (Heiman, LoPiccolo, & LoPiccolo 1981). Ejacularea întârziată sau eșecul ejaculării este relativ neobișnuit; în consecință, există puține cazuri de tratament raportate. Printre aceste puține eșantioane, ratele de succes raportate se încadrează între 50 la 82% (Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1981). Tratamentul indivizilor cu nivele foarte scăzute de interes sexual este relativ nou (Kaplan, 1979), dar în mod aparent asemenea cazuri răspund bine la tratament (LoPiccolo & LoPiccolo, 1978).

Terapia sexuală pare a fi o abordare eficientă pentru unele probleme foarte supărătoare. Mulți observatori (Gurman & Kniskern, 1981) sunt de acord că acestea ar trebui să ia în considerare tratamentul alegerii atunci când există o plângere explicită despre viața sexuală a cuplului.

Trei zone de cercetare în intervenția familiei par gata să se deplaseze spre o etapă de dezvoltare mai avansată. Aceste zone sunt tulburările de conduită la copii (Patterson, 1986; Morris, Alexander & Waldron, 1988), conflictul marital (Follette & Jacobson, 1988) și adulții schizofrenici (Falloon, 1985).

—Rezumat—

Deși terapeuții comportamentali au început să-și aplice tehnicile problemelor familiei, de peste douăzeci de ani, ei au făcut aceasta în cea mai mare parte într-un cadru de referință liniar. Simptomele familiei sunt tratate ca răspunsuri învățate, dobândite și întărite involuntar. Tratamentul este, în general, limitat în timp și concentrat pe simptom. Abordarea comportamentală a familiilor se bazează pe teoria

educației sociale în conformitate cu care comportamentul este învățat și menținut prin consecințele sale și poate fi modificat prin alterarea acestor consecințe. Un înlocuitor esențial al teoriei educației sociale este teoria schimbării sociale a lui Thibaut și Kelley, în conformitate cu care oamenii se străduiesc să maximizeze „recompensele” interpersonale, în timp ce minimizează „costurile”.

Scopurile generale ale terapiei comportamentale de familie sunt de a crește rata schimbărilor de recompensă, de a diminua schimbările aversive și de a învăța deprinderile de comunicare și de rezolvare a problemelor. Tehnici specifice sunt aplicate comportamentelor țintă; în acest proces familiile sunt învățate, de asemenea, principiile generale ale managementului comportamentului.

Focalizarea comportamentaliștilor asupra modificării consecințelor comportamentului problemă justifică forța și slăbiciunea acestei abordări. Prin concentrarea asupra prezentării problemelor, comportamentaliștii au putut dezvolta o rețea de tehnici eficiente. Chiar și asemenea probleme relativ netratabile, precum comportamentul delinvent la copii și disfuncțiile sexuale severe au cedat la tehnologia comportamentală. Pe de altă parte, comportamentul este numai o parte a persoanei și persoana problemă este numai o parte a familiei. Nu puteți să învățați oamenii, pur și simplu, să se schimbe dacă conflictul nerezolvat îi ține blocați.

Nefericirea se poate concentra în jurul sferei comportamentale, dar rezolvarea comportamentului nu poate rezolva nefericirea. Tratatamentul poate reuși cu simptomul, dar poate eșua cu familia. Atitudinile și sentimentele se pot schimba împreună cu schimbările din comportament, dar nu în mod necesar. Iar învățarea deprinderilor comunicării nu poate fi suficientă pentru a rezolva conflictul real. Schimbarea comportamentului nu poate fi suficientă pentru membrii familiei al căror ultim scop este să se simtă mai bine. „Da, el își îndeplinește dăruirile neplăcute acum” poate fi de acord cu părinte. „Dar nu cred că el *simte* că te iubește. El nu este încă realmente parte a familiei noastre”. Comportamentul nu este tot ceea ce membrii familiei în depresie sunt interesați și pentru a răspunde tuturor nevoilor lor terapeuții trebuie să lucreze cu problemele cognitive și afective.

Behavioriștii tratează rar întreaga familie. În schimb, ei văd numai acele subsisteme pe care le consideră centrale pentru comportamentul țintă. Din nefericire, nercușita de a include – sau chiar a ține seama de – familia întreagă în tratament poate fi dezastruoasă. Un program terapeutic pentru a reduce agresivitatea fiului față de mama sa poate avea succes cu dificultate dacă tatăl dorește un fiu agresiv sau furia tatălui împotriva mamei nu este luată în considerare. Mai mult, dacă întreaga familie nu este implicată în schimbare, noul comportament nu poate fi întărit și menținut.

În ciuda acestor neajunsuri, terapia comportamentală de familie oferă tehnici impresionante pentru tratamentul problemelor copiilor și căsătoriilor cu probleme. Mai mult, slăbiciunile sale pot fi corectate prin lărgirea focusului conceptualizării și scopului tratamentului de a include familiile ca sisteme. Poate cea mai mare forță a terapiei comportamentale este insistența acesteia privind observarea a ceea ce se întâmplă și apoi măsurarea schimbării. Comportamentaliștii au dezvoltat o bogăție de metode de evaluare solide și le-au aplicat evaluării, planificării tratamentului și monitorizării progresului și rezultatelor. Un al doilea progres important a fost deplasarea treptată de la eliminarea sau întărirea discretă a „markerului” de comportamente la învățarea deprinderilor generale de rezolvare a problemei, a deprinderilor cognitive și de comunicare. Un al treilea progres major în terapia comportamentală de familie curentă îl constituie intervențiile modulare de tratament organizate pentru a răspunde nevoilor specifice și în schimbare ale individului și familiei. În cele din urmă, schimbarea pentru abordarea percepțiilor distorsionate care pot ascunde interacțiunile problematice ale familiei a adăugat o nouă dimensiune puternică abordării comportamentale.

—Lecturi recomandate—

- Barton, C., and Alexander, J.F. 1981. Functional family therapy. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/ Mazel.
- Bornstein, P., and Bornstein, M. 1986. *Marital therapy: A behavioral-communications approach*. New York: Pergamon.
- Dattilio, F.M. 1998. *Case studies in couple and family therapy. Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. M., and Reinecke M. 1996. *Casebook of cognitive-behavior therapy with children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Epstein, N., Schlesinger, S.E., and Dryden, W, 1988. *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.
- Falloon, I.R.H. 1988. *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I.R.H., 1991. Behavioral family therapy. In *Handbook of family therapy*, vol. II. A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds, New York. Brunner/ Mazel.
- Gordon, S.B., and Davidson, N. 1981. Behavioral parent training. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N.S., and Margolin, G. 1979. *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/-Mazel.
- Kaplan, H.S. 1979. *The new sex therapy; Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/ Mazel.
- Masters, W. H., and Johnson, V.E. 1970. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Patterson, G.R. 1971. *Families: Application of social learning theory to family life*. Champaign, IL: Research Press.
- Sanders, M.R., and Dadds, M.R. 1993. *Behavioral family intervention*. Needham Heights. MA: Allyn and Bacon.
- Stuart, R.B. 1980. *Helping couple change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Weiss, R.L. 1978. The conceptualization of marriage from a behavioral perspective. In *Marriage and marital therapy*. T. J. Paolino and B.S. McCrady, eds. Brunner/Mazel.

—Bibliografie—

- Ables, B.S., and Brandsma, S.J.. 1977, *Therapy for couples*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Alexander, J.F., and Barton, C. 1976. Behavioral systems therapy with families. In *Treating relationships*. D.H. Olson, ed. Lake Mills, IA: Graphic Publishing.
- Alexander, J.F. and Parsons, B.V. 1973. Shortterm behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*. 51:219-225.
- Alexander, J.F. and Parsons, B.V. 1982, *Functional family therapy*. Pacific Grove, CA; Brooks/Cole.
- Alexander, P. 1988. The therapeutic implications of family cognitions and constructs. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2:219-236.
- Anderson, C.M., and Stewart, S. 1983. *Mastering resistance*. New York: Guilford Press.
- Arrington, A., Sullaway. M., and Christensen, A. 1988. Behavioral family assessment. In *Handbook of behavioral family therapy*. I.R.H. Falloon, ed. New York : Guilford Press.

- Azin, N.H., Naster, J.B., and Jones, R. 1973. Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*. 11:365-383.
- Barr, D.M., and Sherman, J.A., 1969. Reinforcement control of generalized imitation in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*. 1:37-49.
- Bancroft, J. 1975. The behavioral approach to marital problems. *British Journal of Medical Psychology*. 48:147-152.
- Bandura, A. 1969. *Principles of behavior modification*. New York: Hold, Rinehart & Winston.
- Bandura, A., and Wlates, R. 1963. *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barton, C., and Alexander, J. F. 1975. Therapist skills in systems-behavioral family intervention: How the hell do you get them to do it? Paper presented at the annual meeting of the Orthopsychiatric Association. Atlanta.
- Barton, C., and Alexander, J.F., 1981. Functional family therapy. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and d.P. Niskern. eds. New York: Brunner/ Mazel.
- Beacom, D.H., 1981. Cognitive-behavioral strategies in the treatment of marital discord. Paper presented at the annual meeting of the Association of the Advancement of Behavioral Therapy. Toronto, Canada.
- Beacom, D.H., and Epstein, N. 1990. *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Beacom, D.H., and Lester, G.W. 1986. The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy. *Behavioral Therapy*. 17:385-403.
- Beck, A.T. 1976. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.
- Beck, A.T. 1988. *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Ruch, J.A., Shaw, B.F., and Emery, G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.
- Birchler, G.R. 1988. Handling resistance to change. In *Handbook of behavioral family therapy*. I.R.H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.
- Birchler, G.R. and Spinks, S.H. 1980. Behavioral-systems marital therapy: Integration and clinical application. *American Journal of Family Therapy*. 8:6-29.
- Boardman, W. E. 1962, Rusty: A brief behavior disorder. *Journal of Consulting Psychology*. 26: 293-297.
- Christophersen, E. R., Arnold, C. M., Hill D.W., and Quilitch, H. R. 1972. The home point system: Token reinforcement procedures for application by parents of children with behavioral problems. *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 5:485-497.
- Crits-Christoph, P., Frank, E., Chambless, D.I., Brody, F., and Karp, J.F. 1995. Treating in empirically validated treatments: What are clinical psychology students learning? *Professional Psychology: Research and Practice*. 26 514-522.
- Crowe, M. 1988. Indications for family, marital and sexual therapy. In *Handbook of behavioral family therapy*. I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. M., 1989. A guide to cognitive marital therapy. In *Innovations in clinical practice: A source book*, vol. 8. P.A. Keller and S. R. Heyman, eds. Sarasota,FL. Professional Resource Exchange.
- Dattilio, F. M. 1990. Cognitive marital therapy: a case study. *Journal of Family Psychotherapy*. 1:15-31.
- Dattilio, F. M. 1993. Cognitive techniques with couples and families. *The Family Journal*. 1:51-65.
- Dattilio, F. M. 1994. Families in crisis. In *Cognitive-behavioral strategies in crisis interventions*. F. M. Dattilio and A. Freeman, eds. New York: Guilford Press.

- Dattilio, F. M. 1997. Family therapy. In *Casebook of cognitive therapy*. R. Leahy, ed. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Dattilio, F.M. 1998. *Case studies in couple and family therapy: systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. M., and Padesky, A. 1990. *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- DeRubeis, R. J., and Beck, A. T. 1988. Cognitive therapy. In *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. K. S. Dobson, ed. New York: Guilford Press.
- Dicks, H. 1953. Experiences with marital tensions seen in the psychological clinic. In *Clinical Studies in Marriage and the Family: A symposium on methods*. *British Journal of Medical Psychology*. 26:181-196.
- DiGiuseppe, R. 1988. A cognitive-behavioral approach to the treatment of conduct disorder in children and adolescents. In *Cognitive-behavioral therapy with families*. N. Epstein, S. E. Schlesinger, and W. Dryden, eds. New York: Brunner/Mazel.
- DiGiuseppe, R., and Zeeve, C. 1985. Marriage: Rational-emotive couples counseling. In *Clinical applications of rational-emotive therapy*. A. Ellis and M. Bernard, eds. New York: Springer.
- Doherty, W. J. 1981. Cognitive processes in intimate conflict: I. Extending attribution theory. *American Journal of Family Therapy*. 9:5-13
- Ellis, A. 1962. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. 1977. The nature of disturbed marital interactions. In *Handbook of rational-emotive therapy*. A. Ellis and R. Greiger, eds. New York: Springer.
- Ellis, A. 1978. Family therapy: A phenomenological and active-directive approach. *Journal of Marriage and Family Counseling*. 4:43-50.
- Ellis, A. 1982. Rational-emotive family therapy. In *Family counseling and therapy*. A. M. Horne and M.M. Ohlsen, eds. Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A. Sichel, J. L., Yager, R. J., DiMattia, D. J., and DiGiuseppe, R. 1989. *Rational emotive couples therapy*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Ely, A. L., Guernsey, B. G., and Stover, L. 1973. Efficacy of the training phase of conjugal therapy. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*. 10:201-207.
- Epstein, N. 1982. Cognitive therapy with couples. *American Journal of Family Therapy*. 10:5-16.
- Epstein, N. 1992. Marital Therapy. In *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. A. Freeman and F. M. Dattilio, eds. New York: Plenum.
- Epstein, N., and Schlesinger, S.E. 1991. Marital and family problems. In *Adult clinical problems: A cognitive-behavioral approach*. W. Dryden and R. Rentoul, eds. London: Routledge.
- Epstein, N., and Schlesinger, S.E. 1996. Cognitive-behavioral treatment of family problems. In *Casebook of cognitive-behavior therapy with children and adolescents*. M. Reinecke, F.M. Dattilio and A. Freeman, eds. New York: Guilford Press.
- Epstein, N., Schlesinger, S.E., and Dryden, W., eds. 1988. *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.
- Falloon, I. R. H. 1985. *Family management of schizophrenia: A study of the clinical, social, family and economic benefits*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Falloon, I.R.H., ed. 1988. *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I. R. H. 1991. Behavioral family therapy. In *Handbook of family therapy*. Vol. II, A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/ Mazel.
- Falloon, I.R.H., and Liberman, R.P. 1983. Behavioral therapy for families with child management problems. In *Helping families with special problems*. M. R. Textor, ed. New York: Jason Aronson.

- Fallon**, I. R. H., and Little, F.J. 1988. Behavioral family therapy: An overview. In *Handbook of behavioral family therapy*. I.R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.
- Ferster**, C.B. 1963. Essentials of a science of behavior. In *An introduction to the science of human behavior*. J. I. Nurnberger, C. B. Ferster, and J. P. Brady, eds. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Furham**, F. D., Bradbury, T. N., and Beach, S. R. H. 1990. To arrive where we began: A reappraisal of cognition in marriage and in marital therapy. *Journal of Family Psychology*. 4: 167-184.
- Follette**, W. C., and Jacobson, N.S., 1988. Behavioral marital therapy in the treatment of depressive disorders. In *handbook of behavioral family therapy*. I. R.H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.
- Forehand**, R., and McDonough, T.S. 1975. Response-contingent time out: An examination of outcome data. *European Journal of Behavioral Analysis and Modifications*. 1:109-115.
- Forehand**, R., Roberts, M.W. Doleys, D. M., Hobbs, S.A., and Resnick, P.A. 1976. An examination of disciplinary procedures with children. *Journal of Experimental Child Psychology*. 21: 109-120.
- Forgatch**, M.S., and Patterson, G.R. 1998. Behavioral family therapy. In *Case studies in couple and family therapy*. F. M. Dattilo, ed. New York: Guilford Press.
- Friedman**, P.H., 1972. Personalistic family and marital therapy. In *Clinical behavior therapy*. A.A. Lazarus, ed. New York: Brunner/Mazel.
- Fuchs**, K., Hoch, Z. Paldi, E., Abramovici, H., Brandes, J. M., Timor-Tritsch, I., and Kleinhaus, M. 1973. Hypodesensitization therapy of vaginismus: Part I. „In vitro” method. Part II. „In vivo” method. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 21: 144-156.
- Goldenberg**, I., and Godenberg, H. 1991. *Family therapy: an overview* Pacific Grove. CA: Books Cole.
- Goldiamond**, I. 1965. Self-control procedures in personal behavior problems. *Psychological Reports*. 17:851-868.
- Goldstein**, M. K. 1971. Behavior rate change in marriages: Training wives to modify husbands behavior. *Disertation. Abstract International*. 32 (18)-559.
- Goldstein** M. K., and Franciss. B. 1969. Behavior modification of husbands by wives. Paper presented at the National Council on Family Relations. Washington, DC.
- Gordon**, S. B., and Davidson, N. 1981. Behavioral parent training. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gruman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Gottman**, J., and Krokoff, L. 1989. Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57:47-52.
- Gottman**, J., Markman, H., and Notarius, C. 1977. The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*. 39:461-477.
- Graziano**, A.M. 1977. Parents as behavior therapists. In *Process in behavior modification*. M. Hersen. R.M. Eisler, and P.M. Miller, eds. New York: Academic Press.
- Guerin**, P. J., Fay, L., Burden, S.L. and Kautto, J.B. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict: A fourstage approach*. New York: Basic Books.
- Gurman**. A.S., and Kniskern, D.P. 1978. Research on marital and family therapy: Progress, perspective and prospect. In *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, S.L. Garfield and A.E. Bergin, eds. New York: Wiley.
- Gurman**. A.S., and Kniskern, D.P. 1981. Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D.P. Kniskern. Eds. New York: Brunner/Mazel.
- Gurman** A.S., and Knudson, R.M. 1978. Behav-

- ioral marriage therapy: A psychodynamic-systems analysis and critique. *Family Process* 17:121-138
- Hawkins, R.P. Peterson, R.F., Schweid, E., and Bijou, S.W. 1966. Behavior therapy in the home: Amelioration of problem parent-child relations with a parent in the therapeutic role. *Journal of Experimental Child Psychology*. 4:99-107.
- Heiman, J.R., LoPiccolo, L., and LoPiccolo, J. 1981. The treatment of sexual dysfunction. In *Handbook of family therapy*. A.S. Gurman and D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Hickman, M.E., and Baldwin, B.A. 1971. Use of programmed instruction to improve communication in marriage. *The family coordinator*. 20:121-125.
- Hogan, D.R. 1978. The effectiveness of sex therapy: A review of the literature. In *Handbook of sex therapy*. J. LoPiccolo and L. LoPiccolo, eds. New York: Plenum Press.
- Huber, C.H., and Baruth, L.G. 1989. *Rational-emotive family therapy: A systems perspective*. New York: Springer.
- Jacobson, N.S. 1977. Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45:92-100
- Jacobson, N.S. 1978. Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46: 442-452.
- Jacobson, N. S. 1981. Behavioral marital therapy. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S. and Margolin, G. 1979. *Marital therapy: Strategic based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N.S., and Martin, B. 1976. Behavioral marriage therapy: Current status. *Psychological Bulletin*. 83:540-556.
- Jacobson, N. S., Waldron, H., and Moore, D. 1980. Toward a behavioral profile of marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48:696-703.
- Jones, M. C. 1924. A laboratory study of fear: The case of Peter. *Journal of Geriatric Psychology*. 31:308-315.
- Kanfer, F. H., and Phillips, J. S. 1970. *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.
- Kaplan, H. S. 1974. *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. 1979. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Katkin, F. J., 1978. Charting as a multipurpose treatment intervention in family therapy. *Family Process*. 17:465-468.
- Keefe, F.J., Kopel, S.A., and Gordon, S.B. 1978. *A practical guide to behavior assessment*. New York: Springer.
- Kimmel, C., and Van der Veen, F. 1974. Factors of marital adjustment in Locke's Marital Adjustment Test. *Journal of Marriage and the Family*. 36:57-63.
- Knox, D. 1971. *Marriage happiness: A behavioral approach to counseling*. Champaign, IL; Research Press.
- Lazarus, A. A., 1965: The treatment of asexually inadequate male. In *Case studies in behavior modification*. L. P. Ullmann and L. Krasner, eds. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lazarus, A. A., 1968. Behavior therapy and group marriage counseling. *Journal of the American Society of Medicine and Dentistry*. 15:49-56.
- Lazarus, A. A. 1971. *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- LeBow, M. D. 1972. Behavior modification for the family. In *Family therapy: an introduction to theory and technique*. G. D. Erickson and T. P. Hogan, eds. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Lederer, W. L., and Jackson, D. D. 1968. *The mirages of marriage*. New York: Norton.

- Leslie, L. A.** 1988. Cognitive-behavioral and systems models of family therapy: How compatible are they? In *Cognitive-behavioral therapy with families*. N. Epstein, S. E. Schlesinger, and W. Dryden, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Lieberman, R. P.** 1970. Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 40: 106-118.
- Lieberman, R. P.** 1972. Behavioral approaches to family and couple therapy. In *Progress in group and family therapy*. C. J. Sager and H. S. Kaplan, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Lieberman, R. P., Levine, J., Wheeler, E., Sanders, N., and Wallace, C.** 1976. Experimental evaluation of marital group therapy: Behavioral vs. Interaction-insight formats. *Acta Psychiatrica Scandinavia* Supplement.
- Lobitz, N. C., and LoPiccolo, J.** 1972. New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 3:265-271.
- Locke, H. J., and Wallace, K. M.** 1959. Short-term marital adjustment and predictions tests: Their reliability and validity. *Journal of Marriage and Family Living*. 21:251-255.
- LoPiccolo, J., and LoPiccolo, L.** 1978. *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum.
- Lovibond, S. H.** 1963. The mechanism of conditioning treatment of enuresis. *Behavior Research and Therapy*. 1:17-21.
- Madanes, C.** 1981. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mahoney, M. J.** 1977. Reflections on the cognitive learning trend to psychotherapy. *American Psychologist*. 32:5-13.
- Margolin, G., Christensen, A., and Weiss, R. L.** 1975. Contracts, cognition and change: A behavioral approach to marriage therapy. *Counseling Psychologist*. 5:15-25.
- Margolin, G., and Weiss, R. L.** 1978. Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 46:1476-1486.
- Markman, H. J.** 1981. Prediction of marital distress: A 5-year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 49:760-762.
- Masters, W., H., and Johnson, V., E.** 1970. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown & Co.
- McCauley, R.** 1988. Parent training: Clinical application. In *Handbook of behavioral family therapy*. I. R. H. Falloon, Ed. New York: Guilford Press.
- McGuire, R. J., and Vallance, M.** 1964. Aversion therapy by electric shock: A simple technique. *British Medical Journal*. 1:151-153.
- Meichenbaum, D.** 1977. *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- Minuchin, S.** 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. and Baker, L.** 1978. *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mischel, W.** 1973. On the empirical dilemmas of psychodynamic approaches: Issues and alternatives. *Journal of Abnormal Psychology*. 82:335.
- Morris, S. B., Alexander, J. F., and Waldron, H.** 1988. Functional family therapy. In *Handbook of behavioral family therapy*. I. R. H. Falloon, ed New York: Guilford Press.
- Morton, T. L., Twentyman, C. T. and Azar, S. T.** 1988. Cognitive-behavioral assessment and treatment of child abuse. In *Cognition-behavioral therapy with families*. N. Epstein, S. E. Schlesinger, and W. Dryden, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Munson, C. E.** 1993. Cognitive family therapy. In *Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications*. D. K. Granvold, ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- O'Dell, S.** 1974. Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin*. 81:418-433.
- O'Leary, K. D., O'Leary, S., and Becher, W. C.** 1967. Modification of a deviant sibling interaction pattern in the home. *Behavior Research and Therapy*. 5:113-120.

- O'Leary, K. D., and Turkewitz, H. 1978. Marital therapy from a behavioral perspective. In *Marriage and marital therapy*. T.J. Paolino and B. S. McCrady, eds New York: Brunner/Mazel.
- O'Leary, K.D. and Wilson, G. T. 1975. *Behavioral therapy: Application and outcome*. Eaglewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Patterson, G.R. 1971.a. Behavioral intervention procedures in the classroom and in the home. In *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*. A.E. Bergin and S. L. Garfield, eds. New York: Wiley.
- Patterson, G. R. 1971b. *Families: Application of social learning theory to family life*. Champaign, IL.: Research Press.
- Patterson, G. R. 1986. The contribution of siblings to training for fighting: A microsocial analysis. In *Development of antisocial and prosocial behavior: Research, theories and issues*. D. Olweus, J. Block, and M. Radke-Yarrow, eds. Orlando, FL.: Academic Press.
- Patterson, G. R. 1988. Foreword. In *Handbook of behavioral family therapy*. I. R.H. Falloon, ed New York: Guilford Press.
- Patterson, G.R., Dishion, T.J., and Chamberlain, P. 1993. Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In *Effective psychotherapy: A handbook of comparative research*. T.R. Giles, E.D. New York: Plenum Press.
- Patterson, G.R., and Forgatch, M.S. 1995. Predicting future clinical adjustment from treatment outcomes and process variables. *Psychological Assessment*. 7:275-285.
- Patterson, G. R., and Hops, H. 1972. Coercion, a game for two. In *The experimental analysis of social behavior*. R. E. Ulrich and P. Mountjoy, eds. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Patterson, G. R., Hops, H., and Weiss, R. L. 1973. A social learning approach to reducing rates of marital conflicts. In *Advances in behavior therapy*. R. Stuart, R. Liberman, and S. Widler, eds. New York: Academic Press.
- Patterson, G. R., and Reid, J. 1970. Reciprocity and coercion: two facets of social systems. In *Behavior modification in clinical psychology*. C. Neuringer and J. Michael, eds. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Patterson, G. R., Weiss, R. L., and Hops, H. 1976. Training in marital skills: Some problems and concepts. In *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. H. Leitenberg. Ed. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Pavlov, I. P. 1932. Neuroses in man and animals. *Journal of the American Medical Association*. 99: 1012-1013.
- Pavlov, I. P. 1934. An attempt at a psychological paranoia. *Journal of Mental Science*. 80: 187-197.
- Pendergrass, V. E. 1971. Effects of length of timeout from positive reinforcement and schedule of application in suppression of aggressive behavior. *Psychological Record*. 21:75-80.
- Pierce, R. M. 1973. Training in interpersonal communication skills with partners of deteriorated marriages. *The family coordinator*. 22:223-227.
- Premack, D. 1965. Reinforcement theory. *Nebraska symposium on motivation*. D. Levine, ed. Lincoln, NB: University of Nebraska Press.
- Rappaport, A. E., and Harrell, J. A. 1972. A behavior-exchange model for marital counseling. *Family Coordinator*. 2:203-213.
- Rimm, D. C. and Masters, J. C. 1974. *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. New York: Wiley.
- Rinn, R. C. 1978. Children with behavior disorders. In *Behavior therapy in the psychiatric setting*. M. Hersen and A.S. Bellack, eds. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Risley, T.R. 1968. The effects and side effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1:21-34.

- Risley, T. R., and Wolf, M. M. 1967. Experimental manipulation of autistic behaviors and generalization into the home. In *Child development: Readings in experimental analysis*. S. W. Bijou and D. M. Baer, eds. New York: Appleton.
- Romanczyk, R. G., and Kistner, J. J. 1977. The current state of the art in behavior modification. *The Psycho-therapy Bulletin*. 11:16-30.
- Sanders, M. R., and Dadds, M. R. 1993. *Behavioral family intervention*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Satir, V. 1967. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavioral Books.
- Schindler, L., and Vollmer, M. 1984. Cognitive perspectives in behavioral marital therapy: Some proposals for bridging theory, research and practice. In *Marital interaction: Analysis and modification*. K. Hahlwag and N. S. Jacobson, eds. New York: Guilford Press.
- Schwebel, A. I., and Fine, M. A. 1992. Cognitive-behavioral family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*. 3:73-91.
- Schwitzgebel, R. 1967. Short-term operant conditioning of adolescent offenders on socially relevant variables. *Journal of Abnormal Psychology*. 72:134-142.
- Schwitzgebel, R., and Kolb, D. A. 1964. Inducing behavior change in adolescent delinquents. *Behaviour Research and Therapy*. 9:233-238.
- Sernans, J. H. 1956. Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*. 49:353-357.
- Skinner, B. P. 1953. *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Snyder, D. K. 1979. Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*. 41:813-823.
- Spinks, S. H., and Birchler, G. R. 1982. Behavior systems marital therapy: dealing with resistance. *Family Process*. 21:169-186.
- Stuart, R. B. 1969. An operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 33:675-682.
- Stuart, R. B. 1971. Behavioral contracting within the families of delinquents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*. 2: 1-11.
- Stuart, R. B. 1975. Behavioral remedies for marital ills: A guide to the use of operant-interpersonal techniques. In *International symposium on behavior modification*. T. Thompson and W. Docken, eds. New York: Appleton.
- Stuart, R. B. 1976. An operant interpersonal program for couples. In *Treating relationships*. D. H. Olson. Ed. Lake Mills. IA: Graphic Publishing.
- Teichman, Y. 1984. Cognitive family therapy. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2:1-10.
- Teichman, Y. 1992. Family treatment with an acting-out adolescent. In *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. A. Feeman and F. M. Dattilio, eds. New York: Plenum.
- Thibaut, J., and Kelley, H. H. 1959. *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Umana, R. F., Gross, S. J., and McConville, M. T. 1980. *Crisis in the family: Three approaches*. New York: Garner Press.
- Vincent, J. P., Weiss, R. L., and Birchler, G. R. 1975. A behavioral analysis of problem solving in distressed and nondistressed married and stranger dyads. *Behavior Therapy*. 6: 475-487.
- Watson, J. B., and Raynor, R. 1920. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*. 3:1-14.
- Weiss, R. L. 1978. The conceptualization of marriage from a behavioral perspective. In *Marriage and marital therapy*. T. J. Paolino and B. S. McCrady. Eds. New York: Brunner/ Mazel.
- Weiss R. L. 1984. Cognitive and strategic interventions in behavioral marital therapy. In *Analysis and modifications*. K. Hahlwag and N. S. Jacobson, eds. New York: Guild Press.
- Weiss, R. L., and Birchler, G. R. 1978. Adults with marital dysfunctions. In *Behavior therapy in the psychiatric setting*. M. Hersen and A. S. Bellack. Eds. Baltimore Williams & Wilkins.

- Weiss, R. A. L., Hops, H., and Patterson, G. R. 1973. A framework for conceptualizing marital conflicts, a technology for altering it, some data for evaluating it. In *Behavior change: Methodology, concepts and practice*. L. A. Harmerlynch, L. C. Handy, and E. J. Marsh eds. Champaign, IL: Reserch Press.
- Weiss, R. L., and Isaac, J. 1978. Behavior vs. cognitive measures as predictors of martial satisfaction. Paper presented at the Western Psychological Association Meeting. Los Angeles.
- Williams, C. D. 1959. The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 59-269.
- Wills, T. A., Weiss, R. L., and Paterson, G. R. 1974. A behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 43-802-811.
- Wodarski, J., and Thyer, B. 1989. Behavioral perspectives on the family: An overview. In *Behavioral family therapy*. B. Thyer, ed. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Wolpe, J. 1948. An approach to the problem of neurosia based on the conditioned response. Unpublished M. D. Thesis. University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.
- Wolpe, J. 1958. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. 1969. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Wright, J. H. And Beck, A. T. 1993. Family cognitive therapy with inpatients: Part II. In *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. J. H. Wright, M. E. Thase, A.T. Beck, and J. W. Ludgate, eds. New York: Guilford Press.

Terapia de familie în secolul XXI

Forma terapiei de familie astăzi

În anii 1960 și 1970 terapia de familie a evoluat de la un experiment radical nou la o forță stabilă, completată cu propria ei literatură, propriile ei organizații și legiuni de practicieni. Spre deosebire de alte domenii organizate în jurul unui singur model conceptual (psihanaliza, terapia comportamentală), terapia de familie a fost întotdeauna o întreprindere diversă, cu școli competitive și o multitudine de teorii. Ceea ce au împărtășit a fost credința că problemele funcționează în familii. Dincolo de aceasta, totuși, fiecare școală era bine definită și era o întreprindere distinctă cu propriii ei lideri, texte și moduri de a face terapie.

Astăzi, toate acestea s-au schimbat. Domeniul nu mai este delimitat net în școli separate, iar practicanții acestora nu mai impart o aderare universală la teoria sistemică. Deoarece terapeuții de familie au fost întotdeauna îndrăgostiți de metafore, trebuie să spunem că domeniul a crescut. Nemaifiind de mult mândră și încrezută, mișcarea terapiei de familie a fost zguduită și transformată de o serie de provocări – ideea

că orice abordare are toate răspunsurile despre natura bărbaților și femeilor, despre familia americană – într-adevăr despre posibilitatea de a ști totul cu certitudine. În acest capitol vom examina acele provocări și vom vedea cum arată terapia de familie în secolul XXI.

Eroziunea granițelor

Granițele dintre școlile terapiei de familie s-au erodat treptat, în anii 1990, până la punctul în care, acum, din ce în ce mai puțini terapeuți se caracterizează pe ei înșiși ca puri bowenieni sau structurali sau orice doriți. Un motiv al acestui declin în sectarism a fost că, pe măsură ce au câștigat experiență, au descoperit că nu există motive de a nu împrumuta unul din arsenalul de tehnici al celuilalt. Să presupunem, de exemplu, că un terapeut structural purtător de card trebuie să citească mica nestemată a cărții lui White și Epston, *Mijloacele narative în sfârșiturile terapeutice* (*Narrative Means to Therapeu-*

tic Ends) și începe să petreacă din ce în ce mai mult timp cercetând poveștile pe care clienții le spun despre viețile lor. Va mai fi acest terapeut structuralist? Terapeut narativ? Poate puțin din amândouă?

Să presupunem că terapeutul nostru ipotetic trebuie să-l audieze pe Jim Keim la o conferință descriind abordarea sa strategică a familiilor cu copii opoziționali și a început folosind această abordare în practica sa proprie. Cum l-am numi pe acest terapeut acum? Structural-narativ-strategic? Eclectic? Sau pur și simplu „un terapeut de familie”.

Un alt motiv pentru eroziunea ortodoxiei a fost recunoașterea crescută a nevoii de tehnici individuale pentru a aborda problemele și populațiile specifice. Odinioară, terapeuții de familie își îndrăgeau modelele. Dacă o anumită familie nu se potrivea paradigmei, poate ei nu erau „un caz de tratament adecvat”. Astăzi, un tratament unic care se potrivește tuturor terapiilor nu mai este văzut ca viabil. Acum, terapeuții abordează familiile mai puțin ca experți încrezători că-i rezolvă decât ca parteneri care speră să sprijine resursele lor. Aceste resurse sunt constrânse nu numai de o structură a familiei, ci și de forțele politice și economice din afara controlului lor. Unele schimbări din statutul școlilor clasice s-a datorat decesului sau pensionării pionierilor și absenței figurilor dominante pentru a le înlocui. Epoca noastră de întrebări și incertitudini este, de asemenea, legată de o recunoaștere sporită că modelele doctrinare nu mai sunt întotdeauna relevante pentru nevoile specifice ale clienților. Terapia de familie este una din științele sociale care s-a schimbat de sus până jos după revoluția postmodernă.

Postmodernismul

Progresele din știință de la începutul secolului XX a dat oamenilor sentimentul că adevărul lucrurilor putea fi descoperit prin observații

și măsurători științifice obiective. Universul a fost conceput ca o mașină ale cărei legi de funcționare așteptau descoperirea. Odată cunoscute aceste legi, umanitatea ar fi putut controla mediul nostru – problemele ar fi putut fi rezolvate deoarece orice ar fi putut fi înțeles și controlat. Perspectiva modernistă a influențat modul în care pionierii terapiei de familie și-au abordat clienții – așa cum sistemele cibernetice erau decodate și reprogramate. Terapeutul era expertul. Au fost folosite copii structurale și strategice pentru cercetarea imperfecțiunilor care aveau nevoie să fie reparate, cu excepția cazului în care familiile au văzut lucrurile în acest mod ele însele.

Postmodernismul a fost o reacție la acest fel de orgoliu. Nu numai că pierdem încrederea în valabilitatea adevărilor științifice, politice și religioase, dar am început, de asemenea, să ne îndoim dacă adevărul absolut poate fi cunoscut vreodată. Așa cum scrie Walter Truett Anderson (1990) în *Reality Isn't What It Used to Be (Realitatea nu este ceea ce trebuia să fie)*. „Majoritatea conflictelor care au sfâșiat fără sfârșit era modernă au fost între diferitele sisteme de credințe, fiecare declara că posedă adevărul: această credință împotriva celeilalte, a capitalismului împotriva comunismului, a științei împotriva religiei. Pe toate laturile, ipoteza era că cineva a posedat articolul real, un adevăr fixat și dincolo de o conjunctură umană” (p. 2). În terapia de familie acesta a fost un adevăr structural împotriva psihodinamicii; Bowen împotriva lui Satir.

Relativitatea lui Einstein a făcut să șovăie încrederea noastră în certitudinile fizicii newtoniene. Marx a provocat dreptul unei clase să o domine pe cealaltă. În anii 1960 am pierdut încrederea în instituții și am câștigat simțul că există alte realități în afara acelorale ale conștiinței obișnuite. Mișcarea feministă a provocat ipotezele patriarhale despre gen care a fost considerat lege a

naturii. Când lumea s-a mișcat și când am fost expuși oamenilor de culturi diferite, noi a trebuit să ne reexaminăm opiniile despre credințele lor „primitive”. Scepticismul în creștere a devenit o forță majoră în anii 1980 și a scuturat pilonii tuturor credințelor umane. În literatură, educație, religie, științe politice și psihologie, practicile acceptate erau „demolate” – așa că ele s-au arătat a fi convenții sociale dezvoltate de oameni cu propriile lor planuri. Filozoful francez Michel Foucault a interpretat principiile acceptate în multe domenii ca povești perpetuate pentru a proteja structurile puterii și pentru a face să tacă vocile alternative. Prima și poate cea mai influentă dintre aceste voci care a apărut în terapia de familie a fost critica feministă.

Critica feministă

Feminismul a stimulat trezirea violentă a terapiei de familie. Într-o critică deschisă care a început cu un articol de Rachel Harc-Mustin în 1978, terapeuții de familie feminisți nu numai că au expus deviația de gen inerentă în modelele existente, ei au pledat și pentru un stil al terapiei care a pus sub semnul întrebării teoria sistemică însăși.

A devenit dureros de clar că cibernetica și funcționalismul ne-au orbit privind inegalitatea endemică culturală a femeilor. Cibernetica ne-a încurajat să vedem sistemul familiei ca pe o mașină defectă. Judith Myers Avis (1988) a descris această mașină a familiei ca una care:

... funcționează în conformitate cu reguli sistemice speciale și este despărțită de contextele ei istorice, sociale, economice și politice. Văzând familia în afara contextului, terapeuții de familie localizează disfuncția familiei în întregime în cadrul relațiilor interpersonale din familie, ignoră paternurile mai largi ale disfuncției care apare în familii

și nu reușesc să observe relațiile dintre contextul social și disfuncția familiei (p. 17).

Versiunea batesoniană a ciberneticii care a pretins că controlul personal era imposibil deoarece toate elementele sunt influențate continuu unele de altele în bucle feedback repetitive. Dacă toate părțile sistemului sunt implicate în mod egal în problemele sale, nici una nu este de criticat. Această idee a avut mare rezonanță pentru terapeuții de familie deoarece membrii familiei veneau adesea la terapie arătându-se cu degetul unul pe celălalt și nereușind să vadă rolul lor în problemele care-i îmbolnăvesc.

Pentru feminisți, totuși, noțiunea responsabilității egale pentru probleme a arătat „în mod suspicios ca o versiune hipersofisticată a învinovățirii victimei și a gândirii raționale a status quo-ului” (Goldner, 1985, p. 33). Această învinovățire a fost deosebit de înrudită cu actele criminale împotriva femeilor, precum bătaia, incestul și violul, pentru care teoriile psihologice au fost mult folosite pentru a sugera că femeile, fie că au provocat, fie că au consimțit la propriul lor abuz (James & MacKinnon, 1990).

Constelația familiei citată cel mai adesea ca o contribuție la probleme este tatăl periferic, mama implicată excesiv și copilul ei simptomatic prins în relațiile părinților. Ani de zile psihanaliștii au criticat implicarea excesivă a mamei pentru simptomele copiilor lor. Contribuția terapiei de familie a fost să arate cum lipsa de implicare a tatălui a contribuit la implicarea excesivă a mamei și astfel, terapeuții au încercat să înlocuiască pierderea mamei prin inserarea tatălui în locul ei. Aceasta nu a fost, totuși, un avantaj pentru femei, cum ar fi putut să pară, deoarece, în prea multe cazuri, mamele au fost văzute nu mai puțin negativ. Mamele erau încă angajate și incompetente, dar acum apărea o nouă soluție – să-l ia de bun pe bătrânul tată pentru salvare.

Peggy Papp, Olga Silverstein, Marianne Walters și Betty Carter, membrele fondatoare ale proiectului femeile în terapia de familie



Ceea ce susțineau feminisții, că terapeuții nu au reușit să vadă și să ajute clienții să vadă, era că și „cazul arhetipal al familiei” al mamei supraimplicate și al tatălui periferic este foarte bine înțeles nu ca pe o problemă clinică, ci ca pe produs al unui proces istoric de două sute de ani (Goldner, 1985, p. 31). Mamele erau implicate excesiv și nesigure nu datorită psihopatologiei, ci datorită unui defect personal, ele erau izolate emoțional, dependente economic, în poziții suprarresponsabile în familii, poziții care te înnebunesc.

Terapeuții sensibili de gen ajută familiile să se reorganizeze în așa fel încât nimeni, bărbați sau femei, să nu rămână blocați în asemenea poziții. Astfel, în locul diminuării stimei de sine a mamei prin înlocuirea ei cu un tată periferic (care a fost critic tot timpul privind rolul ei de părinte), un terapeut de familie feminist ar putea ajuta familia să reexamineze rolurile care mențin mama jos și talăl în afară. Tatăl ar putea fi încurajat să devină mai implicat în problemele parentale – nu pentru că mamele sunt incompetente, ci deoarece este o responsabilitate a tatălui (Goodrich, Rampage, Ellman & Halstead, 1988; Walters, Carter, Papp & Silverstein, 1988).

Feminisții nu le cer terapeuților pur și simplu să fie mai sensibili la problemele genului în lucrul lor cu familiile. Mai degrabă, ei susțineau că problemele genului sau, în mod mai specific, patriarhatul, au permis munca terapeuților, chiar dacă nu au fost condiționate pentru a le observa. De aceea, ei au crezut că inegalitatea genului trebuie să fie o preocupare primordială a terapeuților de familie (Goldner, 1988, 1993; Luepnitz, 1988).

Numai atunci când terapeuții devin mai sensibili la gen vor înceta să critice mamele și se vor uita la cele care fac toată schimbarea. Numai atunci ei vor fi capabili să contorizeze complet deviațiile inconștiente spre a vedea femeile ca responsabili primordiali pentru creșterea copiilor și treburile gospodărești; ca trebuind să sprijine carierele soților lor prin neglijarea propriilor lor cariere; ca trebuind să fie căsătorite sau cel puțin să aibă un bărbat în viețile lor (Anderson, 1995). Numai atunci pot ei înceta să se bazeze pe trăsăturile masculine tradiționale, precum raționalitate, independență și competitivitate, precum și pe standardele lor de sănătate și vor înceta să denigreze și să ignore trăsăturile

tradiționale încurajate la femei, precum emoționalitatea, educația și concentrarea pe relații.

Așa cum s-ar putea anticipa, critica feministă nu a fost inițial bine primită sau acceptată de instituția terapiei de familie. Începutul mijlocului anilor 1980 a fost o perioadă de polarizare între terapeuții bărbați și femei, așa că feministii au încercat să depășească „pragul surdității” instituției. Prin anii 1990, acel prag a fost depășit. Problemele majore feministe nu mai sunt dezbătute, iar domeniul evoluează spre o formă mai clară de terapie, mai cooperantă și mai socială.

Nu cumva să fim satisfăcuți de acceptarea feminismului de terapia de familie, este important să ne amintim că încă femeile se confruntă zilnic cu probleme politice, economice și sociale. Femeile câștigă încă mai puțin decât bărbații pentru munca lor. Femeile sunt încă angajate pentru munci mult mai domestice. Femeile sunt încă învinovățite pentru problemele familiei. Violența bărbaților împotriva femeilor este încă tolerată de multe familii, egali și forțe culturale. Mai mult, deși unii bărbați rezistă, idealul masculin influențează încă mulți bărbați care se străduiesc să fie „virilii” și resping bărbații mai puțin macho ca excentricii, slăbănogii, timizii. Deși mulți bărbați nu au experiență proprie ca puternici în familiile lor proprii, bărbații beneficiază încă de aranjamente care le dau putere în societate. Așa cum spune Rachel Hare-Mustin, „Deși este adevărat că acum și bărbații pot plânge, ei au mai puțin de ce să plângă¹.”

Construcționismul social și revoluția narativă

Constructivismul a fost pârgăia care a scos terapia de familie din credința ei în obiectivitate – ipoteza că ceea ce vedem în familii reprezintă ceea ce *este* în familii. Înțelegerea comportamentului nu este niciodată un proces simplu de a-l vedea, de a pune stăpânire pe el sau de a-l decoda. Experiența umană este fundamental ambiguă. Fragmente de experiență sunt înțelese numai printr-un proces care o organizează, selectează ceea ce este frapant și atribuie înțeles și semnificație.

În loc să se concentreze asupra paternurilor interacțiunii familiei, constructivismul a schimbat punerea accentului pe cercetare și reevaluarea perspectivelor pe care oamenii cu probleme le au despre aceasta. Semnificația însăși a devenit o țintă primordială.

În anii 1980 și 1990, Harlene Anderson și Harry Goolishian au tradus constructivismul într-o abordare care a democratizat relația terapeut-client. Împreună cu Lynn Hoffman și alții, acești *terapeuți cooperanți* s-au unit în opoziția lor față de modelul cibernetic și implicațiile mecaniciste ale acestuia. Versiunea lor de postmodernism s-a focalizat mai mult pe îngrijire decât pe vindecare și ei au căutat să miște terapeutul în afara poziției de expert într-un parteneriat mult mai egalitar cu clienții.

Poate cel mai izbitor exemplu al acestei democratizări a terapiei a fost introdus de psihiatrul norvegian Tom Andersen, care a nivelat terenul fără să ascundă nimic de la clienții săi. El și echipa sa au discutat deschis reacțiile acestora la ceea ce o familie spune. Acest **grup de reflecție** (Andersen, 1991) a devenit un aspect larg folosit al modelului de colaborare al terapiei prin consens.

1) Rachel Hare-Mustin (2001). „Terapia de familie și viitorul – 2001”. Plenary Address, American Family Therapy Academy Conference of the Americas, Miami, FL, June 27.

Observatorii ies din spatele oglinzii unidirecționale pentru a discuta impresiile lor cu terapeutul și familia. Acest proces creează un mediu deschis în care familia se simte parte a unei echipe mai largi, iar echipa simte mai multă empatie pentru familie.

Ceea ce au împărtășit teoreticienii a fost convingerea că prea des clienții nu sunt auziți deoarece terapeuții fac terapie *pentru* ei mai degrabă decât *cu* ei. Pentru a redresa această atitudine autoritară, Harlene Anderson (1993) recomandă ca terapeuții să adopte o poziție de „neștiutor” care conduce la conversații originale cu clienții în care „atât experiența terapeuților, cât și a clienului sunt angajate pentru a soluționa problema” (p. 325)².

Această nouă perspectivă a fost în tradiția unei abordări a cunoașterii care a apărut din studiile biblice și numită **hermeneutică**, un termen derivat din cuvântul grecesc interpretare. Înainte de a apare în terapia de familie, hermeneutica a creat un scism deja în psihanaliză. În 1980, Donald Spence, Roy Schafer și Paul Ricoeur au provocat ideea freudiană conform căreia exista o interpretare corectă și cuprinzătoare a simptomelor, visurilor și fanteziilor pacientului. Această metodă analitică nu este, au argumentat ei, arheologică sau reconstructivă; este constructivă și sintetică, organizând orice ar fi acolo în paternurile pe care le impune (Mitchell, 1993).

Dintr-o perspectivă hermeneutică, indiferent ce știe un terapeut nu este descoperit sau relevat în mod simplu printr-un proces de asociere și analiză liberă – sau interpretare și întrebări circulare – este organizat, construit și asamblat împreună, de terapeut singur sau în colaborare cu pacientul sau familia. Deși nu este nimic inherent democratic

despre exegeza hermeneutică, provocarea sa la adresa esențialismului a mers mână în mână cu provocarea autoritarismului. În terapia de familie, tradiția hermeneutică pare un partener perfect al eforturilor de a face tratamentul mai colaborativ.

Desigur, este greu să se renunțe. S-a cerut mai mult de la un ascultător care, pentru a fi deschis în mod original la povestea vorbitorului, trebuia să lase la o parte propriile lui sau ei convingeri și să intre, cel puțin temporar, în lumea celuilalt. Procedând astfel, ascultătorul poate afla acele convingeri provocate și schimbate. Aceasta este mai mult decât doresc mulți terapeuți să riște.

Constructivismul s-a focalizat asupra modului în care indivizii creează propriile lor realități, dar terapia de familie a subliniat întotdeauna puterea interacțiunii. Drept rezultat, o altă psihologie postmodernă numită **construcționism social** influențează acum mulți terapeuți de familie. Psihologul social Kenneth Gergen (1985), reprezentantul său principal, a subliniat puterea interacțiunii sociale în generarea înțeleșului pentru oameni.

Gergen pune sub semnul întrebării ideea că noi suntem indivizi autonomi, care avem credințe independente și argumenta, în schimb, că și credințele noastre sunt foarte fluide și fluctuante la schimbările din contextul nostru social. Gergen (1991b) întreabă „Nu sunt toate fragmentele identității reziduuri ale relațiilor și nu suferim noi transformări continue așa cum ne mișcăm de la o relație la alta? (p. 28).

Acest punct de vedere are mai multe implicații. Prima este aceea că nimeni nu deține adevărul; toate adevărurile sunt construcții sociale. Această idee invită terapeuții să ajute clienții să înțeleagă originile credințelor lor, chiar dacă și acelea pe care ei și le-au asumat sunt legi ale naturii. A doua implicare este că terapia este un exercițiu lingvistic astfel încât terapeuții pot conduce

2) Terapeuții cooperanți disting aceste conversații de stilul rogersian nedirectiv, empatic deoarece ele nu reflectă, ci oferă, de asemenea, idei și opinii, deși de obicei în mod tentant.

clienții la construcții noi despre problemele lor, problemele se deschid. În al treilea rând, terapia trebuie să fie cooperantă. Dacă nici terapeutul, nici clientul nu pune adevărul pe masă, apar realități noi din conversațiile în care ambele părți își împărtășesc opiniile și respectă punctul de vedere al celuilalt.

Construcționismul social a fost primit cu brațele deschise de acci terapeuti care au încercat să schimbe focusul terapiei de la acțiune la cunoaștere și acesta a devenit baza unei abordări care a împins terapia de familie în furtuna din anii 1990; **terapia narativă** (Capitolul 13). Metafora narativă este focalizată asupra modului în care experiența generează așteptări și cum așteptările formează experiență prin crearea poveștilor organizate. Terapeuții narativi îl urmează pe Gergen, considerând „sinele” un fenomen social construit.

Problema pentru terapeutul narativ nu este una despre adevăr, ci care puncte de vedere sunt folosite și conduse spre rezultatele preferate. Problemele nu sunt în persoane (așa cum arată teoria sistemică); mai degrabă problemele sunt înrădăcinate în punctele de vedere despre indivizi și situațiile lor. Terapia narativă ajută oamenii să reexamineze aceste puncte de vedere.

Răspunsul terapiei de familie dat sistemului de sănătate instituționalizată: terapia focalizată pe soluție

Terapia focalizată pe soluție a fost un alt model nou de interes în anii 1990. Steve de Shazer și colegii săi (Capitolul 12) au preluat ideea de constructivism într-o direcție diferită, mai pragmatică. Scopul acestei abordări este să-i conducă pe clienții la schimbarea de la „a vorbi despre problemă” – încercând

să înțeleagă problemele lor – la „a vorbi despre soluție” –, concentrându-se asupra a ceea ce funcționează - cât mai repede posibil. Ideea de focusare asupra soluțiilor și asupra sinelui, elimină adesea problemele.

Popularitatea modelului centrat pe soluției a explodat în decursul unei perioade în care bugetele agențiilor erau tăiate, iar sistemul de sănătate a început să dicteze numărul de ședințe pentru care practicienii ar fi putut fi rambursați. Aceasta a produs o cerere deosebită pentru o abordare scurtă, ușor de aplicat, pentru care abordarea centrată pe soluției a părut a fi răspunsul perfect.

Violența în familie

La începutul anilor 1990, terapia de familie a privit pentru prima oară profund asupra laturii întunecate a vieții de familie. Pentru prima oară au început să apară cărți și articole referitoare la lovirea soției și abuzul sexual, în literatura terapiei de familie (de exemplu, Trepper & Barret, 1989; Golder, Penn, Sheinberg & Walker, 1990; Sheinberg, 1992;). Domeniul a fost eliberat de negarea sa colectivă privind dimensiunea abuzului bărbat-femeie în familii. Judith Myers Avis (1992) a pus la dispoziție un foc de baraj de statistici șocante privind numărul femeilor care au suferit abuz sexual înainte de 18 ani (37%), procentajul persoanelor care abuzează, care sunt bărbați (95%), numărul femeilor abuzate în fiecare an de bărbații cu care trăiesc (una din șase), procentajul bărbaților dintre studenții colegiului care au constrâns sexual o parteneră care nu dorea (25%) și al celor care au spus că ei ar comite un viol dacă li se garantează imunitatea de pedeapsă (20%). După reiterarea inculpării teoriilor care cereau neutralitatea terapeutului și care tratează persoana abuzată ca fiind parțial responsabilă de abuzul acestora, ea a concluzionat:

Atât timp cât formăm terapeuții în teoriile sistemice fără să echilibrăm această formare cu o înțelegere a nonneutralității dinamicii puterii, vom continua să producem terapeuți de familie care se asociază menținerii puterii bărbatului și sunt periculoși pentru femeile și copiii cu care ei lucrează (p. 231).

Michele Bograd (1992) a rezumat una din prezicerile importante ale terapiei de familie din acest deceniu:

Lucrând cu violența, cum echilibrăm un punct de vedere relativ al lumii cu valorile despre siguranța umană și cu drepturile bărbaților și femeilor la auto-determinare și protecție? Când este utilitatea clinică a neutralității limitată sau contraproductivă? Când este esențială condamnarea pentru procesul schimbării? Cum ne confruntăm cu bătașul despre natura distructivă a comportamentului său fără să-l condamnăm? Cât de puternic și cu câtă pasiune trebuie să folosim valorile noastre în avantajul terapeutic, în timp ce menținem o legătură atentă și respectoasă cu membrii familiei care se luptă cu trauma violenței? (pp. 248, 249).

Punctul de vedere sistemic, acum contrazis, era că violența în familie a fost rezultatul ciclurilor de provocări reciproce, o escaladare, deși inacceptabilă, a comportamentului emoțional distructiv care caracterizează multe căsătorii. Avocații femeilor au respins acest punct de vedere. Din perspectiva lor, bărbații violenți nu-și pierd controlul, ei *iau* controlul – și se vor opri numai când li se atrage atenția.

În timp ce plângerea făcută de avocații unor femei, precum că terapia de cuplu nu-și găsește locul în acest tratament al căsătoriilor violente a fost controversată, semnalele lor de alarmă au furnizat un strigăt de deșteptare. Violența domestică – să o numim așa cum este, bătaia soției și a copiilor – este o prob-

lemă de sănătate publică majoră, împreună cu alcoolismul și depresia.

Multiculturalismul

Terapia de familie s-a declarat ea însăși ca un tratament al oamenilor în context. În America postbelică a nașterii terapiei de familie, acest principiu a fost tradus în a privi la influența relațiilor familiei asupra membrilor acesteia. Acum, când am devenit din nou o țară mai diversă, îmbogățită printr-un val de emigranți din Asia, America Centrală și de Sud, Africa și Europa de Est, terapia de familie ca profesie și-a arătat bunăvoința pentru a îmbrățișa acest aflux de diversitate. Nu numai că învățăm să respectăm că familiile din alte culturi au propriile lor moduri sănătoase de a face lucrurile, dar ziarelele și organizațiile noastre profesionale fac un efort pentru a deveni mai diverse și mai cuprinzătoare.

Monica McGoldrick și colegii ei (McGoldrick, Pearce & Giordano, 1982) s-au ocupat de primul val al etnocentricității într-o carte în care în fiecare capitol erau descrise valorile caracteristice și structura unei mulțimi de grupuri etnice diferite. Ca urmare a acesteia și a altor cărți asemănătoare (de exemplu, Falicov, 1983, 1998; Boyd-Franklin, 1989; Saba, Karrer, & Hardy, 1992:



***Familiiile
negrilor la terapie,***
*scrisă de Nancy
Boyd-Franklin a
fost una – și cea
mai bună – din
cărțile care
tratează familiile
minorităților etnice*

Mirkin, 1990; Ingoldsby & Smith, 1995; Okun, 1996; McGoldrick, 1998), suntem acum mai sensibili la importanța cunoașterii unor caracteristici ale grupului etnic din care descinde o familie, astfel că nu ne mai negăm faptul că ei sunt bolnavi numai pentru că sunt diferiți. Așa cum scrie Monica McGoldrick (1993):

Emicitatea modelează gândirea, sentimentele și comportamentele noastre, atât în mod evident, cât și subtil, deși operează, în general, în afara conștiinței noastre. Aceasta joacă un rol major în determinarea a ceea ce noi mâncăm, cum muncim, cum relaționăm, cum ne sărbătorim aniversările și ritualurile și ce simțim despre viață, moarte și boală (p. 335).

Multiculturalismul a devenit o temă dominantă în terapia de familie, așa cum s-a reflectat pe ordinea de zi a conferințelor, articolelor, ziarelor și programelor școlare. Atenția acestor probleme reprezintă o sensibilizare binevenită a influenței etnicității.

Multiculturalismul este cu certitudine un progres față de etnocentrism. În sublinierea diferențelor există un pericol de subliniere exagerată a politicilor identității. Segregarea, chiar în numele mândriei etnice, izolează oamenii și mărește prejudiciul. Poate *pluralismul* este un termen mai bun decât *multiculturalismul* deoarece implică mai mult echilibru între identitatea etnică și legătura cu grupul mai larg.

Așa cum am sugerat în Capitolul 4, sensibilitatea etnică nu cere să deveniți un expert – sau să gândiți că sunteți un expert – în fiecare cultură e de presupus că puteți face. Dacă nu știți ce simte o familie mexicană de la țară când copiii părăsesc casa sau ce gândește un părinte coreean despre fiica în adolescență care se întâlnește cu băieți americani, puteți întreba întotdeauna. Curiozitatea și respectul pentru modurile de a face lucrurile proprii altor oameni este

probabil o aspirație mult mai folositoare decât cunoștințe enciclopedice.

Rasa

La începuturile terapiei de familie, familiile afro-americane au primit ceva atenție (de exemplu, Minuchin și alții, 1967), dar, timp de mulți ani se pare că domeniul, la fel ca și restul țării, a încercat să ignore oamenii de culoare și rasismul pe care l-au trăit zi de zi. În cele din urmă, terapeuții familiilor afro-americane, ca de exemplu Nancy Boyd-Franklin (1993) și Ken Hardy (1993) au scos aceste probleme din umbră și le-au adus în conștiința domeniului.

Terapeuții albi au desigur, încă, opțiunea de a merge dincolo de aceste probleme. Terapeuții și clienții nealbi nu au acest lux (Hardy, 1993):

Pentru a evita să fim văzuți de albi ca producători de probleme, ne suprimăm acea parte din noi care se simte rănită sau ultragiată de rasismul din jurul nostru, în loc să dezvoltăm un „sine instituțional” – o fațadă aranjată de profesionalism calm, calculat care să nu-i sperie pe albi... Familiari numai cu sinele nostru instituțional, oamenii albi nu apreciază sensul legăturii imediate și loialitatea nespusă care-i unește pe negrii... Noi suntem uniți prin faptul



Ken Hardy sfătuiește terapeuții să nu scape din vedere impactul rasismului referitor la clienții lor – sau în relațiile terapeutice.

că suntem crescuți cu același mesaj pe care majoritatea familiilor negre îl transmit copiilor lor: „Te-ai născut într-unul din cele mai disprețuite grupuri din lume. Nu poți să ai încredere în oamenii albi. Tu ești cineva. Fii mândru și niciodată să nu te gândești nici pentru un minut că albi sunt mai buni decât tine”. (pp. 52-53).

Laura Markowitz (1993), citează experiența în terapie a unei femei de culoare:

Îmi amintesc că am început terapia cu ani mulți în urmă cu o femeie albă drăguță, care m-a făcut să mă concentrez asupra întrebării de ce eram o persoană atât de supărată pe părinții mei ca indivizi necorespunzători.... Niciodată nu l-am privit pe tatăl meu ca pe un sărman negru, pe mama mea ca pe o sărmană femeie de culoare și contextul în care ei au supraviețuit și ne-au crescut... Peste ani, mai târziu, am văzut un terapeut de culoare și primul lucru care i-a ieșit din gură a fost: „Hai să vedem ce se întâmplă cu părinții tăi”. A fost un moment de bucurie să-l privesc pe tatăl meu nu ca pe o persoană teribilă care ne ura, ci ca pe un supraviețuitor care trăia în condiții deosebit de dificile. Am putut să-l îmbrățișez

și am putut să-mi înțeleg supărarea în loc să mă învinovățesc singură pentru că simt în acest mod (p.29).

Este, de asemenea, dificil pentru albi să realizeze cum multe uși sunt deschise pentru ei datorită culorii pielii și să înțeleagă cât sunt de împovărați de rasism oamenii de culoare. Familiile afro-americane, nu numai că au de depășit barierele oportunității și realizării, dar și ale anxietății, frustrării și disperării pe care asemenea obstacole le creează.

Sarcina terapeuților care lucrează cu familii nealbe este să le înțeleagă simptomele, dezgustul de a se angaja în tratament (în special dacă terapeutul este alb), în contextul mediului lor și istoriei lor de interacțiune negativă cu oamenii albi, inclusiv cu acei mulți reprezentanți ai serviciilor sociale pe care-i întâlnesc. În plus, terapeutul trebuie să recunoască forțele și să iasă din rețelele acestora dacă familia este izolată.

În cele din urmă, terapeuții trebuie să privească în interior și să se confrunte cu atitudinile proprii despre rasă, clasă și sărăcie. În acest scop, mai mulți autori au recomandat programe care trec dincolo de lecturile

*Clienții nealbi
pot simți că
terapeuții albi
nu pot înțelege
complet
experiențele lor*



didactice la confruntări personale, experimentale – adică să ne confruntăm cu propriii noștri demoni ai rasismului (Pinderhuges, 1989; Boyd-Franklin, 1989, Green, 1998b).

Sărăcia și clasele sociale

Banii și clasa socială nu sunt subiectele pe care majoritatea profesioniștilor care ajută sunt dornici să le discute. Rușinea dezavantajului economic este legată de etica universală individualistă conform căruia oamenii sunt răspunzători pentru propriul lor succes sau pentru lipsa acestuia. Dacă sunteți săraci, aceasta trebuie să fie vina dumneavoastră.

În ciuda diminuării cheltuielilor datorate sistemului de sănătate instituționalizată, majoritatea terapeuților pot menține un stil de viață rezonabil de confortabil. Ei apreciază puțin obstacolele cu care se confruntă clienții lor săraci și impactul psihologic devastator al acestor condiții. Când clienții săraci nu vin la întâlnirii sau nu respectă directivele, unii terapeuți sunt gata să-i vadă cu ușurință ca patetici și iresponsabili. În multe cazuri, acesta este modul în care oamenii săraci se văd ei înșiși – iar imaginea negativă a sinelui poate deveni cel mai mare obstacol al tuturor.

Cum putem măsura această tendință de a gândi pe care oamenii săraci nu pot să o îndeparteze? Mai întâi, terapeuții trebuie să se autoeduce în legătură cu realitățile sociale și politice în care trăiesc săracii în Statele Unite. Recent, jurnalista de investigații Barbara Ehrenreich (1999) a petrecut un an încercând să trăiască ca și când ea ar fi fost un beneficiar de ajutor social provenind la forțele de muncă. Locuind într-un parc de caravane și muncind ca și chelnăriță ea a rămas fără nimic după aceste cheltuieli.

Cum vor supraviețui (și trebuie să supraviețuiască) foștii beneficiari de ajutor social și mamele singure cu salariile mici de la forțele

de muncă, nu pot să-mi imaginez. Poate că ele au înțeles cum să-și condenseze viețile – inclusiv creșterea copiilor, spălatul rufelor, dragostea și gătitul mâncării – în câteva ore între slujbele cu program complet. Poate că ele vor locui în vehiculele lor (așa cum am aflat că fac câteva colege de muncă), dacă au unul. Tot ce știu este că nu am putut să am două locuri de muncă și nu am putut să câștig destui bani pentru a trăi acolo. Și am avut avantajele inimaginabile pentru mulți săraci pe termen lung – sănătate, rezistență, o mașină și neavând copii de îngrijit sau de sprijinit... Gândirea în urma reformei sociale a fost că și cele mai umile munci te ridică din punct de vedere moral și te susțin din punct de vedere psihologic. În realitate acestea sunt probabil pentru a fi încărcat cu insulte și stres (p.52).

Adevărul este că nu există un tărâm al oportunităților egale. Economia a construit inegalități care fac extrem de dificil ca cineva să scape de sărăcie și să păstreze aproape unul din cei patru copii trăind în privațiuni. (Walsh, 1998).

Astăzi, nu numai familiile sărace trăiesc în nesiguranță financiară. Ipotecile, plata mașinii și taxele la colegiu cresc, iar companiile concediază frecvent salariații, brusc și fără milă, viața de familie, în general, dar în special nivelurile cele mai bogate este din ce în ce mai dominată de neliniștea economică. Venitul mediu al familiei a scăzut în ultimele două decenii până când familiile tinere nu mai pot spera că pot face la fel ca părinții lor, chiar dacă cu două venituri trebuie să susțină un standard de viață foarte modest (Rubin, 1994).

Terapeuții nu pot să-și ajute clienții să plătească chiria, dar ei pot să-i ajute să aprecieze că greutățile cu care trăiesc nu li se datorează lor. Chiar atunci când ei nu ridică această problemă, un terapeut sensibil trebuie să fie conștient de rolul pe care îl joacă presiunile financiare în viețile familiilor

clientului lor. Întrebând despre cum se descurcă pentru a depăși această situație nu numai să discute despre ea, aceasta poate, de asemenea, să conducă la o apreciere mai mare a efortului și a ingenuității pe care aceasta o cere pentru a termina întâlnirile.

Drepturile homosexualilor și lesbienele

Conștiința terapiei de familie a apărut, în ceea ce privește drepturile homosexualilor și lesbienele, în același mod cum s-a petrecut pentru rasă. După o perioadă lungă de neglijare și negare, terapia de familie a început, la sfârșitul anilor 1980, să se confrunte cu discriminarea cu care trăiește un procent mare de populație (Krestan, 1988; Roth & Murphy, 1986; Carl, 1990; Laird, 1993; Sanders, 1993). Apariția, în 1996, a unui manual clinic important (Laird & Green, 1996) și a magazinului *In The Family* (editat de Laura Markowitz) arată că aceste probleme ale homosexualilor și lesbienele au ieșit, în cele din urmă, în afara cabinetului terapiei de familie.

În ciuda câștigurilor în toleranță la unele segmente ale societății noastre, totuși, homosexualii și lesbienele continuă să se confrunte cu umilinta, discriminarea și chiar cu violența datorită sexualității lor. După o copilărie de confuzii, rușine și teama descoperirii, mulți homosexuali și lesbiene sunt respinși de familiile acestora imediat ce ies în public. Datorită lipsei de sprijin social, legăturile din relațiile homosexualilor și lesbienele pot fi întărite de presiunile izolării, stresului generat și geloziei.

Adesea, părinții se simt vinovați, în parte, deoarece studiile psihanalitice timpurii i-au învinovățit pentru orientarea sexuală a copiilor lor. Reacțiile parentale se înscriu între negare, autocritică și teama pentru viitorul copilului lor, până la ostilitate, violență și

renegare (LaSala, 1977). Terapeuții trebuie să-și reamintească că, în timp ce un copil homosexual sau lesbiană poate a luptat ani de zile pentru a se împotrivi identității lui, părinții lui pot avea nevoie de ceva timp pentru a-l ajunge din urmă după șocul inițial.

Atunci când se lucrează cu clienți homosexuali, lesbiene, bisexuali sau transsexuali, recomandăm ca terapeuții să aibă cât pot de multe informații despre funcția de identificare unică și problemele de relații cu care aceste grupuri se confruntă. Terapeuții care nu sunt bine informați despre experiența homosexualilor și lesbienele trebuie să ceară supervizare de la cineva care este informat, sau să trimită acești clienți la un clinician cu mai multă experiență. Nu este adevărat că indivizii și familiile, indiferent de contextul cultural al acestora, luptă toți cu aceleași probleme.

Sperăm ca va veni curând ziua în care familiile de homosexuali și lesbiene, cele ale persoanelor bisexuale și transsexuale, precum și cele ale afro-americanilor și ale altor grupuri marginalizate să fie studiate de terapeuții de familie pentru a învăța, nu numai despre problemele cu care ei se confruntă, ci și despre modul în care ei supraviețuiesc și cresc puternici în ciuda unei asemenea mari șanse. De exemplu, homosexualii și lesbienele creează adesea „familii la alegere” în afara rețelelor lor de prietenie (Johnson & Keren, 1998). Așa cum a sugerat Joan Laird (1993), avem multe de învățat de la aceste familii „despre relațiile de gen, despre calitatea de părinți, despre adaptarea la tensiunile din această societate și, în special, despre forță și curaj în fața sorții” (p. 284). Problema este dacă suntem gata să învățăm.

Spiritualitatea

Mulți dintre psihoterapeuții secolului douăzeci au evitat orice asociere cu ceea ce știința consideră irațional, au evitat să aducă religia

în camera de consultație. Am încercat, de asemenea, să rămânem în afara afacerilor moralizatoare, încercând să rămânem neutri în așa fel încât clienții să poată să-și facă propria lor imagine despre viețile lor.

La venirea secolului XXI, totuși, un număr din ce în ce mai mare de oameni au descoperit viața modernă izolată și goală, spiritualitatea și religia au apărut ca antidoturi ale unui sentiment de alienare foarte larg răspândit – ambele în presa populară (ținând coperta atât la *Time* cât și la *Newsweek*) și în literatura terapeutică de familie (Brothers, 1992; Burton, 1992; Prest & Keller, 1993; Doherty, 1996; Walsh, 1999).

Unele din cele mai puternice credințe organizatorice ale familiei se referă la modul în care ele găsesc sensul în viețile lor și în ideile lor despre ființa supremă. Deocamdată, cei mai mulți terapeuți nu au întrebat niciodată despre asemenea probleme. Este posibil să explorăm credințele spirituale fără a face prozelitism sau fără batjocoră? Din ce în ce mai mulți terapeuți cred nu numai că este posibil, ci este crucial. Ei cred că răspunsurile oamenilor la aceste întrebări mai ample sunt intim legate de sănătatea lor emoțională și fizică.

Stabilirea tratamentului pentru populații și probleme

În ultimii ani, terapeuții de familie au coborât din turnurile de fildeș ale institutelor de formare pentru a se lupta cu problemele mizere ale lumii reale. Ei au descoperit că este deosebit de necesar să potrivească abordările nevoilor clienților lor, mai degrabă decât altceva. Maturizarea terapiei de familie este reflectată în literatură. Odinioară, cele mai multe din scrieri erau despre modelele clasice și cum se aplicau ele familiilor, în general. (de exemplu Haley 1976; Minuchin & Fishman, 1981). Începând cu anii 1980,

cărțile nu au mai fost legate de nici o școală, au început să se focalizeze asupra modului cum să se facă terapie de familie cu o mulțime de tipuri specifice de probleme și constelații de familie.

Cărțile sunt acum disponibile pentru a lucra cu familiile oamenilor care folosesc droguri (Stanton, Todd & Associates, 1982; Barth, Pietrzak & Ramier, 1993), alcool (Steinglass, Bennett, Wolin & Reiss, 1987; Treadway, 1989; Elkin, 1990), mâncarea (Root, Fallon & Friedrich, 1986; Schwartz, 1995) și pentru fiecare (Trepper & Barrett, 1989; Friedrich, 1990; Madanes, 1990). Există cărți despre tratamentul familiilor monoparentale (Morawetz & Walker, 1984); familiile cu părinți vitregi (Visher & Visher, 1979, 1988); familiile divorțate (Sprenkle, 1985; Wallerstein & Kelley, 1980; Ahrons & Rogers, 1989; Emery, 1994); familii amestecate (Hansen, 1982; Sager et al., 1983); familii în tranziție în aceste situații (Pittman, 1987; Falicov, 1988).

Există, de asemenea, cărți pentru familii cu copii mici (Combrinck-Graham, 1988; Wachtel, 1994; Gil, 1994; Freeman, Epston & Lobovits, 1997; Selekman, 1997; Smith & Nylund, 1997; Bailey, 1999); adolescenți cu probleme (Price, 1996; Micucci, 1998; Sells, 1998) și adulți tineri (Haley, 1980); problemele dintre frați (Kahn & Lewis, 1988). Există și o carte despre familiile normale (Walsh, 1982, 1993) și alta despre „familiile de succes” (Beavers & Hampson, 1990).

Există cărți pentru lucrul cu familiile schizofrenice (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986); familiile cu tulburare bipolară (Miklowitz & Goldstein, 1997); familii cu SIDA (Walker, 1991); Boyd-Franklin, Steiner & Boland, 1995); familii care au suferit traume (Figley, 1985), boli cronice sau handicap (Rolland, 1994; McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992) și cele care sunt triste din cauza morții (Walsh & McGoldrick, 1991); familii care au un copil cu un handi-

cap (Seligman & Darling, 1996) sau un copil adoptat (Reitz & Watson, 1992); familiile sărace (Aponte, 1994; Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1998) și familiile de etnii diferite (Boyd-Franklin, 1989); Okun, 1996; McGoldrick, Giordano & Pearce, 1996; Lee, 1997; Falicov, 1998). Există și mai multe cărți pentru lucrul privind tratamentul familiilor homosexualilor și lesbienele (de exemplu, Laird & Green, 1996; Greenan & Tunnell, 2003).

În plus la aceste cărți specializate, domeniul și-a lărgit obiectul și și-a extins gândirea sistemică dincolo de familie pentru a include impactul asupra familiilor al sistemelor mai largi, precum a altor agenți sau agenții sociale și școli de ajutorare (Schwartzman, 1985; Imber-Black, 1988; Elizur & Minuchin, 1989); importanța ritualurilor de familie și folosirea acestora în terapie (Imber-Black, Roberts & Whiting, 1988); și contextul socio-politic în care familiile există (Mirkin, 1990; McGoldrick, 1998).

Există ghiduri practice pentru terapia de familie neconectată la nici o școală (Taibbi, 1996; Patterson, Williams, Graul-Grounds & Chamow, 1998); și cărți editate care includ contribuții de la toate școlile, dar se concentrează asupra problemelor sau cazurilor specifice (Dattilio, 1998; Donovan, 1999). Astfel, spre deosebire de începuturile terapiei de familie, când cei care urmau un anumit model citeau puțin din ceea ce apăruse din afara acelei școli, tendința spre specializare prin conținut mai de grabă decât prin model a făcut domeniul mai pluralist în epoca postmodernă.

Servicii sociale la domiciliu

Ca și versiunile tradiționale ale terapiei de familie, serviciile sociale la domiciliu au ca țintă familia ca primitor primordial al îngrijirii sănătății mentale (Friesen &

Koroloff, 1990). Spre deosebire de modelele convenționale, totuși, abordarea serviciilor sociale la domiciliu este concentrată mai mult pe extinderea rețelei resurselor familiei decât pe repararea disfuncției familiei (Henggler & Borduin, 1990). În timp ce serviciile sociale la domiciliu reorganizează și abordează problemele din sistemul familiei, accentul primordial este pus pe construirea relațiilor dintre familie și diferitele resurse comunitare.

Serviciile sociale la domiciliu sunt un descendent al „mișcării vizitatorului prietenesc”, în care asistenții sociali, inspirați de Mary Richmond, vizitau familiile la ele acasă. În trecut, asistenții sociali, mult mai des decât acum, se trezeau ei înșiși îndepărtând copiii din locuri periculoase. Din nefericire, acest altruism prost dirijat a clătinat unitatea familiei. Începând cu anii 1970 și influențat de principiile dezinstituționalizării și grijii comunitare, a existat mai mult decât un efort pentru a menține împreună familiile fragile și pentru a preveni plasamentul copiilor (McGowen & Meezan, 1983).

Serviciile de primire focalizate pe familie necesită mai mult decât vizitarea familiilor în casele lor. În loc să mute precipitat copiii cu probleme din casele lor, terapeuții „la domiciliu” folosesc crizele familiei pentru a promova schimbarea în cadrul familiei. În plus, mai degrabă decât să răspundă fiecărei probleme exprimate cu o trimitere la servicii externe, serviciile sociale la domiciliu sunt concepute pentru a lucra cu resursele interne, proprii ale familiei.

Terapeuții la domiciliu abordează familiile cu un set de colaborare în minte și cu așteptări pozitive. Această abordare „bazată pe putere”, care presupune că familiile conțin resursele de a face față propriilor probleme, poate fi aplicată și așteptării conform căreia competența este inerentă și în alte agenții, precum și în alte organizații implicate în lucrul cu familiile. În consecință, agențiile și alte influențe sunt văzute nu ca

adversari, ci ca parteneri potențiali în procesul de tratament.

Serviciile la domiciliu includ patru elemente: servicii de sprijinire a familiei, intervenție terapeutică, management de caz și intervenție în criză (Lindblad-Goldberg, Dore & Stern, 1998). *Serviciile de sprijinire a familiei* includ îngrijire continuă, precum și asistență concretă cu hrană, îmbrăcăminte și adăpost. *Intervenția terapeutică* poate include tratament individual, de familie sau de cuplu. Scopul terapeutic extins este întărirea și stabilizarea unității familiei. Familiile sunt făcute puternice prin ajutarea lor să-și utilizeze propriile forțe și resurse pentru rezolvarea problemelor, mai degrabă decât să se bazeze pe plasamentul copiilor în afara casei. *Managementul de caz* implică dezvoltarea legăturilor cu resursele comunitare, inclusiv lucruri, precum îngrijire medicală, bunăstare, educație, formare profesională și servicii juridice. *Intervenția în criză* înseamnă a pune la dispoziție servicii de urgență, douăzeci și patru de ore, fie cu personalul agențiilor la domiciliu sau pe bază de contract cu servicii de urgență de sănătate mentală externe.

Marion Lindblad-Goldberg, una din cele mai puternice voci din mișcarea la domiciliu recomandă introducerea conceptului serviciilor la domiciliu într-o ședință care include oricât de mulți membri ai echipei de ajutor este posibil. De la început, este important ca pacienții să fie tratați cu respect și încurajați să formeze un parteneriat de colaborare cu personalul de specialitate. Scopurile trebuie să fie negociate între familie și asistenții sociali, iar structura serviciilor oferite va fi făcută cât mai clară posibil.

Când întâlnesc o familie la ea acasă, este o idee bună să-i invite să ajute la crearea unei atmosfere orientate pe sarcină, în așa fel încât vizita acasă să nu devină plictiseală sau numai o ocazie socială. Membrii familiei, de exemplu, pot face sugestii despre cum să se reducă distracțiile.

Vizitarea unei familii acasă dă unui terapeut ocazia de a-și arăta interesul despre lucrurile de care membrii familiei pot fi mândri sau care definesc identitatea lor – precum copiii, cățeei, produsele artisanale religioase, amintirile, premiile și așa mai departe. Privitul prin albumul cu fotografii ar putea fi o metodă potrivită de a se alătura familiei și a afla despre istoria speranțelor și visurilor lor. În momentul în care s-a stabilit o relație pozitivă – dar nu înainte – terapeutul poate cere familiei să reducă direct asemenea distracții ca fumatul excesiv, uitatul la televizor cu sonorul dat tare sau lătratul câinilor (Mieunatul pisicilor este mai puțin o problemă).

Rolurile, regulile și granițele care sunt implicite în organizarea biroului, poate este nevoie să fie explicate în munca la domiciliu. Clarificarea rolurilor serviciilor la domiciliu începe cu definirea a ce presupune procesul de tratament, regulile de bază pentru ședințe și ce roluri vor avea terapeutul și membrii familiei. Comentariile următoare ilustrează procesul clarificării rolurilor.

—Studiu de caz—

Înainte de a începe, aș vrea să spun că nu „am intenția să vin aici și să vă spun cum să vă desfășurați viețile. Nu am nici o putere să vă iau copiii sau să vă fac ceva. Munca mea este să vă ajut să vă imaginați cum vreți să vă descurcați cu copiii voștri. Nu pot să rezolv problemele voastre. Numai voi puteți să o faceți.”

„În întâlnirile noastre, este important pentru voi să spuneți tot ce credeți și simțiți. Avem nevoie să fim cinstiți. Dacă nu sunteți cinstiți unul cu altul – și cu mine – terapia nu va funcționa. Spuneți-mi ce așteptați de la mine și eu vă voi spune ce aștept eu de la voi. Eu nu vreau să acționez ca și cum aș avea toate răspunsurile, deoarece nu le am.

„Va veni bunica în seara aceasta? Dacă nu, este în ordine, dar aş fi vrut ca ea să participe la şedinţele viitoare deoarece sunt sigur că are idei bune cu care să contribuie.”

„În seara aceasta, aş vrea să vă cunosc puțin pe fiecare. După care, aş vrea să aud ce probleme aveţi fiecare dintre voi cu familia voastră şi ce aţi vrea să se schimbe?”³

În timp ce terapeuţii de familie vorbesc fluent despre orientare „ecosistemică”, asistenţii la domiciliu trebuie să coordoneze realmente eforturile acestora cu o varietate de alte sisteme de servicii. Pentru a face astfel, este imperios necesar să înţeleagă preocupările celorlalte agenţii implicate cu familia şi să dezvolte relaţii de colaborare cu acestea. În loc să fie critici cu personalul de la şcoală sau cu asistenţii de la justiţia juvenilă care par că nu susţin, nici familia nici copilul, asistenţii la domiciliu trebuie să înveţe să aprecieze că celelalte agenţii sunt şi ele interesate de nevoile clienţilor lor, chiar dacă abordările lor pot fi diferite. O familie servită de mai multe agenţii care nu se văd direct nu se deosebeşte de un copil prins într-un triunghi între părinţi, care nu pot funcţiona împreună ca o echipă în interesul cel mai bun al copilului lor.

Funcţionarea unei perspective sistemice începe cu lucrul în colaborare cu celelalte agenţii. Aceasta înseamnă, de asemenea, păstrarea în minte a întregii constelaţii a familiei chiar atunci când ne întâlnim cu subsistemele. Astfel, de exemplu, un terapeut care se întâlneşte individual cu adolescenţi nemulţumiţi trebuie să-şi reamintească că există două aspecte ale fiecărei poveşti şi că adesea cea mai bună cale de a sprijini copiii este de a sprijini eforturile constructive ale părinţilor, mai curând decât de a fi necritic de partea copiilor.

În timp ce terapia la domiciliu oferă o ocazie unică de a influenţa direct familiile în mediul lor natural, văzând oamenii în propriile lor camere, unde trăiesc, măreşte şi presiunile de *inducţie* în paternurile problematice ale unei familii. Lucrul cu un coterapeut poate ajuta să se diminueze tendinţa de a fi atras fără voie în modul neproductiv al familiei de a vedea lucrurile. Terapeuţii la domiciliu, care nu lucrează cu coterapeut, trebuie să facă eforturi speciale pentru a menţine graniţele profesionale şi pentru a evita să fie induşi în interpretarea rolurilor care lipsesc în familie. De exemplu, dacă un copil are nevoie de consolare, este mult mai bine să sprijini părinţii să o furnizeze decât să preiei această funcţie.

Prima prioritate a muncii la domiciliu trebuie să demonstreze că trapeutul este consecvent şi original. A avea o legătură cu cineva pe care se poate conta, poate fi mai important pentru familiile cu o istorie de nevoi de dependenţă neîntâlnite, decât a avea un asistent care este puternic, deştept şi care controlează.

Unul din cele mai importante lucruri care se întâmplă în orice formă de psihoterapie este acela că clientul(ţii) creează cu terapeuţii lor acelaşi fel de relaţie, dar nesatisfăcătoare, pe care o au cu majoritatea oamenilor. Poate cel mai important lucru pe care un terapeut îl poate face este să evite să intre în paternul uzual. Cel mai periculos patern pentru asistenţii la domiciliu de a-l repeta este mişcarea prea aproape şi apoi împingerea clienţilor să meargă acolo unde ei se tem sau unde nu vor să meargă. Mai degrabă decât să-i împingi să se schimbe direct, adesea este mai eficient să începi să recunoşti obstacolele schimbării.

Familiile asediate se tem de abandon; terapeuţii nesiguri se tem că nu sunt de folos. Asistentul care simte un imbold pentru a face totul pentru un client se poate simţi în acelaşi timp depăşit de nevoile familiei şi apoi trimis înapoi prin stabilirea limitelor rigide şi

3. Adaptare după Lindblad-Goldberg. Dore & Stern. 1998.

reținerea sprijinului. „Salvatorul” devine apoi un alt „abuzator”. Acest proces reactivează anxietatea clienților și-i împinge în mod inevitabil departe. Lecțiile pentru familie sunt clare: Nimic nu se va schimba vreodată – și nu mai cred pe nimeni.

Terapia medicală de familie și psihoeducația

În urmă cu peste cincizeci de ani a apărut o nouă concepție a terapiei de familie. Mai degrabă decât să rezolve problemele, scopul acestei abordări este de a ajuta familiile să se descurce cu dizabilitățile. Aceasta reprezintă o schimbare de la ideea că familiile provoacă probleme, la ideea că problemele, precum dezastrele naturale, se întâmplă adesea în familii. **Terapia de familie psihoeducațională** a apărut din lucrul cu pacienții schizofrenici și familiile acestora, acolo unde *terapia de familie medicală* s-a dezvoltat din ajutarea familiilor să lupte cu bolile cronice precum cancerul, diabetul și bolile de inimă.

Pseudoeducația și schizofrenia

În anii 1950, cercetarea a lansat, pentru a găsi un tratament pentru schizofrenie, domeniul terapiei de familie. În mod ironic, cinci decenii mai târziu, când știm că schizofrenia implică o vulnerabilitate biologică de origine necunoscută, terapia de familie sau cel puțin modelul psihoeducațional, este considerat parte a celui mai eficient tratament pentru această tulburare.

Modelul psihoeducațional s-a născut din insatisfacția ambelor abordări, terapia de familie tradițională și psihiatrică ale schizofreniei. Așa cum se lamentau Carol Anderson, Douglas Reiss și Gerald Hogarty (1986):

Ne-am învinovățit unul pe altul, pacienții înșiși, părinții și bunicii lor, autoritățile publice

și societatea pentru cauză și pentru cursul adesea prea groaznic al acestor tulburări. Atunci când speranța și banii s-au epuizat, noi i-am luat în mod frecvent pe pacienții schizofrenici din familiile lor, depunându-i în teroarea existențială a depozitelor umane, în hotelurile cu camere single și mai recent pe străzile și aleile orașelor americane (p. VII).

Terapeuții de familie, în încercările lor de a ajunge la funcția simptomelor schizofrenice, au determinat membrii familiei să exprime sentimentele înfrânate, creând astfel ședințe de mare încărcare emoțională, care adesea au făcut puțin mai mult decât să agite tensiunea. După ce au observat declinul frecvent în funcționarea pacienților și anxietatea crescută din familiile lor după asemenea ședințe, Anderson și colegii ei (1986) „au început să se întrebe dacă cca mai „reală” terapie de familie era de fapt antiterapeutică: (p. 2).

Între timp, studiile au început să arate că pacienții schizofrenici care s-au simțit foarte bine după spitalizare erau cei care s-au întors la îndeletnicirile casnice mai puțin stresante. Un grup britanic, format din George Brown, John Wing, Julian Leff și Christine Vaughn, s-a concentrat asupra a ceea ce ei au numit „emoția exprimată” mai ridicată (EE) în familiile schizofrenicilor – în special învinovățirea și implicarea emoțională excesivă – și au aflat că odată cu întoarcerea pacienților la treburile casnice EE a avut procente mai mari de recădere (Brown, Birlby & Wing, 1972; Vaughn & Leff, 1976; Vaughn, 1984).

Cu această idee în minte, trei grupuri diferite au început să experimenteze, la sfârșitul anilor 1970 și începutul anilor 1980, modalitățile de a reduce stresul în mediile cele mai comune pentru pacienții schizofrenici – casele părinților lor, Michael Goldstein a condus un grup la UCLA (Goldstein și alții, 1978), care a conceput un model scurt, structurat, focalizat pe anticipa-

rea stresurilor cu care familiile era posibil să se confrunte și să reducă conflictul din jurul pacientului. Ca urmare a studiului lui Goldstein, grupurile conduse de Jan Falloon de la Universitatea din California de Sud (al cărui model este în primul rând comportamental) și Carol Anderson la Institutul Psihiatric de Vest din Pittsburgh au experimentat modele psihoeducaționale.

Psihoeducatorii încearcă nu numai să ajute familiile să-și schimbe ideile și interacțiunile cu pacienții, ci, de asemenea, să răstoarne stricăciunea pe care au făcut-o familiilor prin profesioniști insensibili. În loc să furnizeze informații, sprijin și simțul controlului, de care aceste familii au nevoie când sunt în criză, mulți specialiști în sănătate mentală ignoră membrii familiei, cu excepția adunării informațiilor despre pacient și familie – informații despre ceea ce merge prost. Implicațiile acestui șir de întrebări se adaugă vinovăției, rușinii și pe care membrii familiei le simt deja. Nu e de mirare că multe familii, fie că renunță, fie că intră în bătălii antagonice cu specialiștii autoritari.

Psihoeducatorii încearcă să stabilească un parteneriat de colaborare în care membrii familiei să se simtă sprijiniți și puternici să se descurce cu pacienții. Pentru a realiza un asemenea parteneriat, Anderson și colegii ei (1986) au descoperit că trebuie să reeduce specialiștii pentru a renunța la ideile că familiile sunt cumva responsabile de schizofrenie, să întărească forțele familiei și să împartă cu familia informațiile care există despre schizofrenie. Această împărtășire a informației constituie elementul educațional al *psihoeducației*. Informațiile despre natura și cursul schizofreniei ajută membrii familiei să dezvolte un sens al măiestriei – o cale pentru a înțelege și anticipa procesul adesea haotic și aparent incontrollabil.

Una din intervențiile cheie ale psihoeducației este să diminuezi așteptările, să reduci presiunea asupra pacientului pentru a

funcționa normal. De exemplu, scopurile pentru primul an după un episod acut sunt, în primul rând, evitarea recăderii și preluarea treptată a unor responsabilități acasă. Membrii familiei trebuie să vadă pacientul ca pe cineva care are o boală serioasă și are nevoie de o recuperare. Pacienții pot avea nevoie de o cantitate excesiv de mare de somn, singurătate și activitate limitată pentru o perioadă care urmează după un episod și pot părea fără odihnă și pot avea tulburări de concentrare. Prezicând aceste dezvoltări, psihoeducatorii încearcă să prevină conflictele dintre pacienți și membrii familiei.

Abordarea psihoeducațională a lui Anderson seamănă foarte mult cu terapia de familie structurală, cu excepția faptului că defectiunile structurale ale familiei sunt interpretate ca *rezultat*, mai degrabă decât ca o *cauză* a problemei prezentate. Multe din terapii urmează temele familiare: întărirea granițelor generaționale, deschiderea familiei spre lumea exterioară și dezvoltarea rețelelor de sprijin, sfătuind părinții să reinvestească în căsătoria lor și sfătuind membrii familiei să nu vorbească pentru sau să facă ceva pentru pacient.

Este modelul psihoeducațional eficient? Da. De exemplu, în studiul lui Anderson și al colegiilor ei (1986),

Din pacienții care luau tratament ($n = 90$), 19% din cei care făceau terapie de familie singuri au avut o recădere psihotică în anul care a urmat ieșirii din spital. Dintre cei care au primit terapia comportamentală individuală, 20% au avut recăderi, dar *nici un* pacient în camera de tratament, care a primit, atât terapie de familie, cât și pregătire socială nu a avut nici o recădere. Ratele acestor recăderi constituie efecte semnificative pentru ambele tratamente când contrastau cu 41% rată de recăderi față de cei care au primit numai chimioterapie și sprijin (p. 24).

Alte studii au arătat rezultate, de asemenea, impresionate (Falloon și alții, 1982; Leff și alții 1982). Aici se pare că există oarecare semn de întrebare dacă psihoeducația poate amâna recăderea și readmiterea în spital, în comparație cu alte abordări ale schizofreniei.

Terapia medicală de familie

Dacă unii consideră schizofrenia o boală cronică, atunci terapia de familie psihoeducatională poate fi văzută ca o formă specializată a terapiei medicale de familie. Terapeuții de familie medicali lucrează cu familii care se luptă cu boli sau dizabilități cronice în multe din aceleași modalități descrise pentru familiile schizofrenicilor.

Boala cronică are adesea un impact devastator. Ea poate prelua viața familiei, distrugând sănătatea, speranța și pacea minții. Așa cum spune Peter Steinglass, „ea poate fi ca un terorist, care a apărut la ușă, a pătruns în interiorul casei și a cerut tot ce are familia” (citată din McDaniel și alții, 1992, p.21). Cerințele bolii interacționează cu calitățile familiei, precum stadiul ciclului vieții familiei și rolul pe care-l joacă membrii familiei atinse; resursele de conducere ale familiei și gradul de izolare; și credințele lor despre boală și cine trebuie să ajute, derivate din etnicitatea lor și istoria bolii. Având conștiința acestor factori, terapeuții pot ajuta familiile să se pregătească să se confrunte cu o boală sau dacă boala există de ani, să câștige perspectivă asupra polarizărilor și angajărilor care rezultă.

Terapeuții medicali de familie lucrează în colaborare cu pediatrii, practicienii familiei, specialiștii în reabilitare și asistentele medicale. Ei pledează pentru ca aproape de perioada diagnosticului, familiile trebuie să primească o consultație de rutină pentru a cerceta resursele lor privind cerințele bolii sau dizabilității. Ei citează corpul de cercetă-

tori în creștere sugerând o relație puternică între dinamica familiei și cursul clinic al condițiilor medicale (Campbell, 1986), iar cercetarea mai recentă arată că terapia de familie are un efect pozitiv asupra sănătății fizice și uzajului îngrijirii sănătății (Law & Crane, 2000).

La începutul anilor 1990 domeniul s-a maturizat, cu trei cărți care au stabilit pacea (McDaniel et al. 1992; Ramsey, 1989; Rolland, 1994). Acesta s-a înmulțit ca ciupercile într-o nouă paradigmă numită *îngrijirea sănătății familiei în colaborare*, cu o mare conferință anuală care a început în 1996 și oferă acum patrusprezece ședințe plenare și peste cincizeci de ateliere. Acolo, terapeuți medicali de familie bine cunoscuți precum John Rolland, Bill Doherty, Lorraine Wright, Susan McDaniel și Thomas Campbell, prezintă lucrările lor ca experți în medicină, nursing, asistență socială și administrare spitalicească. Speranța și promisiunea acestei mișcări sunt să asigure cariere noi pentru terapeuții de familie, dar și să devină un model nou pentru raportul eficiență-cost și îngrijirea sănătății umane la scară națională.

În concluzie, terapia de familie psihoeducatională și medicală împărtășesc multe elemente cu alte modele din acest capitol care, împreună, reprezintă o tendință semnificativă: o ieșire din relația antagonică cu familiile, spre un parteneriat de colaborare. Terapeuții sunt acum încurajați să vadă forțele familiei mai degrabă decât defectele și să găsească căile să ridice familiile deasupra vinovăției și criticii care însoțesc adesea aceste probleme.

Ocrotirea instituționalizată a sănătății

Pare o ironie faptul că, având în vedere toate dezvoltările excitante din terapia de familie,

influența cea mai puternică asupra domeniului de astăzi nu are nimic de a face cu teoria clinică. Companiile de ocrotire instituționalizată a sănătății controlează din ce în ce mai mult, nu numai accesul clienților, dar și ce fel de terapie vor primi, cât de mult timp pot fi ei tratați și cât de mult sunt plătiți terapeuții.

În primul val al ocrotirii instituționalizată a sănătății, terapeuții au cerut să fie pe lista celor disponibili pentru pacienți. Din momentul în care au primit un pacient, ei trebuie să ceară permisiunea de la managerul de caz pentru mai multe ședințe și trebuie să justifice planurile lor de tratament. Companiile de ocrotire a sănătății au găsit din ce în ce mai mult acest micromanagement prea costisitor, așa că al doilea val cuprinde stimulente pentru terapeuții înșiși pentru a reduce costurile. În acest al doilea val terapeuții sunt de acord cu contractele „per capita”, conform cărora ei asigură servicii de sănătate mentală pentru un grup specific de oameni la o sumă anuală prestabilă. În timp ce asistemul per capita poate descuraja terapeuții în legătură cu oferirea unor servicii, cel puțin terapeuții vor dormi cu conștiința liniștită decât cu ea încărcată cu imaginea persoanelor lipsiți de identitate.

Terapeuții au reacționat în moduri foarte variate. Unii văd ocrotirea instituționalizată a sănătății ca pozitivă sau cel puțin inevitabilă, ca o corecție la o situație care a fost în afara controlului. Ei sugerează că înainte de ocrotirea instituționalizată a sănătății, psihoterapia a fost necontabilizată și exploatare, fără stimulente pentru a

conține costurile curente. Acești terapeuți au învățat cum să placă companiilor de ocrotire a sănătății și au mult de lucru, chiar dacă ei câștigă mai puțin pe oră. Alții încearcă să supraviețuiască prin creșterea pieței lor pentru clienți care pot plăti din buzunar și prin găsirea altor căi de a-și folosi pregătirea, precum medierea divorțului; consultanță pentru afaceri, școli și tribunale; predare și conducere de ateliere; și lucrând în departamentele de resurse umane pentru afaceri. Alții se luptă încă activ cu valul marelor ocrotirii instituționalizate a sănătății prin organizarea în grupuri care oferă alternative ocrotirii sănătății prin găsirea mediilor unui curent constant de povești groaznice de ocrotire a sănătății și prin urmărirea proceselor antitrust⁴. Verdictul final privind îngrijirea instituționalizată a sănătății nu s-a dat încă. În timp ce există profituri imense care se realizează de către cei care vor să restrângă serviciile, există o insatisfacție crescândă față de aceste restricții și recunoașterea acestora. Este puțin probabil că ne vom întoarce vreodată la zile de aur nerestricționate, cărora mulți le duc dorul și poate că așa a trebuit să fie. E posibil, totuși, ca și clienții să realizeze că nu au primit ajutorul de care ei au nevoie, vor apărea noi alternative pentru a realiza această cerere și acele noi alternative vor fi mult mai plăcute, atât clienților, cât și terapeuților.

4. Un asemenea grup este Coaliția Națională a Specialiștilor și Consumatorilor de Sănătate Mentală (telefon (516) 424-5232).

— Rezumat —

În decursul ultimelor două decenii, mișcarea terapiei de familie a funcționat având o serie de critici grele – de la feminiști, postmoderniști, construcționiști sociali, multiculturaliști și cei care lucrează cu cei abuzați, homosexuali

și lesbienele, cu săracii și cu bolile cronice. Terapeuții sunt provocați să devină mai cooperanți, mai sensibili la diferențele de etnicitate, rasă, clasă, gen și orientare sexuală: și interesați de credințe și valori mai degrabă

decât numai de acțiuni și interacțiuni. Expertul terapiei de familie a fost detronat de conversationalistul consolator.

Noul interes în colaborare nu este accidental – acesta reflectă o maturizare a domeniului. Pionierii au întâlnit întâi familia ca adversar puternic – „homeostatic”, „rezistent”, – în parte deoarece ei au abordat-o cu o prejudecată preconcepută. Înclinați spre salvarea „țapului ispășitor al familiei” ei au văzut mamele ca pe niște dușmani care trebuie învinși, pe tați ca figuri periferice ce trebuiau ignorate. Sistemele rezistă la schimbare; dar un motiv cu care terapeuții de familie s-au confruntat a fost că ei sunt prea dornici să schimbe oamenii, și prea lenți să-i înțeleagă. Terapeuții de familie ne-au învățat să vedem trecutul personalităților individuale în paternurile care îi fac o familie – o organizație de vieți interconectate condusă de reguli stricte, dar nespuse. Dar, în evoluție, ei au creat, de asemenea, o entitate mecanicistă – sistemul familiei – și apoi au pornit să se lupte cu acesta. Multe din provocările care au clătinat și au reformat terapia de familie în ultimii ani au fost o reacție la acest mecanism. Dar, dacă revoluția sistemică a mers prea departe într-o direcție, același lucru poate fi adevărat cu unele din criticile ei.

Critica feministă a fost prima și poate cea mai influentă dintre provocările tradițiilor terapiei de familie. În luarea unei poziții împotriva lovirii mamei, feministii au provocat esența gândirii sistemice, subliniind că aceste concepte de complementaritate și cauzalitate circulară pot sugera că femeile subjugate sunt la fel de mult de învinovățite ca opresorii lor.

Puntea terapiei de familie pentru secolul XXI este construcționismul social. Atunci când pionierii și-au schimbat atenția de la indivizi la familii, această recentă schimbare de la comportament la cunoaștere și de la provocare la colaborare deschide o nouă

lume de posibilități. Vom vedea în capitolele următoare cât de interesante sunt unele dintre aceste posibilități.

De când Paul Watzlawick a adus, primul, implicațiile constructiviste ale modelului MRI în *Realitatea inventată* (1984), terapeuții de familie au devenit din ce în ce mai mult conștienți de puterea poveștilor pe care oamenii le spun ei înșiși pentru a forma acțiunile lor. Așa cum vom vedea în Capitolul 13, Michael White și colegii săi din mișcarea narativă au tradus această percepție într-o nouă abordare puternică de tratament. Ajutarea clienților să construiască povești noi și mai folositoare ale experienței acestora este cu siguranță un progres privind încercările manipulatorie de a-i controla și de a-i înșela. Dar pe măsură ce terapeuții narativi substituie cunoașterea acțiunii și interacțiunii, ei riscă să ignore tot ceea ce am învățat despre modul în care dinamica familiei formează vicțile membrilor familiei – indiferent de ce povești spun ei înșiși.

Cele două mari valori ale scepticismului postmodern sunt diversitatea și democrația. Desigur, respectarea perspectivelor multiple este un lucru bun. Două expresii pozitive ale valorii sunt creșterea modelelor integrative și respectul reînnoit pentru diversele forme de organizare a familiei. Dar nu este atât de bine dacă respingem toate normele și tratăm fiecare individ ca absolut unic. Aceasta înseamnă că noi nu avem nevoie de cunoștințe și nici timp pentru indicații. Terapeuții de familie au îmbrățișat democrația, pledând pentru abordările neierarhice și opunându-le impunerea influenței. Dar, așa cum a subliniat Bateson, ierarhia este de natură inerentă; sigur, familiile în tratament, ca alte sisteme sociale, au nevoie de un fel de echipă executivă de luare a deciziilor.

Povestea de căpătâi a evoluției terapiei de familie de la cibernetica de gradul întâi la cel de-al doilea, de la terapia centrată pe soluție de la MRI, de la grupul sistemic de la

Milano la Hoffman și Goolishian și de la constructivism la construcționismul social și acum narativ, este ceea ce se află în fruntea discuției intelectuale. Toate aceste dezvoltări de primă pagină au avut loc, terapeuții de familie, practicând abordări mai puțin orientate (comportamentală, psihanalitică, structurală, boweniană și experimentală), și-au continuat munca lor. Ar fi o greșeală să credem că ceea ce este nou și atrage atenția este numai sau chiar un lucru major care funcționează în domeniu.

Mișcarea de colaborare a ridicat noi întrebări despre stilul de conducere al terapeutului. Când Harlene Aderson și Harry Goolishian au pledat pentru o „abordare de colaborare” cel respins a fost modelul medical – un model al rolului autoritar în care clinicianul joacă rolul de expert la care pacientul se uită pentru răspuns. A fi un expert nu înseamnă a fi un căpcaun. Aici progresul este provocarea modelului medi-

cal care, ironic, a fost perpetuat în asemenea modele de avangardă ale terapiei de familie, precum abordările strategice și sistemice de la Milano. Nu mult mai târziu, vedem terapeutul ca pe un tehnocrat al schimbării. Dar aceasta nu înseamnă că terapeuții trebuie să fie experți – conducători în procesul schimbării.

În cele din urmă, trebuie spus că, așa cum terapia de familie nu s-a oprit în ultimii ani, nici familia nu s-a oprit. Familia de astăzi se dezvoltă și este stresată. Mergem de la modelul complementar al familiei din anii 1950 la versiunea simetrică – deși nu am ajuns încă la termen cu noul model. Poate că este momentul să punem întrebarea: În timp ce familia americană se luptă cu perioada stresantă a tranziției, ce concepte trebuie să ofere terapia de familie pentru a ne ajuta să înțelegem și să abordăm formele proteice ale familiei secolului XXI?

—Lecturi recomandate—

Andersen, T. 1991. *The reflecting team*. New York: Norton.

Anderson, C. M., Reiss, D., and Hogarty, B. 1986. *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: Guilford Press.

Avis, J.M. 1992. Where are all the family therapists? Abuse and violence within families and family therapy's responses. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:225-232.

Fowers, B., and Richardson, E. 1996. Why is multiculturalism good? *American Psychologist*. 51:609-621.

Gergen, K. 1985. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*. 40: 266-275.

Goldner, V. 1985. Feminism and family therapy. *Family Process*. 24:31-47.

Goodrich, T. J. ed. 1991. *Women and power: Perspectives for family therapy*. New York: Norton.

Greenman, D.E., and Tunnell, G. 2002. *Couples therapy with gay men: A family systems model for healing relationships*. New York: Guilford Press.

Hare-Mustin, R. T., and Marecek, J. 1988. The meaning of difference: Gender theory post-modernism and psychology. *American Psychologist*. 43: 455-464.

Held, B. S. 1995. *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York: Norton.

Kellner, D. 1991. *Postmodern theory*. New York: Guilford Press.

Krehan, J., and Bepko, C. 1980. The problem of fusion in the lesbian relationship. *Family Process*. 19: 277-289.

- Laird, J. and Green, R. J. 1996. *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Luepnitz, D. 1988. *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*. New York: Basic Books.
- McDaniel, S., Hepworth, J., and Doherty, W. 1992. *Medical family therapy*. New York: Basic Books.
- McGoldrick, M. Giordano, J., and Pearce, J. 1996. *Ethnicity and family therapy*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Rolland, J. 1994. *Helping families with chronic and life-threatening disorders*. New York: Basic Books.
- Walsh, E., ed. 1993. *Normal family processes*. 2nd ed. New York: Guilford Press.

—Bibliografie—

- Ahrons, C., and Rogers, R. 1989. *Divorced families: Meeting the challenges of divorce and remarriage*. New York: Norton.
- Andersen, T. 1991. *The reflecting team*. New York: Norton.
- Anderson, C.M. 1995. *Flying solo*. New York: Norton.
- Anderson, C.M., Reiss, D., and Hogarty, G.E. 1986. *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: Guilford Press.
- Anderson, H. 1993. On a roller coaster: A collaborative language systems approach to therapy. In *The new language of change*. S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.
- Anderson H. 1997. *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- Anderson, H.J., and Goolishian, H. 1988. Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about implications for clinical theory. *Family Process*. 27:371-394.
- Anderson, W. T. 1990. *Reality isn't what it used to be*. San Francisco: Harper & Row.
- Avis, J. M. 1988. Deepening awareness: A private study guide to feminism and family therapy. In *Women, feminism and family therapy*. L. Braverman, ed. New York: Haworth Press.
- Avis, J. M. 1992. Where are all the family therapists? Abuse and violence within families and family therapy's response. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18: 223-230.
- Bailey, E. 1999. *Children in therapy: Using the family as a resource*. New York: Norton.
- Barth, R., Pietrzak, J. and Ramier, M. 1993. *Families living with drugs and HIV*. New York: Guilford Press.
- Beavers, W., and Hampson, R. 1990. *Successful families: Assessment and intervention*. New York: Norton.
- Bograd, M. 1992. Values in conflict: Challenges to family therapists' thinking. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:243-253.xxx
- Boyd-Franklin, N. 1989. *Black families in therapy: A multisystems approach*. New York: Guilford Press.
- Boyd-Franklin, N. 1993. Race, class, and poverty. In *Normal family processes*. E. Walsh, ed. New York: Guilford Press.
- Boyd-Franklin, N. Steiner, G., and Boland, M. 1995. *Children, families and HIV/AIDS*. New York: Guilford Press.
- Brothers, B. J., ed. 1992. *Spirituality and couples: Heart and soul in the therapy process*. New York: Haworth Press.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., and Wing, J.K. 1972. The influence of family life on the course of schizophrenic disorders. A replication. *British Journal of Psychology*.
- Burton, L.A., ed. 1992. *Religion and the family*. New York: Haworth Press.

- Campbell, T. 1986. Family's impact on health: A critical review and annotated bibliography. *Family Systems Medicine*. 4:135-148.
- Carl, D. 1990. *Counseling same-sex couples*. New York: Norton.
- Combrink-Graham, L. 1989. *Children in family contexts*. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. 1998. *Case studies in couple and family therapy*. New York: Guilford Press.
- Doherty, V. 1991. Family therapy goes postmodern. *Family Therapy Networker*. 15:36-42.
- Doherty, W. 1996. *The intentional family*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Donovan, J. M., ed. 1999. *Short-term couple therapy*. New York: Guilford Press.
- Ehrenreich, B. 1999. Nickel-and-dimed: On(not)getting by in America. *Harpers*. Jan. 37-52.
- Elizur, J., and Minuchin, S. 1989. *Institutionalizing madness: Families, therapy and society*. New York: Basic Books.
- Elkin, M. 1990. *Families under the influence*. New York: Norton.
- Emery, R. 1994. *Renegotiating family relationships: Divorce, child custody, and mediation*. New York: Guilford Press.
- Falicov, C. 1983. *Cultural perspectives in family therapy*. Rockville, MD: Aspen Systems.
- Falicov, C. 1988. *Family transitions: Continuity and change over the life cycle*. New York: Guilford Press.
- Falicov, C. 1995. Training to think culturally. *Family Process*. 34: 373-388.
- Falicov, C. 1998. *Latino families in therapy*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W. Razani, J., Moss, H. B., and Gilderman, A.M. 1982. Family management in the prevention of schizophrenia. *New Journal of Medicine*. 306: 1437-1440.
- Figley, C. 1985. *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- Freeman, J., Epston, D., and Lobovits, D. 1997. *Playful approaches to serious problems*. New York: Norton.
- Friedrich, W. 1990. *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York: Norton.
- Friesen, B. J., and Koroloff, N.M. 1990. Family-centered services: Implications for mental health administration and research. *Journal of Mental Health Administration*. 17:13-25.
- Gergen K. 1985. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*. 40:266-275.
- Gergen, K. 1991a. *The saturated self*. New York: Basic Books.
- Gergen, K. 1991b. The saturated family. *Family Therapy Networker*. 15: 26-35.
- Gil, E. 1994. *Play in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Goldner, V. 1985. Feminism and family therapy. *Family Process*. 24: 31-47.
- Goldner, V. 1988. Generation and gender: Normative and covert hierarchies. *Family Process*. 27:17-33.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M. and Walker, G. 1990. Love and violence: gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*. 29: 343- 364.
- Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R., May, P. R., and Steinberg, M. 1978. Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 35:1169-1177.
- Goodrich, T. J., Rampage, C., Ellman, B. and Halstead K., 1988 *Feminist family therapy: A casebook*. New York; Norton.
- Green, R.J. 1998 Training programs: Guidelines for multicultural transformations. In *Revisioning family therapy*. M. McGoldrick, ed. New York: Guilford Press.
- Greenan, D.E., and Tunnell, G. 2003. *Couple therapy with gay men*. New York: Guilford Press.
- Haley, J. 1976. *Problem-Solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Haley, J.** 1980. *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.
- Hansen, J. C.** 1982. *Therapy with remarried families*. Rockville, MD: Aspen Systems.
- Hardy, K.** 1993. War of the worlds. *Family Therapy Networker*. 17:50-57.
- Henggeler, S., Borduin, C.M., eds.** 1990. *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*, Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
- Herber-Black, E.** 1988. *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford Press.
- Herber-Black, E., Roberts, J., and Whiting, R.** 1989. *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- Ingholdsby, B., and Smith, S.** 1995. *Families in multicultural perspective*. New York: Guilford Press.
- James, K., and Mac Kinnon, L.** 1990. The „incestuous family” revisited: A critical analysis of family therapy myths. *Journal of Marital and Family Therapy*. 16:71-88.
- Johnson, T., and Keren, M.** 1998. The families of lesbian women and gay men. In *Revisioning family therapy*. M. McGoldrick, ed New York: Guilford Press.
- Kahn, M., and Lewis, K. G.** 1988. *Siblings in therapy*. New York: Norton.
- Krestan, J.** 1988. Lesbian daughters and lesbian mothers: The crisis of disclosure from a family systems perspective. *Journal of Psychotherapy and the Family*. 3: 113-130
- Laird, J.** 1993. Lesbian and gay families. In *Normal Family Processes*. 2nd ed. E. Walsh, ed. New York: Guilford Press.
- Laird, J., and Green, R. J.** 1996. *Lesbian and gays in couples and families: A handbook for therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LaSala, M.** 1997. The need for a thick skin: Coupled gay men and their relationships with their parents and in laws. *Dissertation Abstracts International*, 58:4444-A.
- Law, D. D., and Crane, D. R.** 2000. The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health maintenance organization. *Journal of Marital and Family Therapy*. 26:281-291.
- Lee, E.** 1997. *Working with Asian Americans*. New York: Guilford Press.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Elberlein-Fries, R., and Sturgeon, D.** 1982. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*. 141:121-134.
- Lindblad-Goldberg, M. Dore, M.M., and Stern, L.** 1998. *Creating competence from chaos*. New York: Norton.
- Leupnitz D.** 1988. *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*. New York: Basic Books.
- Madanes, C.** 1990. *Sex, love and violence*. New York: Norton.
- Markowitz, L.** 1992. Walking the walk. *Family Therapy Networker*. 17:18-24, 27-31.
- McDaniel, S., Hepworth, J., and Doherty, W.** 1992. *Medical family therapy*. New York: Basic books.
- McGoldrick, M.** 1993. Ethnicity, cultural diversity and normality. In *Normal family process*. F. Walsh, ed. New York: Guilford Press.
- McGoldrick, M. ed.** 1998. *Revisioning family therapy*. New York.: Guilford Press.
- McGoldrick, M., Anderson, C., and Walsh, F. eds.** 1989. *Women in families: A framework for family therapy*. New York: Norton.
- McGoldrick, M. Giordano, J., and Pearce, J.** 1996. *Ethnicity and family therapy*. 2nd ed. New York. Guilford Press.
- McGoldrick, M., Pearce, J. and Giordano, J.** 1982. *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford Press.
- McGowen, B.G., and Meezan, W.** 1983. *Child welfare: Current dilemmas, future directions*. Itasca, IL: Peacock.
- Micucci, J.** 1998. *The adolescent in family therapy* New York: Guilford Press.

- Miklowitz, D., and Goldstein, M. 1997. *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- Minuchin, P., Calopinto, J., and Minuchin, S. 1998. *Working with families of the poor*. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S. 1984. *Family kaleidoscope*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S., and Fishman, H.C. 1981. *Techniques of family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B. and Schumer, F. 1967. *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Mirkin, M. P. 1990. *The social and political contexts of family therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- Mirkin, M.P., and Koman, S.L., eds, 1985. *Handbook of adolescents and family therapy*. New York: Garner Press.
- Mitchell, S. 1993. *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Morawetz, A., and Walker, G. 1984. *Brief therapy with single-parent families*. New York: Brunner/Mazel.
- Ogbu, J. 1989. Cultural models and educational strategies of non-dominant people. (1989 Catherine Molony Memorial Lecture) New York: City College Workshop Center.
- Okun, B. 1996. *Understanding diverse families*. New York: Guilford Press.
- Patterson, J., Williams, L., Graul-Grounds, C., and Chamow, L. 1998. *Essential skills in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Pinderhughes, E. 1989. *Understanding race, ethnicity and power: The key to efficacy in clinical practice*. New York: The Free Press.
- Pittman, F. 1987. *Turning points. Treating families in transition and crisis*. New York: Norton.
- Prest, L., and Keller, J. 1993. Spirituality and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 19:137-148.
- Price, J. 1996. *Power and compassion: working with difficult adolescents and abused parents*. New York: Guilford Press.
- Ramsey, R. N. 1989. *Family systems in medicine*. New York: Guilford Press.
- Reitz, M., and Watson, K. 1992. *Adoption and family system*. New York: Guilford Press.
- Rolland, J. 1994. *Helping families with chronic and life-threatening disorders*. New York: Basic Books.
- Root, M., Fallon, P., and Friedrich, W. 1986. *Bulimia: A system approach to treatment*. New York: Norton.
- Roth, S., and Murphy, B. 1986. Therapeutic work with lesbian clients: A systemic therapy view. In *Women and family therapy*. M. Ault-Riche and J. Hansen, ed. Rockville, MD: Aspen Systems.
- Rubin, L. 1994. *Families on the faultline*. New York: Harper Collins.
- Saba, G., Karrer, B., and Hardy, K. 1989. *Minorities and family therapy*. New York: Haworth Press.
- Sager, C., Brown, H. S., Crohn, H., Engel, T., Rodstein, E., and Walker, L. 1983. *Treating the remarried family*. New York: Brunner/Mazel.
- Sanders, G. 1993. The love that dares not speak its name: From secrecy to openness in gay and lesbian affiliations. In *Secrets in families and family therapy*. E. Imber-Black, ed. New York: Norton.
- Schwartz, R. C. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.
- Schwartzman, J. 1985. *Families and other systems: The macrosystemic context of family therapy*. New York: Guilford Press.
- Selekman, M. 1997. *Solution-focused therapy with children*. New York : Guilford Press.
- Seligman, M., and Darling, R. B. 1996. *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Sells, S. 1998. *Treating the tough adolescent*. New York: Guilford Press.
- Sheinberg, M. 1992. Navigating treatment impasses. At the disclosure of incest: Combin-

- ing ideas from feminism and social constructionism. *Family Process*. 31: 201-216.
- Smith, C., and Nylund, D. 1997. *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Sprengle, D. 1985. *Divorce therapy*. New York: Haworth Press.
- Stanton, M. D., and Todd, T. 1982. *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.
- Steinglass, P., Bennet, L., Wolin, S. J., and Reiss, D. 1987. *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
- Taibbi, R. 1996. *Doing family therapy*. New York: Guilford Press.
- Treadway, D. 1989. *Before it's too late: Working with substance abuse in the family*. New York: Norton.
- Trepper, T. S., and Barret, M. J. 1989. *Systemic treatment of incest: A therapeutic handbook*. New York: Brunner/Mazel.
- Vaughn, C., and Leff, J. 1976. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Psychology*. 15: 157-165.
- Vaughn, C. E., Snyder, K. S., Jones, S., Freeman, W. B., and Falloon, I. R. H. 1984. Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of British research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*. 41:1169-1177.
- Visher, E., and Visher, J. 1979. *Stepfamilies: A guide to working with stepparents and stepchildren*. New York: Brunner/Mazel.
- Visher, E., and Visher, J. 1988. *Old loyalties, new ties: Therapeutic strategies with stepfamilies*. New York: Brunner/Mazel.
- Wachtel, E. 1994. *Treating troubled children and their families*. New York: Guilford Press.
- Walker, G. 1991. *In the midst of winter: Systemic therapy with families, couples, and individuals with AIDS infection*. New York: Norton.
- Wallerstein, J., and Kelly, J. 1980. *Surviving the break-up: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.
- Walsh, F. 1982. *Normal family processes*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. 1993. *Normal family processes*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. 1998. *Strengthening family resistance*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. ed. 1999. *Spirituality in families and family therapy*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F., and McGoldrick, M. eds. 1991. *Living beyond loss: Death in the family*. New York: Norton.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., and Silverstein, O. 1988. *The invisible web: Gender patterns in family relationships*. New York: Guilford Press.
- Watzlawick, P. ed. 1984. *The invented reality*. New York: Norton.

Terapia focalizată pe soluție

Construind pe succesele trecutului

Judecând după popularitatea acesteia, terapia focalizată pe soluție poate fi tratamentul timpurilor noastre. Minimalismul pragmatic al acesteia, sublinierea cognitivă și tehnicile de învățare ușoare au fost combinate pentru a o face cel mai fierbinte lucru din circuitul atelierelor – și promisiunea ei de soluții rapide au făcut să fie îndrăgită de industria asistenței medicale instituționalizate. Într-adevăr, când li se cere să indice orientarea lor terapeutică, mulți aplicanți pentru statutul de furnizor se definesc pe ei înșiși „centrați pe soluție”, indiferent dacă ei au vreo pregătire în această abordare. Potopul de cărți despre model este o altă mărturie a popularității acesteia (de Shazer, 1988, 1991b, 1994; O'Hanlon & Weiner-Davis; Walter & Peller, 1992; Furman & Ahola, 1992; Cade & O'Hanlon, 1993; O'Hanlon & Martin, 1992; Miller, Hubble, & Duncan, 1996; Berg & Dolan, 2001; Lipchik, 2002), ca și aplicarea modelului la cupluri (Weiner-Davis, 1992; Hudson & O'Hanlon, 1992) și la alcoolism (Berg & Miller, 1992).

Ce este aceasta – în afara denumirii remarcabile – care a făcut abordarea focalizată pe soluție atât de populară? Terapia focalizată pe soluție ia eleganța modelului de la MRI și o schimbă. În timp ce una are ca scop să ajute clienții să facă mai puțin din ceea ce nu funcționează, cealaltă promovează mai mult din ceea ce face. Ambele aceste abordări deliberat pragmatice se concentrează pe prezentarea plângerii și au ca scop să o rezolve cât de parcimonios posibil. Modelul de la MRI procedează astfel privind la încercările eșuate de rezolvare a problemei prezentate, în timp ce abordarea focalizată pe soluție se concentrează asupra **excepțiilor** – în vremurile când problema nu era o problemă.

Diferența reală dintre aceste două abordări, totuși, nu este numai o problemă de unde ei punctează episoadele problemei, ci, în timp ce modelul de la MRI se concentrează pe comportament, modelul focalizat pe soluție subliniază percepția. Se presupune că oamenii care vin în terapie sunt deja capabili să se comporte eficient, dar eficiența lor a fost blocată de o atitudine fixă negativă.

Îndreptându-și atenția spre vremurile când făceau bine să ajute clienții să vadă lucrurile diferit:

Problemele sunt văzute pentru a se menține ele însele, pur și simplu, deoarece ele se mențin pe ele însele și pentru că clienții descriu problema ca *întâmplându-se totdeauna*. De aceea, perioadele când plângerea este absentă sunt considerate ca triviale de către client sau chiar rămân complet nevăzute, ascunse vederii clientului. Nimic nu este de fapt ascuns, dar, deși aceste excepții sunt la vedere, ele nu sunt văzute de clienți ca diferențe care fac o deosebire. Pentru client, problema este văzută ca primordială (și excepțiile, dacă s-au văzut toate, sunt văzute ca secundare), în timp ce pentru terapeuți excepțiile sunt văzute ca primordiale; intervențiile sunt gândite pentru a ajuta clienții să facă o inversiune similară care va conduce la dezvoltarea unei soluții (de Shazer, 1991b, p.58).

Arta terapiei focalizată pe soluție devine apoi o chestiune de ajutorare a clienților nu numai pentru a vedea că problemele lor au excepții, ci și pentru a realiza că aceste excepții sunt soluții pe care ei le au încă pe agendele lor. Trecând peste ideea că excepțiile tocmai se întâmplă, terapeutul focalizat pe soluție pune întrebări precum: „Cum faceți aceasta?”



*Steve de Shazer,
fondatorul terapiei
focalizată pe
soluție.*

plecat pentru a forma BFTC. Grupul inițial a inclus pe soții Steve de Shazer și Insoo Berg, Jim Derks, Flaine Nunnally, Marilyn La Court și Eve Lipchik. Studenții acestora i-au inclus pe John Walter, Hane Peller și Michelle Weiner-Davis. De Shazer este considerat primul care a dezvoltat teoria focalizată pe soluție, deși el nu a lucrat mult la clinică, preferând să-și dedice timpul cercetării și scrisului. De Shazer a lucrat la început la Palo Alto și a fost puternic influențat de abordarea de la MRI.

Insoo Kim Berg este cunoscută mai întâi drept un clinician, dar și pentru contribuția sa teoretică substanțială. Ea a format terapeuți pretutindeni în lume și a aplicat modelul la alcoolism (Berg & Miller, 1992), terapia maritală (Berg, 1994a) și la serviciile la domiciliu pentru săraci (Berg, 1994b).

Figuri reprezentative

Terapia focalizată pe soluție a evoluat din activitatea lui Steve de Shazer, Insoo Berg și a colegilor de la Centrul de Terapie de Familie de Scurtă Durată (BFTC = Brief Family Therapy Center) din Milwaukee, Wisconsin. Acest institut privat de formare a fost întemeiat în 1979, când o parte din personalul de la agenția comunității din Milwaukee, care a lucrat la modelul de la MRI, a devenit nemulțumit de constrângerile agenției și a



*Insoo Kim Berg, un
practician de frunte
al modelului centrat
pe soluție*

Alte figuri notabile îi includ pe Eve Lipchik, care a lucrat la BFTC timp de opt ani, până când a plecat în 1988 pentru a fonda ICF Consultants împreună cu Marilyn Bojean. Lipchik a fost pionierul aplicării modelului focalizat pe soluție la femeile maltratate (Lipchik & Kubicki, 1996) și recent a publicat una din cele mai folositoare cărți despre cum să faci terapie focalizată pe soluție (Lipchik, 2002).

După ce s-a format cu de Shazer, Michele Weiner-Davis a convertit programul unei agenții din Woodstock, Illinois, la modelul centrat pe soluție.

Weiner-Davis (1992) a aplicat modelul la problemele maritale în cartea sa populară *Divorce-Busting*. Scott Miller, acum la Chicago, a fost la BFTC timp de trei ani, conducând serviciile pentru tratamentul alcoolului și drogurilor și a scris mult despre model.

John Walter și Jane Peller sunt împreună în practica privată, la Chicago. Ei s-au format la BFTC și, după scrierea unei cărți care descrie etapele abordării (Walter & Peller, 1992), au devenit prezentatori celebri în circuitul atelierelor.

Bill O'Hanlon, care și-a mutat activitatea din Omaha, Nebraska, la Santa Fe, New Mexico, nu a fost niciodată asociat formal la BFTC, dar, fiind format de Milton Erickson și ca traducător proeminent al ideilor lui Erickson, pasul spre abordarea concentrată pe soluție a fost unul ușor. El și Weiner-Davis (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989) au colaborat pentru a dezvolta bazele puse de de Shazer.

Yvonne Dolan trăiește la Hammond, Indiana și predă la ateliere terapia focalizată pe soluție și hipnoza ericksoniană. Împreună cu Insoo Berg, ea a publicat recent *Tales of solutions*, o colecție de studii de caz care ilustrează tehnici diferite concentrate pe soluție (Berg & Dolan, 2001).

Formulări teoretice

Ipotezele care formează baza terapiei focalizată pe soluție sunt directe și necomplicate. Așa cum spunea Insoo Berg, „Noi suntem foarte mândri de simplitatea noastră. A trebuit o mare cantitate de disciplină pentru a deveni atât de simpli” (Wylie, 1990, p. 27).

Una din caracteristicile definitorii ale terapiei de familie din totdeauna a fost focalizarea pe prezent, unde problemele sunt menținute, nu pe trecutul care le-a „provocat”. Terapeuții focalizați pe familie preferă se se focalizeze pe viitor, unde problemele pot fi rezolvate. Ei susțin că terapeuții nu au nevoie să știe mare lucru despre natura problemelor care aduc oamenii la terapie. Într-adevăr, soluția unei probleme poate să fie total nelegată de cum aceasta s-a dezvoltat.

Ca și modelul de la MRI, terapeuții focalizați pe soluție cred că oamenii sunt constrânși de punctele de vedere înguste, pesimiste ale problemelor lor în perpetuarea patenurilor rigide ale soluțiilor false. Așa cum O'Hanlon și Weiner-Davis (1989) spuneau:

Astfel, sensurile pe care oamenii le atribuie comportamentului limitează șirul alternativelor pe care le vor folosi pentru a aborda o situație. Dacă metodele folosite nu produc un rezultat satisfăcător, ipoteza despre sensul comportamentului nu este pusă sub semnul întrebării. Dacă ar fi, ar trebui luate în considerare noi semnificații, care, în schimb, ar putea determina o abordare diferită, poate mai eficientă. În schimb, oamenii, într-un mod inefficient, crezând că prin a face mai mult, mai greu sau mai bine (adică mai multe pedepse, mai multe discuții de la inimă la inimă și așa mai departe) vor rezolva aceasta în cele din urmă (p. 48).

Terapeuții orientați pe soluție resping noțiunea că problemele servesc motive ulterioare sau că oamenii sunt ambivalenți referitor la problemele lor. Ei presupun că respectivii clienții doresc *realmente* să se schimbe. De Shazer (1984), de fapt, a declarat moartea rezistenței ca un concept, sugerând că atunci când clienții nu urmează directivele, este modul lor de „cooperare”, învățând terapeutul modalitatea cea mai bună de a-i ajuta.

Modelul de la MRI a fost puternic influențat de punctul de vedere al lui Milton Erickson despre oameni, conținând resurse neabordate, inconștiente. Conform acestui punct de vedere oamenii pot avea nevoie numai de schimbări ușoare de perspectivă pentru a-și elibera potențialul. Teoria focalizată pe soluție timpurie a arătat mai evident punctul de vedere ericksonian al oamenilor ca resurse. După revoluția postmodernă, teoretizarea s-a deplasat din ce în ce mai mult de la eliberarea resurselor la schimbarea modului în care oamenii vorbesc despre problemele lor.

Constructiviștii cred că limbajul formează realitatea. Prin influența filozofului analitic Ludwig Wittgenstein (1958), de Shazer s-a deplasat treptat spre o poziție mai radicală – și anume, că limbajul *crează* realitatea. „Limbajul constituie lumea umană și lumea umană constituie întreaga lume” (de Shazer & Berg, 1993, p. 73). Nimic nu există în afara limbajului. Astfel, de Shazer (1993) spune că „Nu există paturi umede, nici voci fără oameni, nici depresie. Există numai *vorbire* despre paturi umede, *vorbire* despre voci fără oameni, *vorbire* despre depresie (p. 89). Dacă acceptăm că limbajul este realitate, terapia devine o procedură relativ simplă. Tot ce este necesar este de a schimba modul în care oamenii vorbesc. Din această idee decurge scopul focalizat pe soluție de a conduce clienții de la „discutarea-problemei” la „discutarea-soluției”.

Recent, un număr de autori și-au întors atenția de la ideea conform căreia „cuvintele sunt magice” (pentru a parafraza titlul ultimei cărți a lui de Shazer (1994)) la a privi la puterea relației terapeut-client (Tuyn, 1992; Metcalf, Thomas, Duncan, Miller & Hubble, 1996; Butler & Powers, 1996; Simon, 1996; Lipchik, 1997). Așa cum declarau William Buttler și Keith Powers „Terapia focalizată pe soluție funcționează... dar nu este modelul sau tehnica care are realmente importanță. Atitudinea terapeutului și interschimbarea dintre client și terapeut este adevărata cheie”. (p. 245). Eve Lipchik (1997) se face ecoul acestui sentiment spunând că „terapia focalizată pe soluție este o filozofie, nu o colecție de tehnici.”

Dvorah Simon (1996) sugerează că abilitatea terapeutului de a da clienților sensul speranței „mi se pare a fi la inima spirituală a acestei munci – plasând dorul, dorința și credința că o viață mai bună nu numai că este posibilă, dar și disponibilă într-o poziție centrală în jurul căreia totul poate curge” (p. 46). Alții sugerează că terapia focalizată pe soluție funcționează, făcând clienții să se simtă bine cu ei înșiși, prin sublinierea forțelor și succeselor lor – efectul liderului vesel (Metcalf și alții, 1996).

Dezvoltarea familiei normale

Terapeuții focalizați pe soluție au împrumutat de la constructivism ideea că nu există absolut; de aceea, terapeuții nu trebuie să-și impună punctele lor de vedere despre normalitate. Căutarea defectelor structurale, care caracterizează cele mai multe alte forme ale psihoterapiei, este respinsă. Așa cum scria de Shazer (1991b): gândirea structurală subliniază ideea că simptomele sunt rezultatul unei probleme ascunse, o problemă

psihică sau structurală, precum ierarhiile incongruente, conflictele parentale ascunse, stima de sine scăzută, comunicarea deviantă, sentimentele reprimite, „jocuri murdare”, etc. Terapeutul centrat pe soluție se eliberează de asemenea speculații și este interesat în schimb numai de limbaj – modul în care oamenii se descriu pe ei înșiși și problemele lor.

Atunci terapia este foarte relativă. Terapeutul trebuie să fie interesat numai de plângerile pe care familiile le prezintă și nu trebuie să impună valori, sugerând că respectivii clienții abordează alte probleme neprezentate (O'Hanlon & Weiner-Devis, 1989).

Terapeuții focalizați pe soluție nu cred că există o singură cale „corectă” sau „valabilă” de a trăi propria viață. Trebuie să înțelegem că ceea ce este un comportament inacceptabil într-o familie sau pentru o persoană este un comportament dezirabil în alta. De aceea, clienții, nu terapeuții, identifică scopurile care trebuie realizate în tratament (p. 44).

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

În lumea focalizată pe soluție acest subiect este închis. Așa cum ei conduc clienții departe de speculațiile despre formarea problemei, terapeuții focalizați pe soluție sfătuiesc, de asemenea, terapeuții să-și schimbe părerea despre această conjunctură. Convingerea lor este că soluțiile problemelor sunt adesea nelegate de modul în care problemele se dezvoltă și că identificarea factorilor etiologici este angajată în „discutarea problemei” – exact ceea ce ei cer să se evite.

Discutarea problemei și preocuparea aferentă problemei este altă concentrare pe soluție pe care terapeuții merg să identifice

factorii etiologici. Ei cred că gândirea focalizată pe soluție împiedică oamenii de la recunoașterea soluțiilor eficiente pe care ei le-au folosit deja sau care s-ar putea pune în viitor.

Scopurile terapiei

Ca și modelul de la MRI, scopul terapiei focalizată pe soluție este să rezolve plângerile prezentate prin ajutarea clienților să facă ceva diferit în așa fel ca să devină mai satisfăcuți de viețile lor. Mai mult decât terapeuții de la MRI, totuși, terapeuții focalizați pe soluție au încredere în clienții lor că își vor atinge propriile lor scopuri. Ei cred că oamenii au deja abilități să rezolve propriile probleme, dar au pierdut din vedere aceste abilități deoarece problemele lor se conturează atât de mari încât forțele lor sunt date afară din tablou. Uneori o simplă schimbare în focus de la ceea ce nu merge bine spre ceea ce ei fac deja să funcționeze poate reaminti clienților despre și poate extinde folosirea acestor resurse. În trecut, oamenii puteau să caute abilitățile pe care ei nu le foloseau în mod curent și să aducă aceste abilități adormite pentru a se sprijini problemele lor.

La alt nivel, scopul este simplu de a ajuta clienții să înceapă să-și schimbe limbajul de la a vorbi despre probleme la a vorbi despre soluții. De îndată ce oamenii încep să vorbească despre ceea ce ei pot să facă în mod efectiv, ce resurse au, ceea ce au făcut în trecut, ce au lucrat, terapeuții focalizați pe soluție au realizat primul lor scop. Din acest moment, munca este de a construi soluțiile care apar din aceste conversații mai optimiste.

Deoarece terapeuții focalizați pe soluție nu sunt în afara reorganizării personalităților sau structurilor familiilor, ei doresc să stabilească scopuri modeste. O femeie fără casă poate avea nevoi simple să găsească un

loc unde să trăiască, un bărbat singur poate dori să aibă curaj să ceară cuiva o întâlnire. Dacă scopul clientului este vag – „Aș vrea să mă simt mai fericit” – sau utopic – „Nu mai vreau să fiu trist din nou” – ei pun întrebări concepute să traducă scopul în ceva clar și specific. Ajutarea clienților să stabilească clar și să realizeze scopurile este o intervenție majoră în sine însuși, iar procesul gândirii despre viitor și ce se dorește a fi diferit este o mare parte a ceea ce fac terapeuții focalizați pe soluție (Walter & Peller, 1996).

Condiții pentru schimbarea comportamentului

Sarcina terapiei focalizată pe soluție este să ajute clienții să amplifice *excepțiile* problemelor lor – soluțiile eficiente pe care le au deja în posesie. Terapeutul se străduiește să lucreze la înțelegerea de către client a problemei și cere schimbare comportamentală. Dar, deși modelul este consecvent cu durată scurtă și pragmatismul abordărilor strategice, terapeuții centrați pe soluție subliniază construcția de colaborare a terapeuților narativi orientați pe soluție.

Din punctul de vedere al lui Berg și de Shazer (1993), ceea ce trebuia pentru schimbare este că terapeutul și clientul angajați într-o discuție care schimbă modul în care problema este „exprimată prin limbaj”.

Mai degrabă decât a privi dincolo de și sub limbajul pe care clienții și terapeuții îl folosesc, credem că limbajul pe care ei îl folosesc este tot ce avem pentru a continua... Ce vorbim și cum vorbim, aceasta este ceva diferit și aceste diferențe pot fi folosite pentru a face o deosebire (a clientului)... trebuie să vedem că sensurile apărute într-o conversație

terapeutică sunt dezvoltate printr-un proces mai mult ca o negociere decât ca dezvoltarea înțelegerii sau descoperirii a ceea ce „realmente” funcționează (p.7).

Astfel, schimbarea modului în care oamenii vorbesc despre problemele lor este tot ce trebuie să realizăm, deoarece, „cu cât clientul și terapeutul vorbesc din ce în ce mai mult despre soluție, ei doresc să construiască împreună, ei vor să creadă în adevărul sau realitatea despre care ei vorbesc. Acesta este modul în care funcționează limbajul, firește” (Berg & de Shazer, 1993, p. 9). Din acest motiv, terapia focalizată pe soluție poate fi atât de scurtă – este mai ușor să lași clienții să vorbească diferit despre problemele lor decât este să se producă schimbări semnificative în paternurile de comportament sau în structura intrapsihică. Ipoteza este, desigur, aceea că, lăsând oamenii să vorbească pozitiv îi va ajuta să gândească pozitiv – și, în cele din urmă, să acționeze pozitiv pentru a rezolva propriile lor probleme.

De la perspectiva ericksoniană, care a anunțat gândirea timpurie a lui de Shazer, terapeutul trebuie să creeze o atmosferă în terapie în care forțele oamenilor să se poată mișca în afara umbrelor și în prim plan. De Shazer (1985, 1986) a descoperit aceste forțe ascunse în spațiile dintre probleme – în „comportamente, percepții, gânduri, sentimente și așteptări. Aceste așteptări... pot fi folosite ca blocuri în construcția unei soluții... soluțiile implică stabilirea ce „lucrări”, în așa fel încât clientul să poată face mai mult din aceasta (de Shazer, 1986, p. 48).

Pentru a ilustra acest proces, de Shazer (1986) a folosit metafora unui bărbat a cărui problemă este că vrea să plece de la Chicago. Pentru a rezolva această problemă, multe din următoarele informații sunt puțin relevante: cum a ajuns bărbatul la Chicago; cât timp a locuit el acolo; ce l-a împiedicat să plece mai de mult; sau natura de la Chicago. În schimb,

călătorul trebuie să se concentreze numai asupra locului unde vrea să meargă și asupra resurselor pe care le are pentru a ajunge acolo.

S-ar putea, cu toate acestea, ca discutând dorințele sale, el săși amintească unele zile bune de la Chicago și, în timp ce aceste așteptări pareau nesemnificative, gândindu-se la ce le-a făcut excepționale, el realizează că acele au fost zilele în care s-a amuzat cu alți oameni. El a hotărât că, de fapt, la urma urmelor, nu trebuie să plece de la Chicago și își dirijează, în schimb, energia sa spre a petrece mai mult timp cu oamenii care-i plac. Acesta este focusul pe scopuri, resurse și excepțiile problemei, care caracterizează modelul centrat pe soluție. Cu acest focus, oamenii, fie că vor descoperi problema lor de origine (părăsirea Chicagoului), fie vor hotărî că problema lor este altceva (nu stă destul timp cu prietenii) și găsesc o soluție pentru aceasta.

Terapia

Evaluarea

Terapeuții care folosesc modelul focalizat pe soluție evită cu bună știință orice evaluare a felului cum se dezvoltă problemele. Ei nu sunt interesați nici de evaluarea paternurilor de comportament care ar putea să perpetueze aceste probleme. În ceea ce sunt ei interesați este identificarea acelor paternuri de comportament care existau atunci când problema nu era operantă.

În loc să trăiască cu problemele trecute, terapeuții concentrați pe soluție se concentrează asupra evaluării scopurilor. Clarificarea scopurilor este un proces proactiv care începe în prima ședință și continuă în decursul terapiei și care ar putea lua forma unora din următoarele întrebări (adaptate după Lipchik, 2002):

1. Care credeți că este problema acum?
2. Cum veți ști că problema este rezolvată?
3. Cum știți că nu veți mai veni aici niciodată? Care va fi semnul?
4. Ce trebuie să fie diferit pentru ca aceasta să se întâmple în comportamentul, gândirea și sentimentele dvs.?
5. Ce veți observa că este diferit la alții implicați în situație?
6. Care este imaginea cea mai amplă despre ce vreți să se întâmple?

Pentru că nu sunt interesați în evaluarea dinamicii familiei, terapeuții centrați pe soluție nu simt nevoia să convoace nici un fel de grupare particulară a oamenilor, precum familiile întregi. În schimb, ei spun că oricine este interesat de problemă trebuie să participe la ședințe. Ei au nevoie de informații foarte puține deoarece vor să audă construcțiile clienților despre problemele lor la prima mână și fără preconcepții.

După de Shazer (1988), practicienii acestei abordări disting între relațiile cu clienții care au diferite niveluri ale motivației. Unii clienți au plângeri, dar par că nu vor să lucreze cu ele, în timp ce alții par gata și doresc să facă schimbări. Sublinierea pe care de Shazer o face este că aceste distincții nu sunt calități ale caracterului, ci calități ale relației terapeutice și de aceea sunt fluide. Cu o persoană care se plânge aparent nemotivat, munca terapeutului este să se angajeze într-o conversație focalizată pe soluție, să facă complimente clientului și poate să dea o evaluare pentru a observa excepțiile problemei. Prin neîmpingerea pentru schimbare, dar schimbarea atenției de la probleme spre soluții, relația poate evolua în una în care clientul devine un client pentru schimbare. Din momentul în care clientul devine un client pentru schimbare, terapeutul poate lua un rol mai activ în ajutarea clientului să caute excepțiile.

Tehnici terapeutice.

Intervențiile sunt date într-un proces cu trei etape: Terapeutul (1) reformulează activ problema într-o lumină funcțională mai pozitivă și face complimente clienților în legătură cu perseverența și resursele acestora; (2) clarifică legătura logică pe care clienții au creat-o pentru ei înșiși; și (3) leagă o directivă ca hipnotică cu un semn inevitabil de progres.

De exemplu, părinții unui copil neastâmpărat pot fi complimentanți pentru preocuparea lor persistentă și modul la fel de persistent al copilului de a le atrage atenția. Terapeutul ar putea spune în continuare: „Dumneavoastră continuați să fiți preocupați, deocamdată nici una din pedepsele dumneavoastră nu funcționează.” Și în cele din urmă, „Nu știu ce o să faceți diferit data viitoare pentru ca copilul dumneavoastră să exteriorizeze.”

La începutul anilor 1980, echipa lui de Shazer a început să experimenteze această orientare spre soluții dând tuturor clienților unele teme, pe care ei le-au numit „sarcini de formule”. Unele din aceste teme păreau a fi universale eficiente indiferent de problemă. Una din aceste sarcini, dată în prima ședință, a fost să ceară clienților să observe ce se întâmplă în viețile sau relațiile lor ce ar vrea să continue (de Shazer, 1985). Această temă a ajutat clienții să se reorienteze de la focalizarea asupra lucrurilor rele din viețile lor spre gândirea și așteptările bune. Acești terapeuți au descoperit, de asemenea, că această schimbare de perspectivă părea că se construiește pe sine însuși —, pentru a crea o privire mai pozitivă care conducea la interacțiuni mai bune care, în schimb, au întărit și extins această privire pozitivă.

Aceasta a devenit cunoscută drept **formula sarcinii din prima ședință** și este tema standard dată la sfârșitul primei ședințe. „Între acum și data viitoare când ne întâlnim, vă rog

să observați, în așa fel încât să puteți descrie data viitoare ce s-a întâmplat... (în familia voastră, viața voastră, căsătoria voastră, în relațiile voastre) și vreți să continue să se întâmple” (de Shazer, 1985, p. 137).

Cu succesul acestor formule, a început să devină clar echipei că procesul schimbării poate fi inițiat fără multe cunoștințe despre problemă sau persoanele care suferă din cauza acesteia. Ei au început să se concentreze asupra modalităților de a crește și amplifica această facultate de rezolvare a problemei din oameni, care, credeau ei, era inhibată de concentrarea asupra problemelor și deficiențelor. Această gândire a condus la dezvoltarea „întrebării de excepție” și a „întrebării miracol”, două puncte de sprijin ale abordării centrate pe soluție (de Shazer, 1985, 1988).

Întrebarea de excepție ignoră imaginea problemei pe care clienții o au și, în schimb, le dirijează atenția spre negativul acestei imagini — spre vremurile când ei nu aveau problema. Explorând acele perioade și ceea ce a fost diferit pentru ei, clienții află punctele de reper la care se pot extinde aceste *excepții*. În plus, clienții pot afla că, în lumina faptului că ei sunt capabili să schimbe sau să elimine problema, privirea lor spre aceasta se schimbă. Aceasta pare mai puțin insurmontabilă.

—Studiu de caz—

Mary, care suferă de bulimie, își poate aminti mai multe perioade din săptămâna anterioară când ea a avut chef să „tragă un ospăț”, dar n-a făcut-o. Ea descoperă că în acele perioade ea a fost departe de părinții ei și nu-i păsa că-i va dezamăgi. Ea hotărăște că este momentul să devină mai independentă.

„Astfel, o soluție este un produs comun al terapeutului și al clientului care vorbesc împreună despre orice nu este problemă/plângere” (Berg & de Shazer, 1993, p. 21).

Eve Lipchik (2002) recomandă pentru excepții folosirea unora din următoarele întrebări: „Există perioade când nu ai avut această problemă?” „Ce este diferit de acele perioade?” „Care este diferența acum?” „Ce va face posibil ca schimbarea să se întâmple mai mult acum?” „Ce schimbări mici ai observat?”

Punerea de întrebări despre excepții permite terapeutului și clientului să construiască pe succesele trecute. Nereușind aceasta, terapeutul poate întreba de ce lucrurile nu sunt mai rele – „Cum ai reușit asta?” – și apoi să construiască acea realizare. „Întrebările ajutătoare” pot ajuta clienții să realizeze că ei au multe resurse, pur și simplu pentru a suporta, decât conștientizează ei. „Ce vă împiedică să continuați în aceste împrejurări dificile?” „Cum se întâmplă că lucrurile nu merg mai prost?” Dacă clientul dă un răspuns, terapeutul poate construi pe el întrebări despre cum poate fi menținută această duranță și cum acest efort poate fi făcut să fie suportat. Dacă clientul nu oferă nici o dovadă de a fi făcut ceva pentru a împiedica lucrurile să meargă mai rău, terapeutul poate întreba „Crezi că lucrurile pot merge mai rău?” „Ce ar însemna aceasta pentru tine?” „Dar pentru alții?” „Care este lucrul cel mai mic pe care poți să ți-l imaginezi să-l faci, care să poată face o diferență?”

Când descoperirea și construirea pe excepții este eficientă, poate că va fi nevoie de altă intervenție. Dar în cazurile în care este dificil pentru clienți să termine cu succesul trecut, ar putea fi de folos să le ceară să-și imagineze succesul viitor folosind întrebarea miracol.

Întrebarea miracol este: „Să presupunem că într-o noapte, în timp ce dormeați, a fost un miracol și această problemă a fost rezolvată. Cum știți? Ce va fi diferit?”

Această întrebare activează modul de gândire în rezolvarea problemei, dând oamenilor o viziune clară a scopului lor, poate în același mod în care vizualizarea unui serviciu perfect ajută un jucător de tenis. Aceasta ajută, de asemenea, clienții să vadă dincolo de problemă, să vadă că ceea ce vor ei realmente nu poate fi eliminarea problemei prin ea însăși, ci, în schimb, să fie în stare să facă lucruri care au obstrucționat problema. Dacă terapeutul poate încuraja clienții să înceapă să facă acele lucruri în ciuda problemei, brusc, problema nu va mai părea atât de mare.

—Studiu de caz—

Mary, care suferă de bulimie, spune că dacă nu datorită simptomelor ei, ea a devenit mai apropiată de oameni și se amuză mai bine. Dacă, încurajată de terapeutul ei, Mary începe să-și asume riscuri interpersonale și se distrează mai bine, atunci bulimia ei poate deveni mai puțin o problemă, mai puțin un obstacol în viața ei, care poate, de asemenea, mări capacitatea ei de a o controla.

Întrebarea miracol este introdusă mai eficient când clienții se plâng în termeni vagi.

—Studiu de caz—

Un terapeut care lucrează cu un cuplu depresiv încearcă să-i schimbe de la a se plânge spre soluții, punându-le o serie de întrebări constructive, precum „Cum rezolvați de obicei o problemă ca aceasta?” „Când vă simțiți mai apreciat de partenerul dumneavoastră, ce face el în mod diferit?” Deși cuplul are o grămadă de plângeri unul despre celălalt, soțul a fost capabil să răspundă pozitiv la întrebarea terapeutului

„Astfel sunteți amândoi de acord, că celălalt se simte rău cu ceea ce faceți dumneavoastră; aveți vreo idee care ar putea fi soluția?”

Sotul: „Ei, soluția ar putea fi mai multă acceptare.

Terapeutul: „Din partea ei? Din partea dumneavoastră?”

Sotul: „Ei bine, din partea amândurora.”

Sotia: „Ei bine, singura soluție pe care o văd este similară, dar mi-am pierdut încrederea în el.”

Când terapeutul i-a cerut să elaboreze asupra cum ar arăta o soluție, soția a revenit la plângerile ei. Și astfel, terapeutul a pus o formă modificată a întrebării miracol în speranța de a o schimba spre o viziune mai specifică a direcției pentru o schimbare pozitivă. „Și dacă printr-un miracol, încrederea ar fi acolo mâine, cum veți ști? Care ar fi semnul?”¹

Mai recent, **întrebările gradate** au devenit un ingredient important în terapia focalizată pe soluție. Întrebările gradate sunt introduse mai întâi pentru a ajuta terapeuții și clienții să vorbească despre subiectele vagi, precum depresia și comunicarea, unde este greu să identifiți schimbări și scopuri comportamentale concrete (Berg & de Shazer, 1993).

Terapeutul îl întreabă pe un client depresiv, de exemplu, „Pe o scară de la unu la zece, unu fiind cât de depresiv vă simteți când mi-ați telefonat, iar zece fiind cum vă veți simți în ziua de după miracol, cum vă veți simți acum?”

Clientul ar putea spune „doi”, iar terapeutul ar putea spune „Așadar vă simțiți puțin mai

bine decât atunci când ați telefonat. Cum ați realizat această îmbunătățire? Sau terapeutul ar putea întreba „Ce credeți că ar trebui să faceți pentru a ajunge la trei? În acest mod, terapeutul și clientul pot recunoaște și crește natura schimbărilor mici spre scop, mai curând decât să fie blocați în felul de gândire care tipizează asemenea probleme: „Sunt fie deprimat, fie nu”.

Întrebările gradate sunt adesea folosite pentru a cere clienților să cuantifice încrederea lor că pot să mențină rezolvarea lor. „Pe o scară de la unu la zece, cât de încrezător sunteți că veți fi capabil să evitați pierderea calmului dumneavoastră în această săptămână?” În practică, acest instrument are un fel de implicare de tipul „încearcă aceasta”. Răspunsul este urmat de întrebarea clienților referitoare la ce ar putea face ei pentru a crește șansele succesului. „Ce trebuie să faceți pentru a vă menține pe poziție acum? Întrebările gradate sunt un mod înțelept de anticipare și de dezarmare a rezistenței și de alunecare înapoi și de încurajare a obligației de a se schimba.

Întrebările gradate pot fi, de asemenea, folosite pentru a reduce scopurile care ar putea părea foarte îndepărtate în etape mai mici posibil de gestionat. „Pe o scară de la 1 la 100, cu 1 neexistând niciodată și 100 fiind întotdeauna, experimentați problema?” Apoi, în răspuns la problemă, „Câte puncte va trebui să coboare pentru ca să vă simțiți mai bine?” „Cum ar arăta o etapă între 75 și 70?” „Ce ați face diferit?” „Ce ar face alții diferit?”

Femeia care a fost mai puternică decât credea ea. Pentru a ilustra procesul terapiei focalizată pe soluție vom rezuma o ședință raportată de Insoo Berg și Peter De Jong (1996). Clienta, Luncinda, este o mama afroamericană de nouăsprezece ani, cu doi copii, de trei și patru ani, care au fost luați de la Lucinda și plasați la părinții adoptivi

1) Vigniera este o parafrază după Friedman și Lipchik (1999).

acum optsprezece luni. Lucinda a fost abuzată fizic de fostul ei partener. Acestea sunt toate informațiile alese să fie știute înainte de a o vedea pe Lucinda.

—Studiu de caz—

Mai degrabă decât să întrebe de problemele ei, terapeutul începe ședința întrebând „Ce pot să fac pentru dumneavoastră ca să vă fiu de folos?” Lucinda spune că este depresivă și stresată și vrea să vorbească cu cineva deoarece copiii ei nu sunt cu ea. Ea face aluzie și la relația abuzivă cu un bărbat pe care nu-l mai vede de mult.

Fără nici o altă discuție despre sentimentele sau starea dificilă a Lucindei, terapeutul pune o serie de întrebări despre felul în care Lucinda a putut să rupă relația abuzivă. Lucinda spune că aceasta s-a datorat bărbatului. Marvin nu vroia să plece și ea se temea să nu o omoare pentru că el o bătea atunci când o vedea. Terapeutul a spus: „Aceasta este soarta majorității femeilor, devin slabe și îl primesc înapoi. Cum de n-ai făcut-o?” Lucinda a răspuns: „O perioadă am făcut-o pentru că eram speriată. Și, de câte ori mă întorceam la el, totul mergea din rău în mai rău. Și apoi, el a sfârșit prin a-i face rău fiului meu”. Ea a continuat să descrie cum Marvin i-a rupt piciorul copilului, motiv pentru care ea a pierdut custodia copiilor ei și atunci, ea a tras linie și nu l-a mai primit înapoi. Terapeutul a punctat povestea ei cu comentarii, subliniind competența Lucindei în protejarea copiilor ei. „Dar unele femei... ar fi fost fie speriate de el, fie, știți, cred că el s-ar schimba și l-ar primi înapoi.” „Oh, sunt umit de asta. Cum ați făcut asta?”

După ce a lăsat-o pe Lucinda să vadă că ea este impresionată de competența ei, terapeutul a schimbat direcția țintei întrebărilor. Lucinda spune că-și vrea copiii înapoi și nu mai vrea să mai fie speriată de

Marvin niciodată. Ea dorește un sfat cum să fie puternică în fața lui Marvin. Terapeutul spune: „Asta sună ca și cum deja sunteți puternică totuși.”

Pentru a clarifica scopul Lucindei, terapeutul îi pune „întrebarea miracol”. Ea îi cere Lucindei să-și imagineze că după ce ea se duce la culcare în acea seară se întâmplă un miracol și problemele ei – ea își dorește copiii înapoi și dorește să fie puternică – sunt rezolvate. Cum va putea Lucinda să fie capabilă să spună că miracolul s-a întâmplat? Lucinda răspunde că copiii ei vor fi acasă și vor fi foarte fericiți. Terapeutul îi cere să lucreze mai mult asupra imaginii acestui miracol, iar Lucinda consumă mare parte din ședință descriind fericita ce a făcut cu copiii ei și cum s-au simțit ea și ei, cu întrebările puse de terapeut precum: „Unde ai învățat să fii o mamă atât de bună și iubitoare?”

Terapeutul a pus o întrebare gradată: „Pe o scară de la unu la zece, zece pentru cum vei fi când în cele din urmă vei avea înapoi copiii și unu este când copiii tăi sunt luați de la tine... unde ai spune că se situează lucrurile astăzi?” Lucinda spune că între opt și nouă. Terapeutul a întrebato cum a reușit să se urce atât de sus. Lucinda a spus că aceasta s-a întâmplat deoarece ea este sigură că copiii ei vor veni înapoi curând.

După ce îi face mai multe complimente, terapeutul face o pauză și se întoarce pentru a rezuma feedback-ul ei. Ea spune că are sens ca Lucinda să fie deprimată dat fiind că ea este pierdută și datorită lucrurilor prin care a trecut în viața ei, dar terapeutul este uimit cum Lucinda a folosit ceea ce a învățat. „Și, realmente, este absolut uimitor pentru mine. Pentru cineva atât de tânăr ca dumneavoastră ... sunteți foarte înțeleaptă deja”. Terapeutul a felicitat-o din nou pentru că a terminat cu Marvin. Lucinda este de acord cu toate acestea, încât terapeutul spune: „... în acest moment nu sunt sigur dacă este nevoie să ne întâlnim din nou. Ce credeți? Lucinda este de

acord că ea nu mai are deloc nevoie de ajutor și ei termină ședința. Ea nu a mai telefonat niciodată pentru o altă programare, iar copiii s-au întors la ea.

Berg și De Jong (1996) cred că în timpul conversației focalizată pe soluție, percepțiile Lucindei despre ea însăși ca și comportament necorespunzător, deprimată și pasivă, s-au schimbat. Ei cred că ea a plecat cu un sentiment mai clar despre ceea ce ea vrea și cum vrea să facă să se întâmple acest lucru.

Terapeuții focalizați pe soluție cred că dacă, atât clientul, cât și terapeutul pot să se reorienteze ei înșiși în direcția forțelor-excepțiilor problemei, scopurilor clarificate și strategiilor pentru realizarea lor – terapia poate fi scurtă. Două ipoteze justifică această credință. Prima decurge din nou din constructivism și puterea de sugestie. Așa cum explică O'Hanlon și Weiner-Davis (1989):

De când așteptați influențele pe care le aveți, terapeuții orientați asupra soluției mențin aceste presupozitii care îmbunătățesc cooperarea terapeut-client, dau putere clienților și fac munca noastră mai eficientă și mai plăcută. Deținem ipoteze care se concentrează asupra forțelor și posibilităților; din fericire, aceste ipoteze ajută, de asemenea, la crearea profețiilor autorealizabile. (p. 34).

Dacă o perspectivă este valabilă ca și următoarea, atunci de ce să nu presupunem că soluțiile pot fi găsite ușor și repede?

A doua ipoteză este împrumutată din modelul de la MRI – că o schimbare mică este de obicei tot ceea ce avem nevoie deoarece poate crește ca bulgărele de zăpadă în schimbări mai mari. Așa cum O'Hanlon și Weiner-Davis (189) au spus, „În momentul în care este făcută o schimbare mică, pozitivă,

oamenii se simt optimiști și puțin mai încrezători în apariția altor schimbări” (p. 42).

Cu aceste două ipoteze despre schimbare, teoreticienii focalizați pe soluție au creat un set de întrebări și sarcini concepute să creeze o perspectivă optimistă și au început rostogolirea bulgărelui de zăpadă. În cazul Lucindei, terapeutul a folosit întrebarea miracol, întrebări de excepție, întrebări despre modul cum se descurcă („Cum v-ați descurcat cu asta?”), complimente în timpul ședinței și feedback la sfârșitul ședinței care au subliniat și rezumat competențele ei. Lucinda a plecat cu sentimentul că terapeutul gândea că ea a putut să-și realizeze scopurile.

Complimentele, care sunt o parte importantă a terapiei focalizată pe soluție, sunt conduse cu întrebări care iau forma generală de „Cum ați făcut asta?” sau, pentru a fi mai clari, „Oh! Cum ați făcut asta?” Observați că această frazare atrage atenția asupra faptului că persoana a făcut deja ceva. Mai degrabă decât să punem întrebări de genul „Ați avut vreodată o slujbă înainte?”, întrebarea „Ce fel de slujbă ați avut înainte?” invită clienții să descrie succesele lor și astfel ajută să crească mai mult autoîncrederea (Berg & Dolan, 2001).

Pentru a fi eficiente, complimentele trebuie să sublinieze ce să facă mai mult, nu ce să elimine. Cei mai mulți dintre clienți știu ce este greșit, dar au renunțat la ideea despre ce să facă pentru a evita repetarea acelorași vechi soluții ineficiente. Complimentele, atât directe, cât și indirecte, pot fi folosite pentru a sublinia strategiile de succes și pentru a menține clienții concentrați pe acele care funcționează. (Berg & Dolan, 2001).

Terapia focalizată pe soluție este adesea practică folosind o abordare de echipă, cu un terapeut în ședință și unul sau mai mulți colegi observatori în spatele unei oglinzi unidirecționale. Dacă se lucrează cu o echipă sau singur, terapeutul care interviează face o pauză de cinci sau zece minute aproape de sfârșitul ședinței. În decursul acestei perioa-

de, terapeutul (cu echipa sau singur) compune un mesaj-rezumat pentru clienți. Mesajul-rezumat conține patru elemente (Lipchik, 2002):

1. Feedback-ul la ceea ce terapeutul a auzit în decursul ședinței.
2. Complimentele privind etapele pozitive deja parcurse.
3. Un cadru în care se plasează situația dificilă a clientului, subliniind de obicei normalitatea situației.
4. O sarcină sugerată pentru a fi executată între ședințe.

Scopul general al mesajului-rezumat este să ofere o perspectivă nouă și mai plină de speranță și să genereze speranță și expectații pozitive.

Astfel, de exemplu, terapeutul ar putea începe prin a spune: „Ce aud că ne spui astăzi este...” Această frază include ceea ce terapeutul a auzit că spun clienții (folosind limbajul clienților cât mai mult posibil), scopurile acestora, progresul și complimentele despre sentimentele sau emoțiile lor. În continuare, terapeutul oferă complimente, întărește schimbările pozitive, normalizează, reformulează sau prezintă informații dintr-o perspectivă de dezvoltare. În cele din urmă, se face o sugestie. Aceasta ar putea fi foarte simplă precum „Continuă să faci ce ai făcut deja” sau poate fi concepută mult mai specific pentru a ghida clienții spre a face ceva diferit (Friedman & Lipchik, 1999, p. 132).

Mesajul-rezumat începe cu un rezumat a ceea ce terapeutul a auzit că au spus clienții în timpul interviului, inclusiv problema, trecutul acesteia, scopurile clienților și presiunea, progresul și forțele. „Ce am auzit că mi-ați spus astăzi, d-le și d-nă X, este că...” „Am înțeles corect tot ce ați spus?” „Există ceva important ce am omis sau pe care ați vrea să-l adăugați?”

Acest rezumat este urmat de o frază care să reflecte reacția terapeutului, inclusiv o expresie de empatie („Nu sunt surprins că sunteți atât de depresiv!”), o reflectare a impactului emoțional asupra clientului („Simt că trebuie realmente să suferiți destul”), complimente privind schimbările sau forțele dinainte de ședință („Am fost impresionat de cât de multe lucruri ați încercat să faceți mai bine”) și câteva comentarii privind scopurile împărtășite ale clienților.

Terapeutul face apoi o sugestie despre observarea sau construirea lucrurilor pozitive: „V-aș sugera ca să observați ce face Patrick la școală din ceea ce dumneavoastră doriți ca el să continue să facă.” „Patrick, ți-aș sugera ca tu să încerci să observi ce-ți place din ceea ce se întâmplă la școală cu copiii și cu profesorul tău și ceea ce tu vrei să continue să se întâmple.”

Printre sugestiile folosite în mod obișnuit în terapia focalizată pe soluție sunt următoarele:

1. Atribuirea formulei-sarcini în prima ședință (de Shazer, 1985). „Între acum și data viitoare când ne întâlnim, aș vrea ca tu să observi ce se întâmplă în familia ta și ai vrea să continue să se întâmple.”

2. Fă mai mult din ceea ce funcționează. „Din momentul în care ai spus că de obicei puteți vorbi împreună când mergeți să vă plimbați, poate ar trebui să încercați odată sau de două ori și să vedeți ce se întâmplă.”

3. Fă ceva diferit. „Ai menționat că atunci când te bazezi pe Janine să răspundă pentru tema ei de acasă, ea, de obicei, nu o face. Poate ar trebui să încerci ceva diferit?” Dacă un client spune „Am tot spus același lucru de nenumărate ori până m-am înroșit la față”, sugestia de a încerca ceva diferit invită clientul să descopere propria soluție.

Sugestia de a face ceva diferit poate fi dată ca un experiment, așa cum a fost ilustrat de

exemplul lui Berg cu părinții exasperați de fiul lor, care, atunci când s-a făcut sugestia de a încerca ceva diferit, au început să umple olița băiatului cu apă și să pună o bărcuță jucărie, spunându-i că treaba lui este să scufunde barca (Berg & Dolan, 2001). Aceasta a funcționat!

4. Ia-o încet. Această sugestie, luată din modelul de la MRI, este concepută să ajute clienții să depășească teama și rezistența de a schimba, întrebând despre consecințele negative posibile ale schimbării și atenționării împotriva încercării de schimbare prea rapide. „Am ceva care ar părea ca o întrebare stranie: Ar putea exista vreun avantaj pentru lucrurile care sunt așa cum sunt?”

5. Fă opusul. Această sugestie, luată, de asemenea, de la modelul de la MRI, se bazează pe noțiunea că multe probleme sunt menținute de soluția încercată. Sugerarea că un clientul(ți) să încerce opusul a ceea ce a/au făcut este folositor, în special pentru problemele care există între două persoane (unul membru al cuplului, sau unul părinte, care are probleme cu un copil).

Dacă dojenind aspru un copil pentru că este rău, aceasta nu funcționează, părinții pot fi încurajați să înceapă să îl prețuiască ca fiind bun. Dacă încercările unui soț de a evita conversațiile cu soția sa despre relațiile lor nu funcționează, el ar putea încerca să le inițieze când el este bine dispus.

6. Atribuire „sarcina de predicție” (de Shazer, 1988). „Înainte de a merge la culcare seara fă o prezicere dacă mâine problema va fi mai bine sau aceeași. Mâine seară evaluează ziua și compar-o cu predicția ta. Gândește-te la ce ai putut estima pentru predicția corectă sau greșită. Repetă aceasta în fiecare seară până ne întâlnim din nou.”

Așa cum poți vedea, complimentele și sugestiile mesajului-rezumat continuă adevărul de bază al abordării focalizată pe

soluție, atrăgând atenția asupra resurselor familiei și încurajându-i să-și valorifice forțele pentru a se concentra asupra soluțiilor mai degrabă decât asupra problemelor.

Evaluarea teoriei și rezultatelor terapiei

Deși unii au criticat terapia focalizată pe soluție ca fiind simplistă, există ingrediente folositoare în abordare care pot ajuta clienții să iasă din pesimismul lor și să se deplaseze spre acțiunea constructivă. Ca orice model din etapele timpurii ale evoluției, aceasta a fost prezentă la timp în stilul unei cărți de bucătărie care a condus terapeuții cu experiență limitată să o utilizeze ca pe un set de tehnici de formule. Mai recent, unii terapeuți centrați pe soluție au recunoscut această problemă și au subliniat importanța filozofiei generale și relația cu clienții.

Eve Lipchik, de exemplu, subliniază că „viteza și succesul construcției soluției depind de capacitatea terapeutului de a rămâne conectat la realitatea clienților de-a lungul terapiei. Aceasta este baza întregului proces de colaborare, vaselina care menține axul să se învârtască” (Lipchik, 1999, p. 329). Ca orice altă terapie abordarea focalizată pe soluție nu este foarte eficientă dacă terapeuții, în graba de a-și rezolva propria agendă, nu reușesc să asculte clienții și-i fac să se simtă neînțeleși.

Pe contul lor, terapeuți focalizați pe soluție au făcut cercetare și au raportat rezultate care nu au fost în mod necesar ceea ce ei s-au așteptat. Un studiu despre procesul terapiei focalizată pe soluție amestecă lucrurile puțin. Linda Metcalf (1993; Metcalf și alții, 1996) a intervievat șase cupluri care erau considerate că au realizat rezultate bune la BFTC. Ea i-a intervievat și pe terapeuții lor. Ea a aflat, în mai multe feluri, că ceea ce

terapeuții au spus că s-a întâmplat (și ce spune teoria focalizată pe soluție că trebuie să se întâmple) nu s-a potrivit cu experiențele clienților.

De exemplu, discutând ce a fost folositor, terapeuții s-au focalizat în primul rând asupra tehnicilor pe care le-au folosit, în timp ce clienții erau departe de a sublinia calitățile relațiilor lor cu terapeutul. În plus, în timp ce toți terapeuții credeau că hotărârea de a termina terapia a fost luată în colaborare, patru din șase cupluri credeau că terapeutul a luat hotărârea în mod unilateral și unele dintre ele au descoperit că terapeuții au avut, în general, – un rol mult mai directiv decât este sugerat de literatura din domeniul abordării focalizată pe soluție.

Revăzând experiența Lucindei, descrisă mai înainte, ar putea fi făcut caz de faptul că terapeutul a îndrumat interviul într-o anumită direcție optimistă și că decizia de a se opri după o ședință a fost mai puțin decât reciprocă. După ce terapeutul a spus: „În acest moment nu sunt sigur dacă avem nevoie să fim împreună din nou. Ce crezi?” Acesta i-ar fi permis unui client îngâmfat să spună: „Nu, eu am nevoie de mai multe ședințe”.

Problema dacă terapia focalizată pe soluție este colaborativă sau directivă de la origine a fost ridicată în mod frecvent: (Wylie, 1990; Storm, 1991; Lipchik, 1992, 1993, 1996; Efron & Veenendaal, 1993; Efron & Schenker, 1993; Miller, 1994; Nylund & Corsiglia, 1994; O'Hanlon, 1996). Ea a fost chiar numită de unele persoane terapia „soluției forțate”, datorită tendinței percepute de terapeuți de a face presiuni asupra clienților în discutarea în termeni numai pozitivi și agreabili nevăzând nimic negativ. Așa cum se întrebau Efron și Schenker (1993) „ce asigurare este aceea în care clienții terapeuților centrați pe soluție nau învățat pur și simplu săși păstreze plângerile pentru ei înșiși în prezența terapeutului?” Conștientizând această preocupare, Eve Lipchik (1997) scrie că: „am lucrat ocazional

cu clienți care descriu experiența lor cu profesioniști focalizați pe soluție, ea sau el fiind prea pozitivi și neoferind posibilitatea de a vorbi despre lucrurile care realmente îi deranjează.” (p.167).

Terapeuții focalizați pe soluție au exprimat ei înșiși rezerve asupra interdicției modelului de a rămâne constant optimist (Storm, 1991; Lipchik, 1992, 1993; Efron & Veenendaal, 1993). Așa cum a relatat Cheryl Storm (1991), „Am aflat că a fi centrat în mod neabătut pe soluție este o disonanță pentru unii clienți. Aceste persoane insistă să vorbească despre problemă în detaliu și, dacă sunt ignorați, dau foc terapeutului. Am crezut că am aplicat greșit abordarea, dar acum cred că... eu am subliniat excesiv schimbarea.” Alții se fac ecoul acestor sentimente. „Când noi încercăm să folosim aceste modele și poziții în mod exclusiv, construim un simț al greșelii și superficialității, ca și cum am trage cumva basmaua pe ochii clientului și pe propriii inoștri ochi” (p.17).

Ca și Lipchik, unii terapeuți focalizați pe soluție citesc feedback-ul. Conform lui Bill O'Hanlon (1996), „Carl Rogers ne-a învățat cu ani în urmă să ascultăm cu respect clienții și să-i lăsăm pe ei să știe că noi putem să ascultăm percepțiile și sentimentele lor și că noi îi acceptăm așa cum sunt ei în mod obișnuit este o precerință pentru ca majoritatea oamenilor să coopereze în procesul schimbării. (p. 85).

În mod similar, William Butler și Keith Powers (1996) au subliniat importanța validării experienței clientului privind problema și observă absența unei asemenea validări în literatura focalizată pe soluție.

În timpul primului interviu, clientul se plânga despre faptul că se simțea din ce în ce mai deprimat datorită unor pierderi recente... Terapeutul a ascultat concentrat, a reflectat la sentimentele ei și a făcut multe comentarii emfactice. Cel mai important lucru pe care

terapeutul l-a făcut, totuși, a fost să *nu pună* o serie de întrebări orientate spre viitor... În al doilea interviu, o săptămână mai târziu, clientul a spus din nou detalii ale lungii sale istorii de depresie și pierdere. Terapeutul a luat tema multiplelor pierderi și a acelor mulți ani de luptă (p. 230).

Numai după un număr mare de detalii și subliniind un mare număr de pierderi de-a lungul a ultimilor zece ani, terapeutul a introdus o întrebare centrată pe soluție: „Dar, când m-am uitat peste această listă lungă (de pierderi) și am văzut prin ce ai trecut, eu nu pot să te ajut, dar mă mir cum poți să faci ca toate acestea să nu se înrăutățească?” (p. 230). Autorii concluzionează că a fost crucial să persoana clienței să-și exprime în întregime lupta ei și să aibă experiența ei validată înainte să schimbe conversația spre forțele ei.

Problema pe care terapeuții centrați pe soluție o pot avea cu această linie de gândire este că modelul poate pierde cerința sa de a fi scurt în mod distinct. Poate să treacă mai multe ședințe înainte ca unii clienți să se simtă complet înțeleși și bine cunoscuți. Dacă ei au adăugat o etapă de cunoaștere modelului obișnuit, nu va începe terapia focalizată pe soluție să semene cu terapia de sprijin, cât ca durată, cât și ca practică?

Cu alte cuvinte, refuzul de a vorbi despre probleme, care face terapia focalizată pe soluție unică, pare a fi problematic. A reasigura pe cineva care s-a speriat că nu este nimic de temut, nu este foarte reasigurător. Aceasta poate să te facă să crezi că sentimentele tale nu sunt valabile, pentru că nu le ai dacă te uiți numai la partea strălucitoare a lucrurilor. Cei mai mulți oameni nu sunt foarte ușor de schimbat de cineva pe care ei îl simt că nu-l înțeleg.

Sperăm că această dezbatere ajută terapeuții focalizați pe soluție să continue să se deplaseze de la modul formulelor modelului care a fost la început ambalat. Multe din tehnici sunt valabile pentru clienți dacă sunt aplicate în mod corespunzător și flexibil. Dar tehnicile pot ascunde trăsătura umană intuitivă a terapeuților. Sperăm că studenții își vor reaminti confesiunea candidă a lui Michele Weiner Davis, că ea nu a practicat niciodată ceea ce propovăduiește: „... clienții mei se plâng și își exprimă durerea, mânia, nemulțumirea și temerile așa cum ar face-o în cabinetul oricărui alt terapeut. Iar eu răspund cu compasiune... istoria terapiei mele [ceea ce ea prezintă la ateliere] nu este imaginea completă a modului cum fac eu terapie” (p. 157).

—Rezumat—

Terapia focalizată pe soluție este descendentă direct din abordarea de la MRI, deși răstoarnă accentul de la ceea ce nu funcționează la ceea ce funcționează. În timp ce abordarea de la MRI este totalmente focalizată asupra problemelor, terapia centrată pe soluții este totalmente confocalizată asupra soluțiilor. Ideea este că oamenii sunt blocați adesea în problemele lor pentru că prin insistarea asupra lor și încercând să ajungă la originea lor ei nu văd soluțiile care sunt uneori chiar sub nasul lor.

Această noțiune a condus la dezvoltarea unui set de tehnici pentru schimbarea „discutării problemei” în „discutarea soluției”. Aceste tehnici includ: întrebările de excepție (de exemplu, „Poți să te gândești la perioada când nu aveai aceste probleme? Ce făceai atunci?”; întrebări miracol (de exemplu, „Să presupunem că te duci la culcare și se produce un miracol și atunci când te trezești problema ta este rezolvată. Ce va fi diferit?”); întrebări gradate (de exemplu, „Pe o scară de

la unu la zece, cum te simți acum în comparație cu atunci când ai telefonat?); întrebări despre modul cum faci față (de exemplu, „Având în vedere cât de rău a fost, cum ai fost în stare să vă descurcați?”); formula-sarcină a primei ședințe (de exemplu, „După ce plecați astăzi, observați ce se întâmplă și vreți să continue în cursul săptămânii viitoare”); și a face complimente (Oh, trebuie să fiți foarte deșteaptă ca să vă fi gândit la aceasta!”). Aceste tehnici sunt puse în practică imediat ce este posibil pentru a păstra munca scurtă și a descuraja clienții să insiste asupra laturii negative a experienței acestora.

Mai recent, terapeuții au pus sub semnul întrebării accentuarea modelului privind tehnica și au speculat că și calitățile relației terapeut-client pot fi esența eficienței modelului. Aceasta a dus la o cerere pentru o mai mare colaborare cu clienții; astfel încât sentimentele lor să fie cunoscute și validate înainte de introducerea tehnicilor centrate pe soluție.

Terapia centrată pe soluție continuă să placă enorm în lumea psihoterapiei. O parte din popularitatea ei este legată de un număr de terapeuți care se luptă să găsească modalitățile de a fi eficienți în timp ce se descurcă în prezent cu un număr limitat de ședințe de ocrotire organizată a sănătății. Datorită reputației ei privind scurtimea, tratamentul focalizat pe soluție este favorizat de companiile de ocrotire a sănătății, astfel terapeuții pot obține aprobarea cu ușurință pentru a o folosi. În plus, versiunea formulei acestei abordări este ușor de învățat – principiile ei de bază pot fi însușite în câteva ateliere – iar natura ei optimistă o face plăcută pentru mulți terapeuți. Formula că este ușor de învățat conduce pe unii terapeuți să o respingă ca fiind superficială, imediat ce ei sunt blocați. Ei nu înțeleg că tehnicile funcționează numai în contextul filozofiei orientate pe soluție care ia timp să fie asimilată.

Criticii întreabă dacă terapeutul are realmente o conversație respectuoasă cu un client atunci când terapeutul numai estimează, caută excepțiile și obține optimismul. Au asemenea dialoguri insistent optimiste efect asupra îndoielilor și durerii oamenilor tăcuți? Poate găsi terapeutul focalizat pe soluție o modalitate să onoreze percepțiile clientului care nu se potrivesc cu formula? Pot clienții avea încredere în feedback-ul cuiva care se străduiește în mod constant să găsească lucruri de prețuit și nu le provoacă niciodată sau nu le pune sub semnul întrebării? Pot fi clienții cinstiți referitor la rezultatul terapiei cu cineva care pare că vrea atât de mult ca ei să simtă mai bine lucrurile?

Alte întrebări pun în lumină forțele modelului; de exemplu, nu este important pentru terapeuți să aibă îndrumări clare, concrete, altfel terapia nu devine vagă și fără direcție? Nu dă mai multă putere să ajuti oamenii să-și imagineze scopurile viitoare și să se concentreze asupra forțelor lor decât asupra problemelor și deficiențelor lor? Dacă experiența durerii oamenilor este legată de modul în care ei gândesc sau vorbesc despre aceasta, atunci nu este mai bine să folosești limbajul pentru a conduce oamenii în afara durerii decât să insiști asupra durerii lor?

Terapia focalizată pe soluție luptă să răspundă tuturor acestor întrebări și de aici își găsește o identitate coerentă pentru secolul XXI. Sperăm că această evoluție nu va fi dictată în întregime de constrângeri de ocrotire instituționalizată a sănătății sau de aderarea dogmatică la doctrină. Ne imaginăm, în schimb, că maturizarea terapiei focalizată pe soluție va reflecta o apreciere crescândă care în timp ce o concentrare asupra soluțiilor poate fi folositoare, oamenii aveau nevoie de confirmare a experienței lor trăite, care nu este întotdeauna optimistă.

—Lecturi recomandate—

- de Shazer S. 1988. *Investigating situations in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer S. 1991. *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Lipchik, E. 2002. *Beyond technique in solution-focused therapy*. New York: Guilford Press.
- Miller, S., Hubble, M., and Duncan, B. 1990. *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Walter, J., and Peller, J. 1992. *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.

—Bibliografie—

- Berg, I.K. 1994a. A wolf in disguise is not a grandmother. *Journal of systemic Therapies*. 13:13-14.
- Berg, I.K. 1994b. *Family-based services: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berg, I. K., and De Jong, P. 1996. Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in society: The Journal of Contemporary Human Services*. June 376-391.
- Berg, I. K., and de Shazer, S. 1995. Making numbers talk: Language in the therapy. In *The new language of change*. S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.
- Berg, I.K., and Dolan, Y. 2001. *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York : Norton.
- Berg, I., and Miller, S. 1992. *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Butler, W., and Powers, K. 1996. Solution-focused brief therapy. In *Handbook of solution-focused brief therapy*. S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds, San Francisco: Jossey-Bass.
- Cade, B, and O'Hanlon, W. 1993. *A brief guide to brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. 1984. The death of resistance. *Family Process*. 23:11-21.
- de Shazer, S. 1985. *Keys to solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. 1986. An indirect approach in brief therapy. In *Indirect approaches in therapy*. S. de Shazer and R. Kral, eds. Rockville. MD: Aspen Systems.
- de Shazer, S. 1987. Minimal elegance. *Family Therapy Networker*. September/ October, 59.
- de Shazer, S. 1988. *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. 1991a. Muddles, bewilderment, and practice theory. *Family Process*. 30: 453-458.
- de Shazer, S. 1991b. *Putting Difference to Work*. New York: Norton.
- de Shazer, S. 1993. Creative misunderstanding: There is no escape from language. In *Therapeutic conversations*. S. Gilligan and R. Pierce, eds. New York: Norton.
- de Shazer, S. 1994. *Words were originally magic*. New York: Norton.
- de Shazer, S., and Berg, I. K. 1993. Constructing solutions. *Family Therapy Networker*. 12:42-43.
- Efran, J., and Schenker, M. 1993. A potpourri of solutions: How new and different is solution-focused therapy? *Family Therapy Networker*. 17(3):71-74.
- Efron, D., and Veenendaal, K. 1993. Suppose a miracle doesn't happen: The non-miracle option. *Journal of Systemic Therapies*. 12: 11-18.
- Firedman, S., and Lipchik, e. 1999. a time-effective, solution-focused approach to couple

- therapy. In *Short-term couple therapy*. J.M. Donovan, ed. New York: Guilford Press.
- Furman, B., and Ahola, T. 1992. *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York: Norton.
- Hudson, P., and O'Hanlon, W.H. 1992. *Rewriting love stories: Brief marital therapy*. New York: Norton.
- Lipchik, E. 1986. Purposeful interview. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 5:88-99.
- Lipchik, E. 1992. Interview. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 11 (4) :22-26.
- Lipchik, E. 1993. „Both/and” solutions. In *The new language of change*. S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.
- Lipchik, E. 1996. Mr. Spock goes to therapy. *Family Therapy Networker*. Jan./Feb., 79-84.
- Lipchik, E. 1997. My story about solution-focused brief therapist/client relationships. *Journal of Systemic Therapies*. 16:159-172.
- Lipchik, E. 2002. *Beyond technique in solution-focused therapy*. New York: Guilford Press.
- Lipchik, E., and Kubicki, A. 1996. Solution-focused domestic violence views: Brides toward a new reality in couples therapy. In *Handbook of solution-focused brief therapy*. S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.
- Metcalf, L. 1993. The pragmatics of change in solution-focused brief therapy. Unpublished doctoral dissertation. Texas Women's University, Denton.
- Metcalf, L., Thomas, F., Duncan, B., Miller, S., and Hubble, M. 1996. What works in solution-focused brief therapy: A qualitative analysis of client and the therapists perceptions. In *Handbook of solution-focused brief therapy*. S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.
- Miller, S. 1994. The solution-conspiracy: A mystery in three installments. *Journal of Systemic Therapies*. 13:18-37.
- Miller, S., Hubble, M., and Duncan, B. 1996. *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nylund, D., and Corsiglia, V. 1994. Becoming solution-focused in brief therapy: Remembering something important we already knew. *Journal of Systemic Therapies*. 13:5-12.
- O'Hanlon, W. 1996. Case commentary. *Family Therapy Networker*. Jan/Feb., 84-85.
- O'Hanlon, W., and Martin, M. 1992. *Solution oriented hypnosis: An Ericksonian approach*. New York: Norton.
- O'Hanlon, W. H., and Weiner-Davis, M. 1989. *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- Satir, V. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto. C.A. Science and Behavior Books.
- Simon, D. 1996. Crafting consciousness through form: Solution-focused therapy as a spiritual path. In *Handbook of solution focused brief therapy*. S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.
- Storm, C. 1991. The remaining thread: Matching change and stability signals. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 10:114-117.
- Tuyn, L. K. 1992. Solution-focused therapy and Rogerian nursing science: An integrated approach. *Archives of Psychiatric Nursing*. 6:83-89.
- Walter, J., and Peller, J. 1992. *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Walter, J., and Peller, J. 1996. Rethinking our assumptions: Assuming anew in a postmodern world. In *Handbook of solution-focused brief therapy*. S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.
- Weiner-Davis, M. 1992. *Divorce-busting*. New York: Summit Books.
- Weiner-Davis, M. 1993. Pro-constructed realities. In *Therapeutic conversations*. S. Gilligan and R. Price, eds. New York: Norton.
- Wittgenstein, L. 1958. *The blue and brown books*. New York: Harper & Row.
- Wylie, M. S. 1990. Brief therapy on the couch. *Family Therapy Networker*. 14-26-34,66.

Terapia narativă

Repovestirea vieților

A bordarea narativă care domină acum terapia de familie este o expresie perfectă a revoluției postmoderne. Când toate cunoștințele sunt privite ca și cum ar fi construite, mai degrabă decât descoperite, se potrivește că abordarea principală a terapiei de familie este interesată, mai curând, de modul în care oamenii construiesc înțelesurile, decât de felul în care ei se comportă.

Ipoteza centrală este că experiența personală este fundamental ambiguă. Aceasta nu înseamnă că experiența nu este reală sau că este în mod necesar misterioasă sau opacă, ci înseamnă că înțelegerea experienței umane, inclusiv a celei proprii, nu este niciodată pur și simplu un proces de observare sau analiză. Elementele experienței umane sunt înțelese numai printr-un proces care organizează acele elemente, le pune împreună, desemnează înțelesuri și le dă priorități. A spune că experiența este fundamental ambiguă înseamnă a spune că înțelesul ei nu este inherent sau aparent, ci că își acordă ei însăși interpretări multiple.

Pentru a ilustra cum experiența este formată de limbajul pe care noi trebuie să-l folosim pentru a o descrie, să considerăm diferența dintre ceea ce numim „trac” sau „emoție”. Prima descriere face această agitație familiară o problemă, ceva de depășit. A doua sugerează că este un răspuns natural, aproape inevitabil, la situația în care te afli atunci când stai în fața oamenilor a căror aprobare speri să o câștigi.

Dacă oamenii trăiesc de tracul și emoția scenei depinde de modul în care ei își interpretează excitația. Terapeuții strategici dau clienților reformulările – noile interpretări – pentru experiența lor. „Data viitoare când vorbești, gândește-te la tine însuși cât de emoționat ești, mai degrabă decât speriat.” Terapeuții narativi recunosc că nu iau în considerare asemenea interpretări decât dacă ele se potrivesc poveștilor pe care oamenii le construiesc despre ei înșiși. Un bărbat a cărui poveste de viață este aceea pe care și-o fabrică el va avea probleme văzându-și mâinile tremurând datorită emoției,

indiferent cât de mult încearcă cineva să vândă acea imagine. Dacă același bărbat este ajutat să construiască o istorie nouă, mai pozitivă despre el însuși, reformularca devine necesară. El va începe automat să-și interpreteze reacțiile ca excitare deoarece, dacă se gândește că este interesant, el va aștepta ca oamenii să se bucure de ceea ce are de spus.

Viața este complicată, de aceea noi găsim căi să o explicăm. Aceste explicații, poveștile pe care ni le spunem nouă înșine, organizează experiența noastră și formează comportamentul nostru. Din păcate, poveștile pe care majoritatea clienților le aduc la tratament sunt descurajatoare. Ei pun în lumină, selectiv, evenimente trecute care confirmă negativismul și minimalizează evenimentele contradictorii.

Poveștile pe care ni le spunem nouă înșine sunt puternice pentru că ele determină ceea ce noi observăm și ne amintim și, de aceea, cum ne confruntăm cu viitorul. Să ne imaginăm, de exemplu, ce crede o femeie care considera despre ea însăși că are „destul succes”, așa cum își amintea din liceu și cum această versiune de evenimente va afecta abordarea ei la colegiu. Apoi să ne imaginăm cum va arăta același trecut și viitor dacă femeia ar fi crezut despre ea însăși că „n-a fost niciodată destul de bună.”

Spre deosebire de metafora cibernetică, care s-a concentrat asupra domeniului privind paternurile de autoapărare ale *comportamentului*, metafora narativă se concentrează asupra *cognițiilor* de autoapărare – poveștile pe care oamenii le spun despre problemele lor. Cu metafora cibernetică, terapia a intenționat să blocheze paternurile maladive ale interacțiunii – cu sau fără înțelegerea procesului de către clienți. Metafora narativă, pe de altă parte, s-a concentrat asupra înțelegerii și experienței clienților, extinzând atenția lor pentru a le permite să ia în considerare modalitățile alternative de a se privi pe ei înșiși și problemelor lor.

Gândirea sistemică a fost cândva inspirația pentru domeniu, dar terapeuții narativi critică gândirea sistemică și o înlocuiesc cu metafora narativă. Terapeuții de familie trebuiau să lucreze, în principal, cu familii întregi și rar abordau problemele indivizilor; terapeuții narativi au cheltuit mai mult timp ajutând indivizii să se reexamineze ei înșiși decât să discute conflictele familiei. Terapeuții de familie erau interesați de impactul familiei asupra problemei; terapeuții narativi sunt interesați de impactul problemei asupra familiei.

Poveștile nu oglindesc viața, ele o formează. De aceea, oameni au obiceiul interesant să devină poveștile pe care ei le spun despre experiența lor. Și, de aceea terapeuții, datorită grabei prea mari de a impune propriile lor perspective privind clienții, adesea eșuează – și astfel, prind studierea amănunțită a poveștilor oamenilor, terapeuții narativi sunt capabili să înțeleagă și să influențeze ceea ce îi face să acționeze așa cum o fac.

Figuri reprezentative

Michael White, avatarul mișcării narative, trăiește în Adelaide, Australia de Sud. El și soția sa, Cheryl White, lucrează la Centrul Dulwich din Adelaide de unde vin formarea, lucrările clinice și publicațiile legate de abordarea lui White. Ziarul *Dulwich Centre Newsletter*, un ziar trimestrial, este un mijloc important prin care ideile lui White sunt împrăștiate. În plus, Centrul Dulwich a publicat mai multe colecții ale scrierilor și interviurilor sale (disponibile prin cereri scrise adresate la Dulwich Centre Publications, Hutt Street, P.O. Box 7192, Adelaide, South Australia 5000).

Acum în vârstă de cincizeci de ani ai săi, White a lucrat inițial ca maestru electrician și mecanic înainte să realizeze că el prefera

*Michael White,
fondatorul
abordării narative
a terapiei de
familie*



White că era mult mai folositoare pentru clienți decât cibernetica. El a fost interesat, de asemenea, de literatură și ani de zile a fost cunoscut ca un povestitor, scriind „Colțul poveștilor” pentru *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*.

Epston a contribuit la majoritatea aspectelor teoriei și practicii narative, dar, a subliniat în special, că pentru a menține noile lor narațiuni, clienții au nevoie de comunități de sprijin. El a extins dezvoltarea „ligilor” – grupuri de clienți care se luptau cu aceeași problemă, precum Liga antianorexia/antibulimia din Noua Zeelandă. El servește ca arhivar pentru numeroase asemenea ligi, colecționând înregistrări și scrisori care furnizează ideile altora despre căile pline de resurse prin care oamenii au scăpat de problemele lor.

El a fost, de asemenea, pionierul folosirii scrierii de scrisori clienților, subliniind că, mult timp după ce prezența terapeutului s-a sters, clienții pot citi scrisorile care susțin noile lor povești și rezolvări. Epston a fost împreună cu White coautorul a două colecții de scrieri care au servit drept biblii pentru modelul narativ (Epston & White, 1990; Epston & White, 1992); și, mai recent, a fost coautorul unei cărți de tehnici narative creatoare pentru lucrul cu copiii și familiile acestora (Freeman, Epston & Lobovits, 1997).

Jill Freedman și Gene Combs au condus un mic centru de formare din Evanston, Illinois. Înainte de a se alătura taberei narative, ei au fost terapeuți strategici și activiști politici și au fost atrași de abordarea lui White în mare parte datorită accentuării problemelor de dreptate socială. Această combinație de fost terapeut strategic și activist politic caracterizează trecutul multor terapeuți narativi importanți. Cartea lor *Terapia narativă* (Freedman & Combs, 1996) este un excelent ghid practic pentru a face terapie narativă.

Jeffrey Zimmerman și Vicki Dickerson sunt codirectori ai Bay Area Family Therapy

să lucreze cu oameni în loc să lucreze cu mașini. Nu e deloc surprinzător că el a devenit un antimecanicist neclintit și că respinge gândirea sistemică și cibernetică datorită calităților lor mecanice. În 1967, el s-a format pentru a fi asistent social și a luptat peste cincizeci de ani să găsească modalități să ajute oamenii.

Unele din experiențele sale de început în comunitățile de spitalizare privind abordările tradiționale ale terapiei l-au iritat și au declanșat interesul lui pentru scrierile lui Michel Foucault și Ervin Goffman, care au criticat procesele de dezumanizare a instituțiilor și discursurilor experților.

La sfârșitul anilor 1970, White a devenit interesat de lucrările lui Gregory Bateson, dar s-a găsit pe sine mult mai interesat de ceea ce Bateson spunea despre cum oamenii interpretează lumea decât de paternurile comportamentale ale modelelor bazate pe sisteme. Sub influența lui Bateson și Foucault, White și-a cristalizat ideile sale originale despre „externalizarea” problemelor (privindu-le ca pe ceva operând asupra persoanelor, mai curând decât asupra ceea ce ele fac).

David Epston, un terapeut de familie din Auckland, Noua Zeelandă, este al doilea formator de influență al mișcării narative. Prin interesul său pentru antropologie, Epston a întâlnit metafora narativă și l-a convins pe

Training Associates și împreună cu John Neal conduc formarea în terapia narativă pentru Mental Research Institute (MRI) – Institutul de Sănătate Mentală de la Palo Alto. Acești doi terapeuți creatori au folosit terapia narativă cu adolescenții dificili și cu cuplurile (Dickerson & Zimmerman, 1992; Zimmerman & Dickerson, 1993). Cartea lor cea mai recentă *Dacă problemele ar vorbi: aventuri în terapia de familie* (Zimmerman & Dickerson, 1996), este o explicație folosită de practici narative, animată de instrumentul nou al personificării subliniat problemelor și avându-le, vorbesc despre cum „ele” conspiră să preia viețile oamenilor.

Stephan Madigan (1994: Madigan & Epston, 1995) este un terapeut din Vancouver, Columbia Britanică, care a contribuit la teoria narativă și a fondat Liga antianorexia/antibulimie din Vancouver, o organizație cu rădăcini adânci care oferă sprijin membrilor și a devenit activă politic, educând publicul și grupurile profesionale și protestând împotriva imaginilor din media care promovează „vinovăția trupului”. Acest grup reprezintă o extindere logică a terapiei de eliberare a mișcării narative, care ajută oamenii să se organizeze, nu numai să creeze o subcultură de sprijin, ci și să aibă un rol activ în încercarea de umanizare a culturii dominante.

Alți terapeuți narativi importanți sunt Kathy Weingarten și Sallyann Roth de la Institutul Familiei din Cambridge și Janet Adams-Wescott din Tulsa, Oklahoma.

Harlene Anderson și mai târziu Harry Goolishian, care au dezvoltat o abordare conversațională de colaborare a terapiei de familie (descrișă în Capitolul 10); pot fi văzuți ca premegătorii modelului narativ. Opera lor s-a bazat pe premisa că problemele sunt menținute în limbaj și sunt anulate în consecință prin conversație. Prin adoptarea unei poziții de „necunoaștere”, Goolishian și Anderson au subsumat experiența lor pentru a permite clienților să devină experți

privind propriile lor vieți. Legătura dintre această lucrare și școala narativă a fost credința conform căreia conversația generează înțelesul și terapia trebuie să fie o întreprindere de colaborare.

Formulări teoretice

Abordarea narativă și-a fondat calea, mai întâi, în psihoterapia din tradiția hermeneutică din psihanaliză. Urmându-l pe Freud, analiștii clasici credeau că exista o cale corectă pentru a interpreta experiența. Pacienții puteau să nu înțeleagă visurile sau simptomele lor pentru că motivele lor erau inconștiente, dar un analist posedând adevărul teoriei psihanalitice ar fi putut descoperi înțelesul inconștient mai mult decât un arheolog care descoperă rămășițele îngropate ale trecutului. Apoi, în anii 1980, revizionisti ca Donald Spence, Roy Schafer și Paul Ricoeur au început să se certe împotriva acestei concepții pozitivistice a realității psihanalitice.

Adevărul experienței, spuneau ei, nu este descoperit, este creat. Scopul terapiei s-a schimbat de la adevărul istoric la inteligibilitatea narativă. Provocarea a fost să se construiască adevăruri în slujba auto-coerenței – nu o imagine adevărată a trecutului. Terapeutul a devenit acum mai mult un poet sau romancier decât un arheolog.

Terapeuții de familie au considerat această metaforă narativă extrem de folosită. Pe măsură ce ei au început să pună întrebări clienților despre poveștile lor, terapeuții au trebuit să recunoască cât de mult au afectat poveștile percepțiile clienților și interpretările acestor percepții. Poveștile de viață funcționează ca filtre care cern experiențele care nu se potrivesc cu liniile planului sau, dacă ele nu pot fi cernute, distorsionează evenimentele până când ele se potrivesc cumva. Să luăm următorul exemplu:

—Studiu de caz—

După părerea lui Tim, Kayla nu a fost niciodată satisfăcută. Tot ce ea a făcut a fost să se plângă. Apartamentul lor, mobila, garderoba ei – nimic nu era suficient de bun. Indiferent de ceea ce aveau, ea vroia mai mult.

Kayla nu avea idee despre ce vorbea Tim. Ea era, de fapt, perfect mulțumită. Ei bine, poate cu excepția unui lucru. De fiecare dată când vedea imaginea unei sofale frumoase sau a unei rochii drăguțe într-o revistă i-o arăta lui Tim. „Oh! Uită-te la asta” spunea ea, „poate am putea să luăm una”. Ea visa cu glas tare. Dar pentru Tim, care a fost crescut să nu ceară niciodată nimic, fanteziile Kaylei erau percepute ca plângeri. Observați, totuși, că nu era așa mare lucru ce spunea Kayla care să-l rănească pe Tim, ci modul cum interpreta el acest lucru.

Analizând mai profund, se pare că Tim n-a fost niciodată satisfăcut de propriile lui realizări. Crescând cu o mamă care nu-l prețuia prea mult, Tim a visat ca într-o zi să facă lucruri mari. Din nefericire, realizările lui reale nu au ajuns la nivelul fanteziilor sale. Sigur, alți oameni îl prețuiau, dar el visa încă în secret la marele și gloriosul vis al copilăriei.

Până a reușit să înceapă să se accepte pe el însuși, a fost greu pentru Tim să creadă că altcineva ar fi putut într-adevăr să-l aprecieze. Încercarea de a găsi un astfel de om pentru a schimba comportamentul său, fără abordarea povestii vieții sale controlate, este ușoară deoarece, indiferent câte succese ar fi avut, el va găsi încă modalități pentru a le îndepărta și pentru a continua să insiste asupra eșecurilor sale – și a insatisfacției (presupusă) a partenerului său.

Terapeuții narativi cred că gândirea sistemică încurajează terapeuții să vadă familiile de pe poziția obiectivă, a observatorilor externi, ca și cum s-ar studia o mașină stricată, fără referire la istoria ei, punct de vedere sau mediu. În contrast, teoria narativă este văzută ca încurajând terapeuții (1) să adopte o poziție de colaborare, emfatică cu interes puternic față de istoria clientului; (2) să caute în istoria clientului când el sau ea a fost puternică sau plină de resurse; (3) să folosească întrebări pentru a lua o abordare neimpusă, respectuoasă pentru orice poveste nouă spusă de acum înainte; (4) să nu eticheteze niciodată oamenii, dar, în schimb, să-i trateze ca pe ființe umane cu istorii personale unice și (5) să ajute oamenii separat de narațiunile culturii dominante, în așa fel încât să deschidă spațiu pentru poveștile de viață alternative (White, 1995, Freedman & Combs, 1996).

Terapeuții narativi se opun, de asemenea, elementelor funcționaliste din sistemele de familie și modelelor psihanalitice care conduc terapeuții să creadă că problemele sunt inerente la indivizi (așa cum psihanaliza ar fi făcut-o) sau familii (așa cum sistemele familiei ar fi făcut). În schimb, ei cred că problemele apar deoarece oamenii sunt cantonați în punctele de vedere înguste și de autoînfrângere a lor înșile și a lumii.

Pentru a se opune modului în care societatea convinge oamenii că ei sunt problemele lor, terapeuții narativi **externalizează** problemele. În schimb *având* o problemă sau *fiind* o problemă, ei încurajează clienții să gândească despre ei înșiși ca luptând împotriva problemelor lor. Nici pacientul, nici familia nu sunt problema – problema este problema. În mod corespunzător, terapeuții narativi nu sunt interesați de interacțiunile de menținere a problemei sau de defectele structurale. Ei nu sunt interesați de impactul familiei asupra problemei, ci mai degrabă de impactul problemei asupra familiei.

Când terapeuții narativi și-au întors atenția de la familie, ca sursă a problemelor, spre credințele și practicile culturale, ei au privit spre scrierile lui Michel Foucault (1965, 1980), filozoful social francez care și-a dedicat întreaga viață pentru a expune cum diferitele discursuri sociale au obiectivat și dezumanizat diferite grupuri marginalizate. Foucault, nu numai că a crezut că cei care construiau narațiunile dominante într-o societate (aceia credeau că au cunoștințe speciale în diferite domenii) au avut puterea să subjuge, dar a crezut că narațiunile însele devin adevăruri internalizate în toți cetățenii societății, astfel că, toți oamenii vin să judece corpurile, realizările și personalitățile lor pe baza standardelor stabilite de judecătorii societății (doctori, educatori, cler, psihoterapeuți, politicieni, celebrități). Astfel, Foucault l-a influențat pe White să preia axioma construcționist-socială, conform căreia nu există adevăruri absolute în lume într-o direcție politică, pentru a demola (reexamina) adevărurile stabilite care oprimă viețile oamenilor.

Terapeuții narativi au aplicat analiza politică a lui Foucault pentru a înțelege cum indivizii și familiile sunt dominați de narațiunile opresive de care trebuie să se elibereze. Ei au preluat din opera lui Jerome Bruner pentru a înțelege cum narațiunile personale sunt construite și cum pot fi demolate¹.

Dezvoltarea familiei normale

Terapeuții narativi evită judecățile despre ceea ce este normal sau anormal, ei resping ideea clasificării oamenilor. Să ne reamintim cum Foucault a criticat modul în care au fost

folosite teoriile de normalitate pentru a perpetua paternurile de privilegiu și opresiune. Prea des în istoria umanității, judecățile făcute de oamenii la putere privind normalitatea și anormalitatea au fost impuse, în moduri care subjugau, acelor care nu aveau nici o putere în această problemă.

În timp ce este ușor să vezi pericolele de a reduce oamenii la diagnostice de tip DSM-IV, terapeuții de familie pot avea probleme văzând conceptele lor favorite, ca niște granite rigide, coalii transgeneraționale sau ca o diferențiere a sinelui, ca dezumanizare. Dar, a deveni un terapeut narativ post-modern înseamnă renunțarea la toate aceste clasificări. Nu numai că ei trebuie să evite prinderea oamenilor ca într-o colivie prin diagnostic sau anormalitate, ei trebuie să evite și ideea principiilor generale despre ce provoacă problemele sau ce anume le rezolvă. Ei încearcă să nu stea deasupra oamenilor care sunt judecați – în nici un fel – ci, în schimb, să încerce să-i ajute dând sens propriei lor experiențe.

În spiritul colaborării, terapeuții narativi se străduiesc să se „situeze” ei înșiși la același nivel cu clienții – ceea ce dezvăluie credințele care informază terapia lor în așa fel încât, clienții să poată ști ceea ce fac ei. Clienții sunt și ei încurajați să educe terapeuții în legătură cu situațiile lor culturale neplăcute și să corecteze terapeuții când fac ipoteze care nu se potrivesc experienței lor (Freedman & Combs, 1996).

Deși terapeuții narativi încearcă să nu facă judecăți, ar putea fi imposibil să nu avem unele ipoteze despre oameni și cum se schimbă ei. Din ideile descrise în secțiunea anterioară putem extrage ipotezele de bază pe care terapeuții narativi le fac despre familiile normale. Oamenii (1) au intenții bune – ei nu vor sau nu au nevoie de probleme; (2) ei sunt profund influențați de discursurile din jurul lor; (3) ei nu sunt problemele lor; și (4) ei pot dezvolta povești

1) Termenul *demolare* este strâns legat de Jaques Derrida (1992), care a analizat texte literare pentru a arăta că ele nu au nici un înțeles adevărat. Terapeuții narativi folosesc termenul într-un mod politic, pentru a submina discursurile dominante, de aceea intenția lui Derrida a fost mai mult relativă.

alternative care dau puteri dopline odată separate de problemele lor și de înțelepciunea comună pe care ei au internalizat-o.

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

Atunci când poveștile pe care oamenii le spun ei înșiși îi conduc să-și interpreteze experiența în moduri nefericite, ei tind să se scufunde în mlaștina problemelor. Asemenea probleme pot persista atât timp cât aceste povești nefolositoare rămân fixate, întunecând versiunile mai optimiste ale evenimentelor.

Astfel, de exemplu, o mamă singură a cărei poveste de viață este aceea că ea nu poate crede că cineva o iubește, reacționează cu furie ori de câte ori fiica sa încalcă interdicția de a ieși din casă. Această poveste face ca mama să observe tot timpul faptul că fiica ei stă afară târziu sau că lasă mucuri de țigări pe trepte, dar nu observă niciodată când ea își face temele sau se oferă de bunăvoie să spele vasele. Fiecare transgresiune a fiicei confirmă linia poveștii mamei că, probabil ca toate persoanele din viața ei, nici fiica ei,

nu o iubește cu adevărat. Fiica, în schimb, este foarte conștientă de cât de des mama ei îi critică prietenii și explodează atunci când face mici greșeli, dar nu-și reamintește vremurile când mama ei a arătat respect față de opiniile ei și i-a prețuit realizările. Fiica dezvoltă treptat o poveste, nefiind capabilă niciodată să satisfacă oamenii și devine condusă din ce în ce mai mult de „revolta”, care o face să nu-i pese de ceea ce crede mama sa și, în schimb, să fie indulgentă cu ceea ce o face să se simtă mai bine, ca de exemplu petrecerile de noaptea târziu. Pe scurt, ambele părți rămân blocate nu simplu, într-un patern de control și revoltă, ci, mai specific, într-un patern de a observa numai incidentele de control sau revoltă.

Această analiză nu ar părea că arată tot ce diferențiază una de alta școlile de terapie pentru un ciclu în creștere al antagonismului dintre o mamă și o fiică. Diferența este că abordarea narativă nu se focalizează pe comportamentul acestora. Ele resping ideea cibernetică că mama și fiica sunt blocate într-o buclă de feedback disfuncțional – acționând și reacționând una față de alta în moduri neajutorate. În schimb ele se concentrează



Argumentele familiei sunt adesea alimentate de liniile negative ale poveștii despre ceilalți membri ai familiei

asupra modului în care mama și fiica povestesc schimbarea lor. Este povestea lor (nefiind iubită, fiind cicălită) care afectează nu numai ceea ce ele observă (întârzierea, dojana), dar și modul în care ele interpretează..

Terapeuții narativi se referă la aceste paternuri de viziune a tunelului ca la **povești saturate de problemă** care, odată ce au pus stăpânire pe ei, încurajează oamenii să răspundă unul altuia într-un mod care să perpetueze povestea problemei. Atât timp cât ei se focalizează pe comportamentul copiilor lor neascultători, părinții se vor concentra asupra criticării și controlării lor. Atâta vreme cât ei se gândesc la părinții lor care îi bat la cap, tinerii rămân reactivi și rebeli. Răspunsurile lor unul față de altul devin invitații la același lucru și sprijină mai departe consolidarea poveștilor problemei.

Asemenea povești închise și rigide fac oamenii vulnerabili de a fi preluați de stările emoționale distructive pe care terapeuții narativi le place să le descrie ca pe niște invadatori externi. Terapeuții narativi nu văd realmente sentimentele sau credințele problematice ca entități externe, ci ei cred că asemenea răspunsuri emoționale *sunt* externe în sensul că ele sunt socialmente construite. Externalizând problemele, terapeuții narativi omoară vinovăția și critica. Fiica nu este problema, „revolta” este. Mama nu este problema, „sensibilitatea excesivă” este. Mama și fiica se pot uni pentru a combate revolta și sensibilitatea excesivă, decât să se lupte una cu cealaltă.

În loc să caute în interiorul familiilor sursa problemelor lor, terapeuții narativi caută în exterior efectele toxice ale narațiunilor culturale care guvernează viețile lor. În termenii lui Michael White (1995):

Discursurile despre patologie fac posibil pentru noi să ignorăm gravitatea la care ajung problemele pentru care oamenii vin la terapie sunt rezultatul anumitor practici ale relațiilor

și practicilor sinelui, dintre care multe sunt de fapt informate prin noțiuni moderne ca „individualismul”... (și) sunt adesea împotmolite în structurile inegalității culturii noastre, incluzându-le pe cele care aparțin genului, rasei, etnicității, clasei, economicului, vârstei și așa mai departe (p. 115).

Anorexia nervosa, de exemplu, poate fi văzută ca o internalizare a obsesiei noastre pentru finețea și frumusețea și cultul disciplinei sinelui și competitivității. Văzând femeii care se înfometează ele însele ca și când ar avea o boală sau o familie disfuncțională, nu numai că ignorăm imaginea mai mare, dar, evităm, de asemenea, să ne confruntăm cu propria noastră participare în aceste stereotipuri culturale.

Scopurile terapiei

Terapeuții narativi nu sunt rezolvatori de probleme. În schimb, ei ajută oamenii să se separe ei înșiși de poveștile sturate de problemă (și de ipotezele culturale distructive), pentru a deschide un spațiu unor vederi noi și mai constructive despre ei înșiși. Terapia narativă transformă identitățile din defect în eroic, nu prin lăsarea membrilor familiei să se confrunte cu conflictele lor, ci mai degrabă prin separarea persoanelor de probleme și apoi unind familia în lupta cu inamicul comun. Aceasta se face, de asemenea, prin combinarea istoriei familiei în legătură cu **rezultate unice** sau „evenimente deosebite” – perioade în care ei au rezistat problemei lor s-au comportat într-un mod care a contrazis povestea problemei.

Dacă Alice se vede pe sine ca și „codependentă” datorită felului în care ea se referă la bărbați, un terapeut narativ nu va explora motivele pentru această condiție, nici nu i se vor da lui Alice sugestii pentru a modifica acest patern. În schimb, ca va pune întrebări

despre efectul *autocriticii* privind viața sa, va cere membrilor familiei să o ajute să-și învingă *autocritica* și să evedențieze perioadele din viața ei când ea se referea la bărbați în modalitățile pe care le prefera. Terapeutul ar putea, de asemenea, s-o invite să exploreze modul în care punctul de vedere al femeilor societății noastre a contribuit la rezolvarea problemei *autocriticii* privind vieții ei.

Astfel, terapeuții narativi văd munca lor ca pe o întreprindere politică – eliberând oamenii de ipotezele culturale opresive și dându-le puterea să devină agenți activi responsabili ai propriilor lor vieți. Odată eliberați de poveștile saturate de problemă, membrii familiei se pot uni unul cu altul și cu comunitățile de sprijin pentru a se ocupa de problemele lor cu mai multă răspundere, optimism și persistență.

Condiții pentru schimbarea comportamentului

Terapia narativă lucrează prin ajutarea clienților să **demoleze** poveștile neproductive și să *reconstruiască* unele noi și mai productive. Demolarea, un termen împrumutat din critica literară, înseamnă punerea sub semnul întrebării a ipotezelor. Terapeuții narativi *externalizează* problemele de la persoane, ca un mod de a demola ipotezele patologizante care adesea înconjoară problemele. În loc să vorbească despre „lenea lui Sally”, de exemplu, ei se vor întreba despre vremurile în care „*Amânarea* a cuprins-o pe ea.” Odată o problemă externalizată și redefinită în termeni-apropiați-de-experiență, persoana poate începe să reziste la aceasta. Văzând problema ca pe o entitate externă, terapeuții narativi permit familiilor să provoace influența acesteia asupra vieților lor.

După externalizarea problemei, terapeuții narativi întreabă despre rezultatele unice –

perioade în care clienții au rezistat influenței problemei. Rezultatele unice deschid calea contracomploturilor, modurilor noi și mai puternice de evaluare a evenimentelor. Un bărbat care se identifică el însuși ca depresiv își vede viața prin ochelari negri. Depresia devine o carieră, un stil de viață. Dar dacă bărbatul începe să gândească spunând „*Îndoiala de sine* este cel mai bun lucru al lui”, atunci el poate fi capabil să-și reamintească perioadele în care nu a lăsat *îndoiala de sine* să-l doboare. Aceste noi perioade de eficiență asigură deschideri în jurul cărora țese o poveste nouă și mai optimistă.

Așa cum externalizarea este folosită pentru a schimba percepțiile clienților despre ei înșiși, terapeuții narativi încearcă, de asemenea, să schimbe percepțiile membrilor familiei unul față de altul din „puncte de vedere totalizatoare” (reducându-le la un set de răspunsuri frustrante), care conduc la antagonism și polarizare. Astfel, părinții care-și văd adolescenții ca „iresponsabili” – ca și cum aceasta ar fi suma totală a ființei lor – sunt văzuți în schimb ca „nevindecați realmente”. În mod asemănător, părinții care-și definesc copiii ca fiind „leneși”, pot fi văzuți ca „cei care presează și cer”. Atâta vreme cât ambele laturi rămân fixate în asemenea perspective polarizate, ei pot fi prea ocupați să se gândească la propriile lor preferințe. În familiile nefericite, oamenii pot fi atât de ocupați *nefiind* ceea ce alții așteaptă, pentru că ei nu au timp să-și imagineze cum vor ei înșiși să fie.

Michael White dă un exemplu inspirat de a vedea ce este cel mai bun în oameni, chiar și atunci când ei și-au pierdut credința în ei înșiși. El este celebru pentru insistența sa în întrebările despre poveștile negative. El vrea numai să permită oamenilor să iasă din mizeria lor. Puteți spune că el este absolut convins că oamenii nu sunt problemele lor. Glasul său, ținuta sa, întreaga sa ființă radiază posibilitatea și speranța.

Încrederea tenace în oamenii pe care terapeutii narativi îi conduc cu un respect original și vindecător este contagioasă. În momentul în care clienții încep să aibă încredere în terapeut, ei pot împrumuta această încredere și s-o folosească în confruntarea cu problemele lor.

Terapia

Evaluarea

Evaluarea narativă înseamnă aflarea poveștii familiei – incluzând nu numai experiența lor cu problemele lor, ci și presupunerile lor despre aceste probleme. „Aflarea poveștii familiei” nu este numai o adunare de informații. Este o cercetare reconstructivă, concepută să deplaseze clienții de la pasivitate și defetism spre un sens pe care ei l-au avut odinioară cel puțin o anumită putere asupra problemelor care-i îmbolnăvesc.

Terapeutul narativ abordează evaluarea, atât ca antropolog, cât și hipnotizator. Ca antropolog, terapeutul cere: „Spune-mi această poveste – hai să vedem ce putem face împreună.” Totdeauna terapeutul transferă respect: „Ce ai prefera să se întâmple?” – „Ce sperai să realizezi aici?” „Aceasta este ce intenționei pentru viitorul tău?”

Această investigație antropologică alunecă atât de imperceptibil într-un proces hipnotic de punere de întrebări, care să dea putere clienților că evaluarea poate fi diferențiată de intervenția din terapia narativă numai în mod abstract. Deși vom descrie anumite elemente ale cercetării narative ca aparținând fazei de evaluare, vom revedea aceleași elemente în următoarea secțiune a intervenției terapeutice.

Odată ce problemele sunt personificate ca entități străine, terapeutul narativ stabilește mai întâi influența problemei asupra familiei. În stabilirea *influenței problemei asupra familiei*, terapeutul explorează impactul

depresiv al problemei asupra vieților acestora.

—Studiu de caz—

Alesha Jackson, o mamă singură a patru copii, care trăiește împreună cu prietenul ei, a cerut terapie deoarece Jermaine, fiul ei de patru ani, a avut probleme în perioada prescolară. De două sau trei ori pe săptămână Jermaine se certa, ceea ce se termina cu lovirea sau bătutul altor copii. Jermaine „a fost, de asemenea, o problemă” acasă. Deși avea relații rezonabile cu frații și surorile sale, el avea crize frecvente de furie când mama sa încerca să-l determine să facă ceva. Alesha admitea timid că ea a fost probabil prea blândă cu Jermaine, dar ea a atins punctul unde se simțea lipsită de ajutor.

„Nu știu ce să fac” spunea ea „Am încercat totul. Nimic din ce fac nu schimbă ceva. Luke, prietenul meu, el poate să-l facă pe Jermaine să asculte, dar el nu poate înțelege. El crede că eu îl răsfăț pe Jermaine. Mai târziu, Luke s-a supărat și după masă a plecat. Și m-a lăsat singură cu copiii”.

Terapeutul ascultă nu numai pentru a afla povestea problemei Aleshei (ceea ce Jerome Bruner (1991) a numit „peisajul acțiunii”), ci și pentru a explora concluziile („peisajul conștiinței”) pe care le-a tras din experiența ei.

„Ce concluzii ai tras despre relația dumneavoastră cu Luke datorită acestei probleme?” Observați că problema afectează relația, mai degrabă decât ca relația să provoace problema.

Această serie de întrebări nu numai că permite mamei lui Jermaine să-și spună povestea nefericită, ci și să încerce să devină mai conștientă că problema o necăjește și începe să sugereze că, mai degrabă decât ea, și familia ei este întrucâtva disfuncțională - că ei luptă împotriva unui dusman.

CAPITOLUL 13

În diagnosticarea influenței membrilor familiei în viața problemei, terapeutul cercetează în ce măsură au fost ei capabili să facă față opresiunii problemei. Pentru a oferi această informație, membrii familiei sunt încurajați să recunoască propria lor competență și suficiență. Întrebări sub forma următoare sunt folositoare:

- Cum s-a întâmplat ca ați putut să evitați să faceți greșeli pe care oamenii cu probleme similare le fac de obicei?
- Au existat perioade în trecutul apropiat când această problemă poate a încercat să acționeze mai bine, dar nu ați lăsat-o?
- Cum ați făcut aceasta?

Terapeutul poate apoi să-și exprime surpriza că lucrurile nu sunt mai rele.

— Studiu de caz —

Desi mama lui Jermaine a continuat să-și discrediteze calitățile de mamă, ea a fost capabilă să descrie câteva perioade în care a fost fermă cu Jermaine și a insistat ca el să facă ceea ce ea spunea — „chiar dacă băiatul nu dădea dovă parale pe ce spunea ea!” În această fază a evaluării, terapeutul nu a încercat să convingă pe Alesha să fie mai optimistă. Mai degrabă terapeutul s-a autoconstrins să-și ajute clientul ca să-și reamintească momente de eficiență care nu se potriveau cu ideea ei despre ea însăși ca fiind la bunul plac al problemelor ei.

Memoria este un povestitor. Creează for și înțelesuri prin sublinierea unor lucruri prin trăirea altora. Evaluarea terapeutului narativ cercetează două laturi ale memoriei clientului — începând cu povestea problemelor o poveste despre nefericire (nepatologie). Aceste povești — problemă sunt înțelese ca eșecuri personale, ci ca povești de dominație și frustrare. De aici, terapeutul alienare și persistența acestora, latură cealaltă latură a poveștii — latura care deschide calea speranței.

Tehnici terapeutice

Aproape toate intervențiile narative oferite sub formă de întrebări. Ele nu impună niciodată ceva sau să facă întrebări. Ele pun numai întrebări după întrebări repetând răspunsurile și scriindu-le.

În prima ședință, terapeutul narativ prin a afla cum își petrec oamenii Aceasta dă terapeutului o șansă să cum se vadă clienții pe ei înșiși, fără într-o istorie lungă și în atribuțiile de frecvent parte a unor asemenea acordă o atenție deosebită tal competențelor. Ca un alt mijloc unei atmosfere de colaborare, Zinn Dickerson (1996) încurajează clienții să pună orice întrebare pe care ar putea să o pună terapeutul. Ei invită, de asemenea, clienții să citească observațiile dacă doresc să împărtășească adesea notițe când fiecare persoană este prezentă. Ceea ce nu numai că-i ajută să rețină informații importante, ci și să dea clienților ocazia să spună ceea ce ei cred că punctul lor de vedere este relevant.

Externalizarea: persoana nu e problema
Terapeuții narativi încep prin a să spună povestea lor saturată de viață și iar ei au ascultat destul de mult pentru a exprime aprecierea pentru ceea ce au făcut.

Videomă — să ne gândim la memorie ca la o cameră video sau, acolo unde trecutul este înregistrat și poate fi rechemat la dorință. Dar memoria nu este nici unul din aceste lucruri.

făcut. După ce sentimentul de încredere a fost stabilit, terapeutul începe să pună întrebări care externalizează problema și face vizibile efectele ei distructive.

De la început, problema este văzută ca separată de oameni și influențându-i – „*Aceasta i-au adus acolo*” –, iar fiecare persoană este întrebată din perspectiva lui sau a ei despre *aceasta*. Limbajul pentru externalizare este folosit de la început. O cale importantă de a face aceasta este de a întreba despre efectele problemei mai degrabă decât despre cauzele acesteia (întrebarea de cauzalitate conduce de obicei la atribuții de învinovățire) sau la „diagnosticarea influenței problemei”. „Cum vă afectează *vinovăția*?” „Ce alte efecte are aceasta?” „Ce vă spune *vinovăția*?”

Întrebările terapeutului despre problema identificată implică imediat că aceasta nu este deținută de nimeni, ci, în schimb, încearcă să-și *poședeze*. De exemplu, într-un caz unde părinții descriu problema ca pe o lipsă de încredere în fiica lor datorită fricii, terapeutul nu o reflectă. „Astfel, frica fiicei dumneavoastră vă deranjează”. În loc de aceasta terapeutul ar putea spune „astfel, *frica* face ca fiica dumneavoastră să acționeze într-un mod care provoacă o fisură între dumneavoastră, nu-i așa?”

Următorii, paternurile întregi ale interacțiunii sunt externalizate. De exemplu, într-un asemenea caz în care părinții unei adolescente sunt răspunzători pentru frica ei de creștere a controlului. Vicki Dickerson alege să sublinieze fisura care a încurajat acest patern – deoarece un singur lucru cu care ei toți ar putea fi de acord a fost acela că lor nu le-a plăcut ruptura care i-a separat. Astfel, în loc să identifice frica fiicei sau neîncrederea părinților ca problemă, *fisura* a devenit dușmanul care încurajează frica și controlul. *Fisura* a spus părinților că fiica lor nu putea fi creștută: *fisura* a făcut fiica mai secretoasă și i-a pus să se depărteze de părinții ei. *Fisura*

a fost ceva contra căreia ei puteau să-și unească forțele (Zimmerman & Dickerson, 1996).

Problemele sunt întotdeauna personificate – descrise ca invadatori nedoriti care încearcă să domine viețile oamenilor. De exemplu, în timp ce discută problemele ei de nutriție, o femeie este întrebată cum a convins-o *Anorexia* să se înfometeze ea însăși. Un copil fobic este întrebat cât de des *Teama* este capabilă să-l facă să realizeze ce dorește aceasta și cât de des poate să facă față acesteia. O mamă vinovată-oprimată este întrebată cum *Ura de sine* o face să simtă rău despre calitatea ei de părinte ei.

Această serie de întrebări este adesea deconcertantă pentru familii, neobișnuite cum sunt, să vorbească despre entități imaginare care trăiesc în gospodăria lor. În consecință, terapeuții care tratează externalizarea ca pe o tehnică vor părăsi probabil convingerea necesară să depășească disconfortul inițial de a vorbi în acest mod. Pe de altă parte, terapeuții vor afla că externalizarea întrebărilor curge liber dacă ei învață de fapt să gândească problemele ca pe dușmani care se hrănesc din polarizarea și neînțelegerea familiilor. White sugerează că problemele sunt dependente de efectele lor de supraviețuire, prin a face față unei probleme și a nu-i permite să-i afecteze, clienții izolând „sistemul de sprijinire a vieții” al problemei.

Sullyann Roth și David Epston (1996) au dezvoltat un exercițiu pentru a ajuta terapeuții să înțeleagă ce să gândească despre probleme ca externe. Ei au un grup de cursanți care cred că sunt o problemă – ca o *persoană care se urăște pe sine* –, în timp ce alții îi intervieveză. Cei care fac interviul pot întreba persoana care joacă rolul de *cea care se urăște pe sine*: „În ce împrejurări crezi că te vei descurca să intri în lumea lui X?” „Cum vei interveni în viețile familiei și prietenilor lui X?”

Externalizarea, prin ea însăși, poate avea un impact puternic. În timp, oamenii s-au

identificat cu problemele lor. Ei cred că existența problemei lor este dovada caracterului lor defectuos. Acest mod de gândire otrăvește încrederea. Atunci când problema este externalizată, este ca atunci când persoana poate arunca o privire din spatele acesteia; iar membrii familiei pot vedea că există o persoană mai sănătoasă pe care problema a ascuns-o de ei.

Bill nu mai este de mult o persoană depresivă, în schimb el este depășit de *Depresie*, un adversar pe care nul place atât de mult cât îi place familiei sale. În timp ce terapeutul pune întrebări despre tacticile și efectele *Depresiei*, Bill devine motivat să se apere.

Cine este responsabilul, persoana sau problema? În decursul a mai multor ședințe terapeutii pun o mulțime de întrebări pentru a cerceta cum a fost gestionată problema care a perturbat sau dominat familia, față de cât de mult au fost capabili să o controleze. Acestea sunt numite întrebări de influență relativă. Prin includerea tuturor membrilor familiei în discuție, de obicei devine clar că problema a reușit în perturbarea relațiilor lor unul cu celălalt – divizându-i și cucerindu-i.

„Cât de mare a fost influența *Bulimiei* asupra lui Jenny pentru a vă determina să creșteți să mai fiți prieten cu ea?” „Când *Depresia* a fost mai bine la tata, cum a afectat viața de familie?” „Când *Crizele de furie* l-au convins pe Joey să zbiească și să țipe, credeți că răspunsul dumneavoastră la crizelor de furie mai mult sau mai puțin combustibil?”

Citind printre rândurile poveștii-problemă. În timp ce se pun întrebări de influență relativă, terapeutul ascultă evenimentele efervescente sau rezultatele unice, când persoana a fost capabilă să evite efectele problemei, iar apoi să ceară elaborarea privind modul în care aceasta a fost făcută.

„Puteți să vă amintiți o perioadă când *furia* a încercat să vă depășească, dar nu ați lăsat-o? Cum ați făcut acest lucru? Au existat perioade în care fiica dumneavoastră nu credea minciunile pe care *Anorexia* i le spune despre corpul ei?” „Când a rezistat Jenny presiunii deosebite pe care o simțea din partea *Alcoolismului*, ați apreciat importanța realizării?” Aceste rezultate unice devin pietre de construcție ale poveștilor noi, mai eroice.

Rescrierea întregii povești. Dovada competenței referitoare la problemă, strânsă laolaltă din schimbare prin istoria clientului, poate servi ca început al unor noi narațiuni referitoare la ce fel de oameni sunt ei. Pentru a face această legătură, terapeutul începe să întrebe despre seriile de victorii din trecut și prezent, în plus față de ceea ce problema spune despre client. De exemplu: „Ce spune aceasta despre tine ca persoană care este în stare să înfrângă *Depresia* în aceste ocazii?” „Ce calități de caracter trebuie să aibă fiul dumneavoastră ca să fie capabil să facă aceasta?” Terapeutul poate să extindă această parte importantă istorică dincolo de episoadele legate de problemă, pentru a găsi mai multe dovezi care să susțină noua narațiune despre sine. „Ce altceva îmi poți spune despre trecutul tău pentru a mă ajuta să înțeleg cum ești în stare să te descurci cu *Furia* atât de bine?” „Cine te-a cunoscut când erai copil și care ar fi surprins să vadă că ești în stare să îți piept *Temerii* în aceste împrejurări?”

În momentul în care noua narațiune de sine începe să prindă forme, terapeutul poate schimba focalizarea spre viitor, invitând clientul sau familia să-și imagineze schimbările viitoare care se vor potrivi noii povești. „Acum că ați descoperit aceste lucruri despre dumneavoastră înșivă, cum credeți că aceste descoperiri vor afecta relațiile dumneavoastră cu *ura-de-sine*?” Acum autopovestea are un trecut, prezent și viitor, este o narațiune completă.

Întărirea noii povești. Deoarece ei cred că sinele se constituie în interacțiune socială și, de aceea, că oamenii sunt susceptibili să aibă noile lor povești nedeterminate de aceleași contexte care le-au subliniat, terapeuții narativi fac o problemă din ajutarea clienților să găsească un auditoriu pentru sprijinirea progresului lor, construind noi povești pentru ei înșiși.

Clienților li s-ar putea cere să contacteze persoane din trecutul lor care pot autentifica noua lor poveste – care pot confirma și adăuga exemple de persoane care acționează calificat. Clienții sunt încurajați, de asemenea, să recruteze persoane din viața lor care pot servi ca martori de sprijin a noii lor povești. Uneori, „ligile” sunt formate, grupuri de oameni în continuare cu probleme similare, pentru a sprijini eforturile unul altuia de a rezista problemei. De exemplu, Liga antianorexia/antibulimia de la Vancouver (Madigan, 1994) are un jurnal și monitorizează media, scriind scrisori președinților companiilor, ziarelor și magazinelor care prezintă un ideal de femei vlăguite și le încurajează să țină dietă.

David Epston a fost pionierul folosirii scrierii de scrisori pentru a extinde conversația terapeutică dincolo de ședință. Aceste scrisori conduc adesea la o apreciere profundă a ceea ce îndură clienții, sublinierea unei noi povești și încrederea terapeutului în capacitatea clientului de a continua să progreseze. Avantajul acestei tehnici este că, odată scrise, cuvintele dintr-o scrisoare nu se șterg în modul în care o fac cuvintele după o conversație. Clienții i-au relatat lui Epston că ei recitesc cu regularitate scrisorile pe care el li le-a trimis cu ani în urmă pentru a le reaminti de unde au venit și cât de departe au ajuns (Epston, 1994).

Toate aceste eforturi – recrutarea celor care autentifică și a auditorilor, formarea echipelor și a ligilor, scrierea scrisorilor și redactarea certificatelor –, țin de sublinierea construcționismului social privind interacți-

unea în crearea și menținerea schimbării. Pentru persoanele care-și consolidează noile identități, ele au nevoie de comunități care să le confirme și să le întărească narațiunile revăzute și care să contracareze mesajele culturale și familiale contrare. Ceea ce se întâmplă într-o ședință este numai un început, pentru că scopul nu este numai să rezolve o problemă; scopul este să schimbe un întreg mod de gândire și de viață.

La sfârșitul fiecărei ședințe, terapeuții narativi rezumă adesea ceea ce s-a întâmplat, asigurându-se că să folosească limbajul externalizat și subliniind toate rezultatele unice care au fost menționate. Aceste rezumate reprezintă ceea ce Epston a pus adesea în scrisorile sale către clienți. Efectul acestor rezumate este să transmită energie clienților cu care a fost terapeutul și să sărbătorească înflorirea noii lor identități. Acest sentiment de a fi îmbărbătat de terapeut poate fi extrem de încurajator.

Demolarea ipotezelor culturale distructive.

Există perioade în care terapeuții narativi vor face mai explicit legătura cu narațiunile culturale. De exemplu, o femeie anorexică ar putea fi întrebată cum a fost recrutată în credința că valoarea ei depinde de aparența ei. Aceasta ar conduce la alte întrebări, privind poziția femeii în societatea noastră. În mod similar, un bărbat violent ar putea fi întrebat cum a ajuns să creadă că bărbații nu trebuie să fie niciodată slabi sau delicăți și va urma o demolare a mesajelor pe care bărbații le primesc.

Pentru a clarifica cu ce ar putea semăna această demolare a atitudinilor culturale, vom prezenta unul din cazurile lui White așa cum l-a descris Mary Sikes Wylie (1994):

John... a venit să-l vadă pe White pentru că, spune White, „el era un bărbat care nu a plâns niciodată” – el nu a fost în stare niciodată să-și exprime emoțiile – și s-a simțit izolat și desprins

de familia sa. Ca și copil, John a fost educat, arăt acasă, cât și la școala sa elementară australiană, că orice exprimare de gentilețe sau „blândete” era nebărbătească și s-ar fi terminat cu o pedeapsă aspră și o umilire publică brutală. White i-a pus lui John o serie de întrebări care erau politice și personale, solicitând informații despre suferința psihologică „particulară” a bărbatului și legând aceasta de practicile culturale „publice” de sexist rigid și macho agresiv, care au dominat tinerețea sa. „Cum ai fost recrutat în aceste gândiri și obiceiuri îde sentimente inadecvate, nu suficient de masculine etc.? Care a fost istoricul formării pentru aceste sentimente? Credeți că ritualurile de umilire [muștrarea publică de către autoritățile școlare, ridiculizarea de către profesori și elevi pentru că nu erai bun la sport sau suficient de aspru și dur] v-au alienat de propria dumneavoastră viață? Au fost ele descalificări ale dumneavoastră? V-au ajutat aceste practici sau v-au împiedicat să recunoașteți un mod diferit de a fi bărbat?” (p. 43).

După demolarea imaginii masculinității în acest mod, White l-a ajutat pe John să-și reamintească vremurile în care el a rezistat și a recunoscut noblețea eforturilor sale de a rămâne amabil și iubitor în ciuda socializării sale.

Cazul lui Sneaky Poo. Terapia lui White începe cu descrierile sale de caz, ca în următorul extras din descrierea sa (1989) a unei familii cu un copil encopretic :

Când a pus pe hârtie influența membrilor familiei în viața a ceea ce noi am numit „Sneaky Poo”, noi am descoperit că:

1. Deși Sneaky Poo a încercat întotdeauna să-l atragă pe Nick să fie prietenul lui de joacă, Nick își poate reaminti un număr de ocazii în cursul cărora nu i-a permis lui Sneaky Poo să fie mai deștept decât el. Acestea au fost ocazii în timpul cărora Nick ar fi putut să colaboreze prin „murdărire cu noroi” sau „a face dungi” sau „tencuire”, dar el nu a făcut asta. El nu a permis să fie atras în aceasta.
2. A existat o ocazie recentă în timpul căreia Sneaky Poo ar fi putut să o conducă pe Sue într-un sens sporit de mizerie, dar ea a rezistat și a deschis în schimb radioul stereo. De asemenea, cu această ocazie, ea a refuzat să fie întrebată despre competența ei ca părinte și ca persoană.
3. Ron nu și-a putut aminti o ocazie în care el nu a permis încurcăturii provocată de Sneaky Poo să-l izoleze de alții. Cu toate acestea, după ce cererile lui Sneaky Poo adresate lui au fost identificate, el a părut interesat de ideea de definire a acestor cereri...
4. ... S-a stabilit că există un aspect al relației lui Sue cu Nick despre care credea că ea s-ar putea bucura încă, și anume Ron mai făcea încă unele încercări să păstreze relațiile sale cu Nick și că Nick avea o idee că Sneaky Poo nu a distrus toată dragostea din relația sa cu părinții săi.

După identificarea influenței lui Nick, Sue și Ron în viața lui Sneaky Poo, am introdus întrebări care i-au încurajat să realizeze o semnificație în legătură cu aceste exemple, astfel ei și-ar putea „rescrie” viețile și relațiile. Cum au reușit ei să se descurce pentru a fi eficienți împotriva problemei în acest mod? Cum se reflectă aceasta asupra lor ca oameni și asupra relațiilor lor?... Le-a dat acest succes vreo idee despre etapele viitoare pe care trebuie să le parcurgă pentru a-și reface viețile din problemă? Ca răspuns la aceste întrebări, Nick s-a gândit că el este gata să-l oprească pe Sneaky Poo să nu-l mai păcălească atât de mult și a hotărât că nu va mai fi înșelat niciodată ca să fie partenerul lui de joacă (pp. 10-11).

Două săptămâni mai târziu, White a aflat că Nick, curajos, l-a bătut pe Sneaky Poo,

având un singur episod minor și el părea mai fericit și mai puternic. Sue și Ron au avut și ei rolul lor în această bătălie. În efortul ei de a nu coopera cu cererile lui Sneaky Poo adresate ei pentru a se simți vinovată, Sue a început să se „trateze ea însăși” când Sneaky Poo a încercat să o doboare, iar Ron a luptat cu încercările lui Sneaky Poo de a-l menține izolat, vorbind prietenilor despre problemă.

Am încurajat familia să reflecteze și să speculeze ce spunea acest succes despre calitățile pe care ei le aveau ca oameni și despre atributele relațiilor lor. I-am încurajat, de asemenea, să revizuiască ce sugerau aceste fapte despre relația lor obișnuită cu Sneaky Poo. În această discuție, membrii familiei au identificat alte măsuri pe care ar fi putut să le ia pentru a declina invitațiile lui Sneaky Poo adresate lor pentru sprijin (p. 11).

White relatează că familia a extins aceste eforturi în sesiunea intermediară și în a treia sedință ei s-au simțit încrezători că Sneaky Poo a fost înfrânt. La o verificare după șase luni ei se simțeau încă bine.

Evaluarea teoriei și a rezultatelor terapiei

Prin externalizarea problemelor, demolarea poveștilor de viață pesimiste și exprimarea încrederii statornice în clienții lor, terapeuții narativi au construit un remediu puternic pentru schimbare. „Ambalarea” intrării lor sub forma întrebărilor face intrarea lor să pară mai puțin ca un sfat la care să fi rezistent și cultivă simțul parteneriatului cu clienții.

Cele două ingrediente cele mai putenice din terapia narativă sunt metafora narativă însăși și tehnica externalizării problemelor. Forța și slăbiciunea abordării narrative stau în focalizarea ei cognitivă. Respingând

modelul cibernetic – blocarea familiilor în buclele feedbackului disfuncțional –, terapeuții narativi au repudiat ideea că familiile cu probleme au ceva rău cu ele. Din nefericire, ei au întors, de asemenea, spatele la trei caracteristici definitorii ale terapiei de familie: (1) recunoașterea că simptomele psihologice sunt adesea legate de conflictul familial; (2) gândirea problemelor umane ca interacționale, care înseamnă gândire în condițiile celor doi (complementaritate, reciprocitate) și trei (triunghiurile); și (3) tratarea familiei ca o unitate.

Tratarea problemelor ca povești ce trebuie demolate scapă din vedere faptul că unele familii au conflicte reale care nu dispar, pentru că ele se adună împreună în mod temporar pentru a lupta cu problema externalizată. De exemplu, părinții ale căror vieți sunt goale pot avea probleme lăsând copiii lor să crească. Se evaporă această goliciune în timp ce ei își ajută copiii să lupte cu *revolta*?

În procesul de a ajuta oamenii să-și repovestească experiența, terapeuții narativi subscriu adesea la un punct de vedere de emoții nefericite – furie, teamă, anxietate, depresie – mai mult decât behavioriștii cognitivi: ca supărările de a evita mai degrabă decât a explora. Ei întreabă cum teama sau mânia „învinge” clienții, dar ei întreabă rar de ce clienții sunt supărați sau de ce sunt speriați?

Versiunile de început ale terapiei de familie *au pus* familiile într-o lumină rea și le-au criticat pentru menținerea problemelor. Mișcarea narativă a ajutat schimbarea domeniului spre mai mult respect și colaborare cu familiile. În procesul respingerii patronării conștiinței acelei epoci de început, cu toate acestea, terapeuții narativi au respins gândirea sistemică, subliniind elementele mecanice, în timp ce igoră mai multe versiuni umaniste (derivate din teoreticieni ca von Bertalanffy). Una din contribuțiile cele mai

mari ale terapiei de familie a fost de a aduce înțelegerea contextuală a oamenilor și a problemelor acestora în psihoterapie. Terapeuții nonsistemici, influențați de modelul bolii, au încurajat oamenii să lupte cu problemele (cu medicația, grupuri de sprijin, educația), mai degrabă decât să exploreze rețeaua de relații în care problemele sunt înglobate. În timp ce s-au opus modelului bolii, terapeuții narativi pledează pentru reîntoarcerea la o viziune acontextuală similară problemelor ca lucruri cu care trebuie luptat și la evitarea eforturilor pentru a înțelege contextele lor ecologice.

Privind dincolo de familii la ipotezele culturale în care ele sunt înrădăcinate, terapeuții au dat o formă politică distinctă muncii acestora. Cei mai mulți terapeuți narativi vor fi de acord cu declarația lui Vicki Dickerson că terapia narativă este „în primul rând despre situarea problemelor în contextul lor cultural” (Freedman, 1996). Este vorba

de ajutarea clienților să identifice și să provoace prescripțiile omniprezente, dar neexaminată în comun, care fac societatea permeabilă și fac valoarea de sine și armonia să relaționeze dificil chiar în condițiile cele mai favorabile.. Dar cum poate face cineva acest lucru fără să impună propriile sale devieri politice?

Deși unii terapeuți fac încă un caz din neutralitatea lor strict terapeutică, mulți sunt de acord acum că, adesea, este important să pui la îndoială ipotezele culturale supărătoare. Este adevărat că și cultura noastră promovează multe valori nefolositoare. Întrebarea este, care este cea mai bună cale pentru a ajuta oamenii de a se elibera ei înșiși de acele influențe, fără a impune valorile proprii? Aceasta este o întrebare complexă și terapia narativă răspunde la acesteia într-un anumit mod. Sperăm că exemplul inspiră pe toți terapeuții de familie să lupte cu această întrebare.

—Rezumat—

Abordarea narativă este construită în jurul metaforelor de organizare: narațiunea persoană și construcția socială. Când memoria vorbește, ea spune un „adevăr narativ” care are mai multă influență decât „adevărul istoric”. „Faptele” prezentate unui terapeut reprezintă parțial adevărul istoric și parțial construcții. Construcțiile care fac realitatea împărtășită a unei familii reprezintă înțelegerile reciproce și împărțirea prejudecăților, din care unele sunt folositoare, altele nu sunt.

Terapeuții narativi rup strânsoarea poveștilor nefolositoare prin externalizarea problemei. Prin provocarea versiunilor evenimentelor, terapeuții fac loc flexibilității și speranței. Descoperirea rezultatelor unice asigură o deschidere prin care poveștile noi și mai optimiste pot fi înfățișate. În cele din

urmă, clienții sunt încurajați să creeze audiențe de a sprijini mărturia și de a promova progresul acestora în restaurarea vieților lor de-a lungul liniilor preferate.

Strategiile terapiei narative se împart în trei etape. (1) etapa narațiunii problemei: reformularea problemei ca nenorocire (externalizarea), prin concentrarea asupra efectelor acesteia, mai degrabă decât asupra cauzelor acesteia; (2) găsirea excepțiilor: triumfurile parțiale asupra problemei și instanțele acțiunii eficiente; și (3) recrutarea sprijinului. Încurajarea unui fel de ritual public pentru a întări interpretările noi și preferate mută construcțiile cognitive ale intuiției trecute personale nu chiar într-o acțiune, ci într-o acțiune sprijinită social.

Tacticile prin care aceste strategii sunt puse în practică cuprind o serie de întrebări elaborate:

- **Întrebări de demolare.** Externalizarea problemei. „Ce face ca *depresia* să șoptească la urechile dumneavoastră? „Ce concluzii ați tras despre relațiile dumneavoastră datorită acestei probleme?”
- **Întrebări de spațiu deschis:** rezultate unice descoperite. „A existat vreodată o perioadă când cearta a putut să controleze relațiile dumneavoastră, dar nu a făcut-o?”
- **Întrebări de preferință:** A face sigure rezultatele unice reprezintă experiențele preferate. „A fost acest mod de a manevra lucrurile mai bun sau mai rău?” „A fost aceasta o dezvoltare pozitivă sau negativă?”
- **Întrebări de dezvoltare a poveștii:** Dezvoltarea unei noi povești din semintele (preferate) ale rezultatelor unice. „Prin ce se deosebește aceasta de ceea ce ați făcut mai înainte?” „Cine

a jucat un rol în modul în care ați făcut aceste lucruri?” „Cine va fi primul care va observa schimbările pozitive din dumneavoastră?”

- **Întrebări privind semnificația:** Provoacă imagini negative despre sine și subliniază reprezentarea pozitivă. „Ce spune aceasta despre dumneavoastră că sunteți în stare să faceți acesta?”
- **Întrebări pentru a extinde povestea în viitor:** Sprijinirea schimbărilor și întărirea dezvoltărilor pozitive. „Ce prevedeți pentru anii care vin?”

Baza construcționist-socială a terapiei narative dă abordării forma sa politică și nu subliniază dinamica și conflictele de familie. În loc să cerceteze în cadrul familiilor interacțiunile disfuncționale, terapeuții narativi privesc în exterior influențele distructive ale anumitor valori și instituții culturale. Ei invită pe membrii familiei să acționeze împreună pentru a se opune acelor valori și practici. În locul neutralității ei oferă pledoaria.

—Lecturi recomandate—

Bruner, J. S. 1986. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Dimond, J. 2000. *Narrative means to sober ends: Treating addiction and its aftermath*. New York: Guilford Press.

Dickerson, V. C., and Zimmerman, J. 1992. Families with adolescents: Escaping problem lifestyles. *Family Process*. 31:341-353.

Eron, J. and Lund, T. 1996. *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.

Freedman, J., and Combs, G. 1996. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton

Gilligan, S., and Price, R. 1993. *Therapeutic con-*

versations. New York: Norton.

Minuchin, S. 1998. Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*. 24:397-403.

White, M. 1989. *Selected papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. 1995. *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, Australia. Dulwich Centre Publications.

White, M., and Epston, D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Zimmerman, J., and Dickerson, V. 1996. *If problems talked: Adventures in narrative therapy*. New York: Guilford Press.

—Bibliografie—

- Anderson, C. M., Reiss, D., and Hogarty, B. 1986. *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press.
- Bruner, J. S. 1986. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. 1991. The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*. 18:1-21.
- Derrida, J. 1992. *Derrida: A critical reader*. D. Wood, ed. Oxford: Blackwell.
- Dickerson, V., and Zimmerman, J. 1992. Families with adolescents: Escaping problem lifestyles. *Family Process*. 31:341-353.
- Epston, D. 1994. Extending the conversation. *Family Therapy Networker*. 18:30-37, 62.
- Epston, D., and White, M. 1992. *Experience, contradiction, narrative, and imagination: Selected papers of David Epston and Michael White*. 1989-1991. Adelaide. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Foucault, M. 1965. *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Random House.
- Foucault, M. 1975. *The birth of the clinic: An archeology of medical perception*. London: Tavistock.
- Foucault, M. 1980. *Power/knowledge: Selected interviews and other writings*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. 1984. *The history of sexuality*. Great Britain: Peregrine Books.
- Freedman, J. 1996. AFTA voices on annual meeting. *American Family Therapy Academy Newsletter*. Fall, 30-32.
- Freedman, J., and Combs, S. 1996. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Freeman, J., Epston, D., and Lobovits, D. 1997. *Playful approaches to serious problems*. New York: Norton.
- Gergen, K. 1991. *The saturated self*. New York: Basic Books.
- Held, B. 1995. *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York: Norton.
- Madigan, S. 1994. Body politics. *Family Therapy Networker*. 18:27.
- Madigan, S., and Epston, D. 1993. From „Psychiatric gaze: to communities of concern: From professional monologue to dialogue. In *The reflecting team in action*. S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S. 1998. Where is the family in narrative family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 24:297-403.
- Nichols, M. 1995. *The lost art of listening*. New York: Guilford Press.
- O'Hanlon, W. 1994. The third wave. *Family Therapy Networker*. 18:18-26, 28-29.
- Roth, S. A., and Epston, D. 1996. Developing externalizing conversations: An introductory exercise. *Journal of Systemic Therapies*. 15:5-12.
- Tamasese, K., and Waldegrave, C. 1993. Cultural and gender accountability in the „Just Therapy” approach. *Journal of Feminist Family Therapy*. 5:29-45.
- Tomm, K. 1993. The courage to protest: A commentary on Michael White's work. In *Therapeutic conversations*. S. Galligan and R. Pierce, eds. New York: Norton.
- Waldegrave, C. T. 1990. Just therapy. *Dulwich Centre Newsletter*. 1:5-46.
- Weingarten, K. 1991. The discourses on intimacy: Adding a social constructionist and feminist view. *Family Process*. 30:285-305.
- Waters, D. 1994. Prisoners of our metaphors. *Family Therapy Networker*. 18:73-75.
- White, M. 1989. *Selected papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Center Publications.
- White, M. 1991. Deconstruction and family therapy. *Dulwich Centre Newsletter*. 3:21-40.
- White, M. 1993. Deconstruction and therapy. In

- Therapeutic conversations*. S. Gilligan and R. Pierce, eds. New York: Norton.
- White, M. 1995. *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide. South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. 1997. *Narrative of therapists' lives*. Adelaide. South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. 1998. Liberating conversations: New dimensions in narrative therapy. Workshop at the Family Therapy Network's Annual Symposium, Washington, D.C.
- White, M., and Epston, D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wylie, M. S. 1994. Panning for gold. *Family Therapy Networker*. 18:40-48.
- Zimmerman, J., and Dickerson, V. 1993. Bringing forth the retraining influence of pattern in couples therapy. In *Therapeutic conversations*. S. Gilligan & R. Pierce, eds. New York: Norton.
- Zimmerman, J., and Dickerson, V. 1996. *If problems talked: Adventures in narrative therapy*. New York: Guilford Press.

Modele integratoare

O abordare mai flexibilă a tratamentului

In ruptura cu paradigma dominantă a timpului, terapeuții de familie s-au definit **ei înșiși psihanalitici în opoziție cu toate lucrurile**. A menținut psihanaliza ideea **conflictului** căreia comportamentul era un produs al **forțelor** inconștiente, relațiile de familie erau o **funcție** a psihodinamicii individuale și numai **percepția** determină schimbarea de durată? **Apoi**, terapeuții de familie au insistat asupra **faptului** că un comportament al unui individ **era** dictat de structura familiei și că „percepția” **era** complet nenesară rezolvării problemei.

În mod similar, așa cum ei au studiat **implicațiile** propriilor lor percepții, diferitele **școli** de terapie de familie au subliniat nu **numai** propriile lor forțe, ci și diferențele lor. **Bowen** a văzut motivația membrilor familiei **prin** discuții cu ei pe rând; **Minuchin** a insistat **că** modalitatea de a avea realmente o relație **era** să pui oamenii să vorbească direct unul **cu** altul. Nici școlile noi nu sunt imune la **această** mentalitate noi-împotriva-lor; atât **terapeuții** narativi focalizați pe soluții, cât și **terapeuții** narativi au făcut o preocupare din **respingerea** unora din caracteristicile defini-

torii ale școlii tradiționale. Ei sunt antimecaniciști, decisiv necomportamentali și ignoră destul de mult conflictul ca sursă a problemelor familiei.

Din acest motiv, revizionisții radicali rămân adesea prinși în vechile categorii. Ei reprezintă o antiteză, nu o nouă sinteză; și ei sunt condamnați la dispensibilitatea tuturor punctelor de vedere parțiale și polemice. Așa cum aceasta a luat ani de zile terapeuților sistemici pentru a trece dincolo de denigrarea lor a psihodinamicii, va lua probabil timp acestor postmoderniști pentru a recupera ceea ce am învățat despre dinamica familiei în munca lor.

În orice domeniu de efort, se pare că integrarea este posibilă numai după o perioadă de diferențiere. Nu este surprinzător, atunci, faptul că în primii ani ai terapiei de familie ideea de *integrare* a avut o conotație negativă. Într-o vreme în care în care energiile școlilor care apăreau au fost dedicate diferențierii, integrarea a fost văzută ca o atenuare, mai degrabă decât ca o îmbogățire, a modelelor clasice.

În decursul ultimelor decenii, totuși, a existat o creștere a conștientizării că nici o

singură abordare nu are monopolul asupra eficienței clinice. Timpul școlilor distincte și competitive de terapie de familie a trecut. Când terapia de familie a intrat în deceniul al cincilea, tendința dominantă a fost integrarea.

Atunci când integrarea era descrisă ca un respect pentru multiplicitatea adevărului, integrarea părea ca o idee bună de neatacat. Argumentul evident în favoarea elementelor integratoare ale diferitelor abordări este că ființele umane sunt complicate – creaturi gânditoare, simțitoare și active care există într-un sistem complex de influențe biologice, psihologice și sociale. Nici o terapie nu poate avea succes fără a avea un impact asupra tuturor acestor dimensiuni. Există, totuși, un argument valabil că eclecticismul poate lipsi terapia de intensitatea posibilă datorită concentrării asupra unor anumite elemente ale experienței. Pot exista multe feluri de a jupui o pisică, dar nu vă sfătuim să le încercați pe toate dintr-o dată.

Așa cum vom vedea în acest capitol, „integrarea” se referă la trei feluri foarte diferite de abordări. Prima este *eclecticismul*, care decurge dintr-o varietate a modelelor și metodelor. A doua abordare este *împrumutul selectiv*, în care chiar puriștii relativi vor folosi ocazional tehnici din alte abordări. A treia abordare o reprezintă *modelele integratoare concepute special*. Dintre acestea sunt modelele teoretice care izvoresc din mai multe influențe, inclusiv din abordările integratoare ale lui William Nichols (1996) și Bill Pinsof (1995); modelele pragmatice care combinau elementele celor două abordări complementare, cea a lui Eron și Lund (1997) și terapia narativă a soluțiilor și terapia integratoare de cuplu, a lui Jacobson și Christensen (1996); și modelele integratoare dezvoltate pentru probleme clinice specifice, ca terapia de cuplu a Virginiei Goldner și Gillian Walker, pentru violența maritală (Goldner, 1998).

Eclecticismul

Unul din avantajele formării absolvenților este că studenții sunt expuși unei varietăți de abordări și învață să gândească în mod critic despre ele. Din nefericire, școlile produc adesea critici mai bune decât clinicieni. Pe termen lung, o anumită cantitate de agnosticism profesional este probabil un lucru bun; pe termen scurt, aceasta poate fi o confuzie.

Ce faceți în prima ședință? Ei bine, încercați să fiți sigur că toată lumea este prezentă, întâmpinați pe fiecare dintre ei și încercați să-i faceți să se simtă confortabil. Întrebați despre problema prezentată, desigur. Iar apoi ce? Să presupunem că o mamă spune că fiica ei de patrusprezece ani a devenit nepoliticoasă și lipsită de respect. Vă concentrați asupra sentimentelor ei? Întrebați ce crede soțul ei? Stabiliți o punere în scenă în care ea îi vorbește adolescenței ei? Puneți întrebări despre excepții? Oricare dintre aceste opțiuni ar putea fi folositoare. Dar, a încerca să le faceți pe toate poate conduce la o lipsă de concentrare.

Integrarea eficientă implică mai mult decât câte ceva din toate acestea și câte ceva din diferite modele. În crearea unei integrări lucrative, două lucruri trebuie evitate. Primul este tehnica de prelevare din diversele abordări fără o focalizare conceptuală. Problema aici nu este atât de mult o neeleganță teoretică, cât o inconsistență clinică.

—Studiu de caz—

Un student care a fost supervizat într-o abordare psihodinamică a cerut să prezinte la o conferință un caz în care, după un progres inițial bun, terapia s-a blocat. Majoritatea oamenilor de la conferința de caz nu erau familiari cu modelul psihodinamic și ei au fost interesați și impresionați de ceea ce

studentul a realizat mai departe. Dar când a venit momentul discuțiilor, mai mulți dintre cei prezenți au sugerat că modul de a face să se miste cazul din nou ar putea fi încercarea unei structuri diferite de abordare cognitiv-comportamentală, narativă sau ori care o vreți, depinzând de cine a făcut sugestia.

Al doilea lucru de evitat este să întoarcem **caii** în mijlocul curentului. Cele mai multe **tratamente** intră în dificultate la un moment **dat**. Când aceasta se întâmplă, începătorii pot **fi tentați** să schimbe pentru un model complet **diferit**. Dacă o abordare structurală nu a **funcționat**, poate una narativă va funcționa. Problema este că oricare strategie va **funcționa** o perioadă – și apoi se va bloca. **Blocarea** nu este în mod necesar un motiv **pentru** a schimba modelele; mai degrabă este un **semnal** că dumneavoastră și clienții **dumneavoastră** sunteți în ceea ce ar putea fi **miezul** problemei acestora. Acesta este **momentul** să vă ascuți instrumentele, nu să **renunțați** la ele.

Programele de formare postuniversitară **au** furnizat odată un antidot pentru acest fel **de** eclecticism neconcentrat prin instrucție **intensivă** într-o abordare clară. Din nefericire, **din** ce în ce mai puțini terapeuți se dedică **astăzi** formării avansate. Mulți absolvenți **recenti** ar vrea să facă mai multă formare, **dar** ei au împrumuturi de plătit, ei vor să se **consacre** sau ei simt că știu deja destul pentru **a începe**. Cei care fac sacrificiul de a urma **programe** de formare post-doctorale trebuie **să considere** că este cea mai bună decizie pe **care** au luat-o vreodată.

Împrumutul selectiv

În timp ce postmodernismul a făcut domeniul mai cuprinzător, același lucru tinde să

se întâmple practicienilor cu experiență. Când li s-a cerut celor mai vechi în terapia de familie să discute despre carierele lor într-un număr al *American Family Therapy Academy Newsletter* (Winter, 1999), mulți au spus că peste ani ei au devenit mai puțin doctrinari și au adoptat idei de la alte modele – dar ei au ținut de nucleul teoriei originale a acestora ca o bază. De exemplu, terapeutul feminist de familie, Betty Carter, a fost format în modelul lui Bowen și credea că acesta este destul de substanțial pentru a evolua împreună cu ea. „N-am simțit niciodată că trebuie denigrată întreaga teorie și să încep din nou. Deși, desigur, teoria lui Bowen are aceeași pată oarbă pe care toate teoriile timpurii le-au avut despre putere, astfel încât totul a trebuit să fie adăugat” (Mac Kune-Karrer, 1999, p. 24). Astăzi există puțini puriști printre terapeuții experimentați. Mulți, ca și Carter, au făcut împrumuturi selective.

Pentru a împrumuta selectiv trebuie să ai o bază solidă într-o paradigmă. Indiferent de cea pe care o alegi aceasta va depinde, în parte, de ceea ce este disponibil în programul dumneavoastră de formare. Este o idee bună să profiți de ceea ce se oferă prin învățarea a cât de mult poți de la cine se întâmplă să fie supervizat. Cu toate acestea, abordarea în care vă specializați trebuie eventual să aibă importanță pentru dumneavoastră. La un moment dat veți fi liber să căutați formarea și supervizarea, iar abordarea pe care o alegeți trebuie să fie compatibilă cu modul în care gândiți despre oameni și cum vă place să interacționați cu ei. Dacă terapia narativă vă inspiră căutați formarea în această abordare. În școli s-ar putea să nu aveți prea mult de ales despre ceea ce oferă formatorii dumneavoastră. Dar, după aceasta, ar putea fi o greșală să alegeți un anumit fel de formare pentru că vă convine.

Terapeuții care eventual trebuie să se descurce să combine abordările sau stăpânesc

cu succes mai multe decât una, nu încearcă, de obicei, să le învețe dintr-o dată. Folosirea tehnicilor de ici și de colo fără un focus conceptual produce o formă îmbâcsită a eclectismului în care terapeuții se întorc înapoi și înapoi fără constantă și convingere. Împrumutul eficient nu înseamnă un talmeș-balmeș de tehnici și nu înseamnă schimbarea de la o abordare la alta ori de câte ori terapia intră într-un impas temporar. Tehnicile de împrumut din alte abordări sunt mai probabil să fie eficiente dacă faceți aceasta într-un mod care se potrivește paradigmei de bază în care dumneavoastră operați.

—Studiu de caz—

Să luăm în considerare, de exemplu, un terapeut structural care tratează o mamă și o fiică care sunt blocate într-o bătălie în care mama o învinovățește pe fiică în mod constant ca fiind iresponsabilă. Dacă mama s-ar retrage și ar înceta să învinovățească, fata s-ar putea simți mai puțin terorizată și ar începe să-și asume mai multă responsabilitate pentru ea însăși – sau dacă fiica ar începe să-și ia mai multă responsabilitate, poate mama s-ar retrage. Dar, atâta timp cât fiecare dintre ele rămâne preocupată de cealaltă și lucrurile îngrozitoare pe care le face, nici una nu este în stare să rupă acest cerc.

Să presupunem că terapeutul trebuie să încerce tehnica narativă de externalizare a problemei. În locul „bombănelii” și „iresponsabilității” care polarizează mama și fiica, poate ele ar putea fi convinse să înceapă să gândească în termenii unei „breșe” care apare între ele. Această schimbare în gândire poate deschide spațiu pentru ele pentru a recepta un mod mai cooperant de relaționare între ele. Dar dacă cearta dintre mamă și fiică era un produs al angajării, încercarea de a le aduce împreună într-un

mod mai armonios nu poate rezolva problema.

De fapt, cazul pe care tocmai l-am descris este ipotetic. Prezentăm mai jos modul în care un terapeut trebuie să introducă de fapt tehnica de externalizare în această situație.

—Studiu de caz—

Deoarece el a văzut cearta mamei și a fiicei ca pe un rezultat al angajării, terapeutul concentrat mai întâi asupra ajutării mamei abordează cu soțul ei unele din conflictele care-i mențin distanți. În momentul în care au început să devină mai apropiate, mama a început să petreacă mai puțin timp îngrozindu-se în legătură cu ce fiica ei făcea sau nu făcea.

Apoi, în ședințe separate cu fiica ei, terapeutul a găsit un mod folositor de a introduce tehnica de externalizare. Ca rezultat al suspiciunii mamei, fiica are obiceiul de a se eschiva de la responsabilități și, prin urmare, performanțele ei școlare au scăzut. A fost ca și atunci când ea avea evaluarea temelor de acasă, ea a simțit același fel de opresiune pe care-l simțea de cauza suspiciunii mamei ei.

Terapeutul a subliniat aceasta, dar a constatat că fata a început să internalizeze caracterizările aspre ale mamei. „Cred chiar că sunt leneșă”, a spus ea despre ceea ce a devenit o profecție care se autorealizează. Terapeutul a răspuns întrebând-o despre perioada în care „amânarea” a făcut-o să se simtă bine și perioada în care „nu a făcut-o”. Acest instrument s-a dovedit eficient în ajutarea fetei să se separe ea însăși de procesul psihic negativ pe care l-a adoptat și, energizată astfel, ea a fost capabilă să înceapă să recupereze activitatea ei școlară.

Modele integratoare concepute special

În timp ce cei mai mulți practicieni experimentați devin eventual împrumutători selectivi, altoind idei și practici pe un nucleu de bază, unii terapeuți încearcă să creeze o nouă sinteză în afara aspectelor complementare ale modelelor existente. Unele din aceste eforturi integratoare sunt sisteme cuprinzătoare care includ o întreagă gamă de abordări sub o singură umbrelă, în timp ce alții combină pur și simplu elementele unei abordări cu alta, formând un model hibrid.

Modele cuprinzătoare, teoretic inclusive

În scopul de a se ocupa de complexitatea practicii de familie, fondatorii terapiei de familie au dezvoltat modele specifice, fiecare dintre ele concentrându-se asupra anumitor aspecte ale experienței umane. Deși această selectivitate a permis diferitelor școli să-și consolideze abordările, aceasta a creat de fapt un mediu competitiv care a subliniat diferențele și a descurajat terapeuții de a profita de percepțiile din alte modele. Maturizarea domeniului a văzut o eroziune a sectarismului și o abordare mai pragmatică a practicii. Pentru un timp, aceasta a însemnat nu limitarea practicii la un model oarecare, ci folosirea unei varietăți de abordări existente.

Avantajul acestor abordări cuprinzătoare este că ele iau în atenție o gamă largă de experiențe umane. Ele oferă și mai multe opțiuni de intervenție. De exemplu, mai degrabă decât să încerce pur și simplu să privească cu interes o mamă angajată cu copilul, un terapeut al cărui domeniu include probleme culturale ar putea ajuta mama să reexamineze ipotezele care o împiedică să aibă mai multe satisfacții ale propriei ei vieți.

Dezavantajul abordărilor cuprinzătoare este că ele cer mai mult de la terapeuți. Mai întâi, terapeuții nu pot fi numai specializați în, să spunem, descălcirea triumghiurilor familiei, ci trebuie să aibă în vedere o varietate de probleme – intrapsihice, transgeneraționale, chiar politice – și o gamă largă de intervenții. În plus, terapeuții care adoptă un cadru mai cuprinzător trebuie să se păzească de tendința menționată mai înainte de a renunța prea repede și de a se schimba la întâmplare de la o strategie la alta.

Vom prezenta aici două exemple ale modelelor concepute să mărească înțelegerea. Primul, *metacadrele*, alege ideile cheie care apar în diferitele școli ale terapiei de familie și le conectează cu principii supracuprinzătoare. Al doilea exemplu, *terapia integratoare centrată pe probleme*, unește mai multe abordări diferite în episoade și asigură un arbore al deciziilor pentru schimbare de la una la alta când terapeuții sunt blocați.

Modelul metacadrelor. Metacadrele s-au născut din colaborarea a trei profesori de terapie de familie care lucrau la Institutul pentru Cercetări Juvenile din Chicago: Douglas Breunlin, Richard Schwartz și Betty Mac Kune-Karrer. Această abordare oferă un cadru teoretic unificat operaționalizat, cu șase domenii principale ale funcționării umane sau metacadre: procesul intrapsihic, organizarea familiei, secvențele interacțiunii familiei, dezvoltarea, cultura și genul (Breunlin, Schwartz & Mac Kune-Karrer, 1993).

Aplicarea metacadrelor este concepută în termenii eliberării constrângerilor, la orice nivel, împiedicând familia de la rezolvarea problemelor acesteia.

—Studiu de caz—

De exemplu, o femeie depresivă poate fi constrânsă pe mai multe planuri în mod

simultan. La nivelul procesului intern, ea poate fi mistuită de vinovăția de a vrea puțin timp pentru ea însăși sau pentru că copiii ei se plâng că ei nu au prieteni. (Dacă copii sunt nefericiți, trebuie să fie vina mamei lor, nu-i așa ?) La nivelul organizării familiei ea poate fi blocată într-o a doua căsătorie rece cu un bărbat care este obsedat de cariera lui, în timp ce ea aleargă acasă și crește copiii. În plus, ea poate fi preocupată de fiul ei hiperactiv și polarizată cu propria ei mamă în legătură cu modul în care să se descurce cu el. Acest patern poate fi parte a unei secvențe în care comportamentul fiului ei este mai rău după vizitele lunare ale fostului ei sot. În cele din urmă, situația femeii poate fi parte a paternului transgenerațional menținut de familie și a convingerii culturale că femeile trebuie să fie devotate familiilor lor și niciodată să nu fie „egoiste”.

Așa cum consideră terapeuții, rețeaua de constrângeri care împiedică această femeie și familia ei, o rețea apare adesea ca un punct de plecare, dar terapeutul își dă seama întotdeauna conștient de celelalte și se poate schimba când este necesar. Astfel, terapia poate începe într-un metacadru de gen prin reexaminarea convingerilor femeii despre egosim și așteptările neechilibrate ale soțului în legătură cu rolurile proprii bărbaților și femeilor.. La un moment dat, focusul ar putea să se întoarcă la cadrul intern când terapeutul întreabă despre rolurile fiecărui partener care avea aceste convingeri și cum sunt legate ele de trecuturile lor. Această cercetare ar putea face femeia să dorească să-și reorganizeze responsabilitățile familiei, iar schimbarea este a metacadrului organizațional. Într-un alt moment, cuplul ar putea să discute oscilația fiului lor între a acționa ca cineva mai tânăr sau mai vârstnic decât vârsta sa și ei sunt în metacadrul de dezvoltare, și așa mai departe.

Modelul metacadrelor nu este simplu. Într-o epocă în care terapeuții căutau adesea să revină la tehnicile formale, aceasta îi provoacă pe clinicieni să considere o gamă largă de posibilități. Încă pentru mulți terapeuți care s-au simțit închiși de scopul îngust al modelelor sectare, abordarea metacadrelor oferă un punct de vedere mai cuprinzător și o gamă mai largă de opțiuni.

Terapia integratoare centrată pe problemă.

Când metacadrele extrag elementele cheie din diferitele teorii într-o nouă sinteză, terapia integratoare centrată pe problemă încorporează o varietate de abordări ale familiei și individului cu episoade, fără să încerce să le combată. Terapia integratoare centrată pe problemă a fost dezvoltată timp de peste douăzeci de ani de William Pinsof (1995) și colegii lui de la Institutul Familiei de la Universitatea de Nord-vest.

Ca mulți alți terapeuți, Pinsof și-a început cariera convins că modelul în care a fost format (terapia strategică de familie) ar putea fi eficient cu fiecare și cu toate problemele. Spre deosebire de împrumuturile selective, totuși, când el merge împotriva limitelor teoriei sale, el nu a adăugat numai tehnici noi, el a adăugat și abordări noi. De exemplu, dacă modelul său strategic nu pare să funcționeze, el ar putea ajuta membrii familiei să cerceteze și să exprime emoțiile lor în stilul Virginiei Satir sau al lui Susan Johnson. În alte cazuri, dacă problemele persistă, el ar putea recomanda o evaluare psihofarmacologică. Dacă eșecul continuă, el ar putea lua buncii sau chiar să ofere terapie individuală unor membrii ai familiei.

Această continuitate are sens pentru Pinsof (1999), parțial, pentru că reflectă propria sa dezvoltare personală. Dar aceasta are sens și pentru că unele probleme sunt bine așezate, în timp ce altele nu sunt. Unele familii vor răspunde intervențiilor comportamentale sau structurale, în timp ce altele pot avea nevoie

de o focalizare în profunzime. De ce să nu considerăm întregul spectru al psihoterapiilor, dacă este necesar, mai degrabă decât să presupunem că toate problemele trebuie să fie tratate cu o singură abordare?

—Studiu de caz—

Pentru a ilustra abordarea lui Pinsof, să considerăm un cuplu în vârstă de șaizeci de ani, prins în certuri dificile, dar intense, de ani de zile. Ei relatează cearta în legătură cu impotența în creștere a soțului. În explorarea înțeleșului pe care fiecare îl dă acestor evenimente, terapeutul află că soția vede lipsa de răspuns sexual al soțului ca pe o reflectare a diminuării atractivității ei, în timp ce el consideră aceasta ca un semn al virilității slabe. Aceste concluzii sunt dureroase pentru fiecare dintre ei și astfel ei evită discuțiile și să facă sex.

Terapeutul face o alianță cu fiecare dintre ei încât ei se simt destul de siguri în dezvăluirea durerii lor private și în clarificarea microconcepțiile lor despre sentimentele celuilalt. Dacă la acel moment ei răspund bine – mai puține certuri și mai mult sex satisfăcător – terapia poate înceta. Dacă nu, terapeutul va explora cauzele psihologice posibile ale impotenței – oboseala, depresia, diabet incipient. Dacă nu urmează ameliorări explorării la acest nivel, terapeutul poate discuta cu fiecare partener ipotezele neexamineate pe care ei le au despre procesul de îmbătrânire. Dacă problema rămâne încă nerezolvată, concentrarea se va muta pe blocurile intrapsihice și fiecare sau amândoi ar putea fi angajați în terapie individuală.

Dar Pinsof nu se așteaptă ca terapeuții să fie competenți în toate aceste abordări. Terapia integratoare implică echipa de lucru cu un număr de terapeuți, mai ales atunci când membrii de familie cheie sunt vulnerabili și au nevoie de terapeuții lor proprii. În timp ce terapeuți separați cu diferite orientări pot fi un coșmar, cadrul integrator asigură o bază comună pentru colaborare.

Metacadrele și abordările integratoare reprezintă două reacții posibile la realizarea pe care mulți terapeuți de familie o au că modelele pe care le-au adoptat ca fiind atotvindecătoare aveau de fapt limitele lor. O soluție (metacadrele) este un fel de alchimie – luând bucățele de aici și de acolo pentru a construi o nouă sinteză. Alta (terapia integratoare) este adițională – unind modele întregi împreună fără să încerce să le revizuiască sau să le conecteze din punct de vedere teoretic.

Modele care combină două abordări distincte

Unii teoreticieni care au apreciat abordarea lor prea limitată au fost satisfăcuți să îmbunătățească modelul lor prin combinare cu altul, crezând că două capete sunt mai bune decât unul – și, probabil, de asemenea, mai bune decât cinci sau șase. Avantajul este aici că se pot extinde orizonturile unuia fără pierderea concentrării care vine din faptul că avem o întindere destul de solidă.

Abordarea soluțiilor narative. Un lucru care-i tulbură pe unii practicieni experimentați este tendința pentru focalizarea pe soluție și terapeuții narativi care întorc spatele elementelor valabile din modelele mai vechi. De aceea, modelul soluțiilor lui Eron și Lund (Eron & Lund, 1996), care combină modelul de la MRI cu tehnicile narative este o completare binevenită.

Acum, cititorul poate fi descurajat de perspectiva necesității de a trebui să stăpânească atât de multe modele terapeutice.

Printre motivele pentru care terapia strategică a căzut în disgrație au fost ipotezele ei mecaniciste și tehnicile manipulative. Prin modul în care unii strategii au aplicat modelul cibernetic, familiile au fost văzute ca inflexibile și neputând să rezoneze cu ele. Nu vorbiți despre simțuri unei mașini. Istoriile familiilor sunt eliminate ca irelevante. Terapia a fost ideologică și, de aceea, într-o anumită măsură, impersonală. Prostituirea acestui fel de gândire, totuși, nu a fost esențială pentru intuiția că familiile s-au blocat adesea cerând mai multe soluții de același fel care nu funcționează. Eron și Lund au resuscitat intuiția și au încorporat-o într-un amestec de terapie strategică și narativă.

Joseph Eron și Thomas Lund de la Institutul Familiei Catskill din New York, au început colaborarea la începutul anilor 1980 ca terapeuți strategici, favorabili terapiei de scurtă durată. Deși ei au fost atrași de mișcarea narativă, au existat aspecte ale abordării strategice la care ei nu au vrut să renunțe. Astfel, ei le-au combinat pe amândouă. Abordarea soluțiilor narative care a rezultat se învârtă în jurul conceptului de **imagine preferate**:

- Imaginiile preferate includ calitățile pe care oamenii ar vrea să le aibă și

pe care le-au observat la alții; de exemplu: „hotărât”, „grijuliu”, „responsabil”.

- Imaginile preferate modelează *atribuțiile/competențele* pe care le face o persoană despre comportament. „Am făcut aceasta (am intrat în această ceartă) pentru că sunt rece, independent, capabil să-mi gestionez propriile mele afaceri.”
- Imaginile preferate includ și speranțele, visurile și intențiile oamenilor pentru a-și trăi viețile. „As vrea să fiu diferit de mama mea care este egoistă și critică.”
- Imaginile preferate pot sau nu pot avea ceva de a face cu comportamentul prezent al cuiva. „Eu nu am mers bine cu școala, dar îmi place să mă gândesc la mine ca la o persoană care muncește din greu și ca la o persoană auto-disciplinată. Sper să merg la o școală postliceală, chiar dacă, având în vedere notele mele, nu este așa.”

Oamenii sunt cei mai buni atunci când ei acționează în concordanță cu imaginile lor preferate. Pe de altă parte, oamenii trăiesc

Terapia soluțiilor narative a lui Eron și Lund combină tehnicile narative cu percepția MRI că oamenii perpetuează adesea problemele lor cu soluții prost conduse.



frustrarea și supărarea atunci când ei nu acționează în concordanță cu imaginile lor preferate sau când ei își imaginează că ei sunt văzuți de alții în moduri care contrazic punctul lor de vedere preferat.

Erol și Lund (1996) apreciază că oamenii au preferințe puternice pentru felul în care le place să se vadă pe ei înșiși și să fie văzuți de alții. Problemele apar atunci când oamenii nu trăiesc în conformitate cu imaginile lor preferate. Pentru a aborda această discrepanță, Eron și Lund folosesc o combinație a reformulării din modelul de la MRI și a repovestirii din abordarea narativă.

Erol și Lund subscriu premisei de bază a modelului de la MRI că problemele se dezvoltă din neștiința de a face față tranzițiilor vieții. Cu toate acestea, Eron și Lund sunt mai specifici. Ei propun ca oamenii să înceapă să gândească și să acționeze în moduri problematice când ei trăiesc o discrepanță între imaginile lor preferate despre ei înșiși și percepția lor despre acțiunile lor sau impresia lor despre cum alții îi privesc.

Observați că, în timp ce Eron și Lund urmează modelul de la MRI în aflarea ciclurilor de același fel, ei se deosebesc prin focalizarea nu asupra comportamentului, ci și asupra a ceea ce oamenii cred despre problemele lor. Conflictul în conformitate cu acest model este condus între disjuncțiile dintre imaginile preferate ale indivizilor despre ei înșiși și cum îi percep ei pe alții ca răspunzându-le.

Eron și Lund oferă următoarele indicații terapeuților pentru gestionarea conversațiilor folositoare.

Mentinerăa unui interes în preferințele și speranțele clientului. Terapeutul trebuie să acorde atenție poveștilor care reflectă modul în care clienții preferă să vadă ei și cum vor ei să fie văzuți de alte persoane importante. Se pot pune următoarele întrebări pentru a

ajuta clienții să fie în contact cu imaginile lor preferate:

- Când vă simțiți cel mai bine – acasă, la serviciu, la școală, cu prietenii?
- Cine observă familia, colegii, profesorii, prietenii?
- Ce observă ei despre dumneavoastră în acele perioade?
- Cine sunt favoriții dumneavoastră – rudele, prietenii, profesorii, alți adulți?
- Ce le place la dumneavoastră?
- Cum vă văd?
- Când vă gândiți în urmă la viața dumneavoastră, au existat perioade în care v-ați simțit cel mai bine?
- Când priviți în viitor și vă vedeți persoana care ați vrea să fiți, ce vă imaginați?

—Studiu de caz—

În *Soluții narrative în terapia de scurtă durată*, Eron și Lund (1996) oferă exemplul lui Al, care a devenit depresiv ca urmare a pensionării și începutului unui emfizem. Al prefera să se gândească la el însuși ca fiind productiv și folositor. Acum, el se temea încă de faptul că nu ar mai putea să fie capabil să rămână la fel de activ ca în trecut și, astfel, familia sa nu l-ar mai vedea ca pe cineva pe care să se bazeze. Disjuncția dintre preferințele lui Al și percepțiile lui l-a condus la sentimentul de tristete și apatie. Cu cât Al se simțea mai deprimat, membrii familiei au început să facă mai multe pentru el, terminând proiectele pe care le-a început și încercând să-l înveselească. Cadrul negativ prin care Al a văzut împrejurările sale curente a afectat *poveștile* pe care el și le-a reamintit din trecut. El s-a descris pe sine însuși mergând pe urmele tatălui său, care s-a deteriorat repede după pensionare. Conform

lui Eron și Lund, cadrele negative ale formei prezente a poveștilor pe care oamenii și le reamintesc din trecut influențează, în schimb, perspectivele lor asupra viitorului.

Când Al a fost întrebat când a simțit că el era persoana care vroia să fie, el și-a reamintit mai multe povești. Aceste povești au arătat un bărbat care se simțea apropiat de această familie și fiind de folos. Al și-a reamintit, de asemenea, perioadele când își controla viața în împrejurări provocatoare. De exemplu, el a hotărât să nu mai bea deoarece acest lucru avea un efect rău asupra relațiilor cu familia sa. Când Al a reevaluat aceste ocazii în care el a acționat în concordanță cu atributele sale preferate (ca fiind fericit, grijuliu, în control, legat de membrii familiei), el a devenit mai optimist. El a observat, de asemenea, un gol între persoana care el vroia să fie și modul în care el acționa în mod curent.

Descriind abordarea lor de a lucra cu cuplurile, Eron și Lund (1998) oferă următorul exemplu.

Studiu de caz

Jim a venit la consiliere după ce soția lui a consultat un avocat în legătură cu separarea. Rita i-a spus lui Jim că ea a sperat ca relația lor să se îmbunătățească după ce el a devenit mai moderat, dar izbucnirile lui violente au continuat. Când terapeutul l-a întrebat pe Jim când s-a simțit cel mai bine, el a spus că aceasta a fost când s-a hotărât să fie sobru. El a simțit că, în sfârșit, își controlează viața și a hotărât să se separe de frații săi și de tatăl său care au rămas alcoolici înfocați. Când a fost întrebat cum se potrivește această acțiune cu povestea soției sale despre furia, teama și depresia sa de a cere separarea, Jim a devenit gânditor și a început să vorbească despre experiența de a fi crescut într-o casă

de alcoolici. Întrebările terapeutului l-au reorientat pe Jim spre persoana care el vroia să fie, creând scânteia motivațională, mai curând decât defensivitate și rezistență.

Cercetarea efectelor comportamentului. Terapeutul ajută clienții să examineze efectele comportamentului lor asupra lor și asupra altora. Întrebările tipice sunt următoarele:

- Ce s-a întâmplat când ați făcut X sau nu ați făcut Y?
- Cum a fost aceasta pentru dumneavoastră? Un lucru bun? Un lucru rău?
- Cum au reacționat ceilalți (părinții, profesorii, prietenii, rudele)? Ce cred ei? Ce spun ei?
- Ce înseamnă aceasta pentru dumneavoastră? Simțiți ceva bun despre aceasta? Ceva rău? Ce faceți?
- S-a întâmplat X în trecut?
- Cum a fost aceasta pentru dumneavoastră?

—Studiu de caz—

Cu Jim, soțul violent, terapeutul a întrebat, „Cum vă simțiți când furia dumneavoastră vă cuprinde?”

Jim, privind perplex, a răspuns „Ce vreți să spuneți?”

Terapeutul a continuat „Cum vă simțiți când terminați de vorbit trântind ușa cu zgomot, în fața soției dumneavoastră și constituind un pericol să o răniți?”

„Nu foarte bine”, a spus Jim.

Apoi terapeutul a întrebat „Ce efect a avut acest lucru asupra Ritei?”

Jim a ezitat. „Ea s-a speriat. Nu a mai vrut să vorbească cu mine.”

„Cum a fost asta pentru dvs.?”

„Mi-a dispăcut când Rita nu a mai vorbit cu mine.”

Terapeutul a întrebat despre efectele furiei lui Jim asupra copiilor săi. Jim s-a uitat în jos și a spus că copiii lui se tem de el și-l evită.

Terapeutul a subliniat apoi preferințele lui Jim. „Vă place să vă controlați și să spătați mai bine când luați hotărârea să fiți sobru - și să vă blocați aici.” El i-a reamintit lui Jim cum s-a uitat Rita la el când s-a controlat cu băutul. „Rita a spus că a fost mândră de dvs pentru că v-ați asumat responsabilitatea față de dvs.” Terapeutul a subliniat și efectele comportamentului curent al lui Jim. „Nu vă place când Rita fuge de dvs. Ați spus că v-ar plăcut să vorbiți cu ea și să o înțelegeți.”

—Studiu de caz—

Când Al a fost întrebat despre efectele comportamentului său obișnuit asupra familiei sale, el a spus că ei îl evitau. El a spus, de asemenea, o poveste despre un accident recent în care el a încercat să dea o lovitură de pe drum. El s-a dus cu toată forța, ca de obicei. Dar după cinci minute a început să aibă probleme de respirație. Dezgustat, a aruncat lopata pe jos și s-a retras acasă, unde s-a prăbușit pe canapea pentru restul după-amiezii. Când a fost întrebat ce s-a întâmplat pe drum, pe fața lui Al a apărut o figură dureroasă. „Fiul meu trebuie să termine asta.”

Întrebările-efect „externalizează” problemele; ele separă persoana de problemă. Aceasta permite clienților să vorbească despre comportamentul problematic fără să se simtă rușinați sau judecați.

Întrebările-efect îi fac pe oameni responsabili pentru discrepanța dintre cine ar vrea

ei să fie și impactul acțiunilor lor asupra lor înșile și asupra altora. Când terapeuții provoacă și confruntă simplu comportamentul negativ fără să țină seama de această discrepanță, clienții sunt capabili să devină rezistenți, să nege și să-și minimizeze responsabilitatea. Cu toate acestea, când terapeuții ajută clienții să se confrunte cu golul din contextul observării sinelui preferat, clienții sunt gata mai mult să se gândească la modalitățile creatoare de a trece peste gol. Ei vin cu soluții.

Folosirea poveștilor trecute și prezente.

Terapeutul ajută clienții să găsească poveștile trecute și prezente care sunt în concordanță cu preferințele lor și care contrazic comportamentul care menține problema.

—Studiu de caz—

Când terapeutul l-a întrebat pe Jim ce a motivat hotărârea sa de a deveni mai cumpătat, Jim a spus o poveste despre o plimbare cu mașina împreună cu frații săi care băuseră. Jim era pe scaunul din dreapta șoferului, iar fratele lui mai mic conducea nepăsător, în timp ce frații lui mai mari se certau pe bancheta din spate. Jim a încercat să-i liniștească pe frații săi, să-i convingă să oprească mașina și să-l lase pe el să conducă. După acest incident, Jim a jurat să fie cumpătat. În timp ce spunea această poveste, Jim părea calm și controlat, în contrast cu comportamentul său agresiv obișnuit de acasă. Pe măsură ce terapia avansa, terapeutul i-a reamintit adesea lui Jim despre această poveste și de capacitatea sa de a se controla.

Discutarea viitorului. Terapeutul le cere clienților să-și imagineze cum va arăta viitorul când problema este rezolvată.

—Studiu de caz—

Când terapeutul i-a cerut lui Al să-și imagineze un viitor fără problemele sale, el și-a imaginat ca fiind mai puțin depresiv și mai implicat cu familia sa. El și-a imaginat că se descurcă cu emfizemul în timp ce rămânea folositor celorlalți fără să calce pe urmele tatălui său care s-a degradat datorită pensionării și bolii.

—Studiu de caz—

Jim și-a imaginat un viitor în care își controla mai mult caracterul, în care număra până la zece și nu exploda. El s-a imaginat pe sine însuși, de asemenea, având mai multe conversații pozitive cu Rita, în care el n-o învinovătea sau nu se supăra și în care ea nu fugea de el.

Punerea de întrebări misterioase. Terapeutul pune clienților **întrebări misterioase** – de exemplu, cum o persoană cu atributele preferate X (muncitoare, productivă) s-a schimbat în situația Y (acționând nepăsător, simțindu-se deprimată) și fiind văzută de oameni în modul Z (neatență, leneșă)?

Întrebările misterioase invită clienții să reconcilieze discrepanța dintre cine ar vrea ei să fie și faptele dificile ale comportamentului lor problematic. Întrebările misterioase inspiră reflecția într-un mod neamenințător. Oamenii încep adesea să regândească situațiile lor dificile, cum este să acționeze în neconcordanță cu imaginile lor preferate și ce pot face. Eron și Lund recomandă punerea acestor întrebări mai mult ca un puzzle decât confruntativ.

—Studiu de caz—

Al a fost întrebat cum a fost posibil că cineva care a fost întotdeauna acolo pentru familia sa să se considere el însuși atât de retras. Cum a putut cineva, care a făcut față provocărilor anterioare preluând controlul și definind limite reale (ca să înceteze să mai bea), să se schimbe acționând conform caracterului lui la apariția emfizemului? Al părea curios să găsească o explicație și i-a cerut terapeutului să se întâlnească cu familia pentru a studia modul în care comportamentul lui a afectat familia. El a reflectat la degradarea tatălui său și cum el i-a călcat pe urme, chiar dacă nu a vrut. Al a realizat că familia sa se prăbușea și avea nevoie de îndrumarea sa despre cum să fie de folos. El a început să regândească modul în care aborda emfizemul și familia sa.

Coautor al explicațiilor alternative. Terapeutul lucrează cu clienții pentru a dezvolta explicații noi pentru evoluția problemei, care se potrivește cu modul în care vor ei să fie văzuți și inspiră noi acțiuni.

—Studiu de caz—

Jim a fost întrebat cum a fost posibil ca un bărbat, care a luat poziție împotriva violenței și a preluat controlul asupra băuturii, s-a schimbat pierzând controlul temperamentului său și era văzut de soția sa ca o persoană pe care nu te poți baza. Jim a devenit preocupat. El vorbea despre faptul că a crescut într-o familie de alcoolici, unde violența și pierderea controlului erau normale. Jim a urât aceasta, când tatăl și mama lui se certau. El s-a simțit protectorul mamei și fraților lui, dar el era speriat.

Amintirea acelor scene din trecutul lui l-au ajutat pe Jim să vadă efectul caracterului lui asupra retragerii Ritei. Poate ea făcea ceea ce el a făcut ca și copil. Poate comportamentul lui agresiv a fost motivul pentru dragostea și afecțiunea ei reținută, nu lipsa ei de iubire. Înarmat cu această explicație alternativă, Jim a devenit mai motivat pentru a schimba apropierea lui de Rita.

Încurajarea discuției. Terapeutul încurajează clienții să vorbească altor persoane importante despre preferințele, speranțele și intențiile lor.

—Studiu de caz—

Al s-a simțit capabil să-i vorbească doctorului său despre boala sa, după ce el a fost capabil să-și reamintească experiențele preferate care arătau că el a fost un fel de copil de care trebuie să se aibă grijă. El a început să reformuleze, de asemenea, motivele membrilor familiei pornind de la credința de a-l vedea ca nefolositor, până la a-i vedea uimiți, neștiind cum pot să-l ajute. Depresia lui Al a crescut după ce el s-a întâlnit cu familia sa și le-a spus ce a fost și ce nu a fost folositor.

—Studiu de caz—

Jim s-a așezat și a vorbit cu Rita despre cum ar vrea el să fie relația lor. El a spus că i-a lipsit apropierea ei și că a vrut să fie în stare să vorbească cu ea fără să devină furios. Rita a spus că îl admiră pe Jim pentru că rămâne mai cumpătat, dar că nu mai vrea furie sau violență în căsătoria ei. Ceea ce ea dorea era înțelegere și sprijin. Conversația dintre Rita și

Jim, lipsită de critică și centrată pe preferință a pregătit terenul pentru alte conversații folositoare în care Jim a demonstrat controlul asupra temperamentului său și dorința de a o sprijini pe Rita în visurile și aspirațiile ei. Rita a ales să stea cu Jim, iar relația lor s-a îmbunătățit.

Terapia integratoare a cuplurilor. Neil Jacobson, unul din terapeuții de familie comportamentali importanți, a făcut echipă cu Andrew Christensen de la UCLA, pentru a imagina cum să îmbunătățească rata succesului limitat pe care ei au descoperit-o la terapia tradițională comportamentală de cuplu. Ei au descoperit că rezultatele lor se îmbunătățeau când au adăugat un element uman amestecului standard comportamental al formării comunicării, rezolvării conflictului și rezolvării problemei. Abordarea pe care ei au dezvoltat-o este descrisă în *Terapia integratoare de cuplu* (Jonson & Christensen, 1996).

Terapia comportamentală tradițională de cuplu se bazează pe modelul schimbării comportamentului. După o „analiză funcțională” care arată cum se influențează părinții unul pe celălalt într-o relație, ei s-au gândit să întărească schimbările pe care ei doresc să le aducă unul altuia. Oricine a fost căsătorit pentru o perioadă lungă de timp poate să vă spună ce lipsește din această abordare. Terapia poate fi despre schimbare, dar o relație de succes cuprinde, de asemenea, o anumită cantitate de acceptare a diferențelor și nemulțumirilor. Unele lucruri dintr-o căsătorie nefericită pot avea nevoie să se schimbe pentru ca relația să se îmbunătățească; dar, unele lucruri despre partenerii noștri sunt parte a pachetului, iar cuplurile care supraviețuiesc perioadei de separare învață să accepte aceste lucruri. Acest element este *acceptarea*, pe care Jacobson și

Christensen l-au adăugat în noua sa abordare a terapiei de cuplu.

În contrast cu caracteristicile predate și propovăduite ale terapiei comportamentale tradiționale, terapia de cuplu integratoare subliniază sprijinul și empatia, aceleași calități pe care terapeuții au vrut ca să le învețe cuplurile să și le arate unul altuia. Pentru a crea o atmosferă constructivă, această abordare începe cu o fază numită *formulare*, care are ca scop ajutarea cuplurilor să meargă de la învinovățirea și deschiderea lor înșile la acceptare și schimbare personală. Formularea constă în trei componente: *o temă*, care definește conflictul primar; *un proces de polarizare*, care descrie paternul distructiv al interacțiunii; și *capcana reciprocă*, care este impasul care protejează cuplul de ruperea ciclului polarizării odată declanșat.

Temele comune din problemele cuplului includ conflictele din jurul apropiării și distanței, o dorință pentru control, dar nefiind în stare să-și asume responsabilitatea și dezacordurile despre sex. Indiferent de punctul de vedere al partenerilor, aceste diferențe, ca deficiențe indicatoare la cealaltă persoană și ca problemele care să fie rezolvate, Jacobson și Christensen încurajează cuplurile să vadă că unele diferențe sunt inevitabile. Acest fel de acceptare poate întrerupe ciclurile care s-au construit când fiecare încerca în mod constant să-l schimbe pe celălalt. De asemenea, pentru ca această fază de formulare să continue, fiecare partener începe să vadă că nu este victima celuilui, ci a *paternului* în care amândoi sunt prinși. Ca și externalizarea lui Michael White, cuplul se poate uni să lupte cu un inamic reciproc, paternul.

Soțul a răspuns „Ne certăm dacă suntem sau nu apropiați. Când ea nu este apropiată de mine așa cum vrea să fie, ea face presiuni asupra mea pentru a fi apropiat, iar eu mă retrag, ceea ce conduce la mai multă presiune.

Desigur, uneori eu mă retrag înainte ca ea să aibă o șansă să facă presiune asupra mea. De fapt, așa începe de obicei.” (Jacobson & Christensen, 1996, p. 100).

Observați cum procesul formulării ajută acest cuplu să descrie cearta lor ca pe un patern la care contribuie amândoi, mai degrabă decât în limbajul acuzator mai tipic al cuplurilor stresate. Pentru a întări mai mult acceptarea, Jacobson și Christensen încurajează partenerii să vorbească despre experiența lor proprie mai degrabă decât să-și atace colegii. Schimbarea de la declarații ca: „Ea nu-mi arată niciodată nici o afecțiune?” la dezvăluirea vulnerabilității – „Nu sunt întotdeauna sigur că ea ține la mine” – este mai mult pentru a promova înțelegerea. Partenerul care ascultă este încurajat să conducă empatia pentru asemenea dezvăluiri.

Strategiile pentru a produce schimbare includ două ingrediente de bază ale terapiei de cuplu comportamentale: schimbarea comportamentului și formarea deprinderilor de comunicare. Intervențiile de schimbare a comportamentului (descrise mai complet în Capitolul 10) cuprind contractele de quid-pro-quo și bunăcredință, prin care cuplurile învață să schimbe favoruri sau să inițieze comportamente plăcute, în speranța de a primi același lucru în schimb. De exemplu, fiecărui partener i s-ar putea cere să genereze o listă a lucrurilor pe care ei le-ar putea face, care ar conduce la o mai mare satisfacție pentru celălalt. (Cere nu ce partenerul dumneavoastră poate să facă pentru dumneavoastră; cere ce puteți face dumneavoastră pentru partenerul dumneavoastră). După ce fiecare redactează o listă, ei sunt instruiți să înceapă să facă unele lucruri care cred că îi vor plăcea partenerului lor – și să observe efectul acestei bunăvoințe asupra relației.

Al doilea ingredient – formarea comunicării – cuprinde învățarea cuplurilor să

asculte și să se exprime ele însele în direct, dar în modalități necritice. Învățarea folosirii ascultării active și de a face fraze de tipul EU se face prin citire, instruire și practică. Anunci când ele învață să comunice mai puțin defensiv, cuplurile nu numai că sunt mai capabile să rezolve conflicte, ci și să se accepte mai bine unul pe celălalt.

Este prea devreme să evaluăm eficiența terapiei de cuplu integratoare, dar se pare că va fi o îmbunătățire a terapiei comportamentale tradiționale. Importanța ei nu este numai în îmbunătățirea unui model, ci în schimbarea pe care o reprezintă în umanizarea tehnologiei comportamentale. În sublinierea acceptării și compasiunii, terapia de cuplu integratoare se alătură altor terapii de familie contemporane – de la cea focalizată pe soluție la cea narativă – recunoscând importanța creșterii relațiilor. Carl Rogers ar fi mândru.

Modelul soluțiilor narative ilustrează un principiu pe care orice petitor știe: asigurați-vă că partenerii nu sunt incompatibili înainte de a-i împinge să fie împreună. Deoarece tehnicile de la MRI sunt similare celor ale terapiei narative și deoarece ambele tradiții subliniază schimbarea percepțiilor mai degrabă de cât a emoțiilor și nu se ocupă de conflictul psihic sau istoria dezvoltării, ele sunt compatibile. A încerca combinarea fie cu, să spunem terapia de familie psihanalitică, aceasta ar fi ca încercarea de a amesteca uleiul cu apa.

Combinarea modelelor lui Jacobson și Christensen a cuprins, de asemenea, și pe candidații compatibili la căsătorie – comportamental și experimental. Ambele modele sunt interesate de comunicarea care are loc între cupluri. Ele au numai accente diferite. Behavioriștii se concentrează asupra contractelor și întăririi, în timp ce experimentalii sunt interesați de emoții și

empatie. Amestecarea celor din urmă cu cele dintâi nu este mare lucru. Încurajarea partenerilor să arate unul altuia mai multă compasiune și acceptare nu se amestecă în mod necesar cu a-i face să-și rezolve și unele probleme.

Alte modele integratoare. Deși am semnalat ceea ce considerăm exemplele cele mai inovatoare, există de fapt atât de multe abordări integratoare ale terapiei de familie încât este imposibil să le trecem în revistă pe toate. În timp ce multe din modelele descrise ca integratoare sunt noi, unele dintre ele au existat atât de mult încât nu mai atrag atenția pe care o merită. Ca să cităm doar un exemplu, Carol Anderson și Susan Stewart au scris, în 1983, unul dintre cele mai folosite ghiduri integratoare ale terapiei de familie. Alte două abordări, care au existat, într-o anumită perioadă, au fost cele concepute de Larry Feldman (1990) și William Nichols (1995). Tradiția de a oferi sfaturi practice, care transcede școlile terapiei de familie, este prezentată într-o splendidă carte a lui Robert Taibbi (1996), intitulată *Făcând terapie de familie*. Alții au încercat să integreze terapiile structurală și strategică (Stanton, 1981; Liddle, 1984), strategică și comportamentală (Alexander & Parsons, 1982), teoria psihodinamică și sistemică (Sander, 1979; Kirschner & Kirschner, 1986; Nichols, 1987; Scharff, 1989; Slipp, 1988) și teoria experiențială și sistemică (Duhl & Duhl, 1981; Greenberg & Johnson, 1988).

Un model deosebit de elegant care a existat pentru o perioadă (descriș pentru prima dată în 1981) este *terapia maritală integratoare de scurtă durată* a lui Alan Gurman, care combină teoria educației sociale și psihodinamica. Ca și în terapia comportamentală, problemele maritale sunt văzute ca datorate slabei comunicări și rezolvări a problemei, dar, ca și în teoria relațiilor de obiect, aceste deficite sunt



înțelese ca având rădăcini în conflictele inconștiente ale partenerilor. Ceea ce pare pur și simplu un deficit – deprinderile relațiilor sărace – se poate schimba pentru a servi o funcție protectoare a limitării intimității la un nivel pe care un cuplu îl poate tolera fără anxietate și conflict nepotrivite.

Evaluarea lui Gurman începe cu căutarea temelor problematice în relațiile cuplului. Într-un capitol recent privind terapia maritală integratoare de scurtă durată, Gurman (2002) descrie un caz în care Sue este supărată și critică indisponibilitatea emoțională a soțului ei Karl. Acest patern familial cerere-și-retragere este estimat să reflecte nu numai interacțiunea cuplului, ci și conflictele intrapsihice care motivează această interacțiune.

Ca analist, Gurman vede atacul lui Sue ca servind funcției defensive a evitării de-a avea de a face cu propriile temeri de abandon. Cu toate acestea, distanțierea lui Karl îl ajută să evite conflictele lui proprii despre intimitate. Plângerile partenerilor despre fiecare („cicălirea”, „retragerea”) le permite să-și mențină un simț consecvent și tolerabil, chiar dacă acesta limitează satisfacerea pe care ei o împărtășesc în relația lor.

Ca și comportamentalist, Gurman caută, de asemenea, consecințele interacțiunii problematice a cuplului, observând ce întăriri sau pedepse pozitive și negative pot menține aceste paternuri. Karl a întărit în mod negativ critica lui Sue prin scuze și venirea mai aproape de ea, după ce plângerile au atins etapa strigătelor și plânsului. Sue a pedepsit cu inadvertență apropierea lui Karl, vărsându-și furia și frustrarea ori de câte ori cuplul și-a petrecut timpul împreună – încălcând astfel prima lege a teoriei educației sociale¹.

În scopul cercetării impactului conflictelor personale ale unuia sau a doi parteneri

asupra relațiilor cuplului, Gurman poate vorbi un anumit timp cu fiecare partener în mod individual, în timp ce celălalt ascultă. A vorbi separat cu fiecare partener, mai degrabă decât a vorbi cu fiecare în stilul lui Murray Bowen), ajută să se minimizeze anxietatea și astfel să se creeze terapiei un „mediu cuprinzător” mai sigur.

Blocarea de către Gurman a criticii lui Sue i-a permis lui Karl să cerceteze cum s-a simțit încercând să-și echilibreze obligațiile față de carieră și familie. Când Karl s-a deschis în legătură cu temerile sale de eșec, Sue s-a îmblânzit suficient pentru a empatiza cu lupta lui – și pentru a împărtăși propriile ei temeri de a fi singură și de a nu fi în stare să se descurce.

În plus, față de abordarea interacțiunilor problematice ale cuplurilor și de sublinierea conflictelor, terapia maritală integratoare de scurtă durată a lui Gurman include și discuții practice de rezolvare a problemei, sfaturi, învățarea tehnicilor de autocontrol, cercetarea trecutului, modelare, antrenare, bioterapie – pe scurt, o varietate largă și flexibilă de intervenții care caracterizează cele mai bune feluri de integrare.

Alte abordări integratoare nu au primit praa multă atenție de la curentul principal al terapiei de familie cum au primit de la agențiile de finanțare federale. Acestea includ modelul multisistemic al lui Scott Henggler (Henggler & Borduin, 1990) și terapia de familie multidimensională a lui Howard Liddle (Liddle, Dakoff & Diamond, 1991). Aceste abordări s-au dezvoltat amândouă în afara proiectelor de cercetare cu adolescenți, o populație care i-a provocat pe teoreticieni să-și extindă punctele lor de vedere dincolo de limitele unei școli de terapie sau ale unui nivel al sistemului.

Liddle a dezvoltat abordarea sa integratoare în timp ce lucra cu adolescenții din

1. Prinzi mai multe muște cu miere

cartierele sărace din orașe care foloseau droguri, într-un proiect federal. Terapia sa de familie multidimensională adună împreună modelele factorului de risc al drogurilor și comportamentului problemă, psihopatologia de dezvoltare, teoria sistemică a familiei, teoria sprijinului social, teoria mănunchiului pereche și teoria educației sociale. În practică, modelul cere o combinație a terapiei structurale de familie, formarea părintelui, formarea deprinderilor pentru adolescenți și tehnici cognitiv – comportamentale.

Unul din cele mai folositoare aspecte ale abordării lui Liddle este modul în care el integrează intervențiile individuale și sistemice. În timp ce el folosește liber tehnica structurală a angajării, el se întâlnește frecvent cu membrii individuali ai familiei pentru a-i antrena și pregăti să participe mai eficient la dialogurile familiei. Liddle folosește, de asemenea, aceste ședințe individuale pentru a se concentra asupra experiențelor adolescenților în afara casei. Aici, subiectele sensibile ca folosirea drogurilor și comportamentul sexual pot fi explorate mai sigur decât atunci când este prezentă întreaga familie. Nevoia de a se întâlni cu adolescenții pentru a se concentra asupra vieților lor în afara familiei reflectă o recunoaștere crescândă a influenței limitate pe care familiile o au în comparație cu perechile lor și cultura.

Scott Henggler de la Universitatea din Carolina de Sud și un număr de colegi orientați spre cercetare care lucrează cu copiii „dificali de tratat”, au încercat să îmbunătățească terapia orientată pe sistem prin (1) considerarea și intervenția mai activă în sistemele extrafamiliale în care familiile sunt înrădăcinate, în special în contextele școlare și al egalilor; (2) includerea problemelor de dezvoltare individuală în evaluări; și (3) încorporarea intervențiilor cognitive (Henggler & Borduin, 1990). Acest model multisistemic a arătat rezultate promițătoare

în mai multe studii de rezultat bine concepute ale delincvenților juvenili și ale familiilor trimise pentru abuz sau neglijență. Din acest motiv, acest lucru este foarte apreciat de agențiile guvernamentale finanțatoare, iar Henggler a primit un număr de granturi importante.

Modele concepute pentru probleme clinice specifice

Un semn că terapia de familie s-a maturizat a fost atunci când unii terapeuți au început să se concentreze asupra problemelor clinice specifice, mai degrabă decât pe „familiile” generice. Unele grupuri au aplicat modelul lor preexistent problemelor cu care se luptă, de exemplu, terapia de familie structurală a fost folosită pentru anorexia nervosa și diabet (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Alte grupuri au trebuit să fie mai creatoare deoarece ele au hotărât să abordeze problemele dificile care nu sunt văzute în mod tipic în practica terapiei de familie. Asemenea probleme cer adesea mai mult decât oferă o singură abordare.

Lucrând cu familiile violente. Unul dintre cele mai impresionante eforturi integratoare este abordarea pentru a trata violența maritală, dezvoltată de Virginia Goldner și Gillian Walker la Institutul Ackerman din New York (Goldner, Penn, Sheinberg & Walker, 1990, Walker & Goldner, 1995; Goldner, 1998). Când Goldner & Walker au început să studieze violența în cupluri, abordarea standard a problemei implica separarea cuplului și tratarea bărbatului în grup cu alți contravenienți și a femeii abuzate într-un grup de sprijin. Acest tratament a fost făcut cunoscut de critica feministă a terapiilor bazate pe sistem care considera că ambii parteneri sunt responsabili de violență și, în consecință, ar putea fi tratați împreună la fel ca orice alt cuplu.

Activitatea Virginei Goldner cu cuplurile violente combină abordarea clinică foarte sofisticată cu o sensibilitate feminină pasionantă



Goldner și Walker au împărtășit poziția feminisților conform căreia, indiferent de rolul femeii, bărbatul era responsabil pentru comportamentul violent, indiferent ce provocare ar putea simți. Dar ele credeau, de asemenea, că a fost valoros să se trateze cuplul împreună și să se țină parte femeii în aceste drame periculoase ale cuplului. În loc să țină partea unuia sau altuia din teoria

sistemică contra luptelor feministe, ele au făcut o punte cu gândirea polarizată care s-a difuzat în domeniul violenței în familie. Ar putea fi posibil să iei ambele poziții în mod simultan? – Da, bărbatul este responsabil de controlarea violenței sale, dar ambii parteneri participă în procesul interacțiunii care trebuie schimbat. Așa cum spune Goldner, „O femeie bătută nu este responsabilă în mod egal pentru nasul ei rupt, chiar dacă ea conștientizează că a fost furioasă sau „provocatoare”; la fel ca și victima abuzului sexual care nu este responsabilă în mod egal pentru ceea ce s-a întâmplat în mijlocul nopții, chiar dacă ea s-a simțit stimulată sexual” (Goldner, 1998, p. 266). Cu această poziție mai nuanțată, devine posibil să se examineze rolurile ambilor parteneri în escaladarea conflictului, fără învinovățirea victimei.

Mai degrabă decât să vadă pe fiecare partener individual și să insiste ca ei să se separe, Goldner și Walker lucrează cu cuplul

Învățarea controlului paternurilor care escaladează emoția este una din cheile pentru a lucra cu cuplurile violente.



împreună, dar insistă că violența trebuie să înceteze imediat, iar bărbatul trebuie să-și asume responsabilitatea de a face ca acest lucru să se întâmple. Aici, ei combină accentuarea feministă asupra siguranței și responsabilității cu dorința lor sistemică, în modul în care cuplul interacționează. Goldner subliniază că, separând cuplurile violente, se promovează rar siguranță deoarece ele sunt adesea atât de atașate simbiotic încât ele se reunesc repede, iar acele femei care trebuie să se organizeze să plece, sunt cele care sunt mai atacate.

Pe de altă parte, dacă ei sunt împreună în tratament, victima poate explica abuzatorului cât de dăunătoare este agresiunea sa, în prezența terapeutului, care poate sublinia imperativul moral de a se opri.

Goldner și Walker folosesc limbajul „părților” pentru a ajuta fiecare partener să se detașeze de etichetele globale de abuzator și victimă și să aducă în conversație intuițiile intrapsihice. El poate vorbi despre rolul lui însuși de supărare, iar ea despre rolul pe care trebuie să-l aibă pentru a-l proteja pe el mai degrabă decât să aibă grijă de ea însăși. Goldner & Walker se descoperă pe ele însele ascultând poveștile dureroase din trecutul fiecărui partener. „Ne regăsim aici în mod tipic pe noi înșine înapoi, în timp, când bărbatul era un băiat, supus unor acte sadice de violență, putere și control” (Goldner, 1998, p. 275). Această mărturisire plină de compasiune ajută la reducerea sentimentului de antagonism al partenerilor unul față de celălalt.

Goldner și Walker au încorporat, de asemenea, și un fel de format activ de ascultare, așa că nu numai traumele trecute sunt mărturisite, dar și bărbatul ascultă descrierea femeii făcută durerii și terorii pe care ea le-a suferit odată cu atacurile lui. Aici există din nou un mesaj atât/cât și pentru bărbat: Da, tu ai suferit ca băiat și aceasta se leagă de comportamentul tău violent, dar tu

alegi încă între a fi violent și faptul că acest lucru este inacceptabil. În mod similar, indiferent cât de pasivă a fost în trecut femeia, ea poate alege să se protejeze pe ea însăși fără să se simtă vinovată și neloială. Poziția nedihotomă este un progres față de pozițiile fie/fie, atât ale modelelor feministe, cât și psihanalitice. De aceea, terapeuții feministi cred că explorarea copilăriei cu probleme a bărbatului va scuza violența sa, în timp ce psihanalistii au văzut prea des violența ca pe un simptom al patologiei ascunse pentru care nu au ținut pe nimeni vinovat. Goldner (1998) scrie că „Dintr-o perspectivă atât/cât și, violența este foarte bine conceptualizată ca simultan refractară și dominată de impulsuri, atât instrumental, cât și disociativ” (Goldner, 1998, p. 279).

În timp ce abordarea lui Goldner și Walker a fost concepută pentru cuplurile violente, ea oferă lecții importante pentru integrarea modelelor terapiei, în general. Aceasta ilustrează valoarea ieșirii în afară a dihotomiilor care domină activitatea clinică (în special în jurul problemelor volatile ca violența domestică); pentru a vedea că ambele perspective au valoare și pot coexista unele cu altele. Prea adesea, „ideile care ar fi putut să se îmbogățească reciproc una pe alta au fost considerate în schimb poziții opuse, creând un context polarizant al alegerilor forțate între alternative inadecvate” (Goldner, 1998, p. 264). Acest efect depolarizator este o virtute majoră a integrării.

Terapia de familie comunitară

Mulți terapeuți de familie încep lucrul în agenții cu familii sărace, dar când realizează cât de lipsită de putere este terapia de familie singură pentru a descurca multele probleme împovărătoare cu care se confruntă familiile, ei se descurajează și optează pentru practica privată cu familii din clasa de mijloc. Această

recunoaștere a limitelor terapiei de familie a avut un efect opus asupra lui Ramon Rojano.

Pentru Rojano, cel mai mare obstacol cu care se confruntă oamenii săraci este simțul lipsei de putere care vine împreună cu faptul ca sunt controlați de o mulțime de birocratii dezumanizante și fără speranța de a nu avea nici o viziune a realizării visului american al unui loc de muncă bun și o casă frumoasă. Rojano își folosește cunoștințele și relațiile personale cu sistemele de ajutorare pentru a face ca acei clienții să se simtă reconectați la comunitățile lor și îndreptățiți să pledeze pentru ceea ce ei au nevoie. Nu numai că el ajută familiile să găsească resurse de supraviețuire – protecția copilului, locuri de muncă, cupoane de alimente, case –, care este esența lucrului cu cazurile tradiționale, dar el începe, de asemenea, prin încurajarea aspirațiilor dincolo de supraviețuire.

Laura Markowitz (1997) descrie această muncă astfel:

Ramon Rojano este un profesionist care dă din coate. Să spunem că ești o mamă singură care primește ajutor social, care vine la el pentru că fiul ei lipsește de la școală și este pe cale de a fi exmatriculat. Stând în scaunul lui, energicul Rojano va începe să producă și să-și vâre nasul în treburile ei, prin întrebările lui cu accent spaniol, făcând egală cu zero viața fiului vostru ca și cum el ar mână la păscut un miel rătăcit pentru a-l aduce din nou în turmă. După câteva minute de interogare, dumneavoastră îl auziți pe fiul dumneavoastră admitând de fapt ce se întâmplă cu el și promițând, cu o voce mică, sinceră, ceea ce dumneavoastră nu ați auzit de la el de o lungă perioadă de timp, că el va merge la școală regulat ca să poată absolvi. Deși ați rămas cu gura căscată de surpriză, Rojano nu vrea să facă pauză. Acum, el îl va impulsiona pe băiatul de 15 ani să ceară o slujbă după orele de școală despre care tocmai a auzit de la cineva care desfășoară un program... Rojano

va scrie un număr de telefon și îl va pune direct în mâna băiatului, uitându-se în ochii lui și folosind numele lui de câteva ori pentru a fi sigur că el îl cunoaște pe Rojano, care este îngrijorat dacă acest băiat sfârșește pe străzi sau într-o bandă... Credeți că ședința s-a terminat, nu-i așa? Nu chiar. El are planuri și pentru dumneavoastră. Fiți pregătită – s-ar putea să vă întrebe ceva ultragios, de exemplu, dacă v-ați gândit să vă cumpărați propria casă. Puteți fi o mamă singură care abia se descurcă, dar cum lentilele lui se îndreaptă spre dumneavoastră este ca și cum forța încrederii sale în dumneavoastră vă împinge și acum el vă întinde o bucată de hârtie cu numărul de telefon al unei femei, pe care el o cunoaște și care se ocupă de un program care ajută oamenii fără bani să cumpere o casă a lor proprie. (pp. 25-26).

El va pune întrebări clienților despre lucrurile pe care ei, în situația lor fără speranță și detașare, nu le iau niciodată în considerație – a merge la conducerea școlii, a merge la colegiu, a începe o afacere sau un program de sprijin –, într-un mod care li se pare posibil. Aceasta este, pe de o parte, pentru că Rojano poate vedea forțele pe care clienții descurajați le-au uitat și, pe de altă parte, pentru că el are legături care să facă bulgărele să se rostogolească.

Rojano recunoaște, de asemenea, că a da putere comunității prin ea însăși nu este suficient. Fără continuarea terapiei de familie, va fi ca și până atunci când părintele singur din scenariul de mai sus ar putea începe să întârzie la serviciu datorită conflictelor reînnoite cu fiul ei, iar visul casei se va evapora.

Astfel, aceasta este integrarea: terapia de familie cu psihologia comunitară și cu asistența socială. Rojano a luat o versiune a terapiei de familie structurală și a întărit-o cu oportunitatea din afara cabinetului. Terapia de familie structurală s-a dezvoltat în agenția

Wiltwyck din Harlem la sfârșitul anilor 1950. Retrospectiv, Braulio Montalvo, unul dintre **oii** care au dezvoltat-o, a spus „Noi nu putem **să** facem resursele din jurul familiei să susțină schimbările pe care ei pot să le facă în terapia **de familie**” (citată din Markowitz, 1997, p. 28). Patruzeci de ani mai târziu cineva a făcut un **pas** mai departe încorporând aceste resurse. **Atunci** când terapia narativă scrisă împreună **cu** clienți a fost o nouă istorie despre trecutul **lor** în speranța aprinderii în ei a sentimentului instituției, Rojano merge mai departe, nu

numai încurajând atitudini noi, ci și conducând clienții pe drumul spre visurile lor.

Vedem încă o dată că integrarea cere un nou fel de gândire. Rojano a făcut primul pas al unei noi mentalități care spune că terapia are loc în cabinet, chiar dacă oamenii au fost constrânși de forțe de neatinse în cabinet. De ce să nu o facem pe stradă, astfel întregul sistem are o destinație? Aceasta apărea ca o problemă evidentă, dar nu sunteți atât de sigur când sunteți prins în împrejurările dumneavoastră..

—Rezumat—

În deceniile de întemeiere a terapiei de familie, un număr de modele clar articulate **s-a** dezvoltat și mulți terapeuți de familie au devenit discipolii unuia dintre aceste modele. Fiecare din școlile majore s-au concentrat **asupra** unui aspect particular al vieții de familie. Experiențialiștii au deschis oamenii **spre** sentimente, behavioriștii i-au ajutat să-și **întărească** un comportament mai funcțional, iar bowenienii i-au învățat să gândească **pentru** ei înșiși. Prin concentrarea atenției lor **în** acest mod, practicienii modelelor clasice **și-au** focalizat puterea asupra schimbării. Dacă în timpul procesului ei au devenit puțin **parohiali** și competitivi, care a fost problema?

Problema a fost că ignorând percepțiile **altor** abordări, discipolii ortodocși ai diferitelor școli pot limita impactul și aplicabilitatea lor. Dar poate că acest parohialism este mai bine înțeles din perspectiva de dezvoltare — ca o etapă necesară în consolidarea **percepțiilor** originale ale diferitelor modele. Poate a fost folositor pentru școli să urmeze **adevărul** așa cum ei au știut, pentru a **descoperi** întregul potențial al ideilor lor **esențiale**. Dacă este așa, acel timp a trecut.

Multe dintre școlile terapiei de familie s-au preocupat destul de mult timp să

întărească abordarea lor și să-și dovedească valoarea. De aceea, timpul este copt pentru integrare.

Deși valoroase, așa cum sunt eforturi integratoare, rămâne, totuși, o explorare serioasă a ingredientelor amestecate din diferite abordări. Nu vreți să terminați cu ceea ce se întâmplă când amestecați trei sau mai multe culori dintr-un set de vopsele. Trucul este să găsești o trăsătură conceptuală unificatoare care poate să unească împreună idei disparate și să adauge tehnici din modele diferite fără să diminueze puterea pe care concentrarea o oferă. O abordare integratoare de succes este concepută din terapiile existente într-un asemenea mod încât ele pot fi practicate coerent într-un cadru teoretic consecvent. Adăugând tehnici, vrând ne vrând, de ici de colo, nu funcționează.

Pentru a reuși, un efort sintetizator trebuie să facă un bilanț între generozitate și concentrare. Generozitatea poate fi deosebit de importantă când vine din conceptualizare. Terapeuții de familie contemporani au adoptat în mod larg o perspectivă biopsihosocială în care procesele biologice, psihologice, relaționale, comunitare și chiar societale sunt văzute ca relevante pentru a

înțelege problemele oamenilor. Când este vorba de tehnici, pe de altă parte, abordările cele mai eficiente nu supraîncarcă terapeuții cu scorurile intervențiilor.

În cele din urmă, integrarea eficientă trebuie să aibă o direcție clară.

Problema de a fi prea flexibil este că familiile au moduri puternice și subtile de a induce terapeuții în obiceiurile lor de evitare. Terapia de familie bună creează un mediu în care conversațiile trebuie să se întâmple acasă, dar

nu se întâmplă. Aceste dialoguri nu se întâmplă, totuși, dacă terapeuții se schimbă brusc în fața rezistenței de la un tip la altul de intervenție.

Terapia de familie este în cele din urmă o întreprindere clinică, valoarea ei se măsoară în rezultate. Motivul real de a combina elemente din diferite abordări este maximizarea folosirii acestora, nu numai inclusivitatea lor teoretică. Pentru a-l contrazice pe Billy Crystal, e mai bine să fii eficient decât să arăți minunat.

—Lecturi recomandate—

Anderson, C., and Stewart, S. 1983. *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York : Guilford Press.

Breunlin, D. C., Schwartz, R. C., and Mac Kune-Karrer, B. 1992. *Metaframe-works: Transcending the models of family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Eron, J., and Lund, T. 1996. *Narrative solutions In Brief Therapy*. New York: Guilford Press

Golder, V. 1998. The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process*. 17:263-286.

Jacobson, N. S., and Christensen, A. 1996. *Integrative couple therapy*. New York: Norton

Pinsof, W. M. 1995. *Integrative problem-centered therapy*. New York Basic Books.

Taibbi, R. 1996. *Doing family therapy*. New York: Guilford Press.

—Bibliografie—

Alexander, J., and Parsons, B. 1982. *Functional family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole

American Family Therapy Newsletter. Winter 1999. Washington, DC.

Anderson, C., and Stewart, S. 1983. *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York : Guilford Press.

Breunlin, D., Schwartz, R., and Mac Kune-Karrer, B. 1992. *Metaframeworks: Transcending the models of family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Duhl, B., and Duhl, F. 1981. Integrative family therapy. In *Handbook of family therapy*. A.

Gurman and D. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel

Eron, J., and Lund, T. 1993. An approach to how problems evolve and dissolve: Integrating narrative and strategic concepts. *Family Process*. 32:291-309.

Eron, J., and Lund, T. 1996. *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.

Feldman, L.. 1990. *Multi-dimensional family therapy*. New York: Guilford Press

Goldner, V. 1998. The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process*. 37:263-286.

- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., and Walker, G. 1990. Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family process*. 29:343-364.
- Greenberg, L. S., and Johnson, S. M. 1988. *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press
- Gurman, A.S. 1981. Integrative marital therapy: Toward the development of an interpersonal approach. In *Forms of brief therapy*. S.H. Budman. Ed. New York: Guilford Press.
- Gurman, a.S. 2002. Brief integrative marital therapy: a depth-behavioral approach. In *Clinical handbook of couple therapy*. 3rd ed., A.S. Gurman and N.S. Jacobson, eds. New York: Guilford Press.
- Henggeler, S., and Borduin, S. 1990. *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Books/Cole.
- Jacobson, N., and Chrisstensen, A. 1996. *Integrative Couple Therapy*. New York: Norton
- Kirschner, D., and Kirschner, S. 1986. *Comprehensive family therapy*. New York: Brunner/Mazel
- Liddle, H. A. 1984. Toward a dialectical-contextual-coevolutionary translation of structural-strategic family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 3:66-79.
- Mac Kune-Karrer, B. 1999. A conversation with Betty Carter. *American Family Therapy Newsletter*. Winter. Washington DC.
- Markovitz, L. 1997. Ramon Rojano won't take no for an answer. *Family Therapy Networker*. 21:24-35.
- Minuchin, S., Rosman, B., and Baker, L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nichols, M. P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel
- Nichols, W. C. 1995. *Treating people in families*. New York: Guilford Press.
- Pinsof, W. 1995. *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. 1999. Choosing the right door. *Family Therapy. Family Therapy Networker*. 23:48-55, 66.
- Sander, E. M. 1979. *Individual and family therapy. Toward an integration*. New York: Jason Aronson.
- Scharff, J., ed. 1989. *The foundation of object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Slipp, S. 1988. *Technique and practice of object relations. Family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Stanton, M. D. 1981. An integrated structural/strategic approach to family and marital therapy. *Journal of marital and Family therapy*. 7:427-440.
- Taibbi, R. 1996. *Doing family therapy*. New York: Guilford Press
- Walker, G., and Goldner, V. 1995. The wounded prince and the women who love him. In *Gender and power in relationships*. C. Brucke, and B. Speed. Eds. London: Routledge, Chapman and Hall.

Analiza comparativă

Diferențele esențiale dintre modele

Creșterea exponențială a terapiei de familie a aglomerat treptat domeniul cu modele competitive, fiecare dintre ele aducând contribuții importante. Această diversificare a produs o literatură variată, mărturie a vitalității profesiei, în timp ce a creat, în același timp, un șir de teorii și tehnici confuze. Pentru rezumatul acestor modele vezi Tabelul 15.1.

În acest capitol vă oferim o analiză comparativă a diferitelor modele. Fiecare școală proclamă un set de adevăruri, în ciuda unor suprapuneri existând încă unele conflicte notabile între aceste adevăruri.

Formulări teoretice

Teoriile pot favoriza observația, dar scot, de asemenea, ordinea din haos. Ele organizează conștientizarea noastră și ne ajută să dăm un sens la ceea ce familiile fac. În loc de a vedea o „confuzie înfloritoare și zgomotoasă”, începem să vedem paternurile de urmărire și distanțare, angajare și dezangajare sau

povești saturate de problemă. În momentul în care începeți să vedeți încercările ineficiente pentru a stabili argumentele dintre copii ca o angajare, scopul dumneavoastră se schimbă de la intervenția mai eficientă la a vă retrage și a lăsa copiii să-și rezolve propriile dispute. Aici, noi evaluăm teoriile în condițiile funcției lor pragmatice: înțelegerea familiilor cu scopul de a le ajuta mai bine.

Familiile ca sisteme

Terapeuții comunicaționali au introdus ideea că familiile sunt sisteme. Mai mult decât o sumă a părților lor, **sistemele** sunt părți *plus* modul în care, ele funcționează împreună. Din momentul în care, nu accepți teoria sistemică este ca și cum nu credzi în plăcinta cu mere și în maternitate. Acum mișcările postmoderne au provocat gândirea sistemică ca un alt cadru modern, o metaforă luată prea literal, și a schimbat punerea accentului de pe acțiune pe semnificație și de pe organizare a familiei pe gândirea membrilor acesteia.

TABELUL 15.1 Școli

	Boweniană	Strategică	Structurală
Fondator(i)	Murray Bowen	Don Jackson Jay Haley	Salvador Minuchin
Construcții teoretice cheie	Diferențierea sinelui	Homeostază Bucle feedback	Subsisteme Granițe
Dinamica problemei principale	Triunghiuri Reactivitate emoțională	Mai multe soluții identice	Angajare/ dezangajare
Tehnici cheie	Genogramă Intrebări de proces	Reformulare Directive	Interpretări Delimitarea granițelor
	Experiențială	Psihodinamică	Cognitiv-comportamentală
Fondator(i)	Virginia Satir Carl Whitaker	Nathan Ackerman Henry Dicks Ivan Boszormenyi-Nagy	Gerald Patterson Robert Liberman Richard Stuart
Construcții teoretice cheie	Autenticitate Auto-actualizare	Impulsuri Auto-obiecte Obiecte interne	Întărire Excitație Scheme
Dinamica problemei principale	Suprimare emoțională Mistificare	Conflict Identificare proiectivă Fixare și regresie	Întărire inadvertentă Control aversiv
Tehnici cheie	Confruntare Exerciții structurate	Liniște Interpretare	Analiză funcțională Învățarea controlului pozitiv
	Focalizată pe soluție	Narativă	
Fondator(i)	Steve de Shazer Insoo Kim Berg	Michael White David Epston	
Construcții teoretice cheie	Limbajul creează realitatea	Teoria narativă Construcționismul social	
Dinamica problemei principale	Vorbirea despre problemă	Povești saturate de problemă	
Tehnici cheie	Focalizare pe soluții Identificarea excepțiilor	Externalizare Identificarea rezultatelor unice Crearea auditoriului de sprijin	

Este ușor de spus că un terapeut bun ia în considerare, atât sinele, *cât și* sistemul. În practică, cu toate acestea, decizia când să cercetezi amănunțit experiența individuală sau să te concentrezi asupra paternurilor interacționale prezintă o mulțime de alegeri grele.

Stabilitate și schimbare

Teoreticienii comunicării au descris familiile ca pe sisteme guvernate de reguli cu o tendință spre stabilitate sau homeostază (Jackson, 1965). Dar, pentru a ajusta circumstanțele care se schimbă, familiile trebuie, de asemenea, să fie capabile să-și revizuiască regulile și să-și modifice structura.

Natura duală a familiilor – *homeostatică și în schimbare* – este cel mai bine apreciată de școlile de comunicare, structurale și strategice. Ele nu presupun faptul că familiile simptomatice sunt disfuncționale în mod inerent, dar ele nu au reușit să se adapteze circumstanțelor care se schimbă.

Oricine ignoră acest principiu al dezvoltării riscă să plaseze accentul în mod nedorit asupra patologiei. Un terapeut care vede o familie care are probleme, dar nu reușește să ia în considerație că ele pot fi blocate într-un impas tranzițional, este apt să gândească că ele au nevoie de o revizuire generală, când ar putea fi făcut un acord fin. Terapiile care subliniază scopuri pe termen lung sunt toate susceptibile de această capacitate de supraexterminare. Practicienii psihanalitici, experiențiali și ai familiilor extinse sunt înclinați să considere că familiile au nevoie de reorganizare fundamentală. Pentru că ei au instrumentele pentru chirurgia majoră – terapia pe termen lung –, ei tind să vadă pacientul așa cum aceasta are nevoie. .

Pionierii terapiei de familie (cu excepția notabilă a Virginei Satir) au tins să estimeze exagerat forțele homeostatice din familii și

să subestimeze flexibilitatea și resursele. Acest punct de vedere a încurajat terapeuții pentru a acționa ca provocatori, controlori și strategii. Corolarul familiei prinse în capcana forțelor sistemice pe care membrii familiei nu pot să le înțeleagă a fost terapeutul înțelept care va trebui să înțeleagă pentru ei. Multe din noile abordări ale terapiei de familie sunt concepute să aleagă resursele familiei, mai degrabă decât să lupte cu rezistențele acestora. Aceste modele încurajează terapeuții să colaboreze cu familiile pentru a-i ajuta în găsirea soluțiilor, mai degrabă decât să presupună că ei nu vor să se schimbe decât dacă sunt provocați. Dar, când unele din aceste abordări „de colaborare” – ca terapia focalizată pe soluție, de exemplu – presupune că schimbarea este ușoară, aceasta pare mai mult naivă decât optimistă.

Proces/Conținut

Majoritatea școlilor de terapie de familie subliniază **procesul** interacțiunilor familiei. Psihanaliștii și experiențialiștii încearcă să reducă apărarea și să crească exprimarea deschisă a gândurilor și sentimentelor; terapeuții comunicării măresc debitul interacțiunilor și ajută membrii familiei să reducă incongruența dintre nivelurile comunicării; bowenienii blochează formarea triumfiurilor și încurajează pozițiile „EU”, terapeuții strategici contracarează interacțiunile care mențin problema; behavioriștii învață părinții să folosească controlul pozitiv, iar cuplurile să elimine comunicarea coercitivă; terapeuții structurali realiniază granițele și întăresc organizarea ierarhică.

În ciuda angajării lor în proces, totuși, terapeuții sunt adesea distrași de problemele de conținut. Psihanaliștii pierd uneori din vedere procesul atunci când se concentrează asupra membrilor individuali ai familiei și asupra amintirilor lor din trecut. Experien-

Psihaliștii sunt predispuși la a deveni complet centrali în timp ce lucrează cu membrii individuali ai familiei pentru a-i ajuta să depășească defensivă emoțională. Pericolul este că, procedând astfel, terapeutul va neglija procesele interacționale care afectează exprimarea individuală.

Terapeuții comportamentali neglijează procesul în favoarea conținutului când ei selectează o secvență particulară de conținutul acesteia și ignoră paternurile care o înconjoară. Ei se interferează adesea cu procesul de interacțiune a familiei prin asumarea unui rol directiv de învățare. (Atâta timp cât un profesor stă în fața clasei și predă, există puține ocazii să observe ce pot face studenții ei înșiși).

Conceptul de proces este așa de central pentru terapia de familie sistemică a lui Bowen încât există puține pericole ca terapeuții să-l uite. Numai neînțelegerea profundă a terapiei sistemice a lui Bowen ar conduce pe cineva să se gândească la restabilirea legăturilor de familie, fără să fie, de asemenea, conștient de procesele de triangulare, fuziune și diferențiere. Același lucru este adevărat despre terapia de familie structurală și terapia comunicării; problemele procesului sunt întotdeauna pe scena centrală.

Modelele mai noi, cu reducerea importanței privind gândirea sistemică, s-au desplasat de la proces. Constructiviștii narativi sunt mai puțin interesați de paternurile interacționale decât de modurile în care membrii familiei înțeleg problemele lor. Există mai puțin interes în schimbarea comportamentului decât în problemele existente. În mod similar, deoarece terapeuții concentrați pe soluție nu sunt interesați de modul în care au început problemele, ei ignoră procesele familiei care înconjoară problemele. Singurele procese la care trebuie să participe sunt interacțiunile care constituie „excepții” – perioadele în care problema nu era o problemă.

Modelul monadic, diadic sau triadic

Unii clinicieni, (de exemplu, terapeuții psihoeducaționali) continuă să se gândească la indivizii ca la pacient și includ restul familiei ca un substitut al tratamentului acelei persoane. Să ținem minte că terapeuții psihoeducaționali lucrează în primul rând cu cazuri de maladii mentale serioase (schizofrenie, tulburări bipolare), în care influența familiei este cu certitudine mai mică decât în majoritatea cazurilor tratate de terapeuții de familie.

Nu același lucru poate fi spus, totuși, despre terapeuții narativi a căror concentrare asupra percepției îi conduce la indivizi și ignoră în mare măsură cele trei caracteristici care definesc terapia de familie: (1) recunoașterea că simptomele psihologice sunt adesea rezultatul conflictului familial; (2) gândirea despre problemele umane ca interacționale, ceea ce înseamnă gândirea în doi și în trei (triumfuri complementare); și (3) tratarea familiei ca pe o unitate. Deși terapeuții narativi nu țin seama de conflictul familiei în formulările lor, eforturile lor de a redefini problemele ca invadatori extraterestrii au efectul de unire a familiilor pentru a înfrânge influența problemei. Ar fi interesant de speculat asupra faptului că, dacă ignorăm conflictul familial, dar ne bazăm pe faptul că membrii familiei se unesc în preocupare, acest lucru ar fi mult mai eficient în unele cazuri ca anorexia, unde problema se referă la viața lor proprie și nu la a altora, precum în cazul refuzului de a merge la școală sau al comportamentului rău, unde problema este posibil să fie mai mult un rezultat direct al conflictelor familiei.

Psihanaliștii tind să gândească despre dinamica personalității, dacă ei se întâlnesc cu indivizi sau familiile. Ei văd viața familiei ca un produs al relațiilor internalizate din trecut și sunt adesea mai preocupați de aceste stadii mentale decât de familiile în carne-și-oase. Terapeuții comportamentali

folosesc **modelul monadic** când acceptă definiția familiei unui copil simptomatic ca problemă și încep cu învățarea părinților să modifice comportamentul copilului. Terapeuții experiențiali se concentrează asupra indivizilor pentru a-i ajuta să-și descopere și să-și exprime sentimentele.

De fapt, nici o ființă nu poate fi înțeleasă în termenii modelului monadic. Oul unei păsări poate fi lucrul cel mai închis în natura unei monade autoconținătoare. Fetusul este închis în scoica lui cu toți nutrienții de care are nevoie să supraviețuiască. Chiar și această viziune este incompletă, deși există un schimb de căldură între ou și mediul înconjurător. Fără căldura mamei, puiul de pasăre va muri.

Conceptele diadice sunt necesare pentru a explica faptul că oamenii acționează în relație unul cu celălalt. Chiar pacientul psihanalitic, care asociat de bunăvoie în analiză, filtrează amintirile și visurile prin reacțiile analistului. Cea mai mare parte a timpului, terapeuții de familie operează cu concepte diadice. Chiar cu o familie mare în tratament, focusul este de obicei pe perechile sau unitățile diferite ale familiei.

Ajutarea a doi oameni să învețe să aibă relații mai bune nu înseamnă întotdeauna că terapeutul gândește în termeni diadici. Terapeuții comportamentali lucrează cu cuplurile, dar îi tratează ca pe indivizi, fiecare fiind deficitar în arta comunicării. Un **model diadic** adevărat este bazat pe recunoașterea că doi oameni într-o relație nu sunt entități independente, interacționând una cu alta; ele se definesc fiecare una pe alta. Folosind acest model, agorafobia unei soții va fi înțeleasă ca o pe reacție la soțul ei și ca pe un mijloc de influențare a acestuia. De aceea, hotărârea lui de a o trimite pentru modificarea comportamentului reflectă repulsia lui de a accepta rolul lui în viața ei.

Terapeuții de familie ai tuturor școlilor folosesc unele concepte diadice: complemen-

taritatea nevoii inconștiente, identificarea proiectivă, expresiv/instrumentală, simbioza, intimitatea, quid pro quo-ul, legătura dublă, simetrie/complementaritate, urmărit/urmăritor și contractul comportamental. Unii termeni se bazează pe gândirea diadică chiar dacă ei pot implica mai mult decât doi oameni: îngăduitor (referindu-se la relația familiei cu un terapeut) sau provocator. Unii par a implica numai unul: contratransfer, dominant și super-competent. Alte concepte sunt capabile încă de unități care să conțină trei sau mai multe, dar sunt adesea folosite pentru a se referi la două: graniță, coaliție, fuziune și dezangajare.

Prea adesea, terapeuții de familie neglijează complicațiile triadice. Murray Bowen, care a introdus conceptul de triunghiuri emoționale, a făcut mai mult decât oricine pentru a sublinia că un comportament uman este de obicei o funcție a triunghiurilor. Terapeuții structurali au subliniat în mod constant că angajarea sau dezangajarea dintre doi oameni este o funcție a relațiilor reciproce cu terțe părți. Terapeuții comunicării au scris despre relațiile triadice, dar au tins să gândească în unități de doi. Același lucru este adevărat despre majoritatea terapeuților strategici, deși Haley, Selvini Palazzoli și Lynn Hoffman sunt conștienți în mod constant de triunghiuri.

Avantajul **modelului triadic** este că permite o înțelegere mai completă a comportamentului în context. Dacă un copil este neascultător când mama sa nu folosește disciplina fermă, învățând-o să fie mai severă când nu lucrează, dacă comportamentul ei este o funcție a relației ei cu soțul ei. Poate ea permite copilului ei să se poarte rău ca un mod de a submina autoritatea soțului ei sau ea și soțul ei poate au realizat o relație în care incompetența ei îl reasigură că el este cel puternic.

Faptul că gândirea triadică permite o înțelegere mai completă nu înseamnă că

terapeuții de familie trebuie să cuprindă întotdeauna toate părțile în tratament. Problema nu este cât de mulți oameni sunt în cabinetul de consultație, ci dacă terapeutul consideră problemele în tot contextul lor.

Familia nucleară în context

Așa cum majoritatea terapeuților, terapeuții de familie și-au însușit ideea teoriei sistemice, mulți au descris, de asemenea, familiile ca **sisteme deschise**. Familia este deschisă în aceea că membrii ei interacționează, nu numai unul cu altul, ci și cu sistemele extrafamiliale. Într-adevăr, o importanță majoră în terapia de familie contemporană a fost extinderea concentrării atenției pentru a include modul în care familiile sunt afectate de rasă, gen, etnicitate, clasă și orientare sexuală. Pentru terapeuții de astăzi, a vorbi despre contextul social al familiilor nu mai este o abstracție fără teme.

Membrii grupului de la Palo Alto au introdus conceptul de sisteme deschise în terapia de familie, dar de fapt ei tratau familiile ca sisteme autoconținute. Ei au acordat puțină atenție surselor de stres din afara familiei și au luat în considerație rar impactul comunității sau al familiei extinse. Primii care au luat în considerație extrafamilialul au fost Murray Bowen și Ross Speck. Bowen a subliniat rolul critic al relațiilor familiei extinse, iar Speck a mobilizat rețeaua prietenilor și vecinilor pentru a ajuta în tratament.

Terapeuții sistemici boweniani și terapeuții de rețea au inclus în mod virtual întotdeauna oamenii din exteriorul familiei nucleare în tratament; terapeuții psihanalitici, centrați pe soluție, comportamentali și narativi au făcut-o rar. Dintre experiențialiști, Whitaker a inclus din rutină membrii familiei extinse în tratament pentru una sau două sedințe. Includerea membrilor familiei

extinse sau a prietenilor în tratament este adesea folositoare, uneori esențială. Aceasta nu este, totuși, același lucru ca a gândi familia ca un sistem deschis. Un sistem deschis nu este un sistem mai larg, este un sistem care interacționează cu mediul înconjurător.

Nicăieri nu este mai bine articulată ideea familiilor ca sisteme deschise decât în *Familiile și terapia de familie*, a lui Minuchin (1974). Scriind despre „Om în contextul său”, Minuchin pune în contrast terapia de familie cu terapia psihodinamică. Ultima, spune el, se inspiră din conceptul de om ca un erou, care rămâne el însuși în ciuda împrejurărilor¹. Pe de altă parte, „Teoria terapiei de familie afirmă faptul că omul nu este un izolat. El este un membru al grupurilor sociale care acționează și reacționează” (p. 2). Minuchin îl creditează pe Gregory Bateson cu ștergerea graniței dintre spațiul interior și exterior și continuă să spună că, așa cum granița care separă individul de familie este artificială, așa este și granița care separă familia de mediul social.

Unul din lucrurile pe care oricine care lucrează cu familiile îl învață repede este că încercările de a le ajuta adesea te prind într-un hățiș de influențe competitive din tribunale, departamente de probațiune, agenții de protecție a copilului, servicii pentru familie, programe de locuire, cămine, agenții pentru violența domestică și altele. Familiile din clasa de mijloc pot fi tratate ca unități închise din punct de vedere organizațional, dar cu familiile sărace aceasta este imposibil. Familiile sărace trăiesc în case fără pereți.

Cu cât serviciile proliferază, cu atât se multiplică fiefurile. Problema cea mai evi-

1. Deși noi recunoaștem că aceasta a fost regula până de curând, folosirea pronumelui masculin aici poate fi deosebit de corectă. Modelul eroului este al unui bărbat care-și păstrează integritatea morală puternică și intactă. El este un izolat, stoic și docil, rupt de familie, comunitate și credință – aceasta este lumea trivială, sufocantă a femeilor.

*Este imposibil să
înțelegi relațiile
fără să iei în
considerare forțele
sociale și culturale
care influențează
partenerii.*



dentă este lipsa de coordonare. Să luăm, de exemplu, un caz recent implicând un băiat de cincisprezece ani care a abuzat sexual pe cele două surori adolescente și un frate mai mic. Există agenții care lucrează cu victimele femei, una cu fata mai mare și alta cu cea mai mică. O agenție a lucrat cu băiatul mai mic, alta a lucrat cu vinovatul, iar alta a lucrat cu mama victimelor. Există un art-terapeut în școala publică care se ocupă de copiii abuzați sexual, iar băiatul de cincisprezece ani a fost într-o școală rezidențială, unde el a beneficiat de terapie individuală și de grup. E de mirare că aceste persoane care ajută au tras în direcții diferite? O a doua problemă mai supărătoare este aceea că cele mai multe agenții sunt mandatate să servească indivizii – victime sau victimizatori, adulți sau copii. Prin trimiterea lor la drepturile persoanelor care au nevoie de protecție sau corectare, aceste agenții sprijină indivizii, nu unitatea familiei.

Reacția uzuală a terapeuților care există în aceste rețele de altruism neorganizat este

de a face mai întâi un efort pentru a coordona diferitele intrări și apoi, când ei descoperă propria lor lipsă de legătură cu toate aceste agenții și ajutoare, de a renunța și a face ce pot mai bine cu familiile în cabinet. Printre cei care nu au vrut să renunțe, Evan Imber-Black (1988) și Richard Kagan și Shirley Schlosberg (1989) au scris cărți practice despre lucrul cu familiile în „criză perpetuă”. Și Patricia Minuchin, Jorge Colapinto și Salvador Minuchin (1998) au publicat un raport practic și inspirat al eforturilor lor de a aduce coordonarea și o concentrare asupra familiei a agențiilor de asistență socială, care lucrează cu familiile sărace.

Sub influența construcționismului social, modelele mai noi ale terapiei de familie au devenit în mod acut mai conștiente de contextul social al familiilor pe care le tratează. Cu toate acestea, această conștientizare este mai puțin probabil să ia forma includerii oamenilor din afara familiei în tratament, decât să fie sensibilă la influențele sociale și politice asupra familiei moderne.

La personal la politic

La moment dat circula o axiomă conform căreia terapeutii trebuie să-și mențină neutralitatea terapeutică: Ei nu trebuiau să judecăți, să se așeze pe o poziție sau alta și să spună oamenilor ce să facă. Ei trebuie să rămână în mod statornic-solid obiectivi, asigurând comunicarea sau făcând interpretări repetând pentru a impune valorile și opiniile lor personale. Astăzi, totuși, mulți practicieni cred că terapeutii trebuie să fie de acord cu unele lucruri și să se împotrivască altora.

Din momentul în care terapeutii de familie feminisți ne-au provocat mai întâi să ne fațăm în fața inegalității de gen (de exemplu, de Mustin, 1978; Goldner, 1985), un număr în creștere de practicieni din tradiția sistemică au început să ajute membrii familiei să identifice influența anumitor valori și structuri culturale asupra vieților și relațiilor lor. De exemplu, White & Epston, 1990; Hoffman & Combs, 1996). Într-adevăr, unul dintre cele mai puternice moduri în care ei ajută oamenii să devină mai activi în viața lor destine este să-i ajute să se opună la ei înșiși nu ca imperfecți, ci ca oameni. De îndată ce ei încep să progreseze, discursul narativ se străduiește să recruteze oameni ca martori și ca o echipă care ajută oamenii să sprijine un simț de sine mai nou și mai pozitiv al clientului.

Există cu certitudine un caz ce trebuie să se facă pentru a ajuta oamenii să întrebe despre valorile care pot contribui la problemele lor. Trebuie să spunem că femeile trebuie să fie foarte puternice ca manechinele pe podium? Că adolescenții trebuie să fie o epocă de harababură? Că prima obligație a bărbatului este cariera? Mai mult decât atât, prin definirea anumitor ipoteze distructive ca impuse cultural, terapeutii narativi invită membrii familiei să se alieze opunându-se acelor valori. Se pot ridica întrebări, totuși, despre

cum acest simț al conștiinței politice este pus în practică.

Uneori, o disponibilitate pentru a identifica atitudinile culturale opresive poate conduce la ignorarea rolului clientului în problemele lui/ei proprii, în favoarea proiectării criticii în exterior. Să luăm, de exemplu, cazul unei femei care începe să fie uimită dacă ceva din ceea ce ea face ar putea fi responsabil pentru lipsa de succes la bărbați. Ce se întâmplă dacă terapeutul redefineste problema femeii ca „Voce a Insecurității” și o sfătuiește să considere această îndoială ca pe o parte a paternului cultural conform căruia femeile învață să-și adapteze viețile conform așteptărilor bărbaților? Poate fi adevărat că femeile fac mai multe ca să se acomodeze decât bărbații, dar ce este cu această femeie? Dacă aprecierea ei despre cum ar fi trebuit să contribuie ea la paternul relațiilor fără succes din viața ei, este criticată în societate, trebuie aceasta să o facă mai puternică?

E bine să fii simpatic, chiar să fii campionul clientului, dar, când terapeutii încep să presupună că pacienții lor sunt victime ale patriarhatului, bărbaților, rasismului sau heterosexismului, ei s-ar putea să se așeze pe poziția unei mentalități lineare, criticând mentalitatea că terapia de familie a fost concepută în primul rând ca să combată.

În epocile în care disponibilitatea de a identifica influențele culturale ca vătămătoare în viețile clienților lor pare a fi ca atitudine nefierească, cu terapeutul ca un cavaler în armură strălucitoare împotriva forțelor de opresiune. Pe de altă parte, ignorarea rasismului, sexismului, etnocentrismului, sărăciei, crimei și alienării – a gândi despre familii ca și când ele ar trăi pe o insulă pustie – seamănă cu politica struțului. Care este rolul corect al terapeutului de familie în legătură cu problemele extinse ale nedreptății sociale?

Dat fiind puternicul impact al condițiilor sociale asupra familiilor, terapeutii de familie au un rol unic de jucat în politică și societate

sau sunt ei, cel puțin în capacitatea lor profesională, în primul rând clinicieni, formați să trateze familiile pentru problemele psihologice, dar neavând nici o autoritate sau expertiză specială să îndrepte relele sociale? Acestea sunt întrebări importante carea nu au răspunsuri ușor de dat.

Granițele

Conceptele cele mai folosite ale granițelor interpersonale se găsesc în lucrările lui Murray Bowen și Salvador Minuchin. Bowen este cel mai bun în descrierea graniței dintre sine și familie; Minuchin este cel mai bun în identificarea granițelor dintre diferitele subsisteme ale familiei. În termenii lui Bowen, indivizii variază continuu de la fuzionare la diferențiere, în timp ce Minuchin descrie granițele ca întinzându-se de la difuz la rigid, având ca rezultată **implicarea** sau **neimplicarea**.

Gândirea lui Bowen reflectă sublinierea psihanalitică privind *separarea* și *individualizarea* (Mahler, Pine & Bergman, 1975), cu atenție specială pentru rezolvarea legăturilor oedipiene și părăsirea casei. În acest model, devenim noi înșine învățând să stăm singuri. Bowen a acordat puțină atenție problemelor izolării emoționale provenind din granițele prea rigide, tratându-le ca pe un produs – o apărare împotriva – unei lipse a separării psihologice. Bowen a folosit o varietate de termeni – *a fi împreună, fuziunea, nediferențierea, reactivitatea emoțională*, – toți referindu-se la pericolul că oamenii se vor pierde pe ei înșiși în relații.

Minuchin oferă un punct de vedere mai echilibrat, descrind problema ca rezultat atunci când **granițele** sunt fie prea slabe, fie prea puternice. *Granițele difuze* permit prea multă interferență în funcționarea unui subsistem, *granițele rigide* permit prea puțin sprijin între membrii unei familii. Bowen a descris numai o problemă a graniței –

fuziunea – și numai un scop – diferențierea. Fuziunea este ca o boală – puteți avea un caz rău sau unul mai prietenos. Minuchin vorbește de două posibilități – implicarea sau neimplicarea – și terapia sa este concepută să se potrivească unui caz specific.

„Fuziunea” lui Bowen și „implicarea” lui Minuchin, ambele au de-a face cu granițe întunecate, dar ele nu sunt sinonime. Fuziunea este calitatea fiziologică a individului, opusul individualizării. Dinamică fuziunii a avut un impact asupra relațiilor (în special în forma reactivității și triumfulării), dar fuziunea este *în cadrul* persoanei. Implicarea este *între* oameni.

Aceste diferențe conceptuale conduc, de asemenea, la diferențe în tratament. Terapeuții bowenieni încurajează relațiile, dar subliniază autonomia individuală. Succesul este măsurat prin **diferențierea** sinelui. Structuraliștii încurajează autenticitatea, dar pot să se străduiască să restructureze relațiile de familie prin întărirea sau slăbirea granițelor. Succesul este măsurat prin funcționarea armonioasă a întregii familii.

Dezvoltarea familiei normale

De regulă, terapeuții de familie au puține de spus despre problemele de dezvoltare². Una din caracteristicile distinctive ale terapiei de familie este concentrarea sa asupra interacțiunilor aici-și-acum. Dezvoltarea familiei normale, care cuprinde trecutul și ceea ce este sănătos, a fost, de aceea neglijată.

2. Aceasta este adevărat în ciuda popularității curente a dezavuării modelelor nepoziționale ale normalității. Una este să provoci universalul în favoarea particularului, dar acuzarea terapeuților de familie tradiționali de faptul că operează cu vederi fixe a ceea ce constituie normalitate este un argument al unui „om de paie”.

Multi terapeuți au ipoteze despre ceea ce este normal și aceste idei influențează munca. Problema este că aceste modele implicite se bazează pe o largă experiență personală; în vreme cât ele rămân nearticulate și neexaminate, ele pot reflecta tendințe personale și nimic altceva. Când aceasta vine la stabilirea scopurilor pentru tratamentul familiei, alegerea nu este între a avea sau a nu avea un model a ceea ce este sănătos, ci între folosirea unui model care a fost descris și examinat sau a unui care funcționează pe baza standardelor personale ale bolnavului însuși.

Terapeuții de familie interesați de trecut, în special membrii școlilor boweniene și psihanalitice, au avut cele mai multe de spus despre dezvoltarea normală. Deși majoritatea școlilor de terapie de familie sunt interesate de modul în care familiile au pornit, școlile boweniană și psihanalitică au o mare preocupare să vorbească despre alegerea maritală. Bowen a vorbit despre *diferențiere, fuziune și singhiuri*, în timp ce scriitorii psihanalitici vorbesc despre *complementaritatea*, *proiecție inconștientă, identificare proiectivă și idealizare*, cu toate acestea, ei par să fi folosit termeni diferiți pentru a descrie fenomene similare. Psihanaliștii vorbesc despre alegerea maritală ca despre un obiect al *transferării* de la familia de origine și al *transferării* partenerului de către oameni pentru a potrivi propriului nivel de maturitate; Bowen spunea că oamenii aleg partenerii în răspund paternurilor familiare ale funcțiunii familiei și selectează perechile la același nivel de diferențiere.

Acestea sunt descrieri ale modurilor în care oamenii își căsătorească propriul lor alter ego. Ambele școli discută, de asemenea, cum oamenii își aleg perechile care par a fi potrivite, cel puțin la suprafață, în modurile în care sunt excitante și par a alcătui deficite în sine. Indivizii obsesivi tind să se căsătorească cu indivizi isterici, și conform

lui Bowen, oamenii orientați spre colectivitate se căsătorească adesea cu cei singuratici. Aceasta arată un alt mod în care școala boweniană și școlile psihodinamice sunt similare una cu cealaltă și diferite de altele. Ambele recunosc că personalitățile au stataturi. Ambele cred că succesul unei relații depinde nu numai de interesele și valorile împărtășite ale partenerilor, ci și de natura imaginilor lor de obiect interne, încorporate.

Chiar dacă ei nu subliniază trecutul, multe din celelalte școli ale terapiei de familie au câteva concepte izolate pentru descrierea proceselor de dezvoltare a familiei normale. De exemplu, terapeuții comunicării vorbesc de *quid pro quo-uri* (Jackson, 1965) schimbate în căsătorii normale, în timp ce behavioriștii descriu același fenomen în termenii *teoriei schimbării sociale* (Thibault & Kelly, 1959).

Virginia Satir a descris familiile normale ca pe cele în care comunicarea este directă și onestă, unde diferențele sunt confruntate chiar dacă sunt ascunse și unde emoțiile sunt exprimate deschis. În aceste condiții, ea credea că oamenii dezvoltă o *stimă de sine* sănătoasă, care le permite să-și asume riscurile necesare pentru relații autentice.

Conform lui Minuchin (1974) clinicienii trebuie să aibă o apreciere a faptelor din viața obișnuită de familie pentru a deveni terapeuți eficienți. Clinicienii trebuie să distingă structurile funcționale de cele disfuncționale, precum și structurile patologice de structurile care sunt pur și simplu tranzitionale.

Deoarece terapia de familie structurală începe prin evaluarea adecvării structurii familiei, aceasta apare uneori ca impunând un standard ideal. De fapt, cu toate acestea, normalitatea este definită în termenii funcționalității, iar terapeuții de familie structurali recunosc că paternurile diverse pot fi funcționale în mod egal. Claritatea granițelor subsistemului este mai importantă decât compoziția subsistemului. De exemplu, un

subsistem parental compus dintr-un părinte singur și copilul cel mai mare poate funcționa eficient dacă liniile de autoritate sunt desenate clar. Paternurile de implicare și neimplicare sunt văzute ca stiluri preferate, nu în mod necesar ca indicații de anormalitate.

Mulți terapeuți nu gândesc în termenii refacerii familiilor și de aceea ei cred că au puțin nevoie de modelele a ceea ce o familie ar trebui să fie. În schimb, ei intervin în jurul problemelor specifice – interacțiunile de menținere a problemei, poveștile saturate de problemă, soluțiile uitate –, conceptualizate în termenii funcției, nu ale structurii. Paternurile pe care ei le observă sunt disfuncționale; de aceea, prin implicare, ceea ce este funcțional trebuie să fie exact opusul.

Deși nu este necesar să avem un mod de înțelegere a trecutului unei familii în scopul de a-i ajuta, este folositor să avem un mod de înțelegere a organizării prezentului familiei, folosind un model de comportament normal pentru a stabili scopurile pentru tratament. Un asemenea model trebuie să includă un proiect pentru prezent și pentru schimbare în timp. Printre ideile prezentate în această carte, cea mai folositoare pentru un model de bază al funcționării familiei normale include *ierarhia structurală*, *comunicarea eficientă* și *dezvoltarea ciclului vieții de familie*.

Dezvoltarea tulburărilor de comportament

În perioada de început a terapiei de familie, pacienții erau văzuți ca inocenți – **țapi ispășitori** – a căror deviere a menținut stabilitatea familiei. Există multă literatură despre modurile disfuncționale de a menține pacea: țapul ispășitor, pseudoreciprocity, procesul de proiecție a familiei, legătura dublă, mistificarea și așa mai departe. Aceste

mecanisme maligne îi puteau face pe tineri nebuni, dar ele i-au ajutat să păstreze familia împreună. A fost o poveste simplă și satisfăcătoare de reavoință. Nimeni nu a învinovățit exact părinții – coercițiile lor nu au fost realmente deliberate –, dar aceste explicații s-au bazat pe greșelile și eșecurile parentale și au avut o forță mitică. Ideea că schizofrenia a fost un sacrificiu pe care copiii l-au făcut pentru familiile lor a fost absolut întăritor – dar absolut neadevărat.

Astăzi, terapeuții de familie gândesc mai puțin despre ce provoacă probleme decât despre cum familiile le perpetuează fără să-și dea seama.

Sisteme inflexibile

Observatorii timpurii ai familiilor schizofrenice au subliniat inflexibilitatea acestora. Wynne a bătut monedă pe termenul de **limită departajantă**, pentru a dramatiza modul în care familiile psihotice rezistă influenței externe și **pseudoreciprocity**, pentru a descrie fațada lor rigidă de armonie. R. D. Laing a arătat cum părinții, incapabili să tolereze strădaniile sănătoase ale copiilor lor, au folosit **mistificarea** pentru a nega experiența lor. Teoreticienii comunicării credeau că tulburarea cea mai izbitoare din familiile schizofrenice era că le lipseau mecanismele pentru schimbarea regulilor acestora. Ele au fost programate pentru feedback negativ, tratând noutatea și schimbarea ca devieri la care trebuie să reziste.

Această tradiție de a vedea familiile pacienților bolnavi mental ca rigide homeostatic a fost preluată, în anii 1980, de Selvini Palazzoli sub forma conceptului ei de „jocuri murdare”. Carol Anderson și Michal White au contrazis această perspectivă negativă, sugerând că rigiditatea lor ar putea fi rezultatul faptului că trăiesc cu probleme serioase – și fiind criticați pentru ele de profesioniștii sănătății mentale.

Explicarea problemelor familiei în condițiile inflexibilității homeostatice a devenit una din pietrele de încercare ale școlii strategice. Familiile disfuncționale răspund problemelor cu o gamă limitată de soluții. Chiar atunci când soluțiile nu funcționează, aceste familii perseverează cu încăpățănare. Behavioriștii folosesc o idee similară când explică simptomele ca rezultând din eforturi eșuate de a controla comportamentul. Adesea când părinții cred că pedepsesc un comportament greșit, ei îl întăresc de fapt dându-i atenție..

În conformitate cu școlile psihanalitice și experiențiale, rigiditățile intrapsihice, sub formă de *conflict*, *atrofierea personalității* și *primarea emoțională* sunt contribuția individului la inflexibilitatea familiei. Psihanaliștii consideră familiile nesănătoase ca sisteme închise care rezistă schimbării. Când sunt stresate, familiile inflexibile regresează la nivelurile timpurii ale dezvoltării, unde conflictele nerezolvate le-au lăsat fixate.

Experiențialiștii descriu familiile disfuncționale ca stagnante emoțional. Dacă este observat că uneori trebuie să încercați ceva, merită doar ca să știți că sunteți viu, familiile care se tem de clătinarea bărcii devin timide fără viață. Purtătorul de simptom este văzut ca o victimă a opoziției familiei la forța vieții.

Terapeuții structurali localizează inflexibilitatea familiilor în granițele dintre subsisteme. Dar problemele structurale nu sunt în mod necesar rezultatul unui defect în familie. Altfel, familiile normale pot dezvolta probleme dacă ele sunt incapabile să modifice o structură funcțională anterioară pentru a se descurca cu criza de mediu și de dezvoltare. Terapeuții de familie trebuie să se doasebit de clari asupra acestui punct: familiile simptomatice sunt sănătoase în fond; ele au nevoie pur și simplu de ajutor pentru a se adapta la o schimbare a circumstanțelor.

Terapeuții focalizați pe soluției și terapeuții narativi implică membrii familiei în

dezvoltarea problemelor lor. Ambele tabere preferă să se focalizeze pe forțele indivizilor din familie și asupra perioadelor când și ei au folosit resursele pentru a triumfa asupra problemelor. Ce trebuie să identifice aceste modele ca problematice sunt obiceiurile rigide de gândire care conduc oamenii să se considere pe ei înșiși înfrânți. Terapeuții focalizați pe soluție reduc aceasta la: ei nu speculează despre originile gândirii defetiste. Terapeuții narativi subliniază ceea ce ei consideră sisteme toxice ale credinței în cultură, care sunt internalizate de membrii familiei. Societatea, nu familia este inflexibilă.

Funcționarea simptomelor

Primii terapeuți de familie au descris pacientul identificat ca servind o funcție în familiile cu probleme prin deturnarea conflictului și stabilizând astfel familia. Vogel & Bell (1960) au descris copiii cu tulburări emoționale ca „tapii ispășitori ai familiei”, remarcate ca obiecte ale proiecției parentale asupra bazei trăsăturilor care-i așează separat. În consecință, devierea pacientului promovează o coeziune în familie prin unirea părinților în ceea ce îi interesează.

Astăzi, mulți terapeuți de familie neagă faptul că simptomele au fie semnificație, fie funcție. Într-adevăr, terapeuții narativi, cei centrați pe soluție și cei psihoeducaționali sunt atât de diametral opuși în ideea că simptomele servesc un scop, încât aceste abordări pot fi văzute ca inspirate pentru a contrazice această idee. Terapia narativă este construită în jurul metaforei simptomelor ca entități străine, iar abordarea psihoeducațională este dedicată exonerării familiilor de responsabilitatea pentru boala mentală.

Terapeuții comportamentali au argumentat întotdeauna ideea că simptomele sunt un semn al patologiei de bază. Terapeuții de familie behavioriști tratează problemele ca deficite ale abilității sau ca rezultat necom-

plicat al eforturilor eșuate de a schimba comportamentul. Restrângerea concentrării acestora asupra simptomelor este unul din motivele succesului lor în descoperirea împreunărilor care le întăresc; acesta este, de asemenea, un motiv pentru care ei nu au avut succes cu cazurile în care problemele comportamentului copilului funcționează pentru a stabiliza o căsătorie conflictuală sau în care argumentele cuplului îi protejează de a se ocupa de conflicte mai profunde.

Unele școli de terapie de familie continuă să creadă că simptomele semnaleză probleme mai profunde și că ele pot servi la menținerea stabilității familiei. În familiile care nu pot tolera conflictul deschis, un membru simptomatic poate acționa ca un ecran de fum și o diversiune. În formulările psihanalitice, boweniene și structurale, inabilitatea cuplului de a forma o legătură intimă poate fi descrisă prin faptul că unul sau amândoi sunt încă implicați în relația dintre părinții lor. În acest mod, comportamentul simptomatic este transmis peste generații și servește la stabilizarea sistemului multigenerațional de familie.

Uneori este posibil să vedem cum motivează un copil simptomatic un părinte depresiv sau dezangajat pentru a deveni mai implicat în familie. În conformitate cu Jay Haley, comportamentul prost al unui copil este adesea parte a unui ciclu repetitiv care menține părinții energizați. Într-o secvență tipică, tatăl devine nefericit și se retrage; copilul se poartă rău; mama eșuează în disciplinarea copilului; tatăl înervine, reimplicându-se cu mama prin copil.

Următorul exemplu al modului în care comportamentul „disfuncțional” poate fi util este dintr-un interviu condus de Harry Aponte (un terapeut de familie structural remarcabil), citat din Hoffman (1981):

Interviul este cu o familie de negri săraci, care răspunde integral descrierii ”cu multe

probleme”. Toată lumea -- mama, șase copii mari sau aproape mari și doi nepoți -- este în risc, de la abandon, boală, nervi, violență, accident sau o combinație a tuturor acestor factori. În plus, membrii familiei sunt zgomotoși, distrugători și greu de controlat. La un anumit moment dat, Aponte a întrebat-o pe mamă „Cum te descurci cu toate astea?” Mama, care a fost apatică și aproape neinteresată de ce încerca terapeutul să vorbească cu copii, spune „Mă îmbrac cu costumul meu de gorilă”. Copiii au râs apoi au descris cât de îngrozitoare este mama lor când își pune costumul de gorilă.

Imediat după această conversație apare un incident care sugerează că un episod causal circular funcționează, una din acele redundanțe care pot avea de-a face cu echilibrul familiei. Mama este încă apatică și arată obosită, iar terapeutul începe să întrebe despre nervii ei. La început copiii sunt întrucâtva liniștiți, ascultând. Când ea începe să admită că este nervoasă și că ia medicamente, ei au început să se comporte urât. Un băiat înghiontește bebelușul, alt băiat încearcă să împiedice bebelușul să dea din picioare; bebelușul începe să țipe. Terapeutul o întreabă pe fiica de douăzeci de ani (mama bebelușului) dacă nu poate să-l controleze; ea spune nu. În acest moment, mama se ridică și pocnește bebelușul fiicei ei cu un ziar răsucit, ieșind din letargia ei, ca un uriaș somnoros plictisit de un țânțar. Ea pune copilul jos cu o izbitură, iar el nu mai face nici un zgomot. În timpul acestui episod restul copiilor sar și țipă cu voioșie, provocând-o pe mama lor să-i reprime, după care ei se calmează, iar mama se așează înapoi, mai atentă acum și controlându-i în mod clar. (p.83)

Aici, o mamă copleșită de stres devine depresivă; atunci când vorbește despre depresia ei, copiii devin neliniștiți și neascultători; comportamentul rău declanșează o reacție a mamei, trezind-o din

tragerea ei pentru a controla haosul. Comportamentul rău simptomatic al copiilor funcționează drept cauză și tratament ale expresiei mamei, într-un ciclu recurent.

Dinamica de bază

În anii 1950, terapeuții de familie au provocat o revoluție psihanalitică conform căreia simptomele sunt numai fenomene de suprafață și problemele lor reale sunt interne. În schimb, ei au arătat cum concentrarea asupra interacțiunilor comportamentale era suficientă pentru tratarea majorității problemelor.

Astăzi, mulți terapeuți de familie neagă faptul că este necesar să se ia în considerare dinamica de bază pentru a explica și trata comportamentul simptomatic. Acești clinicieni cred că este suficient să observe paternurile de interacțiune din familie. Unii terapeuți strategici, precum cei din grupul de la MRI, s-au centrat asupra interacțiunilor din jurul comportamentului simptomatic; alții, ca cei din grupul de la Milano, au avut o privire mai largă asupra funcției familiei. Behavioriștii susțin că, pentru a lua în considerare comportamentul nedorit este necesar numai să observi consecințele și să-ți întărești.

În ciuda tradiției de a explica comportamentul problemă fără a lua în seamă dinamica de bază, mulți terapeuți cred că, nici concentrarea simptomelor, nici a interacțiunilor inconjurătoare, nu sunt problema reală; problema reală este o disfuncție de bază a familiei. Acești terapeuți se uită în interiorul familiei dincolo de – episoadele comportamentale pentru unele imperfecțiuni din familie. Teoria lui Minuchin de structură a familiei este un exemplu important al unui asemenea concept. Terapeuții structurali acordă atenție sferei de funcționare pe care familia le ia cu ea, dar concentrarea lor reală este asupra problemelor structurale de bază.

Structura familiei este acum unul din conceptele centrale din terapia de familie și domeniul poate fi împărțit între cei care includ sau nu includ structura în analizele lor. Haley (1980) o face și, din acest motiv, mulți îl consideră un structuralist ca și un strategic. John Weakland, din grupul MRI, neagă cu emfază nevoia de a include conceptele structurale în evaluarea familiei și el a considerat că, procedând astfel, se întoarce pentru a discredita teoretizarea psihodinamică. Alții, a căror focalizare este mai mult asupra interacțiunilor aici-și-acum, inclusiv behavioriștii (Patterson) și unii experiențialiști (Whitaker), acceptă eventual folosul conceptelor structurale³. Procedura lor a fost unul din semnele timpurii ale unei convergențe în creștere între sistemele competitive.

Revoluția postmodernă este și poststructurală în sensul în care concepțiile unei structuri de bază sunt văzute ca moderne (fals absolutiste) și de aceea problematice. Postmodernii ca Michael White, Steve de Shazer și Harlene Anderson evită cu toții speculațiile structurale.

Terapeuții psihanalitici și bowenieni au conceptele lor proprii despre dinamica de bază. Psihanaliștii au dat naștere ideii de dinamică de bază; practicienii de astăzi ai terapiei de familie psihanalitice folosesc această idee în conceptele conflictului structural intrapsihic (id, ego, superego); oprirea din dezvoltare, relațiile de obiect intern și structurile psihopatologice interblocante dintre membrii familiei. Conform modelului psihanalitic, dificultățile se pot dezvolta în interacțiune, dar indivizii care interacționează au probleme reale.

3. Nu incidental, atât Patterson, cât și Whitaker au vizitat Clinica de Orientare a Copilului din Philadelphia pentru a studia cu Minuchin la un moment dat al carierei lor când ei au simțit nevoia unei înțelegeri mai sistemice a familiilor cu care lucrau.

În teoria lui Bowen, conceptele majore care descriu dinamica familiei sunt fuziunea, procesul de proiecție al familiei și triunghiurile interblocante. Atât de mult sunt subliniate aceste probleme de bază încât bowenienii au consumat probabil mai puțin timp decât oricine altcineva care se ocupă direct de simptomele prezentate.

Teoria boweniană folosește modelul *diateză-stres* al problemelor psihologice. Acesta este un model din cercetarea genetică, în care o persoană dezvoltă o tulburare când o defecțiune genetică este declanșată de stresul din mediul înconjurător. În teoria boweniană, oamenii care dezvoltă simptome în fața stresului care provoacă anxietatea au niveluri scăzute de diferențiere și sunt izolați emoțional de sistemele de sprijin, în special din familiile extinse. Diateza poate să nu fie genetică, ci trece de la o generație la alta.

Triunghiurile patologice

Triunghiurile patologice sunt cheia mai multor explicații date de terapia de familie tulburărilor de comportament. Printre acestea, teoria lui Bowen este cea mai elegantă. Bowen a explicat cum, atunci când doi oameni sunt în conflict, cel care trăiește anxietatea mai mare „va face triunghi” cu o a treia persoană. Acest model nu numai că asigură o explicație a patologiei sistemice, ci și servește drept alarmă: atât timp cât terapeutul rămâne legat cu o parte într-un conflict emoțional, el sau ea este parte a problemei, nu parte a soluției.

În teoria psihanalitică, conflictele oedipiene sunt considerate rădăcina nevrozelor. Aici triunghiul este declanșat de interacțiunile familiei, dar găzduit în psihicul individului. Tandrețea mamei poate fi seducătoare, iar gelozia tatălui înspăimântătoare, dar dorința de a scăpa de tată și de a posta mama este o născocire a fanteziei.

Fixația patologică a acestui conflict poate fi provocată de dezvoltările din spațiul exterior familiei, dar conflictul este ancorat în spațiul interior al minții copilului.

Teoria structurală a familiei se bazează pe configurări triunghiulare unde o graniță disfuncțională dintre două subsisteme este reciproca unei granițe cu un terț. Implicarea tatălui și fiului reflectă neimplicarea singure și a mamei; neimplicarea unei mame singure cu copiii ei este contraponderea implicării ei excesive în afara familiei. Teoria structurală folosește, de asemenea, conceptul triunghiurilor patologice pentru a explica *triadele de deturnare a conflictului*, în care părinții deviază conflictul lor spre copilul lor. Minuchin, Rosman și Baker (1978) au demonstrat, chiar, că schimbările psihologice apar când părinții în conflict transmit stresul lor copilului psihosomatic.

Terapeuții strategici lucrează cu un model diadic, în care simptomele unei persoane sunt menținute de eforturile altora de a le rezolva. Haley și Selvini Palazzoli, totuși, folosesc modelul triunghiular în forma **coalitiilor transgeneraționale**. Aceste „triunghiuri perverse”, cum le numește Haley (1977), apar când un părinte și un copil sau un bunic și un copil se coalizează pentru a forma un bloc de opoziție ascunsă contra unei părinte. Funcționarea triunghiulară este puțin centrală în modelele mai noi, deoarece ele nu sunt mult interesate de modul în care familiile dezvoltă problemele. Această putea chiar fi argumentată că ignorarea dinamicii familiei este una din fașe abordărilor narativă și cea focalizată pe soluție. Dacă se procedează astfel, terapeuții să facă egal cu zero obiectele constrictive ale gândirii în care sunt interesați. Ar trebui spus, de asemenea, totuși, ignorarea dinamicii familiei din slăbiciunile acestor abordări, în cazurile în care conflictul din familie este chiar pe cale să dispară,

membrii familiei lucrează împreună pentru a rezolva o problemă comună.



Când lucrurile merg rău este tentant să cauți pe cineva pentru a-l învinovăți. Partenerul dumneavoastră nu vorbește niciodată despre sentimentele lui? El trebuie să fie din Marte. Familiile au o cădere după primele câteva ședințe? Ele trebuie să fie rezistente. Înainte de a le judeca prea mult, hai să recunoaștem că este perfect natural să atribuim problemele noastre influenței altor oameni. Deoarece privim viața din interiorul propriei noastre piei, suntem mai conștienți de contribuțiile altor oameni la problemele noastre reciproce. Dar terapeuții, am sperat noi, nu sunt handicapați de această predispoziție egocentrică. Nu, ei sunt handicapați de altă predispoziție.

Atunci când noi auzim o latură a unei povești nefericite, este numai firesc să simpatizăm cu persoana care o istorisește. Dacă o prietenă vă spune că șeful ei este un smucit, simpatia dumneavoastră pentru ea vă va așeza automat de partea ei. Experiența sugerează că majoritatea poveștilor au două laturi. Dar când impulsul dumneavoastră este să arătați solidaritate cu cineva care vă spune problemele lui sau ale ei, tentația este să căutăm dușmanii în afară. Printre ajutoarele profesionale, această tentație este prea des nerezistentă.

Un motiv pentru criticarea problemelor familiei privind influențele ușor calomniate – bărbați, rasism, mame – este acela că e greu de văzut personalitățile individuale din trecut ale paternurilor de interacțiune care fac ca ei să fie o familie, numai dacă nu vezi întregul grup și îi vezi în acțiune. Din acest motiv a fost inventată în primul rând terapia de familie.

Scopurile terapiei

Scopul oricărei psihoterapii este de a ajuta oamenii să se schimbe pentru a-i elibera de

suferință. Aceasta este adevărat în terapia individuală, terapia de grup și terapia de familie. De ce atunci s-a scris atât de mult despre scopurile diferitelor școli de terapie? Unele dintre acestea au de-a face cu ideile diferite despre modul în care oamenii se schimbă, altele cu vocabularul alternativ pentru descrierea acestei schimbări. Atunci când bowenienii vorbesc de „diferențierea sinelui”, iar psihanaliștii vorbesc de „forța crescută a egoului” ei înțeleg cam același lucru.

Dacă lăsăm la o parte diferențele semantice, modelele terapiei de familie variază în două dimensiuni majore din punct de vedere al scopurilor. Prima, școlile diferă în legătură cu scopurile lor intermediare: ele caută schimbarea prin aspectele diferite ale funcționării persoanei și a familiei. A doua dimensiune, școlile diferă prin cât de multă schimbare caută. Unele sunt mulțumite cu rezolvarea simptomului, altele aspiră să transforme întregul sistem al familiei.

Toți terapeuții sunt interesați de rezolvarea problemelor, dar ei se deosebesc de la concentrarea exclusivă asupra rezolvării simptomului la preocuparea privind sănătatea întregului sistem al familiei. Terapeuții strategici, cei centrați pe soluție și cei comportamentali sunt mai puțin concentrați asupra schimbării întregului sistem; terapeuții psihanalitici și bowenieni sunt cei mai focalizați asupra schimbării sistemelor.

Scopul terapiei de familie structurale este, atât rezolvarea simptomului, cât și schimbarea structurală. Dar schimbarea structurală văzută are scopul modest de reorganizare a acelei părți a familiei care a eșuat să se adapteze pentru a răspunde circumstanțelor schimbării. Terapeuții narativi, cei ai comunicării și cei experiențiali au ca scop, de asemenea, calea de mijloc dintre îmbunătățirea simptomatică și reorganizarea familiei sistematice. Practicienii din aceste școli nu se concentrează asupra prezentării plângerilor, nici asupra sistemului global al familiei.

În schimb, ei acordă o atenție deosebită proceselor care cred că stau la baza simptomelor: construcțiile cognitive, paternurile de comunicare și expresivitatea emoțională. Îmbunătățirile în aceste procese sunt gândite să rezolve simptomele și să promoveze creșterea.

Focusul terapiei strategice și al ramurii ei centrată pe soluție este asupra rezolvării problemei. Scopul este simplu, de a rezolva orice plângeri prezintă clienții. Terapeuții narativi, care, mulți dintre ei s-au revoltat împotriva aspectelor mecaniciste ale propriului lor trecut strategic (cf. Freedman & Combs, 1996), au ca scop ajutarea clienților să-și rezolve problemele cu care vin, dar și să plece cu un simț mărit al experienței personale.

În viziunea noastră, scopul primordial al terapiei de familie trebuie să fie rezolvarea plângerilor prezentate. Dacă o familie cere ajutor pentru o problemă specifică și terapeutul îi ajută să-și exprime mai bine sentimentele, dar nu rezolvă problema, atunci el sau ea i-a făcut să eșueze într-un mod semnificativ. Una din virtuțile terapeuților comportamentali și strategici este că ei nu sunt nebuni ei înșiși (nici clienții lor) dacă aceste probleme au fost rezolvate. Unele din aceste abordări cu aspirații mai largi riscă să piardă din vedere această primă responsabilitate a unui ajutor profesional. Dacă succesul este definit ca acceptare a punctului de vedere al terapeutului și lucrând spre scopul conceptual al lui sau al ei, atunci terapia devine o luptă pentru putere sau o îndoctrinare. Într-o oarecare măsură, aceasta se întâmplă în toate terapiile, dar se justifică numai atunci când realizarea scopurilor conceptuale ale terapeutului se întâlnește cu scopurile familiei.

Avantajul de a lucra pentru schimbarea simptomului este că acesta elimină multă deconcertare despre faptul că terapia are sau nu succes. Dezavantajul de a lucra *numai* la nivelul comportamentului care menține

simptomul este că acesta poate produce schimbarea care nu durează.

O observație finală asupra scopurilor. Rezolvarea problemelor a fost marca valorii terapiei de familie, emblema de optimism a practicantilor acesteia. Acum, totuși, îmbrățișând modelul maladiei (Da, Virginia, exista un asemenea lucru ca schizofrenia), unii terapeuți de familie, în special aceia care practică psihoeducația, pledează pentru modul cum te descurci, mai degrabă decât pentru vindecare, psihopatologia serioasă ca un scop valoros. Acest scop modest, dar realist, a fost dificil de acceptat de unii terapeuți de familie. Ce miză are întrebarea care dintre ele este mai puternică, terapia de familie sau anumite condiții întărite – psihopatologia, psihodinamica oprită, sărăcia și disperarea sau chiar furiile nervoase care fac dificil pentru unii oameni să riște schimbarea.

Condiții pentru schimbarea comportamentului

Pentru a stabili tratamentul familiei ca o abordare distinctă și inovatoare, terapeuții de familie au început prin sublinierea diferențelor acestora față de terapia individuală. Mai târziu, ei au subliniat diferențele dintre ei înșiși. Astăzi există o fertilizare încrucișată între școli, dar, deși cele mai multe școli împărtășesc un consens larg despre principiile schimbării, ele diferă încă privind multe probleme specifice.

Acțiune sau intuiție?

Una din primele distincții dintre terapia de familie și terapia individuală trebuie să se refere la intuiție. Terapeuții individuali au subliniat intuiția intelectuală și emoțională; terapeuții de familie au subliniat acțiunea. Cu

ate acestea, deși ei au subliniat acțiunea în acțiunile lor, cele mai multe din tehnicile terapeuților timpurii de familie sunt concepute să afecteze acțiunea prin înțelegere. De fapt, de când oamenii gândesc, ei și acționează, nici o formă de terapie nu poate avea succes fără influențarea tuturor celor trei aspecte ale personalității umane.

Acțiunea și intuiția sunt instrumentele principale ale schimbării în terapia de familie. Terapiștii terapeuților folosesc ambele mecanisme, dar unele școli subliniază, fie acțiunea (strategică, comportamentală), fie intuiția (psihanalitică, narativă).

Cazul pentru acțiune se bazează pe observația că oamenii adesea nu se schimbă decât dacă ei înțeleg de ce trebuie să o facă. Căzând acesta este familiar oricui care a încercat vreodată să slăbească, să nu mai fumeze sau să petreacă mai mult timp cu copiii. Behavioriștii fac caz de acțiune afirmând că un comportament este adesea învățat fără voie; explicațiile, spun ei, nu schimbă comportamentul, îl întăresc.

La fel ca behavioriștii, terapeuții strategici se focalizează pe comportament și nu sunt interesați de intuiție. Ei nu cred în creșterea înțelegerii și nu cred în învățare; în schimb, ei cred că modalitatea de schimbare a comportamentului este prin manipulare. Ei împing clienții blocați într-un colț din care singurul mod de a ieși este de a deveni neblocați.

Cazul pentru intuiție se bazează pe observația că dacă oamenii se înțeleg ei înșiși și se simt liberi, ei vor fi liberi să acționeze în interesul lor propriu cele mai bune. Psihanaliștii cred că oamenii sunt orbi în ceea ce privește problemele lor reale. Fără intuiție în conflictele interioare, acțiunea poate fi de autoapărare, iar acțiunea neexaminată poate fi de autoapărare deoarece remediarea automată fără intuiție crește negația și evaziunea: acest lucru poate fi periculos pentru impulsurile reprimite acționează în secret.

Ceea ce unii oameni consideră acțiune poate fi privit de psihanalisti ca exteriorizare – diversiuni pentru a masca anxietatea care semnaleză conflictele de bază. Numai prin înțelegerea impulsurilor lor și a pericolelor implicate în exprimarea acestora, oamenii pot realiza schimbarea de durată. Mai mult, din momentul în care conflictele importante sunt inconștiente, numai interpretarea metodică a izvoarelor ascunse ale comportamentului provoacă schimbarea de durată. În terapia psihanalitică, acțiunea neanalizată inițiată de familie este numită exteriorizare: acțiunea neanalizată inițiată de terapeuți este considerată manipulare. Intuiția poate fi realizată numai dacă familiile verbalizează gândurile și sentimentele lor mai degrabă decât dacă acționează asupra lor, iar terapeuții interpretează sensul inconștient, mai degrabă, decât să sugereze sau să manipuleze acțiunea.

Discuțiile despre intuiție antrenează adesea discordia, deoarece intuiția este un cuvânt sonor: susținătorii o glorifică, oponenții o ridiculizează. Avocații intuiției o dotează cu calități pseudomedicale: intuiția, ca medicament, vindecă. De fapt, intuiția nu vindecă nimic; este ceva prin care apare vindecarea. A spune că familia dobândește intuiție înseamnă că membrii familiei învață ceea ce ei intenționează prin acțiunile lor și ceea ce vor unul de la celălalt; cum acționează ei privind aceste intuiții depinde de ei.

În contrast cu pozițiile polare luate de unele școli, altele lucrează cu acțiunea și intuiția. În terapia de familie structurală, schimbarea este inițiată în acțiune și apoi sprijinită de înțelegere. În conformitate cu Minuchin (Minuchin & Nichols, 1993), structura familiei și convingerile familiei se sprijină și se întăresc una pe alta; singura cale de a realiza o schimbare de durată este provocarea ambelor. Acțiunea vine prima pentru că ea conduce la experiențe noi care fac posibilă intuiția.

În teoria sistemică a lui Bowen, intervențiile afectează, de asemenea, ambele niveluri – acțiunea și înțelegerea; dar ordinul efectului este răsturnat. bowenienii încep prin calmarea oamenilor, în așa fel încât ei să înceteze să se învinovățească unul pe altul și să înceapă să reflecteze asupra proceselor de relații în care sunt prinși. În momentul în care ei încep să-și vadă rolul în triumfuri și polarizări ca dinamica urmăritor-urmărit, membrii familiei sunt încurajați să execute experimente de relații în care ei își schimbă participarea în aceste paternuri.

Modelul de la Milano și ultimele lucrări ale lui Cecchin, Boscolo și Hoffman au ridicat importanța lucrului cu sistemul de semnificații. Astfel, terapeuții de familie orientați asupra sistemelor devin mai puțin legați de analizele comportamentale și intervențiile orientate pe acțiune. Luând în considerare tehnica „externalizării” a lui Michael White și David Epston, terapia ca model de conversație a lui Harry Goolishian și Harlene Anderson, popularitatea construcționismului social și renașterea influenței psihodinamice, tendința din domeniu este în mod definitiv departe de acțiune și spre, dacă nu spre intuiție, cel puțin spre percepție.⁴⁾

Un număr în creștere de terapeuți de familie au respins noțiunea de intuiție ca fiind legată de credințele demodate din adevărul obiectiv. Fiind buni postmoderni, ei preferă ideea de „reconstrucție narativă” celei de „intuiție” și văd terapeutul ca ajutând clienții să construiască povești mai noi și mai folositoare decât să excaveze adevăruri

îngropate. Cu toate acestea, indiferent dacă vorbim în termenii declasați ai intuiției sau în termenii mai contemporani ai realității co-constructive, faptul este că interesul contemporan față narațiune și popularitatea echipelor de reflecție sunt simptomele din valul terapiei de familie de la acțiune la cogniție (sau semnificație, dacă preferați).

Această subliniere privind semnificația este deosebit de atractivă pentru terapeuții care preferă o abordare cooperantă, dar, în timp ce indivizii care alcătuiesc familiile sunt ființe care simt, gândesc și acționează, ne mirăm dacă ceea ce le leagă pe ele cel mai puternic în crearea și menținerea problemelor nu este faptul că acțiunile lor sunt coordonate și interblocante. Ajutarea oamenilor să reconsidere modul în care își percep dilemele îi poate ajuta să descopere noi căi să le abordeze. Dar, prea adesea, văzând ceea ce avem nevoie ca să procedăm într-un anumit mod, nu ne face chiar să procedăm așa. Poate lucrând cu semnificația *ca și cu* acțiunea, va fi o idee mai bună pentru terapeuții de familie decât negociind unul pentru altul.

Rezistența

E binecunoscut faptul că familiile sunt **rezistente** la schimbare. În plus, la recalitranta membrilor de familie individuali, sistemul însuși rezistă la schimbare – sau, pentru a doborî această abstracție la pământ –, structura care ține o familie împreună este sprijinită de obiceiurile fiecăruia dintre membrii ei.

Același instrument care dă terapiei de familie cea mai mare pârgie – adunarea tuturor jucătorilor împreună – poartă cu el, de asemenea, semintele rezistenței. Cu toate părțile problemei prezente, este greu de rezistat tentației de a învinovăți pe altcineva sau cel puțin de a aștepta ca persoana să se schimbe mai întâi. Chiar atunci când un

4. Diferența este că intuiția se referă la o înțelegere a naturii adevărate a lucrurilor; în contextul psihoterapiei aceasta înseamnă susținerea motivațiilor în spatele gândurilor și comportamentului cuiva. Cunoașterea, pe de altă parte, se referă mult mai îngust la punctul de vedere al cuiva. În contextul terapiei, schimbarea cognitivă implică o schimbare a unui punct de vedere mai productiv – nu neapărat necesar al unuia care este mai „adevărat”, numai mai folositor.

subliniază conștiincios contribuția persoanelor, este numai uman pentru ei să audă ceea ce ei credeau deja: „Nu sunt eu, sunt ei”.

De obicei astăzi să vorbim de „moartea rezistenței” și multe din școlile noi clamează că rezistența nu este o problemă în abordările sistematice. Aceasta este parțial adevărat, parțial atitudine nefirească. În timp ce adevărat că rezistența este mai mult de așteptat în confruntările puternice și dramatice ale lui Minuchin și Watzlawick, rezistența sau reluctanța la schimbare este încă o problemă chiar și în abordările persuasive, cognitive de terapie. Terapeuții narativi nici nu se contrazic cu rezistența, nici nu se confruntă cu ei despre contribuția lor la conflictele familiei; ci se concentrează pe ceea ce ei descriu ca „externalizare” sau „conversații demolatoare”, sunt parte a efortului de a impune forma lor proprie privind poveștile clienților. Rezistența poate să nu fie deschisă, dar oamenii pot fi ușor la „poveștile lor saturate de rezistență” așa cum ați putea crede⁵.

Terapeuții comportamentali ignoră rezistența și reușesc numai atunci când clienții lor vor să urmeze instrucțiunile. Altele de terapie de familie consideră rezistența un obstacol major și au inventat metode diferite de a o depăși.

Practicienii psihanalitici cred că rezistența este motivată de apărări inconștiente, care trebuie făcute manifeste și apoi preluate prin interpretare. Acesta este un proces intrapsihic, dar acesta nu ignoră interacțiunile conștiente și interacționale. În schimb, terapeuții psihanalitici cred că un conflict interacțional – între membrii de familie sau între familie și terapeut – își are

rădăcinile în rezistența inconștientă a impulsurilor de bază. Terapeuții experimentali au un model similar; ei văd rezistența expresiei emoționale și o aruncă în aer folosind confruntările personale și exercițiile emoționale. Experiențialiștii cred că ruperea apărărilor în mod automat eliberează luptele sănătoase; schimbarea apare din interior spre exterior.

Oamenii trebuie să evite să cunoască lucruri dureroase despre ei, dar chiar mai straniu, ei trebuie să ascundă adevărurile dureroase de ceilalți membri ai familiei. Este un lucru să spui terapeutului că ești supărat pe partenerul tău și este altceva să-i spui asta partenerului tău.

Soluția lui Minuchin pentru problema rezistenței este directă. El câștigă familiile alăturându-li-se și fiindu-le aproape. Aceasta îi dă pârghia de a folosi confruntările puternice, concepute să restructureze interacțiunile familiei. Rezistența este văzută ca un produs al interacțiunii dintre terapeut și familie, schimbarea este realizată prin provocare alternativă a familiei și apoi prin realăturare pentru a repara falciile produse în relațiile terapeutice.

Terapeuții strategici evită luptele de putere prin perpetuarea rezistenței, mai degrabă decât prin provocarea ei frontală. Ei presupun că familiile nu înțeleg propriul lor comportament și se vor opune încercării de a-l schimba. Drept răspuns, unii practicieni strategici încearcă să câștige controlul prin provocarea deliberată a familiilor de a rezista. Din momentul în care familia începe să reacționeze împotriva directivelor, terapeutul îi poate manipula să se schimbe în direcția dorită. În practică, aceasta poate rezulta în urmărirea cu încăpățănare a unei psihologii contrarii sau în formele creatoare ale jujitsului terapeutic.

Steve de Shazer neagă existența rezistenței, spunând că este modul familiei de a coopera. Depinde de terapeut să învețe

Clienții vin la terapie nu numai să-și rezolve problemele, ci și să se plângă. Ei vor să vorbească despre problemele lor și, pentru că acasă nu există cine să-i asculte.

să îl folosească. Richard Schwartz vede rezistența ca pe o reacție proprie părților protectoare ale membrilor familiei a căror muncă este de a nu permite nimănui accesul în familie până când nu este clar că acea persoană nu-i va răni sau umili. Schwartz merge mai departe pentru a respecta și reasigura aceste părți protectoare.

În cele din urmă, sub titlul de rezistență, noi trebuie să considerăm fenomenul de *inducție*. Inducția este ceea ce se întâmplă când un terapeut se implică în sistemul familiei și perseverează prin regulile sale. Când acest lucru se întâmplă, terapeutul devine chiar un alt membru al familiei; aceasta poate stabiliza sistemul, dar subminează pârghia terapeutică. Un terapeut este indus când el sau ea este implicat/ă în realizarea funcției care lipsește familiei, precum disciplinarea copiilor sau simpatizarea cu un soț a cărui soție nu o face sau când terapeutul face ceea ce face toată lumea, precum evitarea provocării patriarhatului sau minimizarea problemei băuturii.

Inducția este atât de subtilă încât este greu de văzut, atât de seducătoare încât este greu să-i reziziți. Ca persoane care ajută și vindecă, terapeuților li se cere să preia oamenii, să facă pentru ei ceea ce ei nu fac pentru ei înșiși. Dar preluând – fiind induși –, ei fac imposibilă schimbarea. Atâta vreme cât familiile au pe cineva care să lucreze pentru ele, ele nu trebuie să învețe să lucreze pentru ele însele.

Un motiv pentru care terapeuții de familie timpurii au întâlnit atât de multă rezistență a fost că erau prea dornici de a schimba oamenii și prea lenți să-i înțeleagă. Astfel, familiile, ca dumneavoastră și ca mine, rezistă eforturilor de a fi schimbate de oameni pe care ele simt că nu-i înțeleg și nu-i acceptă. Terapeuții de familie au învățat să vadă suspiciunea și retragerea ca circulare, dar ei erau lenți să-i vadă ca oameni. Numai mai târziu au reușit terapeuții să vadă prin cicălire durerea din spatele acestora și să înțeleagă anxietatea care motiva retragerea.

Familiile blocate rigid sunt conduse de temerile lor, iar terapeuții, dornici să fie plăcuți, sunt vulnerabili la aceste temeri. Familiile învață repede pe terapeuți ce este teama: „Nu-l întreba despre *aceasta*”. Arta terapiei este înțelegerea și simpatizarea cu aceste temeri, dar evitând inducția destul pentru a fi capabil să le provoci. Ca în atât de multe lucruri, progresul înseamnă adesea a face ceea ce ți-e teamă să faci.

Relația familie-terapeut

În timp ce terapeuții individuali au crezut mult timp că pilonul fundamental al tratamentului era legătura dintre pacient și terapeut, terapeuții de familie timpurii au minimalizat importanța relației terapeutice. Când metafora dominantă era familia ca o mașină cibernetică, terapeuții erau văzuți ca tehnocrați ai schimbării. În anii mai recenti lucrurile s-au întors cu 180 de grade și viziunea dominantă a terapeutului nu a fost nimic altceva decât tehnologică.

Prima schimbare a apărut în anii 1980, când modelul cibernetic a fost respins deoarece acesta plasa terapeutul în afară și deasupra familiei. *Cibernetica de gradul doi* a fost termenul folosit pentru a sublinia că terapeutul era parte a sistemului în tratament și de aceea incapabil de obiectivitate detașată. O schimbare și mai fundamentală a apărut în anii 1990, când terapeuții de familie au început să respingă rolul expertului în favoarea unui model mai cooperant.

Spre deosebire de distincția dintre **cibernetică de gradul întâi și doi**, care a fost deosebit de academică, schimbarea spre un **model cooperant** a fost o răscruce în modul în care terapia de familie este practică. Ceea ce a fost respins a fost modelul medical, un model cu rol autoritar, cu clinicianul ca expert-responsabil către care pacientul se întorcea pentru răspunsuri.

...ale de început au fost văzute ca
...se de la paternalismul benign până
...ubliniere dogmatică a puteri și
...ului. Harlene Anderson și Harry
...shian au numit alternativa lor o
...are cooperantă limbaj-sisteme”.

...astă schimbare de la o poziție
...ă, ierarhică la una cooperantă a fost
...importantă a lui Maturana și Varela
...că sistemele sunt autocreatoare și nu
...manipulate ca mașinile. Ultima
...a acestei încercări de a demistifica
...a fost echipa de reflecție a lui Tom
...en, în care echipa clinică iese afară
...teale oglinzii și se alătură familiei
...dialog egal și deschis.

...i care au pledat pentru modelul
...ant au provocat o lovitură din partea
...care spun că este bine să se renunțe la
...anism, dar nu atât de bine dacă aceasta
...nă să se abdice de la conducere (de
...ph, Nichols, 1993). Dar, în timp ce
...de terapie ca și cooperare a devenit un
...ceea ce ar putea fi mai mult decât dacă
...enții se descriu ei înșiși ca experți sau
...participanți” este fie că ei acționează să
...puleze, fie ca să dea putere oamenilor.

...gândirea despre poziția pe care un
...ut o ia în tratament, este important să
...alizeze că ceea ce face terapeutul reflectă
...mai ceea ce el sau ea crede, ci și cine
...el sau a ea. Nu are importanță la ce model
...rie un terapeut, stilul personal va avea
...are impact asupra poziției lui sau ei cu
...le. Poziția „unul sus” a lui John Weakland
...st compatibilă cu caracterul său rezervat
...gâmfat, așa cum asprimea lui Betty
...a fost compatibilă cu natura ei sinceră.

...Variațiile relațiilor pacient-terapeut sunt
...uncție a practicienilor individuali, dar ele
...de asemenea, să caracterizeze diferitele
...li de tratament. Marca paradigmei
...iect-obiect este observația obiectivă. În
...st model terapeutul este un cercetător
...esc. Reacțiile personale și emoționale sunt

privite ca intruzii. Terapeutul și familia sunt
entități separate. Aceasta nu este o concepție
populară și puțini terapeuți de familie se vor
descrie ei înșiși în acești termeni; cu toate
acestea, aspectele terapiei comportamentale,
psihanalitice, boweniane, strategice, focali-
zate pe soluție și ale celei structurale se
potrivesc acestui model.

Terapeuții comportamentului se consideră
ei înșiși observatori obiectivi și specialiști
raționali. Psihanaliștii operează în cadrul
acestui model atunci când se gândesc la ei
înșiși ca la ecrane albe pe care pacienții pro-
iectează percepțiile și fanteziile distorsionate.
Deși unii clinicieni susțin încă această
ipoteză, aceasta nu este compatibilă cu
gândirea psihanalitică curentă. Ecranul alb
este o metaforă și un mit. Terapeuții se
dezvăluie ei înșiși într-o mie de moduri, iar
reacțiile pacienților sunt de obicei influențate
de comportamentul terapeutului, precum și
de distorsiunile personale. Bowenienii cred
despre ei înșiși ca sunt observatori obiectivi
care acționează ca profesori sau antrenori
pentru a ajuta clienții să-și depășească
emoționalitatea. Școala strategică a produs
unele din cele mai sofisticate concepte ale
relației intrinseci dintre terapeuți și familii
(Hoffman, 1981). Paradigma subiect-obiect
nu este o trăsătură caracteristică a acestei
școli, dar se dilată când terapeuții cred despre
ei înșiși că sunt străini, blocați în întrecerea
cu familiile. Terapeuții focalizați pe soluție
vorbesc despre a fi cooperant, dar se poartă
ca agenții de vânzări, promovând agresiv
viziunile unui viitor strălucitor.

Paradigma *interpersonală* tratează
terapia ca pe o interacțiune cu dublu sens.
Acest model arată că terapeuții și familiile
se influențează în mod constant unii pe alții.
Psihanaliștii folosesc această idee în
conceptele lor de transfer/contratransfer,
identificarea proiectivă și introiecție.
Modelul de influență este aici transversal. De
fapt, această paradigmă descrie pe cei mai

mulți terapeuți de familie cea mai mare parte a timpului. Cu toate acestea, mișcarea constructivistă din anii 1980 reprezintă o încercare chiar mai explicită de a include efectele presupunerilor și comportamentului terapeutului asupra familiilor pe care ei le tratează. Cele mai multe terapii mai noi adoptă acest limbaj – ele favorizează „conversațiile generative” – deși, dacă practicienii individuali rămân deschiși, poate fi mai mult de problemă de sensibilitate personală decât o identitate profesională.

Paradigma *fenomenologică* este una în care terapeutul încearcă să adopte cadrul de referință al pacientului. Este ceea ce se întâmplă atunci când practicienii psihanalitici se identifică cu pacienții lor, când structurațiști se alătură familiilor, când terapeuții narativi empatizează cu poveștile clienților și când terapeuții de orice convingere încearcă să înțeleagă faaptul că familiile fac tot ce pot ele mai bine. Stanton și Todd (1981) au folosit acest concept în tehnica lor de „atribuire a intenției nobile” familiilor. Această tactică se potrivește modelului fenomenologic când este făcută cu sinceritate, dar nu când este folosită ca un complot strategic – de exemplu, în majoritatea reformulărilor. Conotația pozitivă a lui Selvini Palazzoli este de departe mai eficientă când este făcută cu sinceritate. (Deși ideea conotației pozitive pare că ajută, ea a fost adesea experimentată ca patronatoare, în special când a fost oferită de aceiași terapeuți care au ținut discuții secrete în spatele unei oglinzi unidirecționale). Recunoașterea lui Boszormenyi-Nagy că un comportament simptomatic este un act al loialității inconștiente a familiei reprezintă în mod clar o poziție sinceră. Experiențialiștii vorbesc despre acceptarea cadrului de referință al pacientului, dar adesea urmează o paradigmă de întâmpinare, în care ei proclamă cu glas tare propriile sentimente și provoacă familiile să facă același lucru.

Paradigma *de întâlnire* atrage atenția asupra angajamentului direct dintre personalitatea terapeutului și cea a clientului. Aceasta implică reciprocitate, onestitate, deschidere și autocomunicare și folosirea ei în terapia de familie a fost restricționată în primul rând de experiențialiști. În timpul unei întâmpinări, terapeutul devine un participant complet, ceea ce majoritatea terapeuților nu lasă realmente să se întâmple. Totuși, este posibil să te lași pe tine însuși să mergi și să te confrunți cu familia dacă faci aceasta cu indicații terapeutice clare și nu pur și simplu pentru că așa simți. Minuchin se angajează din când în când în întâmpinări originale, dar el pare că procedează astfel fără să-și sacrifice obiectivitatea.

În ultimul rând, relația pe care o formați cu clienții va depinde de viziunea dumneavoastră asupra naturii umane. Dacă credeți că oamenii au probleme pentru că le lipsește ceva, dacă acest ceva este informația, părinți destul de buni, un ego puternic, serotonina sau conștiința autorefectantă, vă puteți simți obligat să luați o poziție ierarhică, de expert. Pentru a colabora realmente cu clienții, dumneavoastră trebuie să credeți că membrii familiei au avut deja capacitatea să se descurce ei înșiși cu problemele lor, dar că, din anumite motive această capacitate este blocată. Cu acest punct de vedere, terapeuții vor lucra cu clienții pentru a-i ajuta să elibereze ceea ce le constrânge abilitățile mai degrabă decât să le dea ceva care le lipsește. Este încrederea în capacitatea umană de autovindecare care caracterizează pe cei mai mulți terapeuți, fie că sunt din școlile vechi sau noi.

Terapia

Compararea tehnicilor prin citirea despre ele este dificilă deoarece clinicienii descriu adesea tehnicile în termeni abstracti. Când

tehnicile sunt descrise în jargonul unei anumite școli – restructurarea, dezechilibrul, externalizarea, diferențierea –, nu este întotdeauna clar ce înseamnă. În această secțiune, vom trata probleme de tehnică prezentându-le ca pe o serie de probleme practice despre cum să fie condusă terapia.

Evaluarea

Fiecare școală are o teorie despre familii care determină unde să caute problemele și ce să vadă. Unii consideră întreaga familie (Milano, structuraliștii, bowenienii); unii se concentrează asupra indivizilor și diadelor (psihanaliștii, experiențialiștii); unii se concentrează în mod îngust asupra secvențelor care mențin simptomele (strategicii, comportamentaliștii); și alții acordă foarte puțină atenție la ceea ce provoacă problemele, preferând în schimb să mobilizeze oamenii să lucreze împotriva (terapeuții focalizați pe soluție, narativii).

Behavioriștii pun mare preț pe evaluarea și folosirea procedurilor cele mai formale. Evaluarea este pe primul loc al afacerii. Avantajul sublinierii comportamentale privind evaluarea este că asigură date de bază clare, scopuri definite și un mod disponibil să determine dacă terapia reușește. Dezavantajul este că, prin folosirea interviurilor și chestionarelor standardizate, nu vedeți familiile în interacțiune naturală. Uitându-se numai la o parte a familiei (mama și copilul sau cuplul marital), ei pierd contextul total; bazându-se pe chestionare, ei află numai ceea ce familia povestește.

Terapeuții structurali subliniază, de asemenea, evaluarea, dar evaluările lor se bazează pe observație. Angajările dau terapeutului șansa de a observa paternurile implicării și neimplicării. Aspectele pozitive ale procedurii de evaluare a acestei școli sunt acelea că folosește paternurile familiei de

interacțiuni cu ei înșiși, aceasta include întreaga familie și este organizată în condiții simple care indică direct scopurile dorite.

Un dezavantaj potențial al evaluării structurale este că poate pierde din vedere indivizii în timp ce se concentrează asupra rolurilor lor în familie. Aceasta nu se întâmplă în mod necesar, dar este o eroare făcută adesea de începători.

Școala boweniană face, de asemenea, o muncă excelentă considerând în evaluarea sa întreaga familie. Spre deosebire de structuraliști, totuși, bowenienii se bazează pe ceea ce ei au spus, iar ei sunt interesați de trecut ca și de prezent.

Anvergura teoriei psihanalitice permite practicienilor să speculeze bine cu datele acestora; o informație mică sugerează o relație mare. Avantajul este că teoria organizează datele și asigură capace valabile pentru sensurile ascunse, dezvăluite. Pericolul este că teoria poate distorsiona datele, conducând clinicienii să vadă numai ceea ce ei se așteaptă să vadă. Experiențialiștii nu au nici aceste avantaje, nici dezavantaje. Evaluările lor sunt ghidate de o teorie simplă despre sentimente și cum sunt ele suprimate; ei tind să nu dezvăluie prea mult din ceea ce este ascuns, dar ei tind și să nu vadă lucrurile așa cum sunt.

Două dintre școlile mai noi, cea narativă și cea focalizată pe soluție, evită orice formă de evaluare. Terapeuții focalizați pe soluție cred că insistența asupra problemelor și cauzelor lor subliniază felul gândirii pozitive pe care ei speră să o genereze. Ei cred, de asemenea, că soluțiile nu sunt în mod necesar legate de modurile în care problemele apar. Terapeuții narativi cred că, căutând în cadrul familiilor problemele, se perpetuează poziția terapeutului-ca-expert de care ei vor să se distanțeze. Prin personificarea problemelor și vorbirea despre efectele lor, mai degrabă decât despre cauzele lor, ei circumscriu felul arătării cu degetul care însoțește adesea discuțiile familiei despre cum au început

probemele. Pericolul este, că fără să țină seama de cum apar problemele, ei pot provoca conflicte reale. Și conflictul, așa cum ați putut observa, nu dispare în mod simplu doar pentru că îl ignorați.

Intervenții decisive

Terapeuții de familie folosesc o varietate largă de tehnici, unele dictate de abordare, altele de personalitatea și experiența terapeutului. Chiar dacă ne limităm atenția la tehnicile specifice fiecărei școli, lista ar fi lungă și confuză. Unele tehnici sunt folosite virtual de cineva care practică terapia de familie – punând întrebări, reflectând sentimente, clarificând comunicarea – și această listă a crescut în timp ce domeniul a devenit mai integrat. Fiecare școală se bazează, totuși, pe una sau două tehnici care sunt unice și decisive.

În terapia psihanalitică există două tehnici definitorii. Prima dintre acestea, *interpretarea*, este binecunoscută, dar nu destul de bine înțeleasă. Folosită corect, interpretarea se referă la elucidarea semnificației inconștiente. Aceasta nu înseamnă declarații de opinie – „Trebuie să vă exprimați sentimentele dumneavoastră înainte ca dumneavoastră să puteți fi realmente închis”; sfat – „Atâta vreme cât continuați să-i scrieți, relația nu s-a terminat”; teorie – „Unele din motivele pentru care sunteți atrasă de el sunt bazate pe nevoi inconștiente”; sau confruntări – „Ați spus că nu vă pasă, dar sunteți realmente supărat”. Interpretările sunt declarații despre sensul inconștient. „V-ați plâns despre obiceiul fiului dumneavoastră de a se certa cu dumneavoastră tot timpul. Pe baza a ceea ce ați spus mai înainte, cred că o parte din supărarea dumneavoastră pornește de la soțul dumneavoastră. El face același lucru, dar vă temeți să-i spuneți și de aceea sunteți atât de înnebunită de fiul dumneavoastră”.

Prin reținerea de la a pune întrebări, de a da sfaturi sau indicații, practicianul psihanalitic menține o poziție de ascultare și sprijinire a înțelegerii. Prin limitarea intervențiilor la interpretări, terapeutul clarifică faptul că tratamentul este conceput pentru învățare; dacă familiile profită de această atmosferă și își schimbă comportamentul ca rezultat a ceea ce au învățat depinde de ele.

A doua tehnică decisivă în tratamentul psihanalitic este *tăcerea*. Tăcerea terapeutului îi permite lui sau ei să descopere ce este în mintea pacientului și să testeze resursele familiei, aceasta dă, de asemenea, forță eventualelor interpretări. Când terapeutul este tăcut, membrii familiei vorbesc, urmându-și propriile gânduri, mai degrabă decât răspunzând terapeutului. Când ei învață că terapeutul nu-i va întrerupe, ei reacționează și răspund unul altuia. Aceasta produce o bogăție de informații care nu ar putea altfel apărea. Dacă un tată începe prin a spune „Problema este depresia mea”, iar terapeutul întreabă imediat „De cât timp ați fost deprimat?”, el sau ea nu pot descoperi ce gânduri sunt asociate în mintea bărbatului cu depresia sa sau cum soția bărbatului răspunde plângerii sale.

Tehnica decisivă în terapia experiențială este *confruntarea*. Confruntările sunt concepute să provoace reacții emoționale și sunt adesea deosebit de agresive. Nu este neobișnuit pentru terapeuții experiențiali să spună clienților să tacă sau să-și bată joc de ei pentru că sunt nesinceri. Confruntările sunt adesea combinate cu *comunicarea personală*, a doua tehnică primordială a acestei școli. Experiențialiștii folosesc ei înșiși modele spontane, expresive. În sfârșit, cei mai mulți terapeuți experiențiali folosesc și *exerciții structurate*. Acestea includ jocul de rol, psihodrama, sculptura și desenele familiei. Rățiunea pentru aceste tehnici este că ele stimulează experiența emoțională în ședință; neajunsul lor este că, pentru că sunt

reak, reacțiile pe care le provoacă pot fi de experiență obișnuită a familiei. În familie pot scoate ceva din scrinul într-un exercițiu structurat, dar ei nu transfere această asupra interacțiunilor de acasă.

Mai mulți oameni asociază întărirea comportamentului, dar întărirea nu este tehnică folosită în terapia de familie sistemică; *observația și învățarea* sunt instrumentele majore ale acestei abordări. Sistematiciștii încep prin observarea erorilor accidentale de întărire din partea cu care lucrează. Scopul lor este să exploreze antecedentele și consecințele comportamentului problemă. În momentul în care au terminat o *analiză funcțională a comportamentului*, ei devin instructori, ajutând familiile cum să întărească inadvertent comportamentul nedorit. Ca profesori, cea mai folosită este utilizarea feedback-ului pozitiv. Ei învață pe părinți că este bine să răsplătești comportamentul bun și să pedepsești comportamentul rău; ei încurajează plăsurile căsătorite să se substituie cu activități altele în certurile lor obișnuite.

Controlul pozitiv – răsplătirea comportamentului dorit – este unul din principiile cele mai importante din terapia de familie. Este o tehnică valoroasă pentru familii și pentru terapeuți. Terapeuții, ca părinții, tind să certe și să se supără; din nefericire, dacă ai spus că ai primit sentimentele, ți-ai răsfățat și ai folosit controlul coercitiv, ești în simți luat la trei păzește. Deși poate să se sublinieze greșelile oamenilor, este mult mai eficient să ne concentrăm pe prețuirii aspectelor pozitive ale comportamentului lor. Printre terapeuții de familie practicieni, această problemă pare să fie bine înțeleasă de terapeuții structurați, care vorbesc de lucrul cu forțele motrice; de terapeuții strategici și cei de la sistem, care folosesc reformularea și conștientizarea pozitivă pentru a sprijini eforturile de a

face ce trebuie; și, desigur, terapeuții centrați pe soluție și terapeuții narativi, care au ridicat puterea gândirii pozitive la formă artistică.

Terapeuții sistemici bowenieni sunt, de asemenea, profesori, dar ei urmează un program diferit. Ei *învață oamenii să fie responsabili pentru ei înșiși* și cum pot transforma întregile lor familii procedând astfel. Fiind responsabil pentru tine însuși înseamnă să-ți clarifici ceea ce gândești și simți – nu ceea ce spune mama ta sau ceea ce tu ai citit în *New York Times*, ci ceea ce tu crezi realmente – și, apoi, având încredere în convingerile tale în modul de a te descurca cu ceilalți oameni. Nu trebuie să-ți asumi responsabilitatea pentru schimbarea celorlalți sau dorind ca ei să fie diferiți; tu trebuie să procedezi astfel vorbind pentru tine însuși și menținându-ți propriile valori. Puterea acestei poziții este îngrozitoare. Dacă un client poate accepta ce el sau ea este și că alți oameni sunt diferiți de ei înșiși, atunci el sau ea nu vor mai trebui să abordeze relațiile cu ideea că cineva trebuie să se schimbe. Aceasta permite clientului să fi în contact cu oamenii fără a deveni exagerat de trist sau reactiv emoțional.

În plus, la predarea diferențierii, terapeuții bowenieni promovează două lecții corolare: *evitarea triumfării* și *redeschiderea relațiilor de familie limitate*. Luate împreună aceste două lecții permit unei persoane să transforme întreaga rețea a sistemului ei sau lui de familie. Chiar dacă soția dumneavoastră bombăne, dacă copiii dumneavoastră nu sunt ascultători, dacă mama dumneavoastră nu vine niciodată în vizită, *clientul* poate crea o schimbare. Alte școli de terapie câștigă un instrument prin includerea întregii familii în tratament; bowenienii învață indivizii să fie ei înșiși, să fie în contact cu alții și să rezolve direct conflictele cu oamenii cu care sunt în conflict. Aceasta dă unei persoane un instrument pentru schimbare care este probabil și de durată.

Clinicienii comunicaționali de familie au contribuit atât de mult la baza teoretică a terapiei de familie încât este dificil să separăm intervențiile lor. Poate că realizarea lor cea mai mare a fost sublinierea faptului că și comunicarea este multistrat și că adesea cele mai importante lucruri sunt spuse pe ascuns. Terapia a fost concepută să facă din ceea ce era ascuns ceva deschis. Inițial, acest lucru a fost făcut prin *clarificarea comunicării* și prin sublinierea mesajelor ascunse. Când această abordare directă s-a confruntat cu rezistența, terapeuții au început să folosească directivele pentru a face regulile familiei să funcționeze explicit și să provoace schimbările în reguli.

Terapia strategică este o ramură a teoriei comunicării, iar tehnicile folosite de strategici sunt prelucrări ale celor folosite de terapeuții comunicării. Importante între acestea sunt *reformularea, directivele și conotația pozitivă*. Practicienii strategici încep prin descrieri concrete ale problemelor și încearcă să le rezolve. În proces, ei acordă o atenție deosebită limbajului și așteptărilor familiei. Ei încearcă să înțeleagă punctul de vedere al familiei și să-l conștientizeze – într-o conotație pozitivă; apoi, ei folosesc reformularea pentru a transforma punctul de vedere și directivele familiei pentru a întrerupe comportamentul care menține problema.

Directivele sunt concepute să rupă paternurile homeostatice rigide, ele sunt destinate să fie executate când familia este acasă și ele sunt adesea paradoxice. Cu toate că terapeuții strategici subliniază potrivirea tratamentului pacientului, ei estimează, că, în general, intervențiile indirecte sunt necesare pentru a păcăli rezistența. Acest lucru este uneori, dar nu în totdeauna adevărat. Nu este atât de mult faptul că unele familii sunt rezistente și altele nu, dar rezistența nu este o proprietate în familii; este o calitate de interacțiune între terapeuți și

familie. Un terapeut care continuă ipoteza că familiile sunt incapabile și nu doresc să urmeze sfatul este ca și cum s-ar opune rezistenței așteptate.

Terapia de familie structurală este, de asemenea, o terapie a acțiunii, dar, în această abordare, acțiunea apare în ședință. Tehnicile decisive sunt *punerile în scenă și stabilirea graniței*. Granițele rigide sunt îndulcite când terapeutul face oamenii să vorbească unul cu altul și blochează încercările de a-i întrerupe. Granițele difuze sunt întărite când terapeutul lucrează pentru a sprijini autonomia indivizilor și subsistemelor.

Mai multe tehnici promițătoare au apărut în anii 1980, în jurul cărora au fost construite toate modelele terapiei. Steve de Shazer și colegii săi au extins tehnica *centrării pe soluții de succes*, pe care membrii familiei au încercat deja să le abandoneze. Rezultatul a fost terapia centrată pe soluție. Michael White a făcut același lucru cu tehnica *externalizării* – personificând problemele și atribuindu-le intenții opresive, care este un instrument puternic pentru a face membrii familiei să lucreze împreună împotriva unui dușman comun.

De fapt, externalizarea este un concept, nu o tehnică. Tehnica decisivă a terapiei de familie este o serie persistentă și puternică de *întrebări* – în care terapeutul începe prin încercarea de a înțelege experiența clientului de a suferi, dar apoi se întoarce de la înțelegere la a-i îndemna pe clienți să se gândească la problemele lor ca la agenți răuvoitori. Terapeuții narativi folosesc și o serie nesfârșită de întrebări pentru a provoca imagini negative și pentru a convinge clienții că ei au dreptate să fie mândri de ei înșiși și că soarta lor este în propriile lor mâini.

Ca reacție la acest tehnicism sectar, care a atins culmea la începutul anilor 1980, terapeuții de familie de astăzi împrumută liber din alte abordări și nu subliniază tehnica în favoarea unei calități mai puțin ierarhice

și mai respectuoase a relațiilor terapeutice de familie. Ambele tendințe sunt bune, dar am vrea să încheiem această secțiune cu două întrebări. Când se îmbogățește transfertilizarea și când eclectismul fură abordările separate ale mușchiului lor prin udarea

elementelor distinctive? Cât de bine pot terapeuții de familie să se îndepărteze de sublinierea formală privind tehnica fără să piardă mecanismul în totalitate prin practicarea unei forme de tratament mai congeniale, dar mai puțin eficientă?

— Rezumat —

Tema anilor de început în dezvoltarea terapiei de familie a fost proliferarea școlilor competitive, fiecare considerată ca unică și singura eficientă. Acum, când terapia de familie a intrat în secolul XXI, tema este integrarea. Astfel, mulți terapeuți de familie talentați au muncit atât de mult timp încât domeniul a acumulat un număr de modalități folositoare de a privi și de a trata familiile. În cele ce urmează, oferim unele comentarii foarte subiective despre câteva concepte și metode care s-au dovedit ele însele clasice ale terapiei de familie.

Teoriile funcționării familiei au un scop, atât științific, cât și practic. Cele mai folositoare teorii tratează familiile ca sisteme; un concepte pentru a descrie forțele de stabilitate și schimbare; observă procesul subliniind conținutul discuțiilor familiei; recunosc natura triadică a relațiilor umane; reamintesc să considere contextul familiei nucleare mai degrabă decât să o vadă ca pe un sistem închis și apreciază funcția granițelor în protejarea coeziunii indivizilor, subgroupurilor și familiilor.

Clinicienii sunt mai interesați de patologie și schimbă apoi cu normalitatea, dar este folositor să avem o concepție a funcționării familiei normale, atât pentru a forma scopurile tratamentului, cât și pentru a distinge ce este problematic și necesită schimbare, de ceea ce este normal și nu necesită schimbare. Unele dintre cele mai folositoare concepte ale funcționării familiei

normale includ modelul structural al familiilor ca sisteme deschise în transformare; modelul comunicării, al comunicării directe, specifice și cinstite într-o familie cu reguli destul de clare pentru a asigura stabilitatea și destul de flexibile pentru a permite schimbarea; modelul comportamental al schimbului echitabil al costurilor și beneficiilor interpersonale, folosirea controlului pozitiv în locul coerciției și întăririi reciproce între parteneri; modelul strategic al flexibilității sistemice care permite adaptarea la circumstanțele schimbării și abilitatea de a găsi soluții noi când cele vechi nu funcționează; și modelul bowenian, care explică cum diferențierea sinelui permite oamenilor să fie independenți acum, intimi altă dată.

Cele mai multe concepte ale tulburărilor de comportament se focalizează pe sisteme și interacțiuni, dar modelele psihanalitic, bowenian, narativ și experiențial adaugă adâncimea psihologică viziunii interacționale, făcând o punte între golul dintre experiența interioară și comportamentul exterior. Faptul că mulți oamenii divorțați repetă greșelile primelor căsătorii sprijină ideea că ceea ce merge în familii este un produs al caracterului individual. Unele din cele mai valoroase concepte ale disfuncției personalității în familii sunt conceptele lui Bowen despre fuziune, conceptele experiențiale ale afectului reprimat și teama de a risca și conceptele psihanalitice ale atrofiei

personalității, relațiilor obiect interne, conflictului instinctual și foamea de apreciere.

Aceste concepte ale dinamicii individului sunt înlocuitori folositori, dar ideile majore din domeniu explică tulburarea de comportament în termenii teoriei sistemice. Cele mai influente dintre acestea se referă la sistemele inflexibile, prea rigide pentru a se acomoda cu luptele individuale sau a regla împrejurările care se schimbă; membrii simptomatici ai familiei promovând coeziunea prin stabilizarea familiilor nucleare și extinse; structura ierarhică necorespunzătoare; familiile prea strâns legate sau prea slab structurate; și triumfiurile patologice.

Unele din scopurile terapiei de familie sunt practic universale – clarificarea comunicării, rezolvarea problemelor, promovarea autonomiei individului – iar unele sunt unice. Unele școli prezintă problemele la valoarea aparentă, în timp ce altele le tratează ca pe metafore și semne. În fiecare caz, scopurile nu trebuie să fie atât de largi încât să neglijeze rezolvarea simptomului sau prea înguste pentru a asigura stabilitatea rezolvării simptomului. În mod incidental, valorile sunt adesea discutate în literatura terapiei de familie, excepția notabilă fiind Boszormenyi-Nagy. S-a acordat prea puțină considerație punerii în practică a responsabilităților etice ale terapeuților, inclusiv a posibilității responsabilităților conflictuale a indivizilor, familiilor și comunității mai largi.

Dacă terapeuții narativi au tins să ignore dinamica și conflictul familiei pentru a sublinia bolile culturii, poate aceasta va fi una din oscilațiile pendulului, care se corectează singură în mod inevitabil. E sigur că nu este necesar să se neglijeze teoria

sistemică pentru a introduce o dimensiune etică pentru a lucra cu oamenii în context.

Unele din diferențele majore dintre terapeuții de familie despre cum comportamentul se schimbă sunt concentrate asupra problemelor următoare: acțiune sau intuiție; schimbarea în timpul ședințelor sau schimbarea acasă; durata tratamentului; rezistență, relația terapeut-familie; paradoxul; și dimensiunea la care este important să lucrezi cu întregul sistem al familiei, cu o parte a acestuia sau numai cu indivizi motivați. Chiar dacă există un consens general despre unele probleme – de exemplu: odată cei mai mulți terapeuți de familie credeau că acțiunea era primordială și intuiția era secundară –, au existat întotdeauna opinii divergente asupra acestor puncte. Terapeuții strategici, de exemplu, au negat că intuiția este folositoare.

Am văzut unele din problemele majore metodologice și am încercat să separăm tehnicile decisive ale sistemelor diferite. Așa cum se întâmplă de obicei când un număr mare de variabile sunt implicate în rezultatul final, nu este ușor să știm cât de mult contribuie fiecare variabilă la rezultat sau cât de importantă este fiecare. Mai mult decât atât, cu cât vorbim mai mult despre tehnici, cu atât este mai mare pericolul de a vedea terapia de familie ca pe o întreprindere pur tehnologică. Studiarea familiilor este ca și rezolvarea unei ghicitori; arta de a le trata este de a ușura suferința și durerea. Munca teoreticianului este să decodeze sau să descifreze, ceea ce cere teorie, dar și convingere, perseverență și dragoste. Tratarea familiilor nu este numai o problemă de teorie și tehnică; este, de asemenea, un act de iubire.

lecturi recomandate

F. M. 1998. *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Press

A. S. 1978. Contemporary marital therapy: A critique and comparative analysis of psychoanalytic, behavioral and systems approaches. In *Marriage and marital therapy*. T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel

C., and Haley, J. 1977. Dimensions of family therapy. *Journal of Nervous and Men-*

tal Diseases. 165:88-98.

Piercy, E. P., Sprenkle, D. H., and Wetchler, J. L. 1996. *Family therapy sourcebook*. 2nd ed. New York: Guilford Press

Sluzki, C. E. 1983. Process, structure and world views: Toward an integrated view of systemic models in family therapy. *Family Process*. 22:469-476.

Sluzki, C. E. 1987. Family process: Mapping the journey over 25 years. *Family Process*. 26:149-153.

Bibliografie

M. 1966. The use of family therapy in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*. 5:35-374.

J., and Combs, G. 1996. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.

V. 1985. Feminism and family therapy. *Family process*. 24: 31-47.

S. B., and Davidson, N. 1981. Behavioral parent training. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman & D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel

I. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

I. 1976. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

I. 1977. Toward a theory of pathological systems. In *The interactional view*. P. M. Zuckerman and J. Eakland, eds. New York: Brunner/Mazel

I. 1980. *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill

Minist, R. T. 1978. A feminist approach to

family therapy. *Family Process*. 17:181-194.

Hoffman, L. 1981. *The foundations of family therapy*. New York: Basic Books.

Imber-Black, E. 1988. *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford Press

Jackson, D. D. 1965. Family rules. The marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*. 12:589-594.

Jasnow, A. 1978. The psychotherapist – artist and/or scientist? *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 15:318-322.

Kagan, R., and Schlossberg, S. 1989. *Families in perpetual chaos*. New York: Norton

Madanes, C. 1980. Protection, paradox and pretending. *Family Process*. 19:73-85.

Madigan, S., and Epstein, D. 1995. From „psychiatric gaze” to communities of concern: From professional monologue to dialogue. In *The reflecting team in action*. S. Friedman, ed. New York: Guilford Press

Mahler, M. S., Pine, F., and Bergman, A. 1975. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.

- Maturana, H., and Varela, F. 1980. *Autopoiesis in cognition: The realization of living*. Boston: D. Reidel.
- Minuchin, P., Colapinto, J., and Minuchin, S. 1998. *Working with families of the poor*. New York: Guilford Press
- Minuchin, S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., and Fishman, H. C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., and Nichols, M. P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: Free Press.
- Minuchin, S., Rosman, B., and Baker, L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nadelson, C. C. 1978. Marital therapy from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*. T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds New York: Brunner/Mazel
- Nichols, M. P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.
- Nichols, M. P. 1993. The therapist as authority figure. *Family Process*. 32:163-165.
- Paul, W. L. 1967. The use of empathy in the resolution of grief. *Perspective in Biology Medicine*. 11: 153-169.
- Pierce, R., Nichols, M. P., and DuBrin, J. 1983. *Emotional expression in psychotherapy*. New York: Gardner Press.
- Rabkin, R. 1977. *Strategic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Schwartz, R. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata, G. 1978. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Stanton, M. D., Todd, T. C., and Associates, 1981. *The family therapy of drug addiction*. New York: Guilford Press
- Thibaut, J. W., and Kelley, H. H. 1959. *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Vogel, E. F., and Bell, N.W. 1960. The emotionally disturbed child as the family scapegoat. In *The family*. N. W. Bell & E. F. Vogel, eds. Glencoe, IL: Free Press.
- Whitaker, C. A., and Keith, D. V. 1981. Symbiotic-experiential family therapy. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel
- White, M. 1995. *Reauthoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, Western Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M., and Epston, D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton

Avanse ale cercetării Terapia de familie

Howard A. Liddle și Cindy L. Rowe

Centrul pentru Cercetarea Tratatamentului privind Abuzul de Droguri la Adolescenți
Universitatea Școlii de Medicină din Miami

Punți peste goluri și extinderea frontierelor

În ultimele două decenii, cercetarea terapiei de familie s-a maturizat (Liddle & McHale, 1998; Shoham, Mueser, Daiuto & Liddle, 1998; Diamond & Siqueland, 1998; Lebow & Gruman, 1995; Liddle, Bray, & Santisteban, 2001; Pinsof & Wynne, 1995). Terapia de familie a fost aplicată vir-
tuoasă pentru aproape orice tip de tulburare la copii, adolescenți și adulți și și-a demonstrat eficiența în diverse populații studiate (Pinsof & Wynne, 1995). Intervențiile bazate pe familie au facilitat angajarea clienților și a membrilor familiei (de exemplu, Prinz & Miller, 1994; Liddle & Azrin, 1986) și demonstrează rezultate de rezistență impresionante cu copiii cei mai dificili (de exemplu, Liddle & Azrin, 1986; Pickrel, Brondino & Crouch, 1995), precum și reducerea simpto-
melor și

facilitarea dezvoltării prosociale într-un mare număr de domenii (Lebow & Gruman, 1995). Meta-analizele, care examinează mărimea efectelor terapiei în multe studii, arată că terapia de familie demonstrează, în general, efecte superioare în comparație cu controalele fără tratament sau tratamentele alternative (Hazelrigg, Cooper, Borduin, 1987; Shadish și alții 1993; Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery, 1995). Terapia de familie pare a fi deosebit de eficientă în tratamentul tulburărilor determinate de abuzul de substanțe, tulburărilor de comportament ale copilului, depresiei/ relațiilor maritale și unul din elementele intervențiilor multicomponente pentru schizofrenie.

Provocări importante există încă în știința intervenției familiei. Avem o bază scăzută

empirică pentru a judeca superioritatea unui tip de intervenție a familiei în comparație cu altul (Jacobson & Addis, 1993); Pinsof & Wynne, 1995; Shadish și alții, 1993; Smith, Sayger & Szykula, 1999). Măsurarea corectă a paternurilor familiei rămâne provocatoare și evaluarea schimbării familiei în timpul tratamentului este chiar mai complexă (Snyder, Cozzi & Mangrum, 2001). Deși teoriile bine structurate ale schimbării ghidează intervențiile familiilor, nu știm dacă domeniile țintă, precum îmbunătățirile în problemele parentale, afectează reglementarea și dacă comunicarea și organizarea familiei sunt legate de rezultate. Identificarea modalităților în care familiile se schimbă în terapie și contribuțiile terapeuților la aceste schimbări importante pot fi încă cheia unei punți peste golurile care separă acum cercetarea terapiei de familie de practica clinică (Pinsof & Wynne, 2000). Clar, pașii semnificativi făcuți în cercetarea terapiei de familie trebuie să aibă un impact major asupra practicii clinicienilor din prima linie (Fals-Stewart & Birchler, 2001). Această circumstanță nefericită este exacerbată de faptul că foarte puținele studii ale terapiei de familie examinează problemele de costuri care afectează finanțarea intervențiilor sprijinite empiric la nivel politic (Coffey, Olson, & Sessions, 2001; Hawley, Bailey & Pennick, 2000).

Nicăieri nu se citează frecvent și nu se deplânge „golul cercetare-practică” mai evident decât în terapia de familie (Liddle, 1991). Cercetarea terapiei de familie rămâne separată de realitățile practicii din prima linie, așa cum și intervențiile cu sprijin substanțial empiric trebuie să fie încă adoptate și practicate de clinicienii din comunitate. Responsabilitatea pentru această circumstanță constă nu numai în constrângerile și realitățile practicii zilnice și în programele de formare în terapia maritală și de familie, dar și în complexitățile modelelor dezvoltate în procesele clinice ale

stării artei (NIDA, 2002). Mulți terapeuți practicieni simt că terapiile bazate pe cercetare sunt deviate spre interese academice (de exemplu, sublinierile deosebite pe tehnicilor comportamentale) și că această cercetare tinde să se îndepărteze de realitățile cu care se confruntă terapeuții în practică (Hawley și alții, 2000). Astfel, terapeuții de familie pot simți că cercetarea empirică nu reușește să abordeze problemele reale sau subliniază practic etapele intervențiilor de implementare în practică (Pinsof & Wynne, 2000). În timp ce, cu siguranță, nu întregă cercetare a terapiei de familie este relevantă pentru clinicianul practician, unele aspecte ale cercetării sunt aplicabile și potențial folositoare terapeuților de familie. De exemplu, efectele modelelor specifice ale terapiei de familie pentru anumite tulburări trebuie să fie importante, pentru că ele dau terapeuților măsura a ceea ce poate fi posibil cu un anumit client. Studiile de proces sunt deosebit de relevante pentru că ele cercetează ce se întâmplă în ședințe pentru a face terapia eficientă, care este, desigur, preocuparea primordială, atât a supervizorilor, cât și a terapeuților.

Căile potențiale pentru reconcilierea deconectării cercetării-practică au fost identificate în revizuirile recente. Aceste revizuri pun în evidență o nouă eră a cercetării terapiei de familie în care investigațiile relevante ale practicienilor, precum studiile de proces, au fost preluate (Diamond & Diamond, 2001; Pinsof & Hambright, 2001). Noua generație a modelelor terapiei de familie sprijinite empiric sunt mult mai orientate sistemic și integrate (Kaslow & Lebow, 2002), încorporând componente din tradiții diverse precum psihoterapia individuală (Josephson & Serrano, 2001), psihiatria copilului și adolescentului (Malone, 2001), terapia la domiciliu (Rowe, Liddle, McClintic & Quille, 2002) și managementul de caz (Fishman, Andes & Knowlton, 2001). McCrady și Epstein (1996, p. 117) declară că „domeniul

mentale a făcut în cea de-a doua jumătate a secolului XX epoca familiei”, prin creșterea noilor inițiative și dezvoltarea programelor de formare. Oportunitățile de cercetare de la agențiile federale au sprijinit creșterea de intervenție bazată pe familie (de exemplu, Întărirea Inițiativei Familiei CSAP/CSAP și ploaia de programe de formare pentru cercetarea concentrată în mod specific asupra cercetătorilor de intervenție ai familiei (de exemplu, Centrul pentru Tratamentele privind Abuzul de Substanțe la Adolescenți NIDA; Consorțiul de Cercetare a Familiei NIMH). Indicațiile practice profesionale pentru multe tulburări, cum ar fi SHDA (sindrom hiperkinetic cu deficit de atenție), tulburările de comportament și abuzul de droguri, prescriu acum intervențiile ca aspecte esențiale ale tratamentului (Bukstein și alții, 1997; Dulcan și alții, 1997; McCrady & Ziedonis, 2001; și alții, 1997). În continuare, cercetarea asupra rolului de familie a devenit din ce în ce mai aplicabilă clinic (de exemplu, Liddle și alții, 1997; Liddle & O’Farrell, 1997). De fapt, cercetarea clinică a influențat deja practica în terapia de familie (Alexander, Sexton & Robins, 1995; Liddle & O’Farrell, 1997; Schoenwald & Pickrel, 1995; și alții, 2002a), chiar dacă potențialul pentru o aplicare mai largă rămâne neîndeplinit. În prezent, în toate instituțiile și folosind toate tehnicile de psihoterapie se confruntă cu noile probleme de responsabilitate și rezultate (Lawrence, 2000). Procesul în care rezultatele cercetării (adică efectele anumitor feluri de intervenții pentru anumite tulburări) pot forma, în prezent, rămâne încă nesigură (Newman & Liddle, 1996). În același timp, este clar că noile metode economice, de formare și de cercetare încearcă să facă ca descoperirile empirice să devină cele mai importante pentru terapeuți să fie considerate și încorporate în practică (de exemplu, Bray și alții, 2001).

În acest capitol cercetează descoperirile recente majore din zonele importante ale

practicii clinice, inclusiv psihopatologia de dezvoltare, prevenția și tratamentul categoriilor de diagnostic majore. Includem numai calitatea ridicată a descoperirilor științifice și a celor care au cea mai mare semnificație clinică. Cercetarea înseamnă multe lucruri diferite și apare sub multe forme diferite. Descoperirile rezultatului tratamentului sunt numai o clasă a cercetării care poate informa practica. Studiile de proces au început să ilumineze lucrările terapiei și lasă să cadă o lumină asupra mecanismelor importante ale terapiei de familie (de exemplu, Nichols & Fellenberg, 2000). Astfel, concluziile clinice relevante despre cercetarea și studiile de proces ale mecanismelor schimbării din terapia de familie sunt asigurate. În cele din urmă, tragem concluzii cu sugestii pentru creșterea interfetei dintre cercetarea și practica terapiei de familie.

Rezultatul terapiei de familie

Tulburările de comportament ale copilăriei și adolescenței

Riscul familiei și factorii protectori pentru problemele de comportament. Problemele de comportament ale copilăriei și adolescenței, inclusiv tulburarea de opoziție (TO); sindromul hiperkinetic cu deficit de atenție (SHDA); tulburarea de conduită (TC) au fost legate puternic și constant de un număr de factori ai familiei, precum conflictul și agresiunea (Dadds, Sanders, Morrison & Rebgetz, 1992; Lindahl, 1998). În fapt, evidența sugerează cu putere faptul că și comportamentul antisocial se învață la o vârstă fragedă acasă, prin întărirea negativă a paternurilor coercitive (de exemplu, comportamentul agresiv al unui copil întărit prin încetarea certurilor părinților săi) și apoi se generalizează la școală și în mediile

grupului de prieteni (Patterson, 1995; Snyder & Patterson, 1995). De exemplu, părinții coercitivi și monitorizarea parentală slabă la vârsta de patru ani și jumătate prezic fiecare dintre ele probleme de conduită printre copiii minoritari, dezavantajați socio-economic mai devreme de vârsta de șase ani (Kilgore, Snyder & Lentz, 2000). Apoi, studiile longitudinale arată că practicile parentale ineficiente din copilărie mențin comportamentul antisocial în adolescență (Vuchinich, Bank & Patterson, 1992) și la adulții tineri (Klein, Forehand, Armistead & Long, 1997). Abuzul de substanțe al părinților și tulburarea de personalitate antisocială, precum și conflictul dintre părinți sunt, de asemenea, factori de risc, factori pentru tulburarea de opoziție (TO) (Frick și alții, 1992; Marcus, Lindahl & Malik, 2001). Factorii pozitivi ai familiei, inclusiv răspunsul parental, acceptarea și legăturile puternice dintre părinți și copii servesc ca factori de protecție împotriva SHDA, TO și TC (Lindahl, 1998).

Intervențiile bazate pe familie pentru problemele comportamentului copilului.

Datorită rolului paternurilor coercitive ale familiei și a problemelor de inițiere și de exacerbare disruptive, un număr de intervenții bazate pe familie au fost concepute pentru a preveni problemele de conducere la copiii cu risc ridicat și pentru a reduce comportamentul antisocial la copiii și adolescenții cu tulburări de comportament. Interacțiunea familiei este accesibilă, așa cum bine știu terapeuții de familie (Minuchin, 1974). Acesta este un caz fericit din momentul în care cei care contribuie la disfuncție, ca influență deviantă a prietenilor, sunt mai puțin disponibili observației și intervenției terapeutice (Liddle, sub tipar). Aceste abordări ale terapiei de familie ținesc în special paternurile coercitive ale familiei care mențin problemele de comportament, în timp ce, în același timp, sprijinirea factorilor de

protecție în sistemele de familie și altele au impact asupra copilului (Blechman & Vryan, 2000, Liddle, 1996; Rutter, 1999). În mai multe revizuiți ale tratamentelor pentru problemele comportamentului copilului și adolescentului, tratamentele bazate pe familie au fost puse în evidență prin intervențiile cele mai promițătoare (Carr, 2000; Estrada & Pinsof, 1995; Kazdin, 1987, 1991).

Angajarea și rezistența în terapiaei.

Abordările bazate pe familie au avantajul că se adresează foarte multor bariere, precum rezistența parentală la schimbare (Stoolmiller, Duncan, Bank & Patterson, 1993), adversitatea familială (Prinz & Miller, 1994), provocările percepute ale terapiei însăși și relațiile întrerupte cu terapeutul (Kazdin, Holland & Crowley, 1997), care împiedică copiii cu probleme să ceară ajutorul de care au nevoie (Coatsworth, Santisteban, McBride & Szapocznik, 2001; Fishman și alții, 2001; Miller & Prinz, 1990; Spoth & Redmond, 1995). De fapt, una din contribuțiile majore ale terapiei de familie este o focalizare mărită asupra strategiilor pentru angajarea tineretului cu probleme și a familiilor acestora în tratament (de exemplu, Donohue și alții 1998; Henggeler și alții, 1996). Spre exemplu, în studiile timpurii care folosesc strategiile de angajare specializate în cadrul modelului terapiei de familie structurală pentru băieții hispanici cu probleme de comportament, Jose Szapocznik și colegii săi au demonstrat că intervenția lor a avut mai mult succes decât tratamentele alternative în rezistența familiilor (Szapocznik și alții, 1988, 1989). Ei au continuat să finiseze aceste tehnici de angajare, reținând cu succes familiile și reducând problemele de comportament la cazurile mai severe și indentificând factorii culturali care influențează angajarea (Coatsworth și alții, 2001; Santiesteban și alții 1996). Miller și Prinz

(1990) sugerează că aceste tipuri de stimulări focalizate pe angajare multisistemică largă ale intervențiilor existente bazate pe familie sunt promițătoare și îndreptătesc alte investiții. Într-adevăr, lipsa de încorporare sistemică a acestor strategii de angajare cu succes în ședințele de formare și de terapie regulată rămân ca un puzzle.

Formarea în managementul părinților FMP (PMT = parent management train-

ing). Din intervențiile bazate pe familie pentru problemele comportamentului copilului și adolescentului, formarea în managementul părinților a primit cea mai multă atenție și sprijin (Kazdin, 1987; Mabe, Lerner & Josephson, 2001). Abordarea de formare, care are ca scop dezvoltarea deprinderilor părinților și corectarea comportamentelor copiilor care contribuie la ciclurile negative coercitive (Wierson & Forehand, 1994) este caracterizată prin:

1. Concentrarea asupra părintelui în tratament;
2. Ajutarea părinților să identifice, să observe și să reacționeze la comportamentul problemă al copilului în modalități noi;
3. Aplicarea principiilor educației sociale pentru a crește deprinderile pozitive de părinți (adică acordarea unui premiu pentru comportamente prosoziale, folosirea corespunzătoare și eficientă a pedepselor mai dulci, precum time-out), pentru a forma comportamentul copilului;
4. Furnizarea oportunităților de a practica noi deprinderi de părinți și aplicarea acestora acasă (Kazdin, 1991).

Gerald Paterson și colegii săi de la Centrul de Educație Socială din Oregon au produs un sprijin semnificativ pentru efectele FMP în o gamă și pe eșantioane de vârste, care

demonstrează schimbări impresionante în comportamentul copiilor și adolescenților în comparație cu terapia de familie standard, atenție-placebo, intervenția grupului de egali, servicii ca de obicei în comunitate și fără tratament (Bank, Marlowe, Reid & Patterson, 1991; Dishion & Andrews, 1995; Patterson, 1986). Acești cercetători au dezvoltat un prototip pentru aplicarea descoperirilor științifice de bază despre funcționarea familiei într-un model clinic elegant și eficient. Programul lor de cercetare a pavat drumul spre progrese majore în această zonă importantă.

Alți cercetători au explorat tehnicile FMP folosite la tulburări și populații diferite. De exemplu, Barkley, Guevremont, Anastopoulos și Fletcher (1992) au raportat dovezi preliminare sprijinind folosirea FMP la adolescenții care suferă de SHDA deși efectele nu au fost semnificativ mai bune decât cele din terapia de familie structurală sau din abordarea rezolvării problemelor familiei, nici mulți adolescenți nu au arătat în nici unul dintre tratamente o schimbare clinică semnificativă. Un studiu recent cu același grup de adolescenți SHDA a arătat în mod similar puține diferențe în combinație cu FMP (prima etapă a terapiei), plus rezolvarea problemei familiei (a doua etapă a terapiei) față de rezolvarea problemei familiei singure, deși tehnicile FMP par a fi importante în prima etapă a tratamentului pentru a reduce renunțarea la terapia de familie (Barkley și alții, 2001). FMP este, de asemenea, promițătoare ca abordare preventivă cu copiii de vârstă mică identificați cu risc de probleme de conduită (Nye, Zucker & Fitzgerald, 1995; Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor, 2000). Alte grupuri au arătat că o combinație a formării în managementul părintelui și copilului pare a fi superioară fiecărei abordări folosită singură în reducerea agresiunii copilului și promovarea funcționării pozitive între ambii părinți și



copii după un an de la tratament (Kazdin, Siegel & Bass, 1992; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Carolyn Webster-Stratton a dezvoltat și a testat o versiune promițătoare, inovatoare a FMP folosind revederea casetelor video pentru a asigura feedback-ul și formarea părinților (Webster-Stratton, 1994). Efectele pozitive pe termen lung ale FMP, au fost demonstrate constant de la vârsta de un an (Dishion & Andrews, 1995; Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff, 1989), până la patrusprezece ani care au urmat tratamentului (Long, Forehand, Wierson & Morgan, 1994).

Terapia de familie funcțională. Terapia de familie funcțională (TFF; Alexander & Parsons, 1982) este o altă abordare promițătoare bazată pe familie pentru prevenirea și tratamentul problemelor de conduită ale copilăriei și adolescenței. Acest model se bazează pe ipoteza că problemele de comportament ale copiilor servesc o funcție în cadrul sistemului familiei și sunt inițiate și menținute de procesele interpersonale maladaptive. De aceea, tratamentul țintește schimbarea în aceste paternuri interacționale distructive și folosește intervențiile comportamentale pentru a întări modurile pozitive de răspuns și pentru a stabili abordările mai eficiente de rezolvare a problemei în cadrul familiei. Cercetările timpurii, ca prime procese bine controlate ale terapiei de familie pentru problemele comportamentului adolescentului (Alexander & Parsons, 1973; Barton și alții, 1985), au stabilit că terapia de familie funcțională a îmbunătățit funcționarea familiei și a redus recidivismul la adolescenții delincvenți într-o mai mare măsură decât terapia de grup mandată de tribunalele pentru tineret, terapia de grup la domiciliu, terapia psihodinamică sau nici un tratament. Promisiunea de prevenire a acestui model a fost dezvăluită la frații mai mici ai

adolescenților tratați în procesul original, care au fost evaluați doi ani și jumătate mai târziu, descoperindu-se că au rate mai scăzute semnificativ de implicare a justiției juvenile decât frații mai tineri ai adolescenților din tratamentele alternative (Klein, Alexander & Parsons, 1977). FFT, de asemenea, se termină în studiile de răspuns (de exemplu, Gordon, Graves & Arbuthnot, 1995) și, așa cum se va discuta mai târziu, investigatorii au condus o serie de studii de proces concepute să sublinieze etapele terapeutice specifice necesare pentru a determina schimbarea clientului (de exemplu, Robbins, Alexander & Turner, 2000).

Terapia multisistemică (TM). Din noua generație a intervențiilor multisistemice bazate pe familie, terapia multisistemică este poate cea mai promițătoare abordare terapeutică pentru tratamentul delincvenței juvenile, (TM; Henggler și alții, 1991, 1993, 1996). Într-o serie de procese controlate riguros implementate cu inculpați juvenili, Scott Henggler și colegii lui au demonstrat rezultatele impresionante ale capacității modelului de a angaja tineretul și familiile în tratament (Henggler și alții, 1996) și pentru a reduce recidivismul până la patru ani post-tratament (Borduin și alții, 1995). În comparație cu serviciile tribunalelor juvenile ca terapie uzuală și individuală, TM a arătat nu numai rate mai scăzute semnificativ ale recidivismului și timp mai redus de încarcerare, dar a demonstrat și efecte pozitive mai mari asupra funcționării familiei și agresiunii cu egali (Henggler, Melton & Smith, 1992). Apoi, TM a arătat efecte pozitive când a fost implementată de practicienii comunitari în clinicile de sănătate mentală, deși impactul terapeutic a variat depinzând de aderența terapeuților la modelul TM (Henggler și alții, 1997). În cele din urmă, acești investigatori au condus singurele studii eficiență-cost din intervențiile bazate

de familie. În comparație cu tratamentul ambulator al pacienților externi, TM a redus semnificativ implicarea tineretului în sistemul juridic timp de șase luni după tratament și această descreștere a fost compensată printr-o creștere în plasamentele în afara casei (Schoenwald și alții, 1996). Cu toate acestea, pentru că tratamentele de comparație în fiecare din aceste studii au aplicat tratamentul standard în comunitate, impactul relativ al TM în comparație cu alte modele de tratamente de stare a artei nu este cunoscut. Pentru a rezuma, programul de cercetare TM a acumulat sprijin semnificativ pentru eficiența modelului în reducerea delincvenței juvenile și în alterarea paternurilor familiei neadaptate cunoscute pentru menținerea comportamentului antisocial, iar investigațiile recente au început să stabilizate legăturile proces-rezultat.

Pentru a concluziona, dovada care sprijină intervențiile bazate pe familie pentru problemele de comportament ale copilului și adolescentului este destul de puternică. Mai multe modele diferite au demonstrat eficiența și sunt generatoare de dovezi eficiente în studiile de răspuns bazate pe comunitate. Starea artei, intervențiile bazate pe familie pentru tulburările comportamentale ale copilului și adolescentului sunt din ce în ce mai concentrate pe problemele validității ecologice și divizează strategiile pentru intervenirea în multe sisteme care influențează pe acești tineri și familiile lor (Blechman & Vryn, 2000); Fishman și alții, 2001). Aceste terapii promovează rezultatele pozitive ca și relațiile mai prosoziale de egalitate și funcționarea familiei, precum și reducerea problemelor de conduită. Progresul din această zonă poate fi încă realizat cu o atenție crescută la problemele metodologice, precum mai multă specificitate a problemelor clinice ale copiilor tratați în aceste studii, măsurarea integrității tratamentului și evaluarea efectelor intervenției la probleme cu urmărire

mai îndelungată (Kazdin, 1991). Mai multă atenție acordată semnificației clinice a reducerii simptomului – dimensiunea la care aceste intervenții fac diferențe practice în viețile copiilor și familiilor – este necesară (Kazdin, 1999). Următoarele etape necesare pentru a avansa acest gen de cercetare, dintre care unele sunt în curs, includ investigarea viitoare a eficienței acestor modele așa cum se aplică în parametrii clinici ai lumii reale și raportul lor de eficiență-cost în comparație cu ocrotirea sănătății standard (de exemplu, Henggeler, Schoenwald & Pickrel, 1995). Dată fiind acumularea sprijinului cercetării pentru aceste modele, formarea în aceste abordări trebuie încorporată ca și componentele standard ale programelor de formare a terapiei maritale și de familie.

Terapia de familie pentru depresie și anxietate

Factorii de risc și protectori ai familiei pentru depresie și anxietate. Există dovezi pentru procesele speciale ale familiei în dezvoltarea și menținerea anxietății și depresiei la copii, adolescenți și adulți. De exemplu, relațiile de legătură nesigure și dificile (Sexson, Glandville & Kaslow, 2001), paternurile disfuncționale, incongruente (Slesnick & Walldron, 1997), în general, mesajele negative comunicate de părinți (Stark și alții, 1993) și alții factori ai familiei măresc riscul pentru depresia copilului și adolescentului (Kaslow & Racusin, 1994). Conflictul părinte-adolescent (Cole & McPherson, 1993; Forehand și alții, 1998) și depresia parentală (Downey & Coyne, 1990; Fendrich, Warner & Weissman, 1990) au fost, de asemenea, legați de depresie în copilărie și adolescență. Dimpotrivă, percepțiile adolescenților privind coeziunea, sprijinul și adaptabilitatea familiei servesc drept factori protectori împotriva depresiei

(Cumsille & Epstein, 1994). La adulți, investigatorii au subliniat caracteristicile interacțiunilor maritale care sunt legate de simptomele depresive, precum infidelitatea și separarea maritală (Cano & O'Leary, 2000), insatisfacția maritală și lipsa intimității (Basco și alții 1992) și comunicarea negativă/slabă și deprinderile de rezolvare a problemei (Basco și alții, 1992; Goldman Sher & Baucom, 1993). Apoi, disfuncția familiei prezice prognoze proaste și revenirea bolii depresive (Miller și alții, 1992; Moos, Cronkite, & Moos, 1998a), în special critica percepută de la unul din soți (Hooley & Teasdale, 1989) și emoția puternic exprimată între membrii familiei (Hinrichsen & Pollock, 1997).

Deși o mică parte din cercetare s-a focalizat asupra rolului familiei în dezvoltarea tulburărilor de anxietate, există dovezi că unele din caracteristicile materne, precum căldura scăzută, negativismul, catastroficul și acordarea scăzută a autonomiei, precum și psihopatologia (Fristad & Clayton, 1991) și alcoolismul (Chassin, Pitts, DeLucia & Todd, 1999) pot lăsa copiii vulnerabili la anxietate (Whaley, Pinto & Sigman, 1999). Tendințele copiilor anxioși de a interpreta informațiile, precum teama și de a dezvolta răspunsurile care pot fi evitate au fost arătate pentru a mări interacțiunile rezolvării problemei familiei (Barrett, Rapee, Dadds & Ryan, 1996). Anxietatea a fost, de asemenea, legată de negativismul și insatisfacția maritală (Caughlin, Huston & Houts, 2000). Astfel, o constelație de factori ai familiei au fost legați de depresie și anxietate de-a lungul vieții și au părăsit potențial pacienții în fața riscului de recădere, dacă nu au fost trimiși în mod corespunzător la terapie.

Tratamentul bazat pe familie pentru problemele emoționale ale copilului și adolescentului. În ciuda mărturiei puternice a influenței familiei asupra depresiei și

anxietății copilului și adolescentului, foarte puține din tratamentele bazate pe familie pentru aceste tulburări s-au dezvoltat sau testat (Diamond & Siqueland, 2001). Brent și alții (1997) au testat terapia de familie sistemică comportamentală (TFSC), care folosește terapia de familie funcțională, comunicarea și tehnicile de rezolvare a problemei, într-un proces controlat aleatoriu pentru adolescenții depresivi, în comparație cu terapia comportamentală cognitivă individuală. Rezultatele au favorizat terapia cognitivă comportamentală individuală în comparație cu alte intervenții în ceea ce privește raportul de recuperare, atât al ratei celui care face interviul, cât și cele ale simptomelor depresive autoraportate, deși toate cele trei tratamente sunt asociate cu reducerii similare în suicid și deteriorare funcțională de la internare la post-tratament. Cu toate acestea, în analizele de urmărire de unu-doi ani, toate cele trei tratamente sunt eficiente în mod egal în ajutarea adolescenților să realizeze recuperarea de la simptome și vindecarea unei tulburări de depresie diagnosticabilă (Birmaher și alții, 2000). Alte analize au arătat că TFSC a fost mult mai eficientă în abordarea conflictului părinte-adolescent decât în alte tratamente (Kolko și alții, 2000). Rezultatele studiilor care testau combinarea tratamentelor pentru depresie cu componentele părintelui au fost amestecate. Lewinsohn, Clarke, Hops și Andrews (1990) au demonstrat că nu există beneficii în plus de la adăugarea unui modul de formare a aptitudinilor psihoeducaționale ale părinților până la intervenția de grup a terapiei cognitiv-comportamentale pentru depresia adolescentului, încă Stark (1990) a raportat o reducere deosebit de importantă a simptomelor depresive ale copiilor, folosind o combinație a abordării terapiei cognitiv-comportamentale bazată pe școală, cu ședințe cu terapie de familie, în comparație cu consilierea de sprijin tradițională. Astfel, puținele studii care

conduse privind intervențiile bazate pe familie asigură un sprijin limitat pentru copii și adolescenții depresivi. Intervențiile bazate pe familie pentru probleme de anxietate ale copiilor au avut un efect numai puțin mai mare. Dadds și alții (1999) au condus mai multe studii care testau eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale bazate pe familie la copii și la părinții acestora. De exemplu, Dadds și alții (1997) au testat o intervenție cognitiv-comportamentală bazată pe zece sesiuni de școală și o intervenție timpurie bazată pe familie pentru copii aleși cu probleme de anxietate, în comparație cu o intervenție de monitorizare. Ambele tratamente au redus simptomele de anxietate de la pre-test, dar numai intervenția bazată pe familie și terapia cognitiv-comportamentale au obținut câștigurile tratamentului la șase luni și la doi ani după intervenție (Dadds și alții, 1999). O altă investigație a acestei terapii a testat managementul terapiei cognitiv-comportamentale de grup, al terapiei cognitiv-comportamentale de grup plus managementul familiei (formarea și sprijinirea rezolvării problemelor și a deprinderilor părinților, învățarea să gestioneze anxietatea copilului și a grupului de control de pe lista de așteptare pentru copii cu tulburări de anxietate (Barrett, 1998; Barrett, Dadds & alții, 1996). Ambele intervenții erau incluse pe lista de așteptare de control în cadrul studiului de procentului tinerilor fără întâlnire clinică la post-tratament și urmărire clinică douăsprezece luni. Apoi, adăugarea managementului de management familial a demonstrat efectele ușor mai bune la copii și la părinți de internalizare și externalizare problemelor, decât numai terapia cognitiv-comportamentale de grup la copii și femeile. În concluzie, răspund deosebit de bine la intervenția cognitiv-comportamentale de grup plus managementul familiei (Barrett și alții, 1998). Aceste rezultate sugerează că

implicarea părintelui în tratamentul tulburărilor de anxietate ale copilului și adolescentului pot avea beneficii importante numai cu terapia cognitiv-comportamentală.

Tratamentul bazat pe familie pentru depresia și anxietatea adultului. Intervențiile bazate pe familie pentru depresia adultului s-au concentrat aproape în întregime asupra aplicării terapiei comportamentale de cuplu, datorită legăturii puternice dintre depresie și problemele maritale, dovada că depresia maritală provoacă în mod obișnuit episoade de depresie și descoperirea că problemele maritale continue sunt asociate cu recăderile după episoade acute (Jacobson, Holtzworth-Munroe & Schmaling, 1989). Terapiile comportamentale și ale educației sociale bazate pe căsătorie pentru depresie se focalizează asupra învățării cuplurilor să comunice și să rezolve problemele mai eficient, în timp ce cresc interacțiunile pozitive, plăcute și reduc interschimbările negative. În general, aceste intervenții maritale s-au arătat a fi eficiente în tratamentele alternative (adică psihoterapia interpersonală și terapia cognitivă) și controalele pe lista de așteptare în reducerea simptomelor depresive sunt mult mai eficiente decât celelalte tratamente, îmbunătățind calitatea relației maritale (Jacobson și alții, 1989; O'Leary & Beach, 1990). Terapia comportamentală de cuplu pare să lucreze la fel de bine în cazul scăderii insatisfacției maritale, eliminând comunicarea negativă și îmbunătățind funcționarea psihologică la cuplurile depresive și la cuplurile cu un partener depresiv (Goldman Sher, Baucom & Larus, 1990). Cu toate acestea, Jacobson și alții (1991) au relatat că terapia comportamentală maritală a fost mai puțin eficientă decât terapia cognitivă în reducerea simptomelor depresive la femeile care, la internare, nu erau depresive din cauze maritale. Mai mult, nu există dovezi care să

sugereze că terapia maritală și de cuplu este superioară terapiei cognitive în reducerea ratelor recăderii în anul care urmează tratamentului (Jacobson și alții 1993), contrar așteptărilor din cercetarea care documentează rolul important al problemelor familiei și maritale în cronicizarea depresiei (Moos, Cronkite & Moos, 1998b). În general, terapia de cuplu a generat sprijin empiric convingător în tratamentul depresiei, în special la femeile ale căror simptome depresive sunt legate de nefericirea maritală.

Un studiu notabil al tratamentului psihoeducațional bazat pe familie pentru tulburarea bipolară a fost condus de Simoneau și alții (1999). Terapia psihoeducațională focalizată pe familie (TPFF); Milkowitz & Goldstein, 1997) este similară ca structură cu terapia de familie comportamentală, încorporând ședințe didactice de informare despre tulburare, formarea comunicării-stimulării și formarea deprinderilor de rezolvare a problemei, precum și tehnicile comportamentale concepute să asigure oportunitățile de a practica și finisa noile deprinderi. Pacienții au fost desemnați aleatoriu pentru alte nouă luni de terapie psihoeducațională focalizată pe familie sau de management al crizei cu urmărire (ambele condiții implicând managementul medicației). Rezultatele au demonstrat superioritatea TPFF în creșterea schimburilor pozitive nonverbale ale familiei și reducerea simptomelor pacienților în anul care urmează introducerii tratamentului, cu toate că interacțiunile verbale și interacțiunile negative nonverbale nu s-au îmbunătățit semnificativ. Aceste rezultate au sugerat că intervențiile psihoeducaționale ale familiei necesită alte investigații, dar oferă promisiuni în tratarea pacienților bipolari.

Intervențiile bazate pe familie pentru tulburările de anxietate ale adulților au fost testate în mod nefrecvent și nu au demonstrat mare succes. De exemplu, terapia comporta-

mentală de familie aplicată simptomelor PTSD la veterani nu a avut un impact suplimentar când a fost făcută în combinație cu terapia expunerii (Glynn și alții, 1999). Implicarea unuia din soți în terapia pentru agorafobie și OCD pare să aibă unele efecte benefice, deși mecanismele prin care terapia partenerului asistat realizează rezultate nu este bine înțeleasă, iar dovezile pentru aceste intervenții sunt inconsistente (Baucom și alții, 1998; Jacobson și alții, 1989).

În rezumat, intervențiile bazate pe familie pentru tulburările emoționale la copii și adolescenți au rămas în urma progresului în aplicarea abordărilor familiei pentru tulburările comportamentale. Există, totuși, mai multe dovezi privind eficiența intervențiilor familiei în anxietatea copilului decât în depresie, deși aceste studii au nevoie de replici. Guy Dimond și colegii lui sunt în curs de a studia o abordare structural-strategică a tratamentului depresiei copilăriei, care pare promițătoare datorită concentrării ei asupra reparației relațiilor de legătură părinte-adolescent (Diamond & Siqueland, 2001). Un studiu pilot al acestui model pe un eșantion mic de adolescenți depresivi indică faptul că acesta este mult mai eficient decât controlul pe lista de așteptare în reducerea simptomelor depresive și ale anxietății, precum și ale conflictului familial (Diamond și alții, sub tipar). Nadine Kaslow și colegii ei au dezvoltat și condus o abordare a terapiei interpersonale a familiei cu rezultate inițiale încurajatoare; aceasta combină teoria sistemică a familiei, psihologia cognitiv-comportamentală, teoria relațiilor de obiect și cunoștințele de bază ale psihopatologiei de dezvoltare în tratarea tinerilor depresivi (Schwartz, Kaslow, Racusin & Carton, 1998). Desigur, intervențiile bazate pe familie, atât pentru depresia cât și pentru anxietatea copilăriei

sunt promițătoare, dar mai sunt necesare alte studii ale acestor abordări.

În tratamentul tulburărilor emoționale ale copilului există un sprijin semnificativ pentru folosirea terapiei comportamentale de cuplu la pacienții depresivi și la părinții acestora, dar dovezi slabe încă sprijină folosirea intervențiilor bazate pe familie la adulții cu tulburări de anxietate. Terapia de cuplu poate fi un adjuvant folositor pentru prezentarea terapiei în cazul tulburărilor de anxietate la adulți, cu toate că este necesară studierea în continuare a acestei abordări. Baza cunoștințelor intervențiilor familiei pentru depresie și anxietate este limitată, cu toate că mai multe direcții de cercetare arată rezultate încurajatoare.

Terapia de familie pentru tulburările provocate de folosire a substanțelor

Riscul familiei și factorii protectori pentru abuzul de substanțe. Factorii familiei au fost puternic și constant legați de problemele abuzului de substanțe. Mai mult, abuzul de substanțe dă frâu liber distrugerii coeziunii familiei ca unitate și a funcționării membrilor acesteia (Rotunda, Scherer & Imm, 1995). Factorii relaționali, precum legătura părinte-adolescent, au prezis constant folosirea drogurilor de către adolescenți în toate culturile (Brooks și alții, 2001). Practicile parentale, precum lipsa de supraveghere, disciplina ineficientă și comunicarea slabă sunt, de asemenea, implicate în problemele abuzului de substanțe la tineri (Liddle, Rowe, Dakof & Lyke, 1998; McGillicuddy, Rychtarik, Duquette & Morsheimer, 2001), deși paternitatea interacționează în mod clar cu o mulțime de alți factori în prezicerea începutului abuzului de droguri și a problemelor legate de acesta (Dishion & Kavanagh, 2000). Alți factori de familie au arătat că exercită o influență protectoare puternică împotriva problemelor drogurilor (Morojele

& Brook, 2001). De exemplu, tinerii ai căror părinți dezaprobă puternic folosirea drogurilor sunt semnificativ mai puțini decât cei care raportează folosirea curentă a unui drog ilicit (SAMHSA, 2001). Studiile despre adulți arată că cuplul și factorii maritali, precum strategiile de abordare modeste ale partenerilor pentru a face față abuzului de substanțe (Barber, 1995) și, în general, pater-nurile de comunicare negativă din cadrul căsătoriei (Fals-Stewart & Birchler, 1998) sunt asociate cu folosirea mai frecventă a substanțelor de către consumatori. Mai mult, cercetarea arată că menținerea relațiilor închise din familiile sănătoase de origine pot amortiza recăderea adulților consumatori de substanțe (Lavee & Altus, 2001).

Intervențiile bazate pe familie pentru abuzul de substanțe la adolescenți.

Tratamentele bazate pe familie au fost inaugurate într-un număr de reviste recente ca unele dintre cele mai promițătoare abordări pentru tratamentul problemelor legate de droguri la adolescenți (Stanton & Shadish, 1997; Williams & Chang, 2000; Winters, Latimer & Stinchfield, 1999). Primul val al proceselor controlate aleatoriu al intervențiilor bazate pe familie pentru abuzul de droguri la adolescenți (Joanning, Quinn, Thomas & Mullen, 1992; Lewis, Piercy, Sprenkle & Trepper, 1990; Szapoznik și alții, 1988) a folosit metodele stării artei disponibile în acea perioadă. Aceste studii au stabilit promisiunea semnificativă a tratamentelor bazate pe familie în reducerea abuzului de droguri la adolescenți și a problemelor aferente (Liddle & Dakof, 1995).

Un al doilea val al studiilor intervenției bazate pe familie a fost condus începând cu această primă generație de procese, construind pe bazele puse de aceste studii de început și de aderarea la standarde mai riguroase ale cercetării clinice de acum din domeniile psihoterapiei și cercetării

tratamentului abuzului de droguri. Mai multe dintre aceste studii au testat multi-sistemele, modelele integrative bazate pe familie concepute să altereze ecologia vieții adolescenților care abuzează de droguri, precum și schimbarea paternurilor maladaptive ale familiei, precum ședințele la domiciliu, managementul cazului și lucrul extra familial în domeniile școlii, muncii și implicării legale (Henggeler și alții, 1991; Rowe și alții 2002; Szapocznik & Williams 2000). Folosirea manualelor de terapie a facilitat diseminarea și răspunsul terapiei lor bazate pe familie în tratamentul diferit al adolescentului și parametrii cercetării (Liddle și alții, 2002). Sunt evidente atenția sporită acordată provocărilor metodologice, precum evaluarea corectă a proceselor familiei (Liddle & Rowe, 1998), evaluarea aderenței terapeutului la protocoalele de tratament (Henggeler și alții, 1997; Hogue și alții, 1998) și investigarea legăturilor dintre procesul terapeutic și rezultat (Diamond & Diamond, 2001). În timp ce provocările semnificative rămân, deceniul trecut a văzut progresele majore din diferite programe de cercetare, care investighează tratamentele bazate pe familie pentru abuzul de droguri la adolescenți (Liddle, sub tipar).

Un sprijin empiric, puternic și consecvent există pentru eficiența comparativă a terapiei bazate pe familie în reducerea nivelurilor folosirii drogurilor de către adolescenți și creșterea funcției de adaptare într-o serie de procese clinice bine controlate (Liddle & Dakof, 1995; Stanton & Shadish, 1997; Waldron, 1997). Intervențiile bazate pe familie au fost considerate ca având efecte superioare de la pre- la post-tratament, privind nivelurile folosirii drogurilor de adolescenți în comparație cu terapia individuală (Azrin și alții, 1994; Henggeler și alții, 1991; Liddle, 2002a; Waldron și alții, 2001), terapia de grup cu adolescenți (Joanning și alții, 1992); Liddle, Dakof și

alții, 2001) și consilierea psihoeducatională a familiei privind drogurile (Joanning și alții, 1992; Lewis și alții, 1990; Liddle, Dakof și alții, 2001). Aceste reduceri în folosirea drogurilor observate în tratamentele orientate pe familie au demonstrat efecte pe termen lung până la nouăsprezece luni după terminare. Mai mult, tratamentele bazate pe familie exercită efecte pozitive asupra funcționării familiei (Joanning și alții, 1992; Liddle, Dakof și alții, 2001), performanței școlare (Azrin și alții, 2001, Brown și alții, 1999; Liddle, Dakof și alții 2001), simptomatologiei comorbide (Azrin și alții, 1994, 2001; Liddle, Dakof și alții, 2001; Liddle, 2002a) și delincvenței (Henggeler, Pickrel & Brondino, 1999). În sfârșit, abordările de prevenire bazate pe familie, care ajută părinții să instituie practici eficiente împotriva folosirii drogurilor sunt implementate și testate în școală (Dishion & Kavanagh, 2000) și în instituțiile comunitare (Hogue, Liddle, Becker & Johnson-Lekrone, 2002).

Abordarea terapiei de familie multidimensionale (TFMD), (Liddle, 2002b) s-a focalizat asupra dezvoltării și perfecționării empirice consecvente începând din 1985 și continuă să fie testată în inițiative de cercetare federale importante. TFMD a fost reorganizată ca una din cele mai promițătoare intervenții, în unul din tratamentele cuprin-



Studiile lui Jose Szapocznik demonstrează că, făcând tratamentul familiei responsabil de contextul cultural eficiența sa crește mai mult la indivizii și familiile cu risc mare.

multicomponente, derivate teoretic și testate empiric privind abuzul de droguri la adolescenți. (CSAT, 1999; Strategiile de tratament, 2002; Lebow & Gurman, 1995; Stanton & Shadish, 1999; Nichols & Schwartz, 1998). TFMD și-a demonstrat eficiența în comparație cu tratamentele alternative în patru procese de evaluare, incluzând un studiu de prevenire, intervențiile juvenile în principal implicate în abuzul comorbid care folosește droguri și alcool, și alții, sub tipar; Hogue și alții, 2002; Stanton și alții, 2001; Liddle, 2002a). Datele clinice obținute în aceste studii indică faptul că TFMD este eficientă în comparație cu tratamentele de stare a artei (tratamentul individual cognitiv-comportamental, tratamentul grupului de egali și intervențiile de educație a familiei) în reducerea utilizării a folosirii substanțelor și a simptomelor aferente până la un an după tratament. TFMD demonstrează beneficii semnificative superioare în legătură cu costurile de abordării în comparație cu tratamentul individual comunitar privind drogurile și alte probleme de stare a artei (French și alții, sub tipar). Într-un studiu în curs, investigatorii au demonstrat că tratamentul poate fi adaptat, combinat și integrat cu succes într-un program clinic de tratament pentru abuz de droguri către terapeuții comunitari (Liddle și alții, 2002). Investigatorii TFMD au subliniat, asemenea, mecanismele importante de schimbări într-o serie de studii ale intervențiilor terapiei revizuite mai jos. Astfel, cercetarea empirică pentru eficacitatea și eficiența intervențiilor multisistemice specifice bazate pe familie pentru abuzul de substanțe la adolescenți, precum TFMD, continuă să

crește, în zona alcoolismului (Edwards & Steinglass, 1995; Heath & Stanton, 1998; Rotunda & O'Farrell, 1997). Sprijinul empiric, atât pentru terapia de familie comportamentală, cât și pentru abordările sistemice ale familiei în tratamentul adulților care abuzează de substanțe, s-a acumulat, deși, ca tratament al alcoolismului, în general, nici un model nu și-a stabilit superioritatea. Mai recent, cercetarea s-a focalizat asupra dezvoltării și testării strategiilor angajării, concepute să mobilizeze sprijinul natural și să folosească pârghiile din cadrul familiei pentru a motiva pe cei care abuzează de droguri să vină la tratament (adică Miller, Meyers & Tonigan, 1999). În zona abuzului de droguri, progresul a fost mai lent. Stanton și Shadish (1997) au concluzionat din meta-analiza lor privind terapia de familie pentru abuzul de droguri că intervențiile familiei funcționează la fel de bine pentru adulți și pentru adolescenți, iar că studiile terapiei de familie cu adulți și adolescenți tind să fie de o bună calitate de concepție, arată rezultate mai bune decât abordările care nu se bazează pe familie, iar în ceea ce privește adicțiile de narcotice la adulți, este o componentă a parametrului eficiență-cost al menținerii metadonei. Recenzenții sunt de acord că subspecialitatea tratamentului bazat pe familie pentru problemele drogurilor la adulți a rămas în urma domeniului tratamentului alcoolismului bazat pe familie la adulți (McCrary & Epstein, 1996; O'Farrell & Fals-Stewart, 1999). Mai mulți autori au sugerat că aplicarea modelelor eficiente bazate pe familie pentru alcoolici sunt promițătoare pentru tratamentul adulților care abuzează de droguri (Epstein & McCrary, 1998; Liddle & Dakof, 1995) și în ultimii ani au fost făcute eforturi crescute în această direcție.

Intervențiile bazate pe familie la alcoolicii adulți. Având în vedere importanța paternurilor interacționale ale cuplurilor la nivelul

abuzurilor de substanță și recăderea după tratament (de exemplu, Fals-Stewart & Birchler, 1998), multe din tratamentele bazate pe familie pentru alcoolicii adulți s-au centrat pe terapia comportamentală de cuplu (TCC). Abordarea implică, în general, o înțelegere inițială pentru alcoolic de a se angaja să fie cumpătat și pentru partener de a întări zilnic această angajare, precum și strategiile de a ajuta pe alcoolic să rezolve setea și pentru cuplu să se descurce cu crizele privind recăderea, comunicarea mai eficientă și creșterea activităților mai plăcute care nu implică folosirea substanței. TCC făcută în grup și în format individual a fost un instrument în ajutarea alcoolicii în a reduce băutul, precum și incidentele ce țin de violența domestică, să îmbunătățească funcționarea maritală și arată economii de costuri semnificative în spitalizări reduse și costuri cu cheltuielile din închisori de până la doi ani post-tratament (Epstein & McCrady, 1998; Jacobson și alții, 1989; O'Farrell & Fals-Stewart, 1999). Folosirea TCC la alcoolici a declanșat un interes semnificativ datorită eficacității acesteia și aplicabilității în practică (Baucom și alții, 1998; Rotunda & O'Farrell, 1997).

Tehnicile terapiei comportamentale de familie au fost adaptate și de cercetătorii intervenției familiei în conceperea intervențiilor care aveau ca scop creșterea angajării utilizatorilor de droguri în tratament prin mobilizarea sprijinului familiei. Abordarea pe o bază largă întărită de comunitate a lui Azrin (1976) servește drept bază pentru o mare parte din această muncă. Acest model se bazează pe principiile comportamentale și scopurile specifice intervențiilor utilizatorilor de droguri și membrilor familiei pentru a asigura întărirea pentru abținere și îndepărtarea întăririi pentru băut. Studiile timpurii au arătat că tehnicile de întărire comunitară au demonstrat eficiență mai mare decât de obicei la

tratamentul în angajarea alcoolicii în tratament (de exemplu, Sisson & Azrin, 1986). Programul de Întărire Comunitară și Formare a Familiei (CRAFT= Community Reinforcement and Family Training) (Meyers & Smith, 1995), care cuprinde strategii de formare a deprinderilor care au ca scop reducerea semnificativă a depresiei altora, s-a arătat promițător în angajarea în tratament a utilizatorilor de droguri (Meyers, Miller, & Smith, 2001). De exemplu, într-un studiu controlat riguros care compară CRAFT cu două intervenții practicate în mod obișnuit (terapia facilitării a lui Al-Anon și intervenția confruntării de la Institutul Johnson), Miller, Meyers și Tiniggan (1999) au descoperit că CRAFT a fost mult mai eficientă în angajarea pacienților alcoolici nemotivați în tratament, deși funcționarea altor terapii semnificative era comparabilă în condițiile de până la douăsprezece luni de urmărire. Astfel, abordarea de întărire comunitară oferă promisiuni în zona angajării tratamentului pentru pacienții alcoolici și altă investigație a intervențiilor care folosesc aceste strategii și principii în decursul tratamentului (nu numai în faza inițială a terapiei) este garantată.

Intervenții bazate pe familie cu utilizatorii de droguri adulți. Studiile timpurii ale lui Duncan Stanton și ale colegilor săi au fost printre primele procese controlate ale intervențiilor bazate pe familie pentru adulții care utilizau droguri. Stanton și Todd (1982) au relatat că modelul terapiei de familie structural-strategice inovatoare și integratoare a redus folosirea drogurilor mai eficient decât o condiție de film a familiei sau consiliere standard pentru droguri. Într-un studiu ulterior, grupul de cercetare a arătat că un program de detoxificare la domiciliu a fost mai eficient decât un program de detoxificare standard pentru utilizatorii de droguri (Stanton, 1985). În timp ce această direcție încurajatoare a cercetării nu a fost continuată,

Intervenții bazate pe familie pentru consumatorii de droguri care foloseau drogurile au fost recent studiate, bazându-se pe lucrul în domeniul tratamentului alcoolismului. Două zone au beneficiat, în special, de acest tip de atenție clinică: (1) aplicarea terapiei comportamentale de cuplură care a demonstrat mai întâi eficiență cu populațiile alcoolice, cu consumatorii de droguri și partenerii acestora; (2) adaptarea tehnicilor de întărire reciprocă și a altor strategii de implicare care funcționează cu membrii importanți ai familiei pentru a facilita implicarea consumatorului de droguri în tratament (de exemplu, Landau și alții, 2000).

McCain și McCrady (1998) sugerează că aplicarea terapiei comportamentale de cuplu pentru consumatorii de droguri oferă rezultate mai bune decât cele mai promițătoare zone ale cercetării tratamentului bazat pe familie cu consumatorii de droguri. De fapt, studiile recente ale lui William Fals-Stewart și ale altor săi sugerează că terapia comportamentale de cuplu (TCC) poate fi de fapt o intervenție considerabilă în tratamentul consumatorilor de droguri, precum și a partenerilor alcoolici. Falls-Stewart și Wells (1996) au demonstrat eficiența intervenției în procesul randomizat, omparând TCC cu terapia bazată pe persoană pentru consumatorii de droguri bărbați, terapia comportamentală de cuplu având rezultate mai bune relaționale, iar cuplurile au avut mai puține zile de folosire a drogului, mai multe zile de abstinență și arestări mai puține privind drogurile în primul an de urmărire decât cei din terapia individuală. O dezvoltare a acestui studiu a arătat că un procent mai mare al utilizatorilor de droguri din TCC a redus în mod semnificativ folosirea drogurilor și și-au îmbunătățit funcționarea relațională, decât au făcut-o cei din terapia comportamentală individuală (Falls-Stewart și alții, 2000). Winters și alții (2002) au răspuns acestor rezultate cu

șaptezeci și cinci de consumatoare de droguri, care prezentau perioade mai lungi de abstinență continuă și niveluri mai scăzute ale drogului, alcoolului și ale problemelor familiei, până la un an de urmărire la utilizatoarele de droguri femei din TCC decât cele din terapia comportamentală individuală. În sfârșit, Kelly și Fals-Stewart (2002) au demonstrat că funcționarea comportamentală a copiilor s-a îmbunătățit mai dramatic de la internare la douăsprezece luni de urmărire, când tații celor care foloseau drogurile au participat la BTCC, decât atunci când ei au primit terapie comportamentală individuală sau tratament de control psihoeducational. În acest studiu, folosirea drogului de către tați și calitatea relației de cuplu a scăzut, de asemenea, mult mai semnificativ în TCC de la preluare la douăsprezece luni. Luate împreună, aceste rezultate încurajatoare sugerează că beneficiile TCC, atât la utilizatorii de droguri bărbați și femei, precum și în relațiile lor cu partenerii acestora și în funcționarea generală a familiei și în cazul adaptării copiilor lor este mai semnificativă decât în cazul tratamentelor alternative.

Intervențiile de angajare bazate pe familie pentru consumatorii de droguri adulții au primit, de asemenea, sprijin empiric. De exemplu, Gayle Dakof și colegii ei au dezvoltat și testat eficiența unui tratament riguros, la domiciliu, al folosirii drogurilor, care intervine la nivel individual și al familiei. Programul Mamelor Implicate își are rădăcinile în modelul relațional al dezvoltării femeilor (Dakof, 2000), modelele sistemice ale familiei în tratamentul folosirii drogurilor (Liddle, Dakof & Diamond, 1991) și modelele de prevenire ale familiei în oferirea serviciului (Wells, 1995). Rezultatele au demonstrat că mai multe femei desemnate în programul Mamelor Implicate s-au angajat mai semnificativ în tratamentul folosirii drogurilor decât au făcut femeile desemnate

în angajarea comunitară ca și condiție (control) obișnuit. Optzeci și opt la sută din femeile din programul Mamelor Implicate au inițiat un program de tratament al drogurilor în comparație cu 46% din femeile care au primit servicii comunitare ca de obicei, iar 67% din femeile desemnate pentru condiția experimentală au rămas în tratament pentru cel puțin patru săptămâni în comparație cu 38,5% din controale (Dakof și alții, sub tipar). Kirby și alții (1999) au luat la întâmplare 32 de membrii de familie și alți utilizatori de droguri semnificativi, fie ai intervenției Formării Întăririi Comunitare (CRT = Community Reinforcement Training), adaptată din abordarea lui Sisson și Azrin (1986) cu alcoolicii și soțiile acestora sau un grup de auto-ajutorare în douăsprezece etape. Evaluări de urmărire conduse zece săptămâni mai târziu au arătat o rezistență mai mare a altor persoane importante în tratament, precum și rate mai ridicate ale angajării tratamentului la utilizatorii de droguri care au fost desemnați pentru CRT. Astfel, dovada preliminară pentru succesul intervențiilor cu membrii familiei și alte persoane importante a sugerat că aceste intervenții sunt promițătoare pentru nominalizarea acestor susțineri naturale, pentru a-i motiva pe utilizatorii de droguri la tratament. Urmărirea mai îndelungată a acestor intervenții va mări entuziasmul pentru eficiența lor la populațiile care folosesc drogurile.

problemele măsurării familiei, operaționalizării standardizate și măsurării construcțiilor principale, precum folosirea drogului și problemele comportamentului, investigarea variabilelor terapeutului ca rezultatele impactului, evaluarea rezultatelor pe termen lung și alte studii de proces și mecanisme ale schimbării.

Intervențiile bazate pe familie pentru utilizatorii de droguri adulți pot fi avansate prin investigarea modelelor bazate pe non-comportament, integrarea modelelor comportamentale cu alte abordări și intervenții dincolo de faza inițială a terapiei, precum și studierea mecanismelor schimbării și studiile de potrivire a tratamentului (Epstein & McCrady, 1998; O'Farrell & Fals-Stewart, 1999). Atât cu utilizatorii de droguri adolescenți și adulți, intervențiile folosite cel mai des în practica comunitară trebuie să fie încă testate în mod corespunzător, iar modelele descrise aici cu sprijin empiric acumulat nu și-au făcut efectul în parametrii în care utilizatorii de substanțe au cea mai mare nevoie de ele (Fals-Stewart & Birchler, 2001; Liddle, Rowe și alții, 2002; Rotunda & O'Farrell, 1997). Noile direcții din cercetarea de intervenție bazată pe familie cu utilizatorii de droguri sunt focalizate pe abordarea acestui gol critic dintre cercetare și practică.

Terapia de familie în cazul schizofreniei

Riscul familiei și factorii de protecție pentru schizofrenie. Cercetătorii familiei au fost intrigati de dinamica familiei pacienților schizofrenici din anii 1960 și 1970, când paternurile relaționale, cunoscute ca "deviere de comunicare" (Singer & Wynne, 1965) și „emoție exprimată” (Vaughn & Leff, 1976), sunt plasate ca având o putere explicativă unică în rețeaua factorilor care influențează dezvoltarea tulburărilor psihotice. Cercetările

Pentru a rezuma, abordările bazate pe familie, atât pentru utilizatorii de droguri adolescenți și adulți, sunt promițătoare (Stanton & Shadish, 1997). Mai multe reviste, inclusiv cele ale lui Ozechowski și Liddle (2000), Waldron (1997), subliniază un număr de sugestii pentru îmbunătățirea eforturilor empirice în zona tratamentului folosirii drogurilor de către adolescenți, incluzând o atenție mai mare pentru

terioare sprijină puternic rolul dinamicii familiei cu probleme ca un factor care contribuie, poate secundar, la procesele psihologice, dar care contribuie totuși, la începutul și cronicizarea schizofreniei. De exemplu, un număr de studii au legat „devierea de comunicare” a familiei, o schemă generală pentru interacțiunile familiale, distorsionate, discontinue și vagi, de schizofrenie (Doane și alții, 1989; Goldstein, 1987; Miklowitz și alții, 1991). Aceste studii asociază devierea de comunicare cu schizofrenia în timp și în culturi.

Alte studii s-au focalizat asupra legăturii între „emoția exprimată” (EE), un patern al interacțiunilor asupra implicării și criticii, cu schizofrenia. Rudele pacienților schizofrenici au arătat că fac declarații mai negative, mai agresive decât rudele pacienților bipolari (Miklowitz, Goldstein & Nuechterlein, 1995). În mult, rudele schizofrenicilor caracterizați de EE ridicată tind să construiască atribuții negative despre boala pacientului cu factorii care sunt interni și controlabili de pacient (Goldstein, MacCarthy, Duda & Vaughn, 1991), iar atribuțiile și critica pacientului sunt importante în determinarea cursului bolii (Goldstein, Nelson, Snyder & Mintz, 1999). Cu toate acestea, EE în familiile de schizofrenici a fost arătată ca fiind bidirecțională în natură (Goldstein, Nelson, Snyder & Mintz, 1999) și impactul acesteia asupra pacientului și asupra schimbărilor familiei este mediat de nivelul simptomelor pacientului și al interacțiunilor sociale (Mueser și alții, 1993). EE ridicată în familie a fost constant legată de riscul mai mare pentru recădere după tratament (Parker & Hadzi-Pavlovic, 1990), astfel, intervențiile sunt dedicate din ce în ce mai mult asistării familiilor pentru a se ocupa cu stresul de a avea grijă de cei dragi și modificării atitudinilor și interacțiunilor acestora pentru a sprijini însănătoșirea pacientului (Backer & Richardson, 1989; Marsh & Johnson, 1997).

Intervențiile bazate pe familie în cazul schizofreniei. Apariția medicației psihoactive în anii 1960, care a revoluționat tratamentul instituțional pentru pacienții bolnavi mental, a ridicat mult din povara pe care o duceau comunitățile și familiile pentru pacienții schizofrenici. Intervențiile familiei s-au dezvoltat în continuare pe baza probelor acumulate de factorii de risc ai familiei, observați mai sus, la apariția și revenirea schizofreniei și a stresului important al membrilor familiei cu bolnavi mental. Aceste tratamente bazate pe familie au fost concepute pentru a crește intervențiile farmacologice, cu scopul îmbunătățirii mediului familiei (incluzând reducerea criticii și a ostilității și creșterea stabilității și structurii) și al asistării familiilor în managementul bolii (Hahlweg & Wiedemann, 1999). Intervențiile constau, în general, în strategii de angajare, psihoeducație, formarea deprinderilor de rezolvare și soluționare a problemei pentru un stres mai scăzut al familiei și intervenția în criză. Există acum un sprijin considerabil pentru folosirea acestor intervenții bazate pe familie în cadrul unui regim de tratament multimodal pentru pacienții schizofrenici (Goldstein & Miklowitz, 1995).

Mai multe intervenții bazate pe familie au avut succes în reducerea simptomelor, de la pre până la post-tratament, și în descreșterea riscului recăderii ca urmare a tratamentului (Baucom și alții, 1998). De exemplu, într-un studiu de început al combinării managementului medicației și terapiei de familie, Michael Goldstein și echipa lui (1978) au raportat ratele recăderii la șase luni ca fiind mai mici de 0% la pacienții care au primit terapie de familie și doze de medicație moderate, în comparație cu circa 50%, rata recăderii numai cu doză mică de medicație. Cercetarea sprijină efectele pozitive ale managementului comportamental al familiei (încorporând psihoeducația cu comunicarea

și deprinderile de rezolvare a problemei) în creșterea deprinderilor sociale ale schizofrenicului, descreșterea stresului familiei și îmbunătățirea comunicării familiei, precum și reducerea semnificativă a ratelor recăderii în comparație cu îngrijirea psihiatrică standard până la doi ani după tratament (Falloon, Boyd & McGill, 1984).

Tarrier și alții (1989) au demonstrat, de asemenea, rezultatele impresionante cu două versiuni ale terapiei de familie, în comparație cu o condiție și un tratament de educare a familiei de scurtă durată obișnuit. Ambele abordări ale terapiei de familie au demonstrat rate mai scăzute semnificative ale recăderii decât condițiile de comparație până la doi ani după tratament. O investigație recentă a aceluiași grup a testat și un model integrat multicomponent constând din interviu motivațional, terapia cognitivă-comportamentală și terapia de familie pentru schizofrenici cu tulburări comorbide de folosire a drogurilor. Abordarea integrată a fost superioară îngrijirii standard în condițiile reducerii simptomelor pozitive ale pacienților, precum și a folosirii substanțelor de la internare până la douăsprezece luni (Barrowclough și alții, 2001). Mueser și alții (2001) au comparat managementul familiei de sprijin (constând în doi ani de grupuri de sprijin lunar) și managementul aplicat al familiei (implicând un an de terapie de familie comportamentală; cu grupuri de sprijin care au continuat în al doilea an), cu toți pacienții primind managementul medicației. Rezultatele acestora au arătat ușoarele avantaje ale adăugării terapiei de familie comportamentale, în condițiile unei respingeri mai mici a pacientului și a fricțiunii reduse dintre membrii familiei, dar intervențiile nu au diferit încă în relația funcționării sociale a pacientului sau sarcinii familiei la doi ani de urmărire. Nu există dovezi pentru a sprijini ipoteza că intervenția mai intensă a familiei ar fi permis pacienților

să mențină doze mai scăzute de medicație. În cele din urmă, William McFarlane și colegii lui (1995) au dezvoltat o intervenție de sprijin a familiei multiple, cu accentuarea asupra îmbunătățirii sprijinului social al membrilor familiei. Modelul a demonstrat ratele de recădere mai scăzute decât abordările terapiei de familie individuale până la patru ani posttratament.

Astfel, există o dovadă clară de a sprijini folosirea intervențiilor familiei ca o componentă a strategiilor multimodale pentru tratamentul schizofrenicilor. Anumite paternuri ale familiei, în special învinovățirea și respingerea mare, complică procesul de vindecare pentru schizofrenicii care se întorc la familiile lor după tratament. Apoi, stresul gestionării bolii unui membru al familiei necesită sprijin social și dezvoltarea deprinderii pentru toți membrii familiei implicați. De aceea direcția sprijinirii acestor intervenții este încurajatoare. Alte cercetări concepute să specifice mecanismele schimbării și ingredientele esențiale ale acestor intervenții complexe vor facilita dezvoltarea tratamentului din această zonă. Așa cum pledoaria pentru familiile pacienților cu bolnavi mental cronici crește, utilizarea acestor modele bazate pe familie sprijinite empiric în comunitate va deveni mai obișnuită în practica standard (Backer & Richardson, 1989; Baucom și alții 1998).

Terapia de familie în cazul tulburărilor de nutriție

Riscul familial și factorii de protecție în cazul tulburărilor de nutriție. Lucrarea clasică a lui Salvador Minuchin referitoare la fetele cu tulburări de nutriție și familiile acestora (Minuchin, Rosman & Baker, 1978) s-a inspirat larg din observația clinică în conformitate cu care familiile acestor pacienți erau deficitare în furnizarea hranei și sprijinului dezvoltării adolescenților și

tinereilor adulți. De fapt, cercetarea sprijină aceste observații clinice. Părinții persoanelor cu tulburări de nutriție au fost caracterizați drept supraprotectori în studiile empirice (Wade, Treloar & Martin, 2001) și ca având granițe difuze cu adolescenții lor (Rowa, Kerig & Geller, 2001). Paternurile interacționale din familiile pacienților cu tulburări de nutriție tind să restricționeze autonomia și exprimarea intimității (Maharaj și alții, 2001), să distrugă relațiile de legătură (Ratti, Humphrey & Lyons, 1996) și ele sunt caracterizate prin comunicare distructivă (Lattimer, Wagner & Gowers, 2000). Folosirea drogurilor de către părinți poate fi, de asemenea, vulnerabilitatea în tulburările de nutriție (Lyon și alții, 1997). Din toate acestea, unele probe sugerează că influența disfuncției familiei asupra dezvoltării tulburărilor de nutriție este indirectă: conflictele puternice, coeziunea slabă și abuzul copiilor pot fi un impact asupra tulburărilor de nutriție prin simptomele depresive (Mazzeo & Espelage, 2002). Există încă o anumită îndoială că problemele familiei nu numai că afectează dezvoltarea tulburărilor de nutriție, ci și factorii familiei, precum critica deosebită, care prezic prognoze de tratament mai slabe atât la bulimici, cât și la anorexici (Reiss & Hanson-Sabine, 1995; van Furth și alții, 1996).

Intervențiile bazate pe familie în cazul tulburărilor de nutriție. Din momentul începerii terapiei structurale de familie a lui Minuchin la tratamentul anorexiei care a constituit un pionierat (Minuchin și alții, 1978), mai multe procese controlate au susținut intervențiile bazate pe familie, atât la pacienții bulimici, cât și la cei anorexici (Common & Josephson, 2001). O serie de studii ale investigatorilor de la Spitalul Maudsley din Londra au testat un tratament multimodal bazat pe familie, care subliniază

colaborarea cu familia ca pe o resursă prețioasă în recuperarea pacientului și evită să învinovătească părinții. Modelul împrumută multe din tehnicile originale ale terapiei structurale de familie a lui Minuchin, folosind o masă luată în familie ca prima etapă a terapiei și reorganizarea coalițiilor parentale în activitatea terapeutică de mai târziu, precum și aspectele abordării școlii de la Milano în examinarea și abordarea contextului intergenerațional al problemelor pacientului. Modelul a demonstrat rezultate impresionante în câștigul în greutate și menținerea lui până la cinci ani post-tratament, în comparație cu terapia de sprijin individuală, în special la adolescenții cu debut mai recent al problemelor (Russell, Dare, Eisler & LeGrange, 1994; Russell, Szmukler, Dare & Eisler, 1987).

Terapia sistemică comportamentală de familie, care subliniază controlul parental asupra hranei și încorporează restructurarea cognitivă și formarea rezolvării problemei, a fost, de asemenea, testată în comparație cu terapia individuală pentru pacienții anorexici. Modelul a fost mai eficient decât abordarea individuală focalizată pe construirea forței egoului și facilitarea autonomiei în condițiile creșterii greutatei corporale de la pre- la post-tratament (aproximativ șasesprezece luni de terapie), deși tratamentele au fost eficiente în cele mai multe din rezultatele măsurate, incluzând atitudinile de hrănire, insatisfacția formei corpului și simptomele depresive (Robin și alții, 1994). În continuare, o comparație a abordării terapiei de familie structurale și a abordării psihoeducației de grup a familiei nu a arătat diferențe statistice semnificative în folosirea celor două abordări la pacienții anorexici (Geist și alții, 2000). În cele din urmă, abordările multiple ale terapiei de familie au fost dezvoltate recent și testate pilot cu rezultate încurajatoare (Asen, 2002; Colahan & Robison, 2002). Acest tip de model tratează familiile împreună,

în spital, folosind o abordare multidisciplinară și implică activ membrii familiei în tratamentul pacienților cu tulburări de nutriție, într-o muncă intensă a familiei (Scholz & Asen, 2001). Altă investigație a acestor abordări este desigur garantată având în vedere descoperirile promițătoare preliminare de eficiență. Luate împreună, sprijinul pentru investigațiile bazate pe familie la pacienții cu tulburări de nutriție este în creștere, deși rămân întrebări despre dozajul cel mai eficient al muncii familiei în cadrul programelor generale multimodale necesare pentru a trata acești pacienți.

Eficiența terapiei maritale și de cuplu

Așa cum s-a discutat mai înainte, terapia maritală și de cuplu și-a demonstrat eficiența în tratamentul mai multor tulburări, inclusiv alcoolismul, folosirea drogurilor și depresiei (Baucom și alții, 1998). O gamă de abordări, inclusiv modelele comportamental, cognitiv-comportamental, orientat pe intuiție, sistemic și psihoeducational, a generat descoperiri pozitive în rezultatul principal al îmbunătățirii relațiilor de cuplu (de exemplu, Goldman & Greenberg, 1992; Kaiser, Hahlweg, Fehm-Wolfsdorf & Groth, 1998; Snyder, Wills & Grady-Fletcher, 1991). În continuare, prezentăm, în mod critic, descoperirile relevante din cercetarea privind intervențiile maritale și de cuplu pentru problemele de relații mai generale și discutăm noile direcții în această specialitate.

Terapia comportamentală a cuplurilor (TCC) a fost studiată în mod extensiv de toate abordările terapiei de cuplu (Jacobson și alții, 2000). Așa cum s-a observat mai înainte, abordarea se bazează pe principiile educației sociale și cuprinde intervenții orientate comportamental, concepute să întărească comunicarea eficientă, rezolvarea problemei și interacțiunile pozitive și să diminueze schimburile negative între cupluri. Tehnicile

comportamentale includ contracte pentru urmărire prin sarcini sau activități specifice și teme pentru acasă pentru a generaliza deprinderile în afara terapiei. S-a ajuns la un consens privind faptul că terapia cognitiv-comportamentală îmbunătățește efectiv adaptarea și satisfacția maritală în comparație cu controalele listei de așteptare (Dunn & Schwebel, 1995; Jacobson & Addis, 1993; Lebow & Gurman, 1995; Shadish și alții, 1991) și rezultatele în schimbarea clinică semnificativă pentru majoritatea participanților (Baucom și alții, 1998). Rezultatele urmăririi sunt cumva dezamăgitoare, cu câștiguri de tratament menținute în cele mai multe studii până la un an (Hahlweg și Markman, 1988), deși există un procent important (38%) din divorțurile cuplurilor în cadrul a patru ani de la primirea TCC (Snyder și alții, 1991).

Intervențiile TCC s-au extins cu schimbarea centrului atenției în ultimii ani (Baucom & Epstein, 1991). De exemplu, o nouă abordare, terapia integrativ comportamentală de cuplu (Jacobson și alții, 2000; vezi Capitolul 14), abordează unele din limitările TCC, incluzând impactul redus asupra timpului (Hahlweg & Markman, 1988). Abordarea integrativă subliniază acceptarea caracteristicilor partenerilor care sunt de schimbat și folosește aceste obstacole ca platforme pentru stabilirea intimității mai mari. Abordarea integrativă a demonstrat eficiența preliminară comparativă în comparație cu TCC tradițională folosind mărimile de efect și ratingurile clinice semnificative pentru a măsura satisfacția maritală și a fost adaptată cu succes într-un format de grup (Jacobson și alții, 2000). În plus, o versiune intensificată a TCC cu structurare cognitivă și tehnici de explorare a afectului a fost testată, de asemenea, în comparație cu TCC standard, dar s-a constatat că este la fel de eficientă ca cea mai tradițională abordare comportamentală în

comunicărilor și percepțiilor negative și acasă (Halford, Sanders & 1993). În rezumat, Jacobson și 1993) afirmă că TCC este cea mai validată dintre abordările cuplurilor. Terapia maritală cognitiv-comportamentală (TMCC) se construiește pe baza puterilor TCC, dar cercetează și pe schimbarea credințelor și credințelor nerealiste cu intimitatea adaptivă. În meta-analiză cincisprezece procese randomizate ale lui Dunn și Schwebel (1993) pe terapii maritale, TMCC a fost superioară față de TCC, cât și terapiei maritale orientate pe schimbarea percepțiilor legate de soților de la pre- la post-tratament. Acestea, studiile în care tehnicile au fost testate în comparație cu standard sau folosite pentru creșterea comportamentelor maritale standard nu pot să furnizeze nici o probă convingătoare că intervențiile cognitive sunt mai eficiente decât TCC sau măresc eficiența (Jacobson, Bradbury & Beach, 1990). Jacobson și alții (1998) descriu TMCC ca „ineficientă”, având în vedere rezultatele mici ale eșantionului din studii vizitate și lipsa de dovezi care să demonstreze beneficiile suplimentare ale tehnicilor cognitive în comparație cu TCC.

Terapiile orientate pe intuiție, incluzând terapia de cuplu orientată pe intuiție și terapia focalizată emoțional, a fost supusă unei analize, investigațiilor procesului clinic care a demonstrat că nu sunt superioare față de TCC la post-tratament (Jacobson & Addis, 1993), dar nu există probe pentru superioritatea lor în comparație cu alte abordări (Baucom și alții, 1993). Abordarea terapiei maritale orientate pe intuiție (TOI) (Snuder & Wills, 1989) a crescut în popularitate și s-a focalizat pe metode empirice. TMOI leagă tehnicile de terapie și tehnicile sistemice pentru a crește eficiența cuplurilor în dinamica lor proprie

interpersonală și relațională, cu focalizare pe natura afectivă a interacțiunilor și facilitarea răspunsurilor partenerilor la nevoile emoționale exprimate de soții acestora. Meta-analiza lui Dunn și Schwebel (1995) a arătat că TMOI are mai mult succes decât TCC și TMCC în îmbunătățirea percepțiilor soților privind calitatea generală a relațiilor. Snyder, Wills și Grady-Fletcher (1991) au descoperit puține diferențe între TMOI și TCC în rezultatele maritale de la pre- la post-tratament sau la șase luni de urmărire, dar un studiu de urmărire de patru ani a arătat că un procentaj mai mare de cupluri din TCC au divorțat ulterior, decât cele în TMOI (38% față de 3%). Clar, TMOI este o abordare promițătoare în tratamentul depresiei și insatisfacției maritale.

Terapia de cuplu centrată emoțional (Greenberg & Johnson, 1988; vezi Capitolul 8) susține că dificultățile relaționale își au originea în renegarea sentimentelor și a nevoilor de legătură, creând cicluri interacționale negative și paternuri de comunicare inefficiente. Modelul identifică aceste probleme și ciclurile negative; ajută clienții să conștientizeze emoțiile subliniind aceste cicluri; asistă acceptarea pozițiilor partenerilor; și încurajează partenerii să-și comunice nevoile și emoțiile mai eficient, în spiritul generării soluțiilor și consolidării noilor poziții relaționale pentru a crește intimitatea. Terapia de cuplu focalizată emoțional a arătat o mai mare eficiență decât controlează lista de așteptare fără tratament (Goldman & Greenberg, 1992; Jacobson & Addis, 1993) și a demonstrat o eficiență superioară față de TCC în îmbunătățirea reglementării maritale din pre- până la post-test într-un studiu cu cuplurile cu depresie moderată (Johnson & Greenberg, 1985). Un studiu despre părinții copiilor bolnavi cronic a arătat că terapia maritală focalizată emoțional a redus mai eficient depresia maritală la post-tratament și urmărire de cinci luni

decât condiția de control a listei de așteptare (Wolker, Johnson, Manion & Cloutier, 1996). Având în vedere răspunsul la programele de cercetare și eficiența sa comparativă cu modelul TCC bine întocmit, terapia focalizată emoțional are un potențial important în tratamentul depresiei relaționale (Baucom și alții, 1998).

În sfârșit, o dovadă pentru folosirea tehnicilor terapiei strategice în contextul terapiei de cuplu este furnizată de Goldman și Greenberg (1992) și Davidson și Horvath (1997). Goldman și Greenberg (1992) au descoperit că modelul terapiei sistemice integrate a fost la fel de eficient ca terapia de cuplu focalizată emoțional și mai eficient decât un control pe lista de așteptare în ameliorarea depresiei relaționale și îmbunătățirea plângerilor țintă și a rezolvării conflictului. Mai mult, cuplurile din tratamentul integrat au arătat o mai mare menținere a câștigurilor tratamentului la o urmărire de patru luni decât cuplurile din terapia de cuplu focalizată emoțional. Davidson și Horvath (1997) au dezvoltat și testat o abordare a terapiei de cuplu de scurtă durată (trei ședințe) bazată pe modelul terapiei de scurtă durată de la MRI, care include intervenții de abținere și restrângere, precum și teme pentru acasă. Modelul terapiei strategice de cuplu de scurtă durată a fost mai eficient în îmbunătățirea reglementării relațiilor, rezolvarea conflictului și a plângerilor țintă decât condiția controlului listei de așteptare de la internare până la șase săptămâni de urmărire. Aceste rezultate inițiale de sprijinire a tehnicilor strategice de cuplu sugerează că alte investigații ale acestor abordări au potențialul să lărgască obiectul cercetării de intervenție maritală și de cuplu.

Direcții noi de cercetarea în terapia de cuplu. Descoperirile lui Snyder și alții (1991), care sugerează efectele superioare pe termen lung ale TMOI în comparație cu TCC,

au declanșat o serie de comentarii și recomandări de la cercetători importanți privind starea artei cercetării terapiei de cuplu și etapele următoare necesare ale acestei specialități. Neil Jacobson (1992), care a inițiat o dezbatere cu criticii săi a studiului lui Snyder și alții (1991), a sugerat că viitorul cercetării terapiei de cuplu stă în atenția mai mare acordată măsurării și controlării competenței terapeutice față de condițiile și operaționalizare a intervențiilor specifice din manualele de tratament. El a pledat mai puțin pentru focalizarea asupra studiilor „cailor de curse”, care compară diferitele modele și mai mult pentru atenția la studiile-model ale schimbării mecanismelor pentru identificarea ingredientelor esențiale ale tratamentului de succes, precum și la studii corespunzătoare pentru identificarea clienților care răspund foarte bine diferitelor tratamente. În timp ce există o anumită înțelegere că investigarea proceselor schimbării în model este critică, cercetătorii sugerează că ar putea fi prematur pentru terapia de cuplu să abandoneze studiile comparative ale diferitelor modele, având în vedere cunoștințele existente limitate ale eficienței abordărilor specifice (Gurman, 1991; Johnson & Greenberg, 1991).

Howard Markman (1991) recomandă o conceptualizare și o măsurare mai largă a funcționării relațiilor și a altor rezultate importante în cercetarea terapiei de cuplu, inclusiv sprijinul crescut privind datele observaționale și perioadele de urmărire mai lungi în procesele controlate. Recomandări mai recente pentru cercetarea terapiei de cuplu includ folosirea unor modele statistice și conceptuale mai sofisticate, precum modelarea ecuației structurale, care contează pentru interdependența intervenției și a proceselor interpersonale care apar în timpul tratamentului (Cook, 1998). În rezumat, cercetătorii terapiei de cuplu au produs un sprijin empiric solid pentru folosirea mai multor abordări pentru a interveni în cuplurile

și acești promotori ai tratamentului ar explora zone noi de investigație.

Contribuțiile cercetării la procesul de familie

Modelele de identificare ale schimbării terapeutice în terapia de familie. Cu toate descoperirile recenzate mai sus sunt necesare în stabilirea tipurilor intervențiilor care au potențial pentru rezolvarea problemelor psihologice și emoționale, ele oferă numai informații despre ingredientele esențiale ale terapiei de familie. Întrebări precum *de ce unele terapii sunt eficiente, cum se aplică în familiile, ce tehnici specifice de tratament sunt cele mai importante și ce sunt de impact ale clientului și terapeutului* schimbă direct și indirect nu pot fi răspunse în studiile comparative ale rezultatelor. La aceste întrebări se poate răspunde doar privind în interiorul terapiilor existente și folosind diferite tipuri de metodologie și strategii (de exemplu, analiza sistemică; Heatherington & Friedlander, 1990a) și instrumente analitice (de exemplu, analiza creșterii; Willett, Ayoub & Jameson, 1991), pentru a lega factorii specifici de „minirezultatele” din cadrul tratamentului și de rezultatele finale ale procesului tratamentului și al perioadelor de timp câteva luni mai târziu (Pinsof 1989). Cercetarea procesului are potențialul să clarifice dezvoltarea tratamentelor mai eficiente și să facă o punte peste golul dintre teorie și practică prin creșterea relevanței descoperirilor empirice ale practicienilor (Diamond & Diamond, 2001; Pinsof & Jameson, 2000). Această secțiune discută unele dintre cele mai importante descoperiri în cercetării procesului terapiei de familie, deși o prezentare completă a acestei teme ar cere cel puțin un capitol întreg.

Sugerăm alte lecturi din acest domeniu pentru o explorare mai cuprinzătoare a cercetării procesului terapiei de familie (de exemplu, Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson, 1994; Diamond & Diamond, 2001; Friedlander, Wildman, Heatherinton & Skowron, 1994; Pinsof, 1989).

Procesul formării alianței terapeutice în terapia de familie. Procesul construirii și negocierii alianțelor terapeutice multiple este mai complex în terapia de cuplu decât în cea individuală (Rait, 2000). Unele modele ale terapiei de familie au subliniat formarea unor alianțe multiple mai curând decât o conceptualizare a unei singure alianțe terapeutice (Liddle, 2002b). Mai mulți cercetători ai procesului terapiei de familie s-au focalizat pe investigarea modului în care terapeuții stabilesc și mențin alianța terapeutică importantă cu diferiții membrii ai familiei. De exemplu, Heatherington și Friedlander (1990b) au cercetat paternurile relaționale de control ale comunicării și impactul acestora asupra dezvoltării alianței terapeutice în terapia sistemică de familie. Ei au descoperit că terapeuții și membrii familiei au tins să interacționeze în moduri complementare, mai degrabă decât să aibă schimbări simetrice sau competitive. Cu toate acestea, nici un patern nu a fost legat de percepțiile membrilor familiei privind calitatea relației terapeutice.

În terapia de familie cu adolescenții care folosesc droguri, investigatorii au examinat impactul intervențiilor de implicare a adolescentului privind îmbunătățirea alianțelor terapeut-adolescent slabe la început, în decursul primelor trei ședințe ale terapiei de familie multi-dimensionale (TFMD), (Diamond, Liddle, Hogue & Dakof, 1999). Câștigurile importante în alianța funcțională au fost evidente când terapeuții au subliniat următoarele intervenții de construire a alianței: participarea la experiența adolescentului, formularea scopurilor semnificative

personale și prezentarea sinelui persoanei ca aliat al adolescentului. Lipsa îmbunătățirii sau deteriorarea din alianță a fost asociată cu petrecerea a prea mult timp de către terapeut pentru explicarea naturii terapiei, astfel așteptând prea mult să discute cum terapia ar putea avea o semnificație personală pentru adolescent. O a doua examinare a procesului de construire a alianței în TMFD a urmărit rolul dezvoltării temei importanței culturale. Jackson-Gilfort, Liddle, Dakof și Tejada (2001) au investigat dacă discuția terapeutică a temelor specifice culturale a sporit implicarea în tratament a tinerilor bărbați afro-americani care foloseau drogurile. Explorarea temelor particulare – supărarea și furia, alienarea și călătoria de la copilărie la maturitate (adică ceea ce înseamnă a deveni un bărbat afro-american) – sunt asociate, atât cu participarea crescută, cât și cu negativitatea scăzută la adolescenți în ședința de tratament imediat următoare. Acestea și alte studii ale alianței în terapia de familie au produs descoperiri clinice importante; totuși, cercetarea viitoare trebuie să examineze legăturile dintre relația terapeutică și rezultatele din terapia de familie.

Evenimentele schimbării critice din terapia de familie.

Cercetarea procesului se concentrează și asupra naturii și secvențelor care determină evenimente importante de schimbare în terapia de familie sau asupra acelor intervenții care conduc la rezolvarea problemelor sau la schimbări relaționale în cadrul familiei. De exemplu, Friedlander, Heatherington, Johnson și Skowron (1994) au studiat dinamica unor cazuri de terapie de familie structurală în care familiile sunt capabile să se deplaseze cu succes de la neimplicare la implicare. Folosind o metodă a inducției analitice modificată, care susține cu succes evenimentele de angajare sunt identificate și examinate și căutate să

cuprindă, atât experiențele interpersonale, cât și pe cele personale prin fiecare membru al familiei. Deși paternurile incompatibile caracterizează rezolvarea fiecărui impas al familiei, implicarea susținută implică, în general, solicitarea activă de către terapeut a gândirii și sentimentelor fiecărui membru al familiei despre impas și beneficiile reimplicării și ajutarea altor membri ai familiei să asculte punctul de vedere al celuilalt. În mod similar, în procesul studiilor terapiei de cuplu focalizată emoțional, Greenberg, Ford, Alden și Johnson (1993) au descoperit că evenimentele ședinței de vârf sunt asociate mai frecvent cu declarațiile afiliative, pozitive, concentrate pe sine (de exemplu, autodesprinderea, exprimarea), iar acceptarea, declarațiile prietenești prin paternuri, mai mult decât prin evenimentele sărace ale ședinței. Mai târziu, partenerii sunt gata să răspundă mai semnificativ cu o propoziție afirmativă după ce terapeutul a facilitat autodezvăluirea de celălalt partener.

Michael Nichols și colegii săi au validat recent o scară a ratingului pentru a facilita examinarea procesului complex al interpretărilor în terapia de familie (Allen-Eckert și alții, 2001). Cercetarea lor, cu terapeuți de familie deosebit de bine pregătiți și cu experiență, sugerează că învingerea conflictului familiei și ajutarea familiilor să-și schimbe poziția relațională este un proces complex care cere facilitare activă, directivă printr-un terapeut (Nichols & Fellenber, 2000). Ingredientele esențiale ale punerilor în scenă cu succes includ pregătirea pre-interpretării cu membrii familiei, specificarea unei agende și explicarea nevoii de dialog, conducerea modului în care trebuie să se discute, evitarea întreruperilor numai dacă nu este absolut necesar, menținerea acțiunii prin determinarea membrilor familiei să lucreze din greu în procesul comunicării și încheierea, prin furnizarea unei direcții clare clienților despre felul în

care să comunice unul cu altul. Dezvoltarea acestei scări va avansa neîndoiește această zonă a cercetării procesului.

Diamond și Liddle (1996) au folosit analiza sarcinii pentru a identifica acea combinație a intervențiilor clinice și interacțiunilor familiei necesară pentru a rezolva impasurile din ședință în MDFT (situațiile clinice caracterizate prin schimbările negative, dezangajarea emoțională și slaba rezolvare a problemei între părinți și adolescenți). Comportamentele terapeuților care au contribuit la difuzarea acestor interacțiuni negative au inclus: (a) blocarea sau abordarea activă și lucrul prin afect negativ; (b) evocarea și amplificarea gândurilor și sentimentelor care promovează dialogul constructiv; și (c) crearea acordurilor emoționale între membrii familiei prin lucrul alternativ în ședințe cu părinții singuri și adolescenții singuri – un fel de diplomatie alternativă. În cazurile de rezolvare cu succes a impasului, terapeutul a transformat natura și tonul conversației din ședință, schimbând învinovățirea părinților spre o focalizare asupra sentimentelor lor de regret și pierdere și alegând gândurile și sentimentele adolescenților despre barajele relaționale cu părinții și cu alții. Familiile cele mai conflictuale sunt mai puțin gata să se deplaseze spre un nou nivel conversațional. Studiul nu a mai funcționat în condițiile componentelor impasului, definind contribuțiile secvențiale, atât ale părinților, cât și ale adolescenților și specificând relația acțiunilor diferite ale terapeutului cu impasul.

În concluzie, studiile procesului care examinează evenimentele schimbării cu succes au iluminat unele din ingredientele esențiale ale terapiei de familie eficiente. Luate împreună, rezultatele acestor investigații sugerează că evenimente schimbate sunt facilitate de o gamă de intervenții de familie la un nivel mult mai vulnerabil, autorevelator, afectiv și ajută alți

membrii ai familiei să asculte și să răspundă în consecință.

Genul în procesul terapiei de familie.

Investigațiile rolului genului în terapia de familie au produs, de asemenea, importante descoperiri relevante pentru practica clinică. Newberry, Alexander și Turner (1991) au examinat microsecvențele schimbărilor terapeut-client în prima etapă a terapiei de familie funcționale, pentru a examina efectele rolurilor sexului terapeutului și clientului asupra comportamentelor fiecăruia în terapie. Ei au descoperit că ratele de bază ale intervențiilor de sprijin și structurare nu diferă între terapeuții bărbați și femei în formare, și nu diferă în frecvența utilizării cu clienți bărbați și femei; cu toate acestea, secvențele comportamentelor dintre terapeuți și clienți sunt determinate în parte de gen. Tatii răspund mai pozitiv intervențiilor de structurare decât mamele, iar terapeuții femei sunt mai potriviți decât terapeuții bărbați pentru a primi răspunsuri de sprijin, atât de la clienții bărbați, cât și femei, ca urmare a folosirii intervențiilor lor de sprijin. Interesant, terapeuții femei au răspuns în consecință cu răspunsuri mult mai structurate decât bărbații, ca urmare a răspunsurilor de sprijin ale clientului. Într-o investigație a genului în primul interviu, folosind o abordare terapiei de familie structural/strategică, în mod similar, Shields și McDaniel (1992) nu au descoperit diferențe în frecvența declarațiilor de sprijin ale terapeuților, bărbați și femei, dar ei au descoperit diferențe în modurile în care membrii familiei răspund terapeuților în funcție de genul terapeuților. De exemplu, membrii familiei și-au făcut declarații mai conflictuale unul altuia în prezența terapeuților femei și au făcut comentarii mai structurate în fața terapeuților care erau bărbați decât în fața celor care erau femei. În sfârșit, Werner-Wilson, Price, Zimmerman și Murphy (1997) au analizat casetele video ale

ședințelor de terapie de familie pentru a studia rolul genului în controlul conversațional și au descoperit că terapeuții de familie în formare întrerup femeile de trei ori mai mult decât pe clienții bărbați. Având în vedere aceste descoperiri inițiale, investigația genului ca o variabilă în procesul terapiei de familie este în mod clar o cale rodnică pentru alte investigații.

Investigațiile de proces în terapia de familie în cazul problemelor de comportament la copii și adolescenți.

Studiile de proces specifice intervențiilor familiei cu copii și adolescenți cu probleme de comportament au examinat legăturile dintre schimbarea părinte și copil/adolescent în terapie și alte probleme importante despre lucrul efectiv cu familiile dificile. De exemplu, studiul de proces de pionierat al lui Patterson și Chamberlain a identificat modalitățile în care contribuie terapeuții la rezistența parentală în terapie și au pavat, astfel, calea pentru progresele dezvoltării tratamentului în intervențiile familiei cu copii și adolescenți problemă. Schmidt, Liddle și Dakof (1996) au investigat natura și mărimea schimbării în comportamentele părinților în TFMD, precum și legătura dintre schimbarea subsistemului parental și reducerea folosirii drogurilor de către adolescenți și altă simptomatologie. Părinții au arătat scăderi semnificative în comportamentul parental negativ (de exemplu, afectul negativ, agresiunea verbală și angajamentul) în decursul terapiei. Mai mult, aceste schimbări în comportamentul parental au fost asociate cu reducerile în folosirea drogurilor de către adolescent și cu comportamentul problemă. Aceste rezultate susțin doctrina de bază a tratamentelor bazate pe familie: schimbarea unui aspect fundamental al sistemului familiei (practicile parentale) este legată de schimbarea la nivelul critic al interesului – reducerea simptomelor adolescentului. Mai

mult, aceste date sugerează că riscul parental și factorii protectori pentru folosirea drogurilor sunt accesibili intervenției în cadrul unui mediu terapeutic.

Mann, Borduin, Henggeler și Blaske (1990) au descoperit că familiile cu adolescenți delincvenți au mai multe coaliții transgeneraționale și conflicte maritale la internare decât familiile cu control sănătos. Mai mult, în decursul terapiei multisistemice, descreșterile în simptomele adolescenților și tatilor sunt legate de îmbunătățirile relațiilor maritale. Deși rezultatele nu au susținut legătura dintre reducerile din simptomele adolescenților și nu au îmbunătățit relațiile părinte-adolescent, aceste descoperiri au arătat impactul negativ al coalițiilor nesănătoase, instabile, din terapia de familie. Cu toate acestea, o investigație ulterioară a arătat o asociere clară între funcționarea îmbunătățită a familiei (monitorizare și coeziune parentală crescute) și delincvență redusă la adolescenți, mediată de afilierea scăzută cu egali delincvenți (Huey, Henggeler, Brondino & Pickrel, 2000). Acest studiu a fost unic prin aceea că a investigat dimensiunea în care „dozajul” terapeutic sau mărimea fidelității modelului prescris a avut impact asupra îmbunătățirilor funcționării familiei și simptomelor adolescentului. De fapt, aderența terapeuților la modelul lor a determinat dimensiunea schimbării familiei, care a fost asociată cu afilierea redusă cu perechile negative și, în consecință, cu descreșterea delincvenței.

În sfârșit, cercetătorii terapiei de familie au investigat secvențele comportamentului terapeuțului și familiei care au condus la un comportament pozitiv al adolescenților delincvenți și al părinților acestora în ședință. Robbins, Alexander, Newell și Turner (1996) au descoperit că reformulările terapeuțului sunt numai intervențiile care se potrivesc cu răspunsurile pozitive de la adolescenții delincvenți din primele ședințe ale terapiei

de familie funcționale, sugerând că reformularea poate avea un rol deosebit de important în implicarea adolescenților rezistenți în decursul fazei timpurii a terapiei. Robbins, Alexander și Turner (2000) au studiat în continuare procesele prin care terapeuții erau capabili să distrugă interacțiunile defensive la adolescenții delincvenți și părinții acestora în ședință. Asemănător primului studiu, reformulările terapeutului sunt singurele intervenții care reduc efectiv declarațiile defensive ale membrilor familiei. Aceste studii au fost instrumentul schițării comportamentelor specifice ale terapeutului în ședință care au condus la schimbări în comportamentul membrilor familiei necesare pentru a modela rezultate pozitive pe termen lung.

Acesta este numai un eșantion al cercetării de proces condusă de cercetătorii de intervenție ai familiei. Fără îndoială, domeniul se mișcă spre o mai mare specificitate a intervențiilor necesare pentru a produce schimbări imediate și mai durabile la client și membrii familiei. De exemplu, o evaluare a aderenței dimensiunii la care terapeuții furnizează TFMD și TCC într-un proces clinic cu utilizatori de droguri adolescenți, nu numai că stabilește că terapeuții realizează fidelitatea modelelor lor respective, ci și că implementarea unor intervenții foarte specifice ar putea fi diferențiată folosind un instrument de rating al terapiei (Hogue și alții, 1998). Acestea și alte sisteme de coduri sunt avansate în investigarea secvențialității și implementării cu succes a intervențiilor terapeutice specifice (Hogue, Liddle & Rowe, 1996; Allen-Eckert și alții, 2001). Încă din momentul în care aceste investigații de proces au răspuns întrebărilor importante despre critica paternurilor din terapia schimbării, domeniul terapiei de familie are cunoștințe foarte limitate despre modalitățile în care intervențiile și procesele de schimbare a terapiei sunt legate de rezultatele pe termen

scurt și lung (Friedlander, 2001). Myrna Friedlander și colegii ei (1994) sugerează că cercetarea procesului terapiei de familie poate avansa, de asemenea, prin studierea experiențelor și perspectivelor membrilor familiei în terapie și după aceea, precum și, examinarea, în detaliu, a modului în care intervențiile afectează schimbarea la membrii familiei, în diferite moduri. Cercetarea procesului oferă în mod clar oportunități importante pentru progresul domeniului terapiei de familie și continuă să reducă cercetarea și să separe practica.

Concluzii și direcții viitoare

Orice discuție a cercetării terapiei de familie ar putea da dovadă de neglijență dacă nu reușește să abordeze înregistrarea terapiei de familie a neglijenței și uneori chiar a relațiilor adverse cu cercetarea. În ciuda indicațiilor timpurii pe care sprijinul empiric pentru eficiența terapiei de familie l-ar fi integrat în cultura terapiei de familie (Framo, 1976), au existat multe devieri de la cercetare în decursul anilor. Organizațiile profesionale cele mai apropiate de terapia de familie, AAFTA și AAMFT, au fost neclare sau confuze în ceea ce privește rolul pe care cercetarea trebuie să-l joace în curentul principal al terapiei de familie, incluzând rolul acesteia la conferințe, în programele de formare și eforturile de predare, educația profesională continuă și chiar în eforturile de finanțare, licențiere orientate pe asociere și certificare. Astfel, conducerea care ar fi putut fi exercitată prin aceste grupuri profesionale în legătură cu integrarea sensibilităților și conținutului cercetării în practica terapiei de familie nu s-au materializat niciodată. A fost absentă, de asemenea, conducerea și executarea cu succes a schimbării sistemului (de exemplu, referitor la legătura cerceta-

re-practică) din domeniu. În timp ce unele articole sunt scrise deplângând deconectarea cercetare-practică, schimbarea privind aceste recomandări a luat mult timp să se materializeze. Parte a dificultății în obținerea de progrese în golul cercetare-practică are de-a face cu complexitatea problemei, natura cercetării care a fost făcută până în acel moment și cultura muncii clinice, incluzând acele aspecte ale culturii practice sprijinite și predate în programe de formare.

Astăzi, cu toate acestea, există semne ale schimbării. De exemplu, AAMFT a dedicat una din recente sale conferințe anuale abordării temei terapiilor sprijinite empiric. Acesta este un strigăt îndepărtat al echipei de cercetare aici sau acolo, la o reuniune cu acest scop. În plus, AAFTA are acum în mod regulat sesiuni poster de cercetare, așa cum face AAMFT, și o ședință plenară dedicată subiectelor de cercetare. Dacă aceste dezvoltări sunt încercări pentru a altera imaginea domeniului sau semne ale unei schimbări originale rămâne să se vadă. În plus, chiar în aceste evenimente orientate spre cercetare continuă, procesul de influențare încercat este mai complex decât au anticipat cercetătorii sau practicienii (Brown, 2000, IOM, 1998). Mai mult, cercetătorii sunt conștienți mai mult decât oricând de costul muncii produse (de exemplu, modelele clinice, descoperirile), care este insuficient relevat clincienilor. Poate noi înțelegem acum că diatribele trecutului (de exemplu „ce e rău cu terapia de familie”), ineficiente așa cum au fost în promovarea vreunei schimbări în problemele fundamentale care aparțin relației cercetare-practică, sunt un preludiu al schimbării sau poate o etapă a schimbării.

Deși domeniul a subliniat nevoia de a face cercetare relevantă pentru clinicieni, poate problema golului cercetare-practică are de a face cu cadrul acestei probleme. De exemplu, trebuie ca orice cercetare să fie direct rele-

vantă pentru practica terapiei? Îndoielnic. Cercetarea și practica sunt două contexte ale diversității remarcabile, astfel, sfaturile generale despre importanța cercetării și practicii pentru fiecare pot fi insuficient precizate sau prost conduse. Studiile rezultatelor sunt relevante pentru terapeuți într-o anumită măsură, în alte moduri ele nu sunt încă. Vorbind în general, ar putea fi interesant și poate folositor pentru clinicieni să știe despre dimensiunea scăderii problemelor grave, precum folosirea drogurilor sau tulburările de conduită, care au fost obținute cu un tratament condus după manual. Dar, în general, această informație este raportată în condițiile grupurilor de persoane, în timp ce terapeuții lucrează în condițiile cazurilor individuale care pot sau nu pot fi similare celor incluse în studiile rezultatelor.

Din ce în ce mai mult, studiile măsoară, de asemenea, și raportează schimbările în factorii de protecție, precum schimbarea organizațională a familiei, practicile parentale și succesul crescut la școală, ca rezultat al terapiei de familie. Aceste descoperiri sunt importante pentru terapeuți pentru a înțelege că ei pun în lumină faptul că nu este suficient să reduci pur și simplu simptomele, dar că este, de asemenea, important să crească reglarea pozitivă în zonele specifice ale funcționării familiei – zone care sunt cunoscute pentru a fi instrumentul realizării rezultatelor bune de dezvoltare și sistematizării. Cunoștințele despre ce se poate schimba în terapia eficientă, ce este important să se schimbe și cum secvențele schimbării ar putea să se dezvolte aduc o contribuție enormă la practica clinică. În timp ce cunoștințele bazate pe cercetare pot confirma ceea ce clinicienii „știu” deja, contribuția cercetării este o cale suplimentară de „cunoaștere” a descrierii duale a terapiei clasice de familie, care este interesantă și importantă și care este încă o modalitate de

Înteleg contribuția cercetării în terapia de familie contemporană.

Poate că în arena studiului de proces este cel mai ușor să faci caz de cât de folositoare este cercetarea contemporană pentru practica de fiecare zi (Pinsof & Wynne, 2000). Cercetarea procesului încearcă să illumineze lucrările interne ale terapiei și ale relațiilor terapeutice. Cunoscând impasurile terapeutice și rezolvarea lor cu succes, legătura alianței terapeutice cu rezultatele clinice, dificultățile și etapele angajării eficiente, procesul schimbării comportamentului important, precum practicile parentale în familiile simptomatice – toate acestea sunt punctele cercetării procesului curent – sunt ilustrații ale cunoștințelor îmbunătățite ale terapiei. Într-un fel, poate cercetarea și-a luat (sau i s-a atribuit) prea multă responsabilitate pentru a nu schimba practica, atunci când există alte probleme contextuale de implementare, care au legătură cu problemele de formare și dezvoltare profesională și lipsa oportunităților de a testa modele eficiente în instituțiile clinice care servesc unele din responsabilitățile influenței limitate a cercetării în practica terapiei de familie. Aici intră în joc asociațiile profesionale de tot felul, orientate sau nu pe terapie și grupurile asociate și certificate profesional.

Aceste organizații profesionale pot face foarte mult pentru a sprijini includerea terapiilor bazate pe știință în practica de fiecare zi. Administrațiile de stat ale sănătății mentale, abuzului de droguri și justiția juvenilă leagă acum din rutină fondurile pentru servicii de capacitatea furnizorilor de servicii de a implementa tratamente cu eficiență dovedită. Combinată cu primirea uniform pozitivă a cercetării terapiei de familie în cercurile federale de finanțare, precum și în fundațiile private de finanțare și grupurile care fac politica, aceste dezvoltări sugerează că cercetarea terapiei de familie a

avut mai mult decât un impact în afara terapiei de familie decât în cadrul acesteia. Până când cercetarea terapiei de familie nu va devini una cu programele de formare în care metodele clinice sunt predate, nu se va schimba cultura terapiei de familie privind valorile și convingerile cercetării odată pentru totdeauna.

Există o cauză pentru entuziasmul din domeniul cercetării în terapia de familie, semnele de progres din ultimii ani și schimbările pozitive de la orizont. Modelele terapiei de familie oferă un cadru conceptual care organizează informațiile complexe, pe mai multe niveluri despre etiologia și menținerea problemelor, legând cunoștințele științifice de bază despre psihopatologia de dezvoltare de intervențiile specifice. Astfel, terapia de familie are o structură conceptuală în cadrul căreia cercetarea clinică relevantă poate fi organizată și tratamentele dezvoltate în continuare. Popularitatea terapiilor bazate pe familie a crescut în ultimul deceniu, așa cum au confirmat terapeuții și cercetătorii că includerea părinților și a altor membri ai familiei în tratament este critică pentru angajarea cu succes a clienților și pentru o eficiență globală. Anumite terapii bazate pe familie, ghidate de manuale sunt practicate de terapeuți nu ca o constrângere, ci ca acordând suficientă flexibilitate (Ghodley și alții, 2001). Numeroase ghiduri practice și rapoarte ale fundațiilor influente private și grupurilor care fac politica au subliniat importanța muncii cu părinții și familiile clienților, reprezentând o schimbare majoră față de cele de acum un deceniu. Cercetarea poate, așa cum am văzut în ultimii ani, să influențeze schimbările la nivel politic și practic, care sprijină creșterea resurselor și oportunităților pentru diseminarea tratamentelor bazate pe familie sprijinite empiric în practică.

—Lecturi recomandate—

- Alexander, J.E., Holtzworth-Munro, A., & Jameson, P.B. (1994). Research on the process outcome of marriage and family therapy. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th ed. New York : Wiley.
- Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T., Daiuto, A. D., & Stickle, T.R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(1): 53-88.
- Cook, W. L., (1998). Integrating models of interdependence with treatment evaluations in marital therapy research. *Journal of Family Psychology*. 12 (4): 529-542.
- Estrada, A.U. & Pinsof, W. M. (1995). The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21: 403-440.
- Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherinton, L. & Skowron, E.A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*. 8(4):390 – 416.
- Goldstein, M. J., & Miklowitz, D. J. (1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21: 361 – 376.
- Gottman, J. M., Ryan, K. D., Carrere, S., & Erley, A. M., (2001). Toward a scientifically based marital therapy. In *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 147-174). H. A. Liddle, D.A. Santisteban, R.E. Levant, & J. H. Bray, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jacobson, N. S., & Addis, M.E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61 (1):85-93.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60(5): 733-747.
- Lebow, J. L., & Gruman, A. S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology*. 46:27-57.
- Liddle, H. A., Bray, J. H., Levant, R. F., & Santisteban, D.A. (2001). Family psychology intervention science: An emerging area of science and practice. In *Family psychology: Science-based interventions* (pp.3-15). H. A. Liddle, D. A. Santisteban, R. F. Levant, & J. H. Bray, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- Liddle, H. A., Rowe, C.I., Quille, T., Dakof, G., Sakran, E., & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-developed adolescent drug abuse treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Special Edition on Transferring Research to practice (D. Simpson. Ed.).
- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*. 108(2): 291-307.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (1999). Treatment models and methods: family models. In *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 287-305). B.S. McCrady & E.E. Epstein, eds. New York : Oxford University Press.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1992). A functional analysis of resistance (A neobehavioral perspective). In *Why don't people change? New perspectives on resistance and noncompliance*. H. Arkowitz, ed. New York : Guilford Press.
- Pinsof, W.M., & Wynne, I.C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions and recommen-

- ations. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:585-614.
- Inf, W. M., & Wynne, I.C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*. 26(1): 1-8.
- er, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*. 21: 119-144.
- ish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy. A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21: 345-360.
- Snyder, D. K., Cozzi, J.J., & Mangrum, I.E. (2001). Conceptual issues in assessing couples and families. In *Family Psychology: Science-based interventions* (pp. 69-87), H. A. Liddle, D.A. Santisteban, R.F. Levant, & J. H. Bray, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- ## Bibliografie
- ander, J.E, Holtzworth-Munro, A., & Jameson, P.B. (1994). Research on the process outcome of marriage and family therapy. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. New York : Wiley.
- ander, J. F., and Parsons, B V. (1973). Short-term behavioral intervention, with delinquent families: impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*. 81: 219-225.
- ander, J.F., & Parsons, B.V. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Books/Cole.
- ander, J. F. Sexton, T. L., & Robbins, M.S. (2001). The development status of family therapy in family psychology intervention science. In *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 17-40). H.A. Liddle, D.A. Santiesteban, R.F. Levant, & J. H. Bray, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- an-Eckert, H., Fong, E., Nichols, M.P., Watson, N., & Liddle, H. A. (2001). Development of the Family Therapy Enactment Rating Scale. *Family Process*. 40(4): 469-478.
- an, E. (2002). Multiple family therapy: An overview. *Journal of Family Therapy*. 24(1): 3-16.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*. 14:339-348.
- Azrin, N. H., Danohue, B., Teichner, G.A., Crum, T., Howell, J., Decato, L.A. (2001). A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disorder and substance-dependent youth. *Journal of Child and Adolescent substance Abuse*. 31(1):1-43.
- Azrin, N. H., McMahon, P.T., Donohue, B., Besalel, V.A., Lapinski, K.J., Kogan, E.S., Acierno, R.E., & Galloway, E. (1994). Behavioral therapy for drug abuse: controlled treatment outcome study. *Behaviour Research and Therapy*. 33:858-866.
- Backer, T.E., & Richardson, d. (1989). Building bridges: Psychologists and families of the mentally ill. *American Psychologist*. 44(3): 546-550.
- Bank, L., Morlowe, J. H., Reid, J. B., & Patterson, G.R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 19(1): 15-33.
- Barber, J.G. (1995). Working with resistant drug abusers. *Social Work*. 40 (1): 17-23.

- Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(6): 926-941.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., and Fletcher, K. F. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60 (3): 450-462.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*. 27(4):459-468.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., and Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64:333-342.
- Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.M. & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 24(2): 187-203.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S.W., Morning, J., O'Brien, R., Schonfield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 158:1706-1713.
- Barton, C., Alexander, J.F., Waldron, H., Turner, C.W., & Warburton, J. (1985). Generalizing treatment effects of functional family therapy. Three replications. *American Journal of Family Therapy*. 13:16-26.
- Basco, M.R., Prager, K.J., Pita, J.M., Tamir, L.M., & Stephens. J.J. (1992). Communication and intimacy in the marriages of depressed patients. *Journal of Family Psychology*. 6(2):184-194.
- Baucom, D.H., M & Epstein, N. (1991). Will the real cognitive-behavioral marital therapy please stand up? *Journal of Family Psychology*. 4(4):394-401.
- Baucom, D., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., and Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(1):53-88.
- Birmaher, B., Brent, D.A., Kolko, D.J., Baugher, M., Bridge, J., Iyengar, S., & Ulloa, R.E. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 57:29-36.
- Blechman, E.A., & Vryan, K.D. (2000). Prosocial family therapy: A manualized preventive intervention for juvenile offenders. *Aggression and Violent Behavior*. 5(4):343-378.
- Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Henggeler, S.W. Fucci, B.R., Blaske, D.M. & Williams, R.A. (1995) Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63(4): 569-578.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S., and Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and support therapy. *Archives of General Psychiatry*. 54:877-885.
- Brewin, C.R., MacCarthy, B., Duda, K., & Vaughn, C.E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(4): 546-554.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Arencibia-Mireles, O., Richter, L., & Whitman, M. (2001). Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and time. *Journal of Genetic Psychology*. 162(3): 357-374.

- Brown, B.S. (2000). From research to practice. The bridge is out and the water's rising. *Advances in Medical Sociology*. 7:345-365.
- Brown, T.L., Henggeler, S. W., Schoenwald, S.K., Brondino, M. J., & Pickrel, S.G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile offenders: Effects on school attendance at posttreatment and 6-month follow-up. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*. 2:81-93.
- Bukstein, O.G., & the Work Group on quality Issues (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36 (Suppl. 10): 1408-1568.
- Cano, A., & O'Leary, K.D. (2000). Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(5): 774-781.
- Carr, A. (2000). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation 1. Child-focused problems. *Journal of Family Therapy*. 22:29-60.
- Caughlin, J.P., Huston, T.L., & Houts, R.M. (2000). How does personality matter in marriage? An examination of trait anxiety, interpersonal negativity, and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 78(2) 326-336.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), (1999). *Treatment of adolescents with substance use disorders. Treatment improvement protocol (TIP) Series. Number 32*. DHHS Publication no. (SMA) 01-3494. Eashington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Chassin, L., Pitts, S.C., DeLucia, C., & Todd, M. (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 108(1): 106-119.
- Coatsworth, J.D., Santiesteban, D.A., McBride, C.K., & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*. 40(3):313-332.
- Coffey, E.P., Olson, M.E., & Sessions, P. (20012). The heart of the matter: An essay about the effects of managed care on family therapy with children. *Family Process*. 40(4): 385-399.
- Colahan, M., & Robinson, P.H. (2002). Multifamily groups in the treatment of young adults with eating disorders. *Journal of Family Therapy*. 24(1):17-30.
- Corder, B.F., Corder, R. F., and Laidlaw, N.C. 1972. An interview treatment program for alcoholics and their wives. *Quarterly Journal of the Study of alcohol*. 33:1144-1146.
- Cole, D.A., & McPherson, A.E. (1993). Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessment strategy. *Journal of Family Psychology*. 77(1): 119-133.
- Cook, W.I. (1998). Integrating models of interdependence with treatment evaluations in marital therapy research. *Journal of Family Psychology*. 12(4): 529-542.
- Cumsille, P.E. & Epstein, N. (1994). Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Journal of Family Psychology*. 8(2): 202-214.
- Dadds, M.R., Holland, D.E., Laurens, K.R., Mullins, M., Barrett, P.M. & Spence, S.H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(1): 145-150.
- Dadds, M. R., Sanders, M. R., Morrison, M., & Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*. 101(3):505-513.
- Dadds, M. R., Spence, S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M., & Laurens, K.R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety dis-

- orders: A controlled trial. *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 65(4): 627-635.
- Dakof, G.A., Quille, T.J., Tejeda, M.J., Albera, I.R., Bandstra, E., & Szapocznik, J. (in press). Enrolling and retaining cocaine abusing mothers into drug abuse treatment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*.
- Davidson, G. N. S., and Horvath, A. O. (1997). Three sessions of brief couples Therapy: A clinical trial. *Journal of Family Therapy*. 11(4):422-435.
- Dennis, M.I., Titus, J.C., Diamond, G., Babor, t., Donaldson, J., Godley, S.H., Tims, F., Webb C., Liddle, H.A., & Scott, C. (in press). The cannabis youth treatment (CYT) experiment: A multisite study of five approaches to outpatient treatment for adolescents. *Addiction*.
- Diamond, G. M., Liddle, H.A., Hogue, A., & Dakof, G.A., (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy*. 36:355-368.
- Diamond, G.S., & Diamond, G.M. (2001). Studying a matrix of change mechanisms: An agenda for family-based process research. In *Family Psychology: Science-based interventions* (pp. 41-66). H.A. Liddle, D.A. Santiesteban, R.E. Levant, & J.H. Bray, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- Diamond, G. S., and Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents. In *Multi-dimensional Family Therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64:481-488.
- Diamond, G. S., and Liddle, H. A. 1999. Transforming negative parent-adolescent interaction: From impasse to dialogue. *Family Process*. 38: 5-26.
- Diamond, G. S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (in press). Attachment based family therapy for depressive adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Diamond, S.S., & Siqueland, L. (2001). Current status of family intervention science. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 10(3):641-661.
- Dishion, T.J., & Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation of problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63(4):538-548.
- Dishion, T.J., & Kavanagh, K. (2000). A multi-level approach to family-centered prevention in schools: Process and outcome. *Addictive Behaviors*. 25(6): 899-911.
- Doane, J.A., Miklowitz, D.J., Oranchak, E., Flores de Apodaca, R., Karno, M., Strachan, A.M., & Jenkins, J.H. (1989). Parental communication deviance and schizophrenia: A cross-cultural comparison of Mexican- and Anglo-Americans. *Journal of Abnormal Psychology*. 98(4): 487-490.
- Donohue, B., Azrin, N., Lawson, H., Friedlander, J., Teicher, G., & Rindsber, J. (1998). Improving initial session attendance of substance abusing and conduct disordered adolescents: A controlled study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*. 8(1): 1-13.
- Downey, G, & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*. 108(1): 50-76.
- Drug Strategies (2002). *Treating teens: A guide to adolescent drug programs*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dulcan, M.K., Benson, S., & the Work Group on Quality Issues. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36(9): 1311-1317.
- Dunn, R. L., and Schwebel, A. I. (1995). Metaanalytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*. 9(1): 58-68.
- Edwards, M. E., and Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcohol-

- ism. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21(4):475-509.
- Epstein, E.E., & McCrady, B.S., (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*. 18(6): 689-711.
- Estrada, A. U., and Pinsof, W. M. (1995). The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21: 403-440.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., and McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York : Guilford Press.
- Fals-Stewart, W., & Birchler, G. R. (1998). Marital interactions of drug-abusing patients and their partners: Comparisons with distressed couples and relationship to drug-using behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*. 12(1): 28-38.
- Fals-Stewart, W., & Birchler, G.R. (2001). A national survey of the use of couples therapy in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 20: 277-283.
- Fals-Stewart, W., Bichler, G.R., & O'Farrell, T.J. (1996). Behavioral couples therapy for male substance abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(5):959-972.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., and Birchler, G. R., Tiller, S., & McFarlin, S.K. (2000). Behavioral couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients: An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18:249-354..
- Fendrich, M., Warren, V., & Weissman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*. 26(1):40-50.
- Fincham, F.D., Bradbury. T.N. & Beach, S.R. H. (1990). To arrive where we began: A reappraisal of cognition in marriage and in marital therapy. *Journal of Family Psychology*. 4(2):167-184.
- Fishman, H.C., Andes, F., & Knowlton, R. (2001). Enhancing family therapy: The addition of a community resource specialist. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27 (11): 111-116.
- Forehand, R, Brody, G., Slotkin, J., Fauber, R., McCombs, A., and Long N. (1988). Young adolescent and maternal depression: Assessment, interrelations, and family predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(3): 422-426.
- Framo, J.I. (1976). Chronicle of a struggle to establish a family unit within a community mental health center. In *Family therapy: Therapy and practice*. P. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- French, M.T., Roebuck, M.C., Dennis, M.L., Babor, T., Diamond, G., Godley, S., Tims, F., Liddle, H.A., & Herrell, J. (in press). The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: Findings from a multisite filed experiment. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Southamer-Loeber, M., Christ, M.G., & Hanson. K., (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psycho-pathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60 (1): 49-55.
- Friedlander, M.L. (2001). Family therapy research: Science into practice, practice into science. In *Family therapy: Concepts and methods* (pp.485-521). M. Nichols & R. Schwartz, eds. Boston: Allyn & Bacon.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., Johnson, B., and Skowron, E. A. (1994). Sustaining engagement: A change event in family therapy. *Journal of Counseling Psychology*. 41(4):438-448.
- Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherington, L., and Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family

- therapy. *Journal of Family Psychology*. 8(4):390-416.
- Fristad, M. A., & Clayton, T.L. (1991). Family dysfunction and family psychopathology in child psychiatry outpatients. *Journal of Family Psychology*. 5(1): 46-59.
- Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R., & Katzman, D.K. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*. 45:173-178.
- Glynn, S.M., Eth, S., Randolph, E.T., Foy, D.W., Urbaitis, M., Boxer, I., Paz, G.G., Leong, G.B., Firman, G., Salk, J.D., Katzman, J.W., & Crothers, J. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(2):243-251.
- Godley, S.H., White, W.L., Diamond, L., & Titus, J.C. (2001). Therapist reactions to manual-guided therapies for the treatment of adolescent marijuana users. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 8(4): 405-417.
- Goldman, A., and Greenberg, L. 1992. Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60:962-969.
- Goldman Sher, T., & Baucom, D.H. (1993). Marital communications: Differences among maritally distressed, depressed, and nondistressed-nondepressed couples. *Journal of Family Psychology*. 7(1):148-153.
- Goldman Sher, T., Baucom, D.H., & Larus J. M. (1990). Communications patterns and response to treatment among depressed and nondistressed maritally distressed couples. *Journal of Family Psychology*. 4 (1): 63-79.
- Goldstein, M.J., (1987) Family interaction patterns that attend the onset of schizophrenia and related disorders: A further analysis of data from a longitudinal prospective study: In *Understanding major mental disorder: the contribution of family interaction research* (pp. 11-32). K. Hahlweg & M.J. Goldstein, eds. New York: Family Process Press.
- Goldstein, M. J., and Miklowitz, D. J. (1995). The effectiveness of psychoducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:361-376.
- Goldstein, M.J., Rodnick, E., Evans, J., May, P., & Steinberg, M. (1978). Drug and family therapy in the after care of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*. 35:1169-1177.
- Gordon, D.A., Graves K., & Arbuthnot, J. (1995). The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*. 22: 60-73.
- Greenberg, L. S., Ford C. L. Alden, L., and Johnson, S. M. 1993. In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61:78-84.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S.M., (1998) *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Gurman, A. S., and Kniskern, D. P. (1981). Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/ Mazel.
- Hahlweg, K., and Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57:440-447.
- Hahlweg, K., Weideman, G. (1999). Principles and results of family therapy in schizophrenia. In *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 249. (Supp. 4): 108-115.
- Halford, W. K., Sanders, M.R., & Behrens, B.C. (1993). A comparison of the generalization of behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 61(1): 51-60.

- D.R., Bailey, C.E., & Pennick, K.A. (1991). A content analysis of research in family therapy journals. *Journal of Marital and Family Therapy*. 26(1): 9-16.
- Henggeler, S.W., Cooper, H.M. & Borduin, C.M. (1991). Evaluating the effectiveness of family therapies. An interactive review and analysis. *Psychological Bulletin*. 101(3): 428-442.
- Henggeler, S.W., & Stanton, M.D. (1998). Family-based treatment: Stages and outcomes. In *Handbook of addictive disorders* (2nd ed., pp. 496-520). R.J. Fraces & S.I. Miller, Eds. New York: Guilford Press.
- Henggeler, S.W., & Friedlander, M. L. (1990b). Complementarity and symmetry in family communication. *Journal of Counseling Psychology*. 37(4):261-268.
- Henggeler, S. W., and Borduin, C. M., Melton, G.B., Mann, B.J. Smith, L.A., Hall, J.A., & Fucci, B.R., (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse among juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*. 1:40-51.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., Brondino, M J., & Turner, D.G., & Hanley, J.H. (1997). Multisystemic therapy with violent and delinquent juvenile offenders and their families: A study of treatment fidelity in successful implementation. *Journal, of Consulting and Clinical Psychology* 65 (5): 821-833.
- Henggeler, S.W., Melton, G. B., & Smith, L.A. (1998). Family preservation using multisystemic therapy. An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(6): 953-961.
- Henggeler, S. W., Melton, G.B., Smith, L.A., Schoenwald, S.K., & Hanley, J.H. (1993). Family preservation using multisystemic therapy. Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*. 2: 283-293.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G. & Brondino, M.J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*. 1: 171-184.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., Brondino, M.J. & Crouch, J.L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry*. 153: 427-428.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., & Pickrel, S.G. (1995). Multisystemic therapy: Bridging the gap between university- and community-based treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63(5): 709-717.
- Hinrichsen, G.A., & Pollack S. (1997). Expressed emotion and the course of late-life depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 106(2): 336-340.
- Hogue, A., Liddle, H.A., Becker, D., & Johnson-Leckrone, J. (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: Immediate outcomes. *Journal of Community Psychology*. 330: 1-22.
- Hogue, A., Liddle, H.A., Becker, D., & Rowe, C. (1996). Treatment adherence process research in family therapy: A rationale and some practical guidelines. *Psychotherapy: Theory Research, Practice, & Training*. 33:332-345.
- Hogue, A., Liddle, H.A., Rowe, C., Turner, R. M., Dakof, G., & La Pann, K. (1998) Treatment adherence and differentiation in individual versus family therapy for adolescent substance abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45: 104-114.
- Hooley, J.M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*. 98(3):229-235.
- Huey, S.J., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2000). Mechanism of change in multi-systemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence

- and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(3): 451-467.
- Institute of Medicine (IOM). (1998) *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. Washington, DC. National Academy Press.
- Jackson-Gilfort, A., Liddle, H.A., Teheda, M.S., & Dakof, G. (2001). Facilitating engagement of African American male adolescents in family therapy. A cultural theme process study. *Journal of Black Psychology*. 27:321-340.
- Jacobson, N.S. (1991). Toward enhancing the efficacy of marital therapy and marital therapy research. *Journal of Family Psychology*. 4(4): 373-393.
- Jacobson, N.S., & Addis, M.E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 61(1): 85-93.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couples therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (68(2): 351-355.
- Jacobson, N.S., Dobson, K., Frunzetti, A.E., Schmalings, D.B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59: 547-557.
- Jacobson, N. S., Frunzzetti, A. E., Dobson, K., Whisman, M., and Hops, H. (1993). Couple therapy as a treatment for depression: II. The effects of relationship quality and therapy on depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61(3): 516-519.
- Jacobson, N.S., Holtzworth-Munroe, A., & Schmalings, K.B. (1989). Marital therapy and spouse involvement in the treatment of depression, agoraphobia, and alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57(1): 5-10.
- Joaning, H.J., Quinn, Q., Thomas, E., & Mullen, R. (1992). Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18: 145-356.
- Johnson, S.M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family therapy*. 11: 313-317.
- Johnson, S.M., & Greenberg, L.S. (1991). There are more things in heaven and earth than are dreamed of in BMT: A response to Jacobson. *Journal of Family Psychology*. 4(4): 407-415.
- Josephson, A.M. & Serrano, A (2001). The integration of individual therapy and family therapy in a treatment of child and adolescent psychiatric disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 10(3):431-450.
- Kaiser, A., Hahlweg, K., Fehm-Wolfsdorf, G., & Groth, T. (1998). The efficacy of a compact psychoeducational group training program for married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(5): 753-760.
- Kaslow, F. W., & Lebow, J. (2002). *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol. 4. Integrative/ eclectic*. New York : Wiley.
- Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin*. 102:187-203.
- Kazdin, A. E. (1999). The meaning and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(3): 332-339.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65(3): 453-463.
- Kazdin, A. E., Sieell, T.C., & Bass, D., (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60(5):733-747.

- Kelley, M.L., & Fals-Stewart, W. (2002). Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse. Effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(2): 417-427.
- Kilgore, K., Snyder, J., & Lentz, C. (2000). The contribution of parental discipline, parental monitoring, and school risk to early-onset conduct problems in African American boys and girls. *Developmental Psychology*. 36(6): 835-845.
- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Garvey, K.A., La Monaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 56: 85-96.
- Klein, K., Forehand, R., Armistead, L., & Long, P. (1997). Delinquency during the transition into early adulthood: Family and parenting predictors from early adolescence. *Adolescence*. 32(125): 61-80.
- Klein, N.C., Alexander, J.F., & Parsons, B.V. (1977). Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45: 469-474.
- Kolko, D.J., Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, H., & Birmaher, B., (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(4): 601-614.
- Landau, J., Garret, J., Shea, R.R., Stanton, M.D., Brinkman-Sull, D., & Baciewicz, G. (2000). Strength in numbers: The ARISE method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 26(3): 379-398.
- Lattimer, P.J., Wagner, H.L., & Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: An observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review*. 8(5) 355-368.
- Lavee, Y., M. & Altus, D. (2001). Family relationships as a predictor of post-treatment drug abuse relapse: A follow-up study of drug addicts and their spouses. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*. 23(4): 513-530.
- Law, D.D., & Crane, D.R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance organization. *Journal of Marital and Family Therapy*. 26(3): 281-291.
- Lebow, J.L., & Gurman, A.S. (1998). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology*. 46:27-57.
- Lemmon, C.R., & Josephson, A.M. (2001). Family therapy for eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 120(3) 519-542.
- Lewingsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H., & Andrews J (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behaviour Therapy*. 21: 285-401.
- Lewis, R.A., Piercy, F.P., Sprenkle, D.H. & Trepper, T.S. (1990). Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 5:82-95.
- Liddle, H.A. (1991). Empirical values and the culture of family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* (17(4): 327-348.
- Liddle, H.A. (1996). Family-based treatment for adolescent problem behaviors: Overview of contemporary developments. *Journal of Family Psychology*. 10(1): 3-11.
- Liddle, H.A. (2002a) Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse. Findings from the multidimensional family therapy research program. In *Problems of Drug Dependence 2001: Proceedings of the 63rd Annual Scientific Meeting* (pp.113-115). L.S. Harris, ed. NIDA Research Monograph No. 182, NIH Publication 02-5097. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Liddle, H.A. (2002b). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users. Cannabis youth treatment (CYT) series. Vol 5.*

- Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment (CSAT).
- Liddle, H.A. (Sub tipar). Family-based treatments for adolescent substance abuse: Research contributions, advances and directions. *Addiction*
- Liddle, H.A., Bray, J.H., Levant, R.F., & Santisteban, D.A. (2001). Family psychology intervention science: An emerging area of science and practice. In *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 3-15). H.A. Liddle, D. A. Santisteban, R.F. Levant, & J.H. Bray, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- Liddle, H. A., and Dakof, G. A. 1995. Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:511-544.
- Liddle, H.A., Dakof, G., & Diamond, G. (1991). Adolescent substance abuse: Multidimensional family therapy in action. In *Family therapy approaches with drug and alcohol problems* (2nd ed., pp. 120-171). E Kaufman & P. Kaufman, eds Boston: Allyn & Bacon.
- Liddle, H. A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Teheda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 27(4): 651-687.
- Liddle, H.A., & Rowe, C.I. (1998). Family measures in drug abuse prevention research. In *Drug abuse prevention through family interventions* (pp. 324-372). Monograph No. 177, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.D., & Lyke, J. (1998). Translating parenting research into clinical intervention for families with adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 3(3) 419-443.
- Liddle, H.A. Rowe, C.I., Quille, T., Dakof, G., Sakran, E., & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-developed adolescent drug abuse treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment* (Special edition on Transferring Research to Practice. 22:231-243.
- Lindhal, K.M. (1998). Family process variables and children's disruptive behavior problems. *Journal of Family Psychology*. 12(3): 420-436.
- Long, P. Porehand, R., Wierson, M., & Morgan, A (1994). Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behavior Research and Therapy*. 32(1):101-107.
- Lopez, S.R., Nelson, K.A., Snyder, K.S., & Mintz, J. (1990). Attributions and effective reactions of family members and course of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 108(2): 307-314.
- Lyon, M., Chatoor, I., Atkins, D., Silber, T., Mosimann, J. & Gray, J. (1997). Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents. *Adolescence*. 32(125):101-111.
- Mabe, P.A., Turner, K., & Josephson, A.M. (2001). Parent management training. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 10(3): 451-474.
- Maharaj, S., Rodin, G., Connolly, J., Olmsted, M., & Daneman, D. (2001). Eating problems and the observed quality of mother-daughter interactions among girls with type I diabetes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69(6): 950-958.
- Malone, C.A. (2001). Child and adolescent psychiatry and family therapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 10(3): 395-413.
- Mann, B.J., Borduin, C.M., Henggeler, S.W., & Blaske, D.M. (1990). An investigation of systemic conceptualizations of parent-child coalitions and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58(3): 336-344.
- Marcus, N.E., Lindhal, K.M., & Malik, N.M. (2001) Interparental conflict, children's social cognitions, and child aggression: A test of a mediational model. *Journal of Family Psychology*. 15(2): 315-333.

- Markman, H.J. (1991) Backwards into the future of couples therapy and couples therapy research : A comment on Jacobson. *Journal of Family Psychology*. 4(4): 416-425.
- Marsh, D.T., & Johnson, D.L. (1997). The family experience of mental illness: Implications for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*. 28(3): 229-237.
- Mazzeo, S.E., & Espelae, D.L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*. 49 (1): 86-100.
- McCrady, B.S., & Epstein, E.E. (1996). Theoretical bases of family approaches to substance abuse treatment. In E. Rotgers & D.S. Keller (eds). *Treating substance abuse: Theory and technique. The Guilford substance abuse series* (pp. 117-142). New York : Guilford Press.
- McCrady, B.S., & Ziedonis, D. (2001). American Psychiatric Association practice guidelines for substance use disorders. *Behavior Therapy*. 32: 309-336.
- McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*. 34:127-144.
- McGillicuddy, N.B., Rychtarik, R.G., Duquette, J.A. & Morsheimer, E.T. (2001). Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 20:59-68.
- Meyers, R.J., Miller, W., & Smith, J.E. (2001). Community reinforcement and family training (CRAFT). In *A community reinforcement approach to addiction treatment. International research monographs in the addictions* (pp. 147-160). R.J. Meyers & W.R. Miller, eds. New York : Cambridge University Press.
- Meyers, R.J. & Smith, J.E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York : Guilford Press.
- Miklowitz, D.J., & Goldstein, M.J. & Nuechterlein, K. H. (1995) Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective patients. *Journal of Abnormal Psychology*. 104 (2): 268-276.
- Miklowitz, D.J., Velligan, D.I., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Gitlin, M.J., Ranlett G., & Doane, J.A. (1991). Communication deviance in families of schizophrenic and manic patients. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(2): 163-173.
- Miller, G.E., & Prinz, R.J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108 (2): 291-307.
- Miller, I.W., Keitner, G.I., Whisman, M.A., Ryan, C.E., Epstein, N.B., & Bishop, D.S. (1992). Depressed patients with dysfunctional families. Description and course of illness. *Journal of Abnormal Psychology*. 101 (4): 637-646.
- Miller, W.R., Meyers, R.J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(5): 688-697.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B., and Baker, L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moos, R.H., Cronkite, R.C., & Moos, B.S. (1998a). The long-term interplay between family and extrafamily resources and depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 112(3): 326-343
- Moos, R.H., Cronkite, R.C., & Moos, B.S. (1998b). Family and extrafamily resources and 10-year course of treated depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 107(3): 450-460.

- Morojele, N.K., & Brook, J.S. (2001). Adolescent precursors of intensity of marijuana and other illicit drug use among adult initiators. *Journal of Genetic Psychology*. 162(4): 430-450.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Wade, J.H., Sayers, S.L., Tierney, A., & Haas, G. (1993). Expressed emotion, social skill, and response to negative affect in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 102(3): 339-351.
- Mueser, K.t., Sengupta, A., Schooler, N.R., Bellack, A.S., Xie, H.M., Glick, I.D., & Keith, S.J. (2001). Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69(1):3-12.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2002). *Modifying and testing efficacious behavioral therapies to make them more community friendly*. RFA-DA-02-006. National Institute on Drug Abuse (<http://www.nida.nih.gov>).
- Newberry, A.M. Alexander, J. F., & Turner, C.W. (1991). Gender as a process variable in family therapy. *Journal of Family psychology*. 5(2): 158-175.
- Newman, F.L., & Tejeda, M.J. (1996). The need for research designed to support decisions in the delivery of mental health services. *American Psychologist*. 51: 1040-1049.
- Nichols, M.P., & Fellenber, S. (2000). The effective use of enactments in family therapy: A discovery-oriented process study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 26(2): 143-152.
- Nichols, M.P., & Schwartz, R.C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods (4th ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Nye, C.I., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1995). Early intervention in the path to alcohol problems through conduct problems: Treatment involvement and child behavior change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63(5):831-840.
- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W (1999). Treatment models and methods: Family models. In *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 287-305). B.S. McCrady & E.E. Epstein. Eds. New York : Oxford University Press..
- O'Leary, K. D., & Beach, S.R.H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*. 147: 183-186.
- Ozechowski, T., & Liddle, H.A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 3(4): 269-298.
- Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine*. 20(4): 961-865.
- Patterson, G. R. 1986. Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*. 41:432-444.
- Patterson, G.R. (1995). Coercion as a basis for early age of onset for arrest. In Coercion and punishment in long-term perspectives (pp. 81-105). J.McCord, ed. New York : Cambridge University Press.
- Patterson, G. R., and Chamberlain, P. (1992) A functional analysis of resistance (A neobehavioral perspective). In *Why don't people change? New perspectives on resistance and noncompliance*. H. Arkowitz, ed. New York : Guilford Press.
- Pinsof, W.M. (1989) A conceptual framework and methodological criteria for family therapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57(1): 53-59.
- Pinshof, W.M., & Hambright, A.B. (2001). Toward preventive and clinical relevance: A preventive intervention model for family therapy research and practice. In *Family Psychology: Science-based interventions* (pp. 177-195). H.A. Liddle, D.A., Santiesteban, R.F. Levant, & J.H. Bray, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pinsof, W. M., and Wynne, L. C. (1995). The efficacy overview, conclusions and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:585-614.

- Wynne, (2000). Toward progress in closing the gap between family practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*. 26(1): 1-8.
- Herman, P.C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*. 53: 207-213.
- Miller, G.E. (1994). Family based treatment for childhood antisocial behavior: Parental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62(3): 645-650.
- (2000). The therapeutic alliance in family and family therapy. *JCLP/In Session: Journal of Family Therapy in Practice*. 56(2) 211-224.
- Humphrey, L.L., & Lyons, J.S. (1996). Structural analysis of families with eating-dependent, bulimic, or normal adolescent daughter. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(6): 1255-1262.
- Johnson-Sabine, E. (1995). Bulimia nervosa: Five-year social outcome and relationship to eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*. 18(2): 127-133.
- Alexander, J.F., R.M., & Turner, C.W. (1996). The immediate effect of family therapy on client attitude in family therapy. *Journal of Family Psychology*. 10(1): 28-34.
- Alexander, J.F., & Turner, C.W. (1996). Disrupting defensive family interaction in family therapy with delinquent adolescents. *Journal of Family Psychology*. 10(4): 693-701.
- Segel, P.T., Koepke, T., Moye, A.W., & Alexander, J.F. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with bulimia nervosa. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 15(2): 111-116.
- LS., Goldstein, M.J., Mintz, J., & K.H. (1995). Expressed emotion and clinical psychopathology observable in the transactions between schizophrenic patients and their family members. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21(2): 259-267.
- Rotunda, R.J., & O'Farrell, T.J. (1997). Marital and family therapy of alcohol use disorders: Bridging the gap between research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*. 28(3): 246-252.
- Rotuna, R. J., Scherer, D.G., & Imm, P.S. (1995). Family systems and alcohol misuse: Research on the effects on alcoholism on family functioning and effective family interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*. 26 (1): 95-104.
- Rowa, J., Kerig, P.K., & Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*. 9(2): 97-114.
- Rowe, C.L., Liddle, H.A., McClintic, K., & Quille, T. (2002). Integrative treatment development. Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In „*Comprehensive handbook of psychotherapy. (Volume 4: Integrative/ Eclectic therapies.* (pp. 133-161). E. Kaslow & J. lebow, eds. New York : Wiley.
- Russell, G.F.M., Dare.C., Eisler, I., & LeGrange, P.D.F. (1994). Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa. In *Psychobiology and the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa.* (pp. 237-262) K.A. Halmi, ed. Washinton DC: American Psychiatric Press.
- Russell, G. F. M., Szmuher, G. L., Dare, C., and Eisler, I, (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 44: 1047-1056.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*. 21: 119-144.
- Sanders., M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(4): 624-640.

- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, E. J., and LaPerriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*. 10:35-44.
- Schmidt, S. E., Liddle, H. A., and Dakof, G. A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*. 10:12-27.
- Schoenwald, S.K., Ward, d.M. Henggeler, S.W., Pickrel, S.G. & Patel, H. (1996). MST treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies*. 5: 431-444.
- Scholz, M., & Asen, E (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review*. 9: 33-42.
- Schwartz, J.A., Kaslow, N.J., Racusin, G.R., Carton, E.R. (1998). Interpersonal family therapy for childhood depression. In *Handbook of psychological treatment protocols for children and adolescents* (pp. 109-151). V.B. Van Hasselt & M. Hersen, eds. New York: Erlbaum.
- Sexson, S.B., Glanville, D. N., & Kaslow, N.J. (20001). Attachment and depression: Implications for family therapy. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 10 (3): 465-486.
- Shadish, W.R., Montgomery, L.M., Wilson, P. Wilson, M.R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61 (6): 992-1002.
- Shadish, W., R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., and Montgomery, L, M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy. A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:345-360.
- Shields, C. G., & McDaniel, S.H. (1992). Process differences between male and female therapists in a first family interview, *Journal of Family Psychology*. 18: 143-151.
- Simoneau, T.L., Miklowitz, D.J., Richards, J.A., Saleem, R., & George, E.I. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducation treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*. 108 (4): 588-597.
- Singer, M. & Wynne, L. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics. IV. Results and implications. *Archives of General Psychiatry*. 12: 201-212.
- Sisson, R. W., and Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 17:15-21.
- Slesnick, N. & Waldron, H.B. (1997). Interpersonal problem-solving interactions of depressed adolescents and their parents. *Journal of Family Psychology*. 11(2):234-245.
- Smith, M. L., Sayger, T.V., & Szykyla, S.A. (1999). Child-focused family therapy: Behavioural family therapy versus brief family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 20(2): 83-87.
- Snyder, D.K., Cozzi, J.J., & Magrum, L.F. (2001) Conceptual issues in assessing couples and families. In *Family Psychology: Science-based interventions* (pp.69-87), H.A. Liddle, D.A. Santisteban, R.F. Levant, & J.H. Bray, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- Snyder, D.K., & Wills, R.M., (1989). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57: 38-46.
- Snyder, D.K., willis, r.M. & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(1): 138-141.

- ... J.J., & Patterson, G.R. (1995). Individual difference in social aggression: A test of reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy*, 26 (2): 171-391.
- ... R., & Redmond, C. (1995). Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. *Journal of Family Psychology*, 9 (3): 294-310.
- ... M.D. (1985). The family and drug abuse. In *Alcoholism and substance abuse: Strategies for clinical intervention* (pp. 398-430). L. Bratter & G. Forrest, eds. New York: Free Press.
- ... M. D., Shadish, W.R. (1997). Outcome, retention, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122(2):170-191.
- ... M.D. & Todd, T.C. (1982) *Family therapy for drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.
- ... K.D., Humphrey, L.L., Laurent, J., Kingston, R., & Christopher, J. (1993). Cognitive, behavioral and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5) 878-886.
- ... H., & the Work Group on Quality Issues (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10 Supplement): 1228-1398.
- ... Miller, M., Duncan, T., Bank, I., & Patterson, G.R. (1993). Some problems and solutions in the study of change: Significant patterns in adolescent resistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6): 920-928.
- ... Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2001). *Summary of findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse*, Rockville, MD: Author.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O., and Kurtines, W. 1988. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4):552-557.
- Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vasquez, A., Hervis, O., Posada, V., and Kurtines, W. 1989. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5):571-578.
- Szapocznik, J., & Williams, R.A. (2000). Brief strategic family therapy. Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(2): 117-134.
- Tarrier, N. Barrowclough, C., Vaughan, C., Bramrah, J., Procdedy, K., Watts, S., & Freeman, H. (1989) Community management of schizophrenia: A two year follow-up of a behavioral intervention with families. *British Journal of Psychiatry*, 154:625-628.
- Van Furth, E.E., van Strien, D.C., Martina, L.M.L., von Son, M.J.M., Hendrickx, J.J.P., van Engeland, H. (1996). Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1): 19-31.
- Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129: 125-137.
- Vuchinich, S., Bank, L., & Patterson, G.R. (1992). Parenting, peers, and the stability of antisocial behavior in preadolescent boys. *Developmental Psychology*, 28(3): 510-521.
- Wade, T.D., Treloar, S.A., & Martin, N.G. (2001). A comparison of family functioning, temperament, and childhood conditions in monozygotic twin pairs discordant for life time bu-

- limia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 158(7): 115-1157.
- Waldron, H. B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome. A review of randomized trials. In *Advances in clinical child psychology* (Vol. 19, pp. 199-234). T.H. Ollendick & R.J. Prinz, eds, New York : Plenum Press.
- Waldron, H.B., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcome for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (5): 802-813.
- Walker, J. G., Johnson, S., Manion, L., and Cloutier, P. 1996. Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (5):1029-1-36.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62(3): 583-593.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65(1): 93-109.
- Webster-Stratton, C, Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57(4): 550-553.
- Wells, K. (1995). Family preservation services in context: Origine, practices, and current issues. In *Home-based services for troubled children* (pp. 1-28). I.M. Schwartz & P. AuClair, eds. Lincoln. University of Nebraska Press.
- Werner-Wilson, R. J., Price, S. J., Zimmerman, T. S., and Murphy, M. J. (1997). Client gender as a process variable in marriage and family therapy: Are women clients interrupted more than men clients? *Journal of Family Psychology*. 11(3): 373-377.
- Whaley, S.E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67:826-836.
- Whitbeck, L. B. M., Hoyt, D.R., Simons, R.L., Conger, R.D., Elder, G.H., Lorenz, F.O., & Huck, S. (1992). Intergenerational continuity of parental rejection and depressed affect. *Journal of Personality and Social Psychology*. 63(6): 1036-1045.
- Wierson, M., & Forchand, R. (1994). Parent behavior training for child noncompliance: rational, concepts, and effectiveness. *Current Directions in Psychological Science*. 3(5): 146-150.
- Wilett, J.B., Ayoub, C.C., & Robinson, D. (1991). Using growth modeling to examine systematic differences in growth: An example of change in the functioning of families at risk of maladaptive parenting, child abuse, or neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(1): 38-47.
- Williams, R.J., & Chang, S.Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7: 138-166.
- Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R., & Kelley M.L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients. Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(2): 344-355.
- Winters, K., Latimer, W., & Stinchfield, R. (1999). Adolescent treatment. In *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment* (pp. 350-361), P.J. Ott, R.E Tarter, & R.T. Ammerman, eds. Boston: Allyn & Bacon.



Surse recomandate

Concepte generale ale sistemelor

- Minuchin, P. and McGoldrick, M. 1988. *The changing family lifecycle. A framework for family therapy*. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Minuchin, P. J., Fogarty, T. F., Fay, L. F., and Kautto, J. 1996. *Working with relationship triangles: the two-three of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Minuchin, P. L. 1981. *The foundations of family therapy*. New York, Basic Books.
- Minuchin, P. E. Ed. 1993. *Secrets in families and family therapy*. New York. Norton.
- Minuchin, P. E. și Bowen, M. 1988. *Family evaluation*. New York, Norton.
- Minuchin, P. S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA; Harvard University Press.
- Minuchin, P. M. P. 1999. *Inside family therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Minuchin, P. T. J. and McCrady, B. S., eds. 1978. *Marriage and marital therapy*. New York. Brunner/Mazel.
- Minuchin, P., Beavin, J. and Jacson, D. 1967. *Semantics of human communication*. New York, Norton.

Cultura și terapia de familie

- Boyd-Franklin N. 1989. *Black families in therapy: A multisystems approach*. New York, Guilford Press.
- Davis, L. and Proctor, E. 1989. *Race, gender and class: Guidelines for practice with individuals, families and groups*. Englewood Cliffs. NJ, Prentice-Hall.
- Pedersen, P. 1987. The frequent assumptions of cultural bias in counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development*. 15:16-24.
- Pinderhuges, E. 1989. *Understanding race, ethnicity, power: The key to efficacy in clinical practice*. New York: The Free Press.
- Sue, D.W. and Sue, D. 1990. *Counseling the culturally different: Theory and practice*. 2nd ed. New York: Wiley.
- Walsh, F. 1998. *Revisioning family therapy*. New York. Guilford Press.

Căsătorie

- Dicks, H. V. 1967. *Marital tensions*. New York, Basic Books.
- Guerin, P. J., Fay, L., Burden, S., and Kautto, J. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict*.

- A fourstage approach*. New York: Basic Books.
- Lenderer, W., and Jackson, D. 1968. *The mirages of marriage*. New York; Norton.
- Lerner, H. G. 1985. *The dance of anger: A woman's guide to changing patterns of intimate relationships*. New York, Harper & Row.
- Scarf, M. 1987. *Intimate partners: Patterns in love and marriage*. New York: Random House.

Familia prin alianță și familia extinsă

- Guerin, P. J. ed. 1976. *Family therapy: Theory and practice*. New York, Gardner Press.
- Lerner, H. G. 1989. *The dance of intimacy: A woman's guide to courageous acts of change in key relationships*. New York, Harper & Row.
- McGoldrick, M. And Gerson, R. 1985. *Genograms in family assessment*. New York, Norton.

Familii cu nou-născuți și copii mici

- Brazelton, T. B., 1983. *Infants and mothers: Differences in development*. Rev. Ed. New York, Dell.
- Combrinck-Graham, L. ed. 1988. *Children in family contexts: Perspectives on treatment*. New York: Guilford Press.
- Faber, A., and Mazlish, E., 1974. *Liberated parents, liberated children*. New York: Grosset & Dunlap.
- Ginott, H. 1969. *Between parent and child*. New York: Macmillan.
- Patterson, G. 1975. *Families: Application of social learning theory to family life*. Champaign, IL: Reserche Press.

Familii cu copii mai mari

- Bank, S., and Kahn, M. 1982. *The sibling bond*. New York: Basic Books.
- Blos, P. 1979. *The adolescent passage: Developmental issues*. New York: International Universities Press.
- Faber, A., and Mazlish, E. 1987. *Siblings without rivalry*. New York: Norton.
- Fishel, E. 1979. *Sisters: Love and rivalry inside the family and beyond*. New York: Quill/William Morrow.

- Micucci, J. 1998. *The adolescent in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Schlaadt, R., and Shannon, P. 1986. *Drugs of choice*. 2nd ed. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Sells, S., 1998. *Treating the tough adolescent*. New York: Guilford Press.

Divorțul, recăsătoria și separarea

- Ahrons, C., and Rodgers, R. 1981. *Divorced families: A multidisciplinary development view*. New York: Norton.
- Isaacs, M. B., Motalvo, B., and Abelson, d. 1986. *The difficult divorce*. New York: Basic Books.
- Vaughan, D. 1986. *Uncoupling: turning points in intimate relationships*. New York: Oxford University Press.
- Visher, E., and Visher, J. 1988. *Old loyalties, new ties: Therapeutic strategies with stepfamilies*. New York: Brunner/Mazel.

Părăsirea casei și anii de după copilărie

- Levinson, D. 1978. *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine.
- Nichols, M. P. 1987. *Turning forty in the eighties*. New York: Fireside/Simon & Schuster.
- Viorst, J. 1986. *Necessary losses*. New York: Simon & Schuster.

Tehnicile terapiei de familie

- Anderson, C., and Stewart, S. 1983. *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: Guilford Press.
- Dattilo, F., ed. 1998. *Case in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Press.
- Donovan, J.M. 1999. *Short-term couple therapy*. New York: Guilford Press.
- Gerson, M.-J. 1996. *The embedded self: A psychoanalytic guide to family therapy*. New York : Analytic Press.
- Guerin, P. J., Fay, L., Burden, S., and Kautto, J. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach*. New York: Basic Books.

Isaacs, M. B., Montalvo, B., and Abelsohn, d. 1986. *The difficult divorce: Therapy for children and families*. New York: Basic Books.

Minuchin, S., and Fishman, H. C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA. Harvard University Press.

Minuchin, S. and Nichols, M. P. *Family healing:*

Tales of hope and renewal from family therapy. New York: The Free Press.

Taibbi, R. 1996. *Doing family therapy: Craft and creativity in clinical practice*. New York: Guilford Press.

White, M., and Epston, D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Glosar

- Acomodare** = Elementele unui sistem reglate pentru a coordona funcționarea acestora; oamenii trebuie să lucreze asupra acestuia.
- Analiza funcțională a comportamentului** = În terapia comportamentală operantă, un studiu al unui comportament particular, ce anume îl provoacă și ce anume îl întărește.
- Anorexia nervosa** = Autoînfoimetare care conduce la pierderea a 25% sau mai mult din greutatea corpului, hiperaciditate, hipotermie și anehoree (la femei).
- Asimetrie maritală** = Termen folosit de Lidz pentru căsătoria patologică în care un soț îl domină pe celălalt.
- Autoobiect** = Termen folosit de Kohut pentru o persoană privită nu ca pe un individ separat, ci ca pe o extindere a sinelui.
- Bulimia** = O tulburare alimentară caracterizată prin crize de mâncat excesiv urmate de vomități autoinduse, curățire cu laxative, exerciții grele sau post.
- Cauzalitate circulară** = Ideea că evenimentele sunt în legătură prin serii de bucle interactive sau cicluri repetitive.
- Cauzalitate liniară** = Ideea că un eveniment este cauza și altul este efectul; în comportament, ideea că un comportament este un stimul, celălalt un răspuns.
- Cibernetică** = Studiul proceselor de control în sisteme, în special analiza fluxului de informații în sisteme închise.
- Cibernetică de gradul întâi** = Ideea că un observator extern poate studia și face schimbări într-un sistem, în timp ce rămâne separat și independent de acel sistem.
- Cibernetica de gradul doi** = Ideea că oricine, încercând să observe și să schimbe un sistem, este de aceea parte a acelui sistem.
- Ciclul vieții familiei** = Stadii ale vieții familiei de la separare unuia din părinți până la căsătorie, apariția copiilor, creșterea în vârstă, pensionarea și finalmente moartea.
- Client** = Termen folosit de De Shazer pentru un client care nu numai că reclamă o problemă („reclamant”), ci este motivat să o rezolve.
- Coaliție** = O alianță între două persoane sau unități sociale împotriva unei a treia.
- Coaliție transgenerațională** = O alianță necorespunzătoare între un părinte și un copil, care se aliază împreună împotriva unui al treilea membru al familiei.

Complementar = Relațiile bazate pe diferențele care unesc, unde calitățile unuia completează lipsurile celuilalt; unul este sus, în timp ce altul este jos.

Condiționare operantă = O formă a învățării în care o persoană sau un animal este recompensat/ă pentru executarea unor anumite comportamente; abordare majoră în cele mai multe forme ale terapiei comportamentului.

Condiționarea clasică = O formă a învățământului sensibil în care un stimul necondiționat (SNC), precum salivarea, este pereche cu un stimul condiționat (SC), precum un clopoțel, rezultatul căruia este faptul că SC începe să evoce același răspuns; folosit în tratamentul comportamental al tulburărilor de anxietate.

Conotație pozitivă = Tehnica lui Selvini Palazzoli care atribuie motivele pozitive pentru comportarea familiei în scopul promovării coeziunii familiei și evitării rezistenței la terapie.

Construcționism social = Ca și constructivismul, provoacă noțiunea unei baze obiective pentru cunoaștere. Cunoașterea și înțelegerea sunt modelate prin ipoteze împărtășite cultural.

Constructivism = Un punct de vedere relativ care subliniază construirea subiectivă a realității. Sugerează că ceea ce vedem în familie poate fi bazat, atât pe preconcepțiile noastre, cât și pe ceea ce de fapt se întâmplă.

Contract întâmplător = O tehnică a terapiei comportamentale în care se fac contracte între membrii familiei pentru a schimba recompense pentru comportamentul dorit.

Contratransfer = Reacție emoțională, de obicei inconștientă și adesea distorsionată, din partea terapeutului pentru un pacient sau un membru al unei familii în tratament.

Control aversiv = Folosirea pedepsei și a criticii pentru a elimina răspunsurile

nedorite; folosit de obicei în familiile disfuncționale.

Copil-părinte = Un copil căruia i s-a alocat puterea de a avea grijă de frații lui mai mici; adaptabil când o face deliberat în familii mari sau familii cu un singur părinte; neadaptabil atunci când aceasta rezultă din abdicarea neplanificată de la responsabilitățile parentale.

Cultură = Paternurile comune de comportament și experiență derivate din contextual în care oamenii trăiesc.

Demolare = O abordare postmodernă pentru explorarea semnificației prin luarea separat și examinarea categoriilor și a ipotezelor luate drept bune, care fac posibile construcțiile mai noi și mai corecte ale semnificației.

Desene făcute de familie = O tehnică de terapie experiențială în care membrilor familiei li se cere să deseneze ideile lor despre cum este organizată familia.

Detriunghiulare = Procesul prin care un individ se îndepărtează el însuși sau ea însăși de domeniul emoțional al celorlalți doi.

Dezangajarea = Termen folosit de Minuchin pentru izolarea psihologică, care rezultă din granițele prea rigide din jurul indivizilor și subsistemelor într-o familie.

Diferențierea sinelui = Separare psihologică a intelectului și emoțiilor și independența sinelui de alții; opusul fuziunii.

Dinamica grupului = Interacțiuni între membrii grupului care apar ca rezultat al proprietăților grupului decât, mai degrabă, a personalităților lor individuale.

Directivă paradoxală = O tehnică folosită în terapia strategică, unde terapeutul conduce membrii familiei să continue comportamentul lor simptomatic. Dacă ei se conformează, ei admit controlul și expun câștigul secundar; dacă se revoltă, ei renunță la simptome.

Directive = Teme pentru acasă concepute să ajute familiile să întrerupă paternurile

homeostatice ale comportamentului care menține problema.

Echifinalitate = Calitatea sistemelor complexe de a ajunge la un scop final dat printr-o varietate de căi diferite.

Echipa de reflecție = Technica lui Tom Andersen de a avea o echipă care observă, împărtășind reacțiile lor cu familia, ca urmare a unei ședințe.

Ecomonie simbolică = Un sistem de premii folosind puncte care pot fi acumulate și schimbate pentru articole sau comportamente întărite.

Empatie = Expresia înțelegerii și acceptării sentimentelor altuia.

Epistemologie = Ramura psihologiei interesată de studiul cunoașterii. Folosit de Bateson cu sensul de vedere globală sau sistem de credințe.

Etnicitate = Obârșia comună prin care grupurile de oameni dezvoltă valorile și obiceiurile împărtășite.

Excepție = Termen folosit de De Shazer pentru perioadele în care clienții sunt eliberați temporar de problemele lor. Terapeuții centrați pe soluție se concentrează pe excepții pentru a ajuta clienții să construiască deprinderi de rezolvare a problemei cu succes.

Externalizare = Tehnică folosită de Michael White personificând problemele ca externe persoanelor.

Extindere = Eliminarea comportamentului prin neîntărirea acestuia.

Familia de origine = Părinții și frații unei persoane; se referă de obicei la familia nucleară de origine a unui adult.

Familia extinsă = Rețeaua relațiilor de rudenie de-a lungul mai multor generații.

Familia nucleară = Părinții și copiii acestora.

Familii amestecate = Familii separate, unite prin căsătorie, familii vitrege.

Feedback = Reîntoarcerea unei porțiuni din ceea ce intră într-un sistem, în special,

atunci când este folosit pentru a menține ieșirea în limite predeterminate (feedback negativ) sau pentru a semnaliza nevoia de a modifica sistemul (feedback pozitiv).

Fixație = Oprirea parțială a legăturii sau modului de comportare dintr-o fază timpurie a dezvoltării.

Formarea = Schimbări care se întâresc în etape mici.

Formula sarcinii din prima ședință = Terapeuții focalizați pe soluție cer din rutină clienților la sfârșitul primei ședințe să se gândească la ceea ce ei *nu vor să schimbe* ca rezultat al terapiei. Aceasta îi focalizează asupra forțelor din viața lor și încep procesul care generează soluția.

Frânare = O tehnică strategică pentru depășirea rezistenței prin sugerarea că o familie nu se schimbă.

Funcționarea simptomului = Ideea că simptomele sunt adesea căi de distragere sau de protejare a membrilor familiei de conflicte care amenință.

Fuzionarea = O estompare a granițelor psihologice dintre sine și alții și o contaminare a funcționării emoționale și intelectuale; opusul diferențierii.

Genogramă = O diagramă schematică a sistemului de familie, folosind pătrate pentru a reprezenta bărbații, cercuri pentru a indica femeile, linii orizontale pentru căsătorii și linii verticale pentru a indica copii.

Graniță = Un concept folosit în terapia structurală de familie pentru a descrie barierele emoționale care protejează și intensifică integritatea indivizilor, subsistemelor și familiilor.

Hermeneutică = Artă analizării textelor literare sau a experienței umane, înțeleasă ca fundamental ambiguă, prin interpretarea nivelurilor de sens.

Homeostază = O stare staționară de echilibru.

Homeostaza familiei = Tendința familiilor

Rezista schimbării = pentru a menține starea stabilă.

Reversare = O tendință de a exagera virtuțile sau partea a procesului normal de dezvoltare în relațiile copiilor cu părinții sau și în parteneriate intime.

Reproiectare = Din teoria psihanalitică, nu este imitație, dar însușirea trăsăturilor ale altor persoane admirate.

Reversare proiectivă = Un mecanism de apărare care operează inconștient, acolo unde aspectele nedorite ale sinelui sunt proiectate pe alte persoane și acea persoană este pusă să se comporte în conformitate cu aceste atitudini și sentimente proiectate.

Reminiscențe = Amintiri, sentimente și gânduri de care o persoană nu este conștientă. Folosit adesea ca substantiv, dar poate fi mai corect limitat pentru a fi folosit ca adjectiv.

Resistare = Termen folosit de Minuchin pentru descrierea schimbării tranzacțiilor maladaptive care încercă să anuleze efectul puternic, intervenției terapeutice sau presiunii prelungite.

Revelare = O formă primitivă de identitate care vorbește despre aspectele personale care apoi devin parte a identității.

Revelarea treptată a trei generații ale schizofreniei = Concept introdus de Bowen conform căruia schizofrenia este rezultatul final al diferențelor joase ale diferențierii, trecut de trei generații succesive.

Revelare = Termen din terapia structurală care se referă la procesele pentru acceptarea și potrivirea diferențelor pentru a-și câștiga încrederea în propria identitate înșelată.

Revelare grele = Un tip de intervenție structurală în care clientul este dirijat să se confrunte cu ceea ce este mai mult o dificultate decât un simptom.

Revelare = Termen folosit de Bowen și Nagy pentru cantitatea de informații pe care o înregistrează o persoană în timpul comportării etice față de alții.

Îngrijirea instituționalizată a sănătății =

Un sistem în care terțe companii rezolvă costurile asigurării prin reglementarea condițiilor de tratament. Companiile care asigură îngrijirea, selecționează furnizorii, stabilesc cheltuielile și controlează cine anume primește tratament și la câte ședințe are dreptul.

Întrebare circulară = O metodă de interviu dezvoltată de asociații de la Milano în care întrebările sunt puse pentru a arăta diferențele dintre membrii familiei.

Întrebări de influențare relativă = Întrebări concepute să cerceteze dimensiunea la care problema a dominat clientul în raport cu cât de mult el sau ea au fost capabili să o controleze.

Întrebări gradate = Clienților care participă la un proces terapeutic centrat pe soluție li se cere să clasifice pe o scară cu 10 trepte cât de mult doresc ei să rezolve din problemele lor, cât de rea este problema, cu cât s-a îmbunătățit față de ultima dată și așa mai departe. Concepute să producă schimbări în etape mici.

Întrebări misterioase = Întrebări concepute pentru a-i face pe clienți să fie uimiți de modul în care problemele lor scot tot ce e mai bun din ei și care îi ajută să externalizeze problemele.

Înlănțuire = Pierderea autonomiei datorită estompării granițelor psihologice.

Întărirea = Un eveniment, un comportament sau obiect care mărește rata unui anumit răspuns. Un întăritor pozitiv este un eveniment a cărui prezentare întâmplătoare mărește rata responsabilității: un întăritor negativ este un eveniment a cărui retragere accidentală mărește rata responsabilității.

Întrebarea minune = A cere clienților să-și imagineze cum ar fi lucrurile dacă s-ar trezi dimineata și problema lor ar fi rezolvată. Terapeuții centrați pe soluție folosesc întrebarea minune pentru a ajuta

clientii să identifice scopurile și soluțiile potențiale.

Joc de rol = Interpretarea rolurilor personajelor importante pentru a dramatiza sentimentele și a face exerciții cu noi căi de relaționare.

Legătura dublă = Un conflict creat atunci când o persoană primește mesaje contradictorii la diferite nivele de abstracție într-o relație importantă și nu poate să le abandoneze sau să le comenteze.

Limită de departajare = Termen folosit de Wynne pentru granița rigidă care înconjoară multe familii schizofrenice, care permite numai contactul minim cu comunitatea înconjurătoare.

Loialitate invizibilă = Termen folosit de Bszormenyi-Nagy pentru angajamentele inconștiente pe care copiii le iau pentru a-și ajuta familiile.

Mamă schizofrenică = Termen folosit de Frieda Fromm-Reichmann pentru mamele agresive, dominatoare, care s-au gândit să precipite schizofrenia copiilor lor.

Masa ego-ului familiei nediferențiate = Termen folosit timpuriu de Bowen pentru „blocarea-împreună” sau pentru fuziune în familie, cu precădere în familiile schizofrenice.

Metacomunicare = Fiecare mesaj are două niveluri, raport și comandă; metacomunicarea este comanda implicită sau mesajul calificator.

Metafora cutiei negre = Idee conform căreia, datorită faptului că mintea este atât de complexă, este mai bine să studiezi intrarea și ieșirea oamenilor (comportamentul, comunicarea), decât să faci speculații asupra a ceea ce se întâmplă în mințile lor.

Mistificare = Concept folosit de Laing, prin care multe familii distorsionează experiența copiilor prin negarea sau reetichetarea acesteia.

Miturile familiei = Un set de convingeri bazate pe distorsionarea realității istorice

și împărtășirea de către toți membrii familiei care ajută să formuleze reguli care guvernează funcționarea familiei.

Model cooperant = Un punct de vedere mai egalizator al rolului terapeutului; pledat de criticarea a ceea ce este privit ca autoritar în abordările tradiționale ale terapiei de familie.

Model diadic = Explicații bazate pe interacțiunile dintre două persoane sau obiecte. Furturile din vitrină ale lui Johnny pentru a atrage atenția mamei sale.

Model monadic = Explicare bazată pe proprietățile unei singure persoane sau obiect: furturile din vitrină ale lui Johnny pentru că el este rebel.

Model triadic = Explicații bazate pe interacțiunile dintre trei persoane sau obiecte; Johnny fură pentru că tatăl său îl încurajează pe ascuns să-și sfideze mama.

Modelare = Învățare observațională.

Morfogeneză = Procesul prin care un sistem își schimbă structura pentru a se adapta noilor contexte.

Narcisism = Privire de sinc. Mulți oameni pun în ecuație privirea de sine exagerată și narcisismul, care este narcisism patologic.

Neutralitate = Termen folosit de Selvini Palazzoli pentru acceptarea echilibrată a membrilor familiei.

Obiecte interne = Imagini și fantezii mentale despre sine și despre alții, formate prin interacțiunile timpurii cu persoanele care oferă îngrijire.

Pacient identificat = Posesorul simptomului sau pacientul oficial așa cum este identificat de familie.

Paradox = O declarație autocontradictorie bazată pe o deducere validă din premise acceptabile.

Postmodern = Antipozitivism contemporan, care vede cunoașterea ca relativă și dependentă contextual; întrebări, ipoteze ale obiectivității care caracterizează știința

modernă. În terapia de familie, provocând ideea de certitudine științifică și legată de metoda demolării.

Povești saturate de problemă = Povestirile, de obicei pesimiste și critice, pe care clienții le aduc în terapie, care sunt văzute că ajutându-i să rămână blocați.

Prescrierea simptomului = O tehnică paradoxică care forțează un pacient, fie să renunțe la simptom, fie să admită că este sub control voluntar.

Prescripție invariantă = O tehnică dezvoltată de Mara Selvini Palazzoli în care părinții sunt direcționați să plece pe furie împreună.

Principiul Premack = Folosirea comportamentului de mare probabilitate (activități preferate) pentru a întări comportamentul de probabilitate scăzută (activități nepreferate).

Proces multigenerational de transmitere = Concept folosit de Murray Bowen pentru proiecția diferitelor grade de imaturitate la diferiți copii în aceeași familie; copilul care este cel mai implicat în procesul emoțional al familiei pare a avea cel mai scăzut nivel de diferențiere și transmite problemele generațiilor următoare.

Proces/conținut = Distincție între modul cum membrii unei familii sau ai unui grup povestesc și ceea ce cred ei despre aceasta.

Procesul de proiecție a familiei = În teoria lui Bowen, mecanismul prin care conflictele parentale sunt proiectate asupra copiilor sau soției.

Pseudomutualitate = Termen folosit de Wynne pentru fațada armoniei de familie care caracterizează multe familii schizofrenice.

Pseudo-ostilitate = Termen folosit de Wynne pentru certurile superficiale care maschează direcțiile patologice din familiile schizofrenice.

Psihologia sinelui = Versiunea psihanalizei lui Heinz Kohut care subliniază nevoie

de legătură și apreciere, mai curând decât de sex și agresiune.

Punct de vedere preferat = Termen folosit de Eron și Lund pentru modul în care oamenii ar vrea să gândească despre ei înșiși și să fie văzuți de alții.

Punere în scenă = O interacțiune stimulată în terapia structurală de familie pentru a observa și apoi pentru a schimba tranzațiile care fac structura familiei.

Qui pro quo = Literal, „ceva pentru ceva”; o schimbare sau o substituție egală.

Reactivitate emoțională = Tendința de a răspunde în mod reflex, mai curând decât calm și obiectiv.

Reciprocitatea întăririi = Schimbarea rentabilității comportamentelor între membrii familiei.

Reclamant = Termen folosit de De Shazer pentru o relație cu un client care descrie o plângere, dar în prezent nu mai vrea să lucreze pentru rezolvarea acesteia.

Reformulare = Reetichetarea descrierii comportamentului unei familii pentru a o face mai predispusă la schimbare terapeutică; de exemplu, descrierea cuiva drept „leneș”, mai degrabă decât „depresiv”.

Regresiune = Întoarcerea la un nivel mai puțin matur de funcționare în fața stresului.

Reguli de familie = Un termen descriptiv pentru paternurile comportamentale redundante.

Relații de obiect = Imaginile internalizate ale sinelui și ale altora, bazate pe interacțiuni timpurii părinte-copil, care determină un mod de relaționare al unei persoane cu alte persoane.

Relații simetrice = În relații, formă egală sau paralelă.

Rezistența = Tot ceea ce pacienții sau familiile fac pentru a se opune sau a întârzia progresul terapiei.

Rezultat unic = Termen folosit de Michael White pentru perioadele în care clienții

au acționat eliberați de problemele lor, chiar dacă ei nu erau capabili să o facă. Terapeuții narativi identifică rezultatele unice ca pe un mod de a-și ajuta clienții să se lupte cu părerile negative despre ei înșiși.

Ritual de familie = Tehnică folosită de Selvini Palzzoli și Asociații Școlii de la Milano, care prescrie realizarea unui act specific pentru membrii familiei pentru a schimba regulile sistemului de familie.

Rol expresiv = Servește funcțiilor sociale și emoționale în familiile tradiționale, rolul soției.

Rol instrumental = Luarea deciziei și funcțiile sarcină; în familiile tradiționale, rolul soțului.

Scheme = Construcții cognitive sau convingeri importante prin care oamenii își filtrează percepțiile și își structurează experiența.

Schimbare de gradul întâi = Schimbare superficială într-un sistem care rămâne el însuși neschimbat.

Schimbare de gradul doi = Schimbare de bază în structura și funcționarea sistemului.

Sciziune maritală = Termen folosit de Lidz pentru conflict patologic marital deschis.

Sculptarea familiei = O tehnică experimentală nonverbală în care membrii familiei se poziționează ci înșiși într-un tablou care arată aspectele semnificative ale percepțiilor și sentimentelor lor.

Separare emoțională = Termenul lui Bowen pentru detașarea de o legătură emoțională nerezolvată.

Separare-individualizare = Procesul în care nou-născutul începe, la circa două luni, să se separe de legătura simbolică cu mama și să-și dezvolte funcționarea autonomă.

Sistem = Un grup de elemente interlegate privite ca formând o entitate colectivă, care nu interacționează cu mediul înconjurător.

Sistem închis = Un grup de elemente legate funcțional privite ca formând o entitate colectivă care nu trebuie să interacționeze cu mediul înconjurător.

Sistem deschis = Un set de elemente legate între ele care schimbă informații, energie și materiale cu mediul înconjurător.

Sistemul familiei = Familia concepută ca o entitate colectivă formată din părți individuale plus modul în care ele funcționează împreună.

Structură ierarhică = Funcționarea familiei bazată pe granițe generaționale clare, în care părinții își mențin controlul și autoritatea.

Structura = Paternuri recurente de interacțiuni care definesc și stabilizează forma relațiilor.

Structura familiei = Organizarea funcțională a familiilor care determină modul în care interacționează membrii familiei.

Subsistem = Unitățile mai mici din familie, determinate de generație, sex sau funcție.

Supervizare în direct = Tehnică a terapiei predării în care supervisorul observă ședințele în evoluție și contactează terapeutul pentru a sugera diferite strategii și tehnici.

Tehnici pretinse = Intervenția paradoxală de joacă a lui Madanes în care membrilor familiei li se cere să pretindă să se angajeze în comportarea simptomatică. Paradoxul este dacă lor li se pretinde să aibă un simptom, simptomul nu poate fi real.

Teoria comunicării = Studiarea relațiilor în termenii schimbului de mesaje verbale și nonverbale.

Teoria de bază a supoziției = Concept folosit de Bion, conform căruia membrii grupului deviază de la sarcina grupului de a urma paternuri inconștiente de *dispută-dispută, dependență sau de egali*.

Teoria generală a sistemelor = Un model biologic al sistemelor vii ca entități

întregi care se mențin ele însele prin intrarea și ieșirea continuă din mediu; termen dezvoltat de Ludwig von Bertalanffy.

Teoria relațiilor de obiect = Teorie psihanalitică provenită de la Melanie Klein și dezvoltată de școala britanică (Bion, Fairbairn, Guntrip, Winnicott) care subliniază relațiile și legătura, mai degrabă decât impulsurile libidinale și agresive drept cheia problemelor interesului uman.

Teoria schimbării comportamentului = Explicarea comportamentului în relații așa cum este menținut de un raport al costurilor și beneficiilor.

Teoria schimbării sociale = Teoria lui Thibaut și Kelley conform căreia oamenii năzuiesc să mărească recompensele și să minimizeze costurile într-o relație.

Teoria sistemelor = Un termen generic pentru studierea unui grup de elemente legate care interacționează ca un tot; cuprinde teoria generală a sistemelor și cibernetica.

Teoria socială a educației = Înțelegerea și tratarea comportamentului folosind principii din psihologia socială și de dezvoltare, precum și din teoria învățării.

Terapia cuplurilor centrată emoțional = Un model de terapie bazat pe teoria legăturii în care sentimentele din spatele reacțiilor defensive ale cuplului sunt descoperite așa cum sunt ele deprinse pentru a vedea natura reactivă a disputelor unul cu celălalt, dezvoltată de Leslie Greenberg și Susan Johnson.

Terapia de familie multiplă = Tratarea mai multor familii în același timp sub forma terapiei de grup; terapie de pionerat a lui Peter Laqueur și Murray Bowen.

Terapia de familie psihoeducatională = Un tip de terapie dezvoltată în lucrul cu schizofrenicii, care evidențiază membrii familiei educați pentru a-i ajuta să

înțeleagă și să colaboreze cu un membru al familiei cu probleme grave.

Terapia focalizată pe soluție = Termen folosit de Steve de Shazer pentru un stil de terapie care subliniază soluțiile pe care familiile le-au dezvoltat deja pentru problemele lor.

Terapia impactului multiplu = O formă intensivă, orientată spre crize a terapiei de familie dezvoltată de Robert MacGregor, în care membrii familiei sunt tratați în subgrupuri diferite de o echipă de terapeuți.

Terapia narativă = O abordare a tratamentului care subliniază rolul poveștilor pe care oamenii le construiesc despre experiența lor.

Terapia sistemică a familiei interne = Model al minții ce folosește principii și tehnici sistemice pentru a înțelege și pentru a schimba procesele intrapsihice, dezvoltat de Richard Schwartz.

Terapie cognitiv-comportamentală = Tratament care subliniază schimbarea atitudinii, precum și întărirea comportamentului.

Terapie concurentă = Tratarea a două sau mai multe persoane, văzute separat, de obicei de către terapeuți diferiți.

Terapie contextuală = Modelul lui Boszormenyi-Nagy care cuprinde etica relațională.

Terapie de grup a familiei = Tratamentul familiei bazat pe modelul terapiei de grup.

Terapie în comun = Tratarea împreună a două sau mai multe persoane în ședințe.

Terapie în rețea = Un tratament inventat de Ross Speck în care un număr mare de persoane din familie și prieteni sunt adunați.

Time-out = O tehnică comportamentală pentru stingerea comportamentului nedorit prin îndepărtarea consecințelor care întăresc acest comportament. Exemplul tipic, punerea unui copil să stea la colț sau să se ducă în camera lui.

Transfer = Termen psihoanalitic pentru relațiile emoționale distorsionate, pentru a prezenta relațiile bazate pe relații de familie timpurii nerezolvate.

Triunghi = Un sistem din trei persoane, termen dezvoltat de Bowen, cea mai mică unitate stabilă a relațiilor umane.

Triunghiulare = Îndepărtarea conflictului dintre două persoane prin implicarea unei

a treia persoane, stabilizând relația în perechea originală.

Țap ispășitor = Un membru al familiei, de obicei pacientul identificat, care este obiectul conflictului sau criticii deplasate.

Vizitator = Termen folosit de De Shazer pentru un client care nu dorește să fie parte a terapiei, nu are o plângere și nu dorește să lucreze asupra a ceva anume.

Carieră și formare

A deveni terapeut de familie

Există multe căi pentru a deveni un terapeut de familie. Nu toate cuprind parcurgerea unui program academic în terapia maritală și de familie, deși aceasta este calea cea mai directă. Mulți oameni au o licență sau un certificat de terapie maritală sau de familie (TMF), (MFT = marital and family therapy) au absolvit cu o diplomă tradițională de stat – masterat sau doctorat în psihologie clinică, o diplomă MSW (marital social worker) de la un program de asistență socială sau un masterat în consiliere sau nursing. În funcție de cerințele statului, acești terapeuți, după terminarea studiilor fără diplomă TMF, trebuie să facă un curs suplimentar de TMF și să primească o supervizare extinsă pentru a se putea numi ei înșiși terapeuți maritali și de familie (vezi secțiunea de mai jos privind licențele).

Ce cale alegi depinde de ceea ce vrei să faci cu cariera ta. De exemplu, dacă speri să predai sau să faci cercetare în terapia de familie, ar fi bine să faci un program de doctorat. Dacă, pe de altă parte, vrei în primul rând să faci practică clinică, fie într-o agenție sau în practica privată, nu este nevoie de un

doctorat, poți face oricare din numeroasele programe de masterat în TMF (pentru lista de programe academice TMF aprobate contactează Asociația Americană pentru Căsătorie și Terapie de Familie, descrisă mai jos).

Dacă ești interesat să studiezi un aspect al sănătății mentale necurpîn în întregime în programele TMF, de exemplu, testare psihologică, politică socială, psihoterapie individuală sau psiho-farmacologie poți să obții o diplomă ne-TMF și atunci alege cursurile cerute și supervizarea de la unul din numeroasele institute neacademice de terapie de familie descrise în secțiunile din această anexă.

Organizații profesionale

Asociația Americană pentru Terapia Căsătoriei și a Familiei (AAMFT = American Association for Marriage and Family Therapy), situată la Washington, DC, a fost organizată în 1942 de Lester Dearborn și Ernest Graves ca o organizație profesională pentru a stabili standardele pentru consilieri pentru căsătorie. În 1970, aceasta a fost

extinsă pentru a include terapeuții de familie și a devenit un organism de încredere important din domeniu. Printre cerințele sale de a deveni membru, au fost stabilite standarde pentru a deveni terapeut de familie, care sunt folosite de diferite state care reglementează profesia. AAMFT face, de asemenea, lobby în statele și guvernele federale în interesul terapeuților de familie, precum licențierea de stat.

Numărul membrii AAMFT a crescut enorm, reflectând creșterea domeniului. Organizația aproape că s-a dublat din 1982, iar acum numără 23.000 de terapeuți maritali și de familie. Acest tip de a fi membru și banii generați din aceasta a făcut din AAMFT un jucător puternic în politica sănătății mentale și a ajutat recunoașterea publică și guvernamentală a terapiei de familie ca un domeniu distinct.

AAMFT are un cod de etică care cuprinde următoarele probleme: responsabilitatea față de clienți; confidențialitate; competență profesională și integritate; responsabilitate față de studenți, angajați, supervizați și subiectele cercetate; aranjamente financiare și publicitate. AAMFT poate fi contactată la 1133 15th Street NW. Suite 300, Washington, DC 20005-2710; telefon: 202 452-0109; Website: <http://www.aamft.org>.

Deși AAMFT are o prezență în California, organizația dominantă pentru TMF este California Association of Marriage and Family Therapy = CAMFT (Asociația Californiană pentru Terapia Căsătoriei și a Familiei). Cu 29 de birouri regionale și 25.000 membrii, mărimea CAMFT i-a dat acesteia un vot puternic în legislația statului. CAMFT sponsorizează o conferință anuală și publică *California Therapist*. Pentru alte informații contactați CAMFT, 7901 Raytheon Road, San Diego, CA 92111; telefon: 619-292-2638; Web site: <http://www.camft.org>.

Academia Americană de Terapie de Familie (AFTA = *American Family Therapy*

Academy) a fost organizată, în 1977, pentru a servi nevoile cercetătorilor, clinicienilor și formatorilor seniori din acest domeniu care doreau un context mai mic și mai intim pentru a-și împărtăși ideile și a-și dezvolta interesele comune. În ciuda stărilor înalte pentru participare, în calitate de membru, referitoare la anii de învățământ și experiență clinică și interesul de a rămâne mic, membrii AFTA și-au dublat numărul, în 1983, de la 500 la peste 1.000. AFTA este un rezervor de gândire de înalt nivel, concentrată în jurul conferinței ei anuale, descrisă mai jos și a revistei ei. Pentru alte informații contactați AFTA, 2020 Pennsylvania Avenue NW. T273. Washington, DC 20006; telefon: 202 994 2776.

Asociația Internațională de Terapie de Familie (IFTA = *International Family Therapy Association*) a început în 1986, ca o cale de contact pentru terapeuții de familie din lumea întreagă. În fiecare an IFTA sponsorizează Congresul Mondial de Terapie de Familie care are loc într-o altă țară. Astfel țările care au fost gazda congresului includ Finlanda, Grecia, Olanda, Irlanda, Israel, Ungaria, Mexic și Polonia. În plus, IFTA publică o revistă bianuală *The International Connection*. IFTA poate fi contactată la Akron Child Guidance Center, 312 Locust Street, Akron, OH 44 302.

Conferințe

În afară de multitudinea de ateliere sau conferințe sponsorizate de organizații private sau de cele locale ale AAMFT, există patru reuniuni naționale principale. Cea mai mare conferință anuală AAMFT are loc în luna octombrie. Sunt selectate peste 200 de prezentări privind diferite subiecte din terapia de familie, există de obicei ceva pentru fiecare.

Al doilea mare eveniment (peste 2000) este The Family Therapy Network Sympo-

Simpozionul Rețelei de Terapie de Familie are loc în fiecare lună martie în Washington, DC. Sponsorizat de revista *The Family Therapy Networker* (mai jos) toți cei care prezintă sunt astfel încât calitatea este asigurată de ateliere. În fiecare an, simpozionul atrage și vorbitori invitați în plină sunt celebrii pentru activitatea făcută în domeniul terapiei de familie. Pentru mai multe detalii, telefon: 202 829 2452.

Un alt avantaj al reuniunii anuale AFTA este faptul că este diferită de celelalte conferințe. Din cauza dimensiunilor ei mici (de obicei cu mai puțin de 100 de participanți – nu este deschisă nemembrilor), este un loc unde conducătorii domeniului pot reuni într-o ședință informală pentru a discuta idei. Mai degrabă decât o conferință formală, reuniunea este organizată în jurul unor teme de interes și prezentărilor scurte care au scopul să promoveze dialogul și schimbul de idei.

La fiecare conferință, unde pot fi întâlniți mulți terapeuți de familie nu este dedicată o sesiune specială terapiei de familie. Asociația Americană de Psihiatrie este o organizație multidisciplinară a cărei conferință anuală este deschisă de obicei, un procentaj potrivit de participanți dedicat terapiei de familie și sesiunilor de interes pentru clinicienii din domeniul terapiei asupra sistemelor.

Reviste

O revistă dedicată în întregime diagnosticii și tratamentului familiilor a fost *Journal of Family Therapy* a lui Nathan W. Goldfarb, publicată în 1958. Primul ziar din domeniul terapiei de familie, *Family Process* a fost fondat în 1961. De la aceste publicații timpurii, domeniul terapiei de familie a proliferat până la punctul în care este practic imposibil să ții la curent cu toate. Numărăm peste 100 de ziare sau publicații dedicate unor

aspecte ale terapiei de familie, tipărite în Statele Unite, multe tipărite în alte țări. Numărul cărților este, de asemenea, în creștere, astfel încât îi recomandăm cititorului Anexa A, *Lecturi recomandate*, ca un ghid selectiv pentru unele din cele mai folositoare cărți și articole din domeniu. Vom descrie unele din cele mai importante periodice în discuția care urmează.

Family Process continuă să exercite o influență puternică asupra domeniului. Multe din dezbaterile și dezvoltările descrise în primele capitole ale acestei cărți au apărut mai întâi în paginile acestuia. Fondat în 1961, de Don Jackson și Nathan Ackerman, editorii săi i-au inclus și pe Jay Haley, Don Bloch, Carlos Sluski, Peter Setinglass și Carol Anderson. *The Journal of Marital and Family Therapy* este la fel de influent, ca ziarul oficial al AAMFT, are un mare număr de cititori. Sub conducerea lui Alan Gurman, în anii 1980, și Douglas Sprenkle, în anii 1990, acesta și-a mărit interesul asupra cercetării și și-a îmbunătățit standardele. Editor curent, Karen Wampler, a echilibrat cercetarea cu interesul clinic.

The Family Therapy Networker, un magazin dedicat problemelor privind terapia de familie și psihoterapiei, în general, are, de asemenea, o puternică influență. Numărul mare de cititori (peste 70.000) a fost câștigat de problemele provocatoare prezentate într-o scriitură de mare calitate. Rich Simon a transformat ceea ce, la început, a fost o mică revistă-magazin într-o publicație de mare răspândire despre psihoterapie și, făcând acest lucru, a introdus multe din ideile terapiei de familie printre terapeuții din diferite țări. În 1993, *The Networker* a câștigat Premiul revistelor-magazin americane pentru caracterul scrisului, cea mai mare onoare posibilă pentru un magazin.

Există un număr de alte ziare de bună calitate, ca *Family Process* și *Journal of Marital and Family Therapy*, care se dedică

problemelor generale din domeniu. Acestea cuprind: *American Journal of Family Therapy*, *Journal of Family Psychotherapy*, *The International Journal of Family Therapy*, *Contemporary Family Therapy and Family Therapy Collections*. În plus, au apărut un număr de ziare specializate. De exemplu: *The Journal of Systemic Therapies* (fost *The Journal of Strategic and Systemic Therapies*) este foarte citit de terapeuții care folosesc aceste adjective pentru a se descrie pe ei înșiși, în timp ce terapeuții sistemici bowenieni citesc *The Family Systems*, iar cei interesați de lucrările lui Michael White se abonează la *Dulwich Centre Review și Family Therapy Case Studies*.

Transfertilizarea terapiei de familie cu alte domenii este reprezentată de *Family Systems Medicine*, un jurnal dedicat colaborării dintre medicină și terapia de familie; de *Journal of Family Psychology*, publicat de Diviziunea Asociației Americane de Psihologie și *Feminism and Family Therapy*, care reflectă influența crescută a feminismului în acest domeniu.

Noutățile din domeniu și compendiile dezvoltărilor importante sunt conduse prin magazinele AAMFT. *Family Therapy News* și *Marriage and Family Review* și *Brown University Family Therapy Newsletter*. Cei interesați de ramura sociologiei, numită studii de familie, au multe în comun cu terapeuții de familie și citesc *The Family Relations* și *The Journal of Marriage and the Family*.

Licențe

Treizeci și șapte de state reglementează în mod curent TMF și multe alte state iau în considerație în mod curent normele de obținere a licenței. Numărul de state care dau licențe sau certificate s-a triplat în ultimul deceniu. Cererile din cele mai multe state pentru licență sunt comparabile cu standardele pentru a fi membru al AAMFT.

Cerințele obișnuite cuprind absolvirea unui program acreditat de terapie maritală sau de familie, doi ani de experiență supervizată după absolvire și absolvirea unui examen de stat (18 state cer acest lucru) sau a unui examen național pentru TMF, care este condus de Biroul de Reglementare al Asociației de Terapie Maritală și de Familie și este folosit de celalalte 19 state.

Centre de formare

Așa cum am discutat mai înainte, terapia de familie s-a dezvoltat în primul rând în afara universităților. Există, totuși, câteva programe de doctorat și un mare număr de programe de masterat specializate în terapia maritală și de familie în universitățile din toată țara. Asociația Americană pentru Căsătorii și Terapie de Familie acreditează 20 de programe de masterat și 10 programe de doctorat și poate furniza lista lor. Deoarece suntem conștienți că nu putem prezenta o listă comparabilă a centrelor de formare neacademică, vom prezenta aici cele mai cunoscute centre din Statele Unite. Deși există alte centre importante pretutindeni în lume, spațiul prea limiat nu ne permite să le nominalizăm. Cititorul poate observa că majoritatea centrelor descrise sunt în nord-est, unde terapia de familie este mai puternic înrădăcinată. Începem de aici și ne vom deplasa spre vest.

Institutul Familie din Cambridge (The Family Institute of Cambridge), Massachusetts a fost fondat în 1976. Situat acum în Watertown, este un centru nonprofit de formare și cercetare în teoria sistemică aplicată. Membrii facultății cuprind terapeuți notabili ca Michele Bograd, Laura Chasin, Richard Chasin, Terry Real, Kathy Weingarten și Sallyann Roth. Institutul oferă patru structuri de formare: (1) abordările narrative, (2) teoria sistemică a familiei; (3) terapia de cuplu și 4) procesul grupului femeilor. Institutul oferă și

o largă varietate de cursuri pe termen lung și scurt, supervizare de grup și conferințe; are unele burse de cercetare pentru studenții săi. Pentru mai multe informații contactați pe Suzanne Bourque, 51 Kondazian Street, Watertown, MA 002172.

Institutul de Familie Kantor (The Kantor Family Institute) din Somerville Massachusetts, a fost fondat de David Kantor după ce a plecat de la Institutul de Familie din Cambridge, în 1980, și este format după modelul de terapie structurală/analitică, precum și psihodinamică și alte influențe de terapie de familie. Acest institut oferă o structură de programe de trei ori câte un an, care pot fi construite unul pe celălalt, dar pot fi luate și în mod independent. El oferă, de asemenea, un program specializat în tratamentul cuplurilor și consultației organizaționale, precum și o varietate de studii, internate și cursuri. Pentru mai multe informații contactați pe Ulrikc Dettling, Kantor Family Institute, 7 Sheppard Street, Cambridge, MA 02138.

Centrul Minuchin pentru Familie (The Minuchin Center for Family) este o instituție de formare privată, mică, din New York City, fondată în 1981 de Salvador Minuchin. Facultatea include, de asemenea, pe David Greenan, Richard Holm și Wai-Yung Lee. Au fost concepute programe speciale pentru formare la locul de muncă și consultații cu agențiile care lucrează cu familiile sărace, ocrotirea copiilor adoptați, abuz de substanțe, cei fără adăpost și copiii din instituții psihiatrice. Un program de formare extern, cu durată de un an, are trei nivele: terapeuți de familie începători, terapeuți mai experimentați și administratori și supervizori. Orietarea subliniază terapia de familie structurală, dar a fost influențată de feminism și multiculturalism. Cererile pot fi depuse la David Greenan, 114 East 32nd Street, 4th Floor, New York, New York 10016.

Institutul Ackerman pentru Familie (The Ackerman Institute for Family) din New York

City a fost fondat ca Institutul Familiei de Nathan Ackerman, în 1960. După moartea lui Ackerman, în 1971, centrul a fost redenumit în onoarea sa și conducerea a fost asigurată de Donald Bloch, care a trecut-o lui Peter Steinglass. În plus față de Bloch și Steinglass, institutul are terapeuți de familie și teoreticieni notabili ca Peggy Penn, Peggy Papp, Jorge Colapinto, Olga Silverstein, Marcia Sheinberg, Virginia Goldner, Peter Fraenkel și Gillian Walker. Institutul oferă pregătire în terapia de familie. El oferă un program clinic de externat cu o durată de doi ani și ateliere de-a lungul anului. Pentru alte informații contactați pe Marcia Sheinberg, Director cu formarea, 149 East 78th Street, New York, New York 10021.

Institutul Familiei din Westchester (The Family Institute of Westchester) este condus de Elliott Rosen. Institutul predă abordarea multicontextuală care include aspectele tehnicilor structurale și strategice și se bazează pe modelul bowenian. Institutul funcționează din 1977 și este cunoscut, în special, pentru programul său de formare, care durează de obicei doi ani pentru a fi absolvit. Mai există și un program, de doi ani, pentru avansați, care se ține săptămânal. Programe de formare specializate sunt oferite pentru terapia familiei multiculturale și terapia pentru cuplurile și familiile de homosexuali și lesbiene. Informații suplimentare sunt disponibile de la Pat Colluci, director cu formarea, Institutul Familiei din Westchester, 7-11 South Broadway, Suite 400, White Plains, New York 10601.

Centrul pentru Educația Familiei (The Center for Family Learning) din Rye Brook, New York, a fost fondat în 1973 de Philip Guerin, care a fost elevul lui Murray Bowen. Centrul asigură un program de trei ani în terapia sistemică de familie, care include un an de externat clinic pentru clinicienii cu experiență, urmat de o bursă de un an la o facultate care lucrează Proiectul pentru Copii

și Adolescenți. Al treilea an este o altă bursă, pentru studierea conflictului marital. Centrul oferă, de asemenea, o varietate de seminare și ateliere și un Program de Educație Comunitară, care este înregistrat pentru televiziunea prin cablu. Pentru informații suplimentare, contactați pe Eileen Guerin Pendagast, director pentru cursurile postuniversitare și educație comunitară, 16 Rye Ridge Plaza, Rye Brook, New York 10573.

Programul de Formare în Terapie de Familie al Universității din Rochester (The Family Therapy Program at the University of Rochester) a fost înființat în 1983 de Judith Landau-Stanton și M. Duncan Stanton. Acest program predă modelul Rochester, o integrare a abordărilor structurale, strategice, transgeneraționale, experiențiale și ecosistemice într-o serie de externate și seminarii. Zonele speciale de interes sunt: tranziția culturală și terapia de familie medicală. Se asigură cazuri pentru cursanți. Facultatea cuprinde pe Lyman Wynne, Susan McDaniel, David Seaburn și pe fondatori. Pentru mai multe informații contactați pe David Seaburn, Family Therapy Training Program, Department of Psychiatry, University of Rochester, 300 Crittenden Boulevard, Rochester, New York 14642-8409.

Institutul Familiei din New Jersey (The Family Institute of New Jersey) a fost fondat, în 1991, de directorul său Monica McGoldrick. El se ocupă de formare, cercetare și servicii de sprijin ale diversității culturale și întărirea acelor voci pe care societatea noastră le face să tacă. În plus, un program de trei ani, la sfârșitul căruia se eliberează un certificat. Institutul oferă o varietate de ateliere, conferințe pentru comunități și consultații în școli și alte organizații. Sunt disponibile burse pentru minorități. Facultatea include terapeuți notabili ca Nydia Garcia Preto, Rhea Almeida, Paulette Moore Hines, Eliana Gill și Charlesetta Hutton. Pentru alte

informații contactați pe Monica McGoldrick, 312 Amboy Avenue, Metuchen, NJ 08840.

Institutul de Terapie de Familie din Washington (The Family Therapy Institute of Washington) este un centru și o clinică de formare conduse împreună de Jay Haley și Cloe Madanes, până recent, când Haley s-a pensionat. Membrii facultății predau, supervizează și conduc terapia sublinind abordarea strategică focalizată asupra problemei. Clinica institutului oferă tratament asigurat de un personal multidisciplinar, toții fiind formați de Haley și Madanes. Cererile pot fi trimise lui James Kcim, Family Therapy Institute of Washington, DC, 5850 Hubbard Drive, Rockville, MD 20852.

Centrul pentru Familie din Georgetown (The Georgetown Family Center) situat în Washington DC, există pentru a perfecționa, testa, extinde și defini teoria sistemică a lui Bowen. Murray Bowen a fondat și a condus acest centru până la moartea sa, în 1990. Directorul actual este Michael Kerr. Programele de formare includ un program postuniversitar săptămânal pentru cei din afara orașului care se întâlnesc trei zile consecutiv, de patru ori pe an. Alte oportunități de predare includ Seriile de Conferințe Clinice lunare și Simpozionul anual principal. Desecrierile acestor programe sunt disponibile la Georgetown Family Center, 4400 Macarthur Boulevard NW, Suite 103, Washington DC 20007.

Centrul de Practică a Terapiei de Familie din Washington DC (The Family Therapy Practice Center of Washington DC) a fost fondat în 1980 de Marianne Walters, după ce ea a plecat de la Philadelphia Child Guidance Clinic (Clinica de Orientare a Copilului din Philadelphia). Centrul se bazează pe terapia de familie structurală și oferă un externat postuniversitar. În plus, centrul dezvoltă programe care se ocupă de populațiile cu risc și schimbarea structurilor familiei, precum proiectul lor de asistență a

adolescenților adoptați, proiect de asistență pentru violența în familie și proiecte pentru tineri fugari/ grupuri de familii multiple. Pentru mai multe informații contactați pe Directorul cu formarea, 2153 Newport Place, NW, Washington, DC 20037.

Centrul de Formare în Orientarea Copilului și Familiei din Philadelphia (The Philadelphia Child and Family Guidance Training Center, Inc.) a fost creat la sfârșitul anilor 1990, după ce programele de formare de la celebrul Centru de Orientare a Copilului din Philadelphia au încetat. Multe din facultățile noi au funcționat în cele vechi și s-a lucrat acolo cu Salvador Minuchin, când el și-a dezvoltat terapia de familie structurală. Facultatea cuprinde terapeuți de familie celebri: Marion Lindblad-Goldberg, Charles Fishman, Gordon Hodas și Ruth Sefarbi. Centrul rulează un program postu-niversitar de doi ani, practică de vară de trei săptămâni și un curs de supervizare a supervizării. Pentru mai multe informații contactați pe Marion Lindblad-Goldberg. Director, Philadelphia Child and Family Guidance Training Center, Inc. P.O. Box 4092, Philadelphia, PA 19118-8092.

Centrul de Terapie de Familie de Scurtă Durată (The Brief Family Therapy Center (BFTC)) din Milwaukee este cunoscut pentru specializarea sa în cercetare, formare și practica clinică a terapiei de scurtă durată, terapia focalizată pe soluție. BFTC asigură formare pe termen scurt și lung în domeniul terapiei concentrate pe soluție care atrage practicieni din America de Nord, Europa și Asia. Personalul include pe Steve de Shazer și Insoo Kin Berg, care au prezentat ateliere și seminarii în peste 30 de țări și au scris lucrări extinse despre terapia focalizată pe soluție. Pentru alte informații contactați Brief Family Therapy Center, P.O. Box 13736, Milwaukee, WI 53213.

Institutul Familiei (The Family Institute) (fost din Chicago) a fost fondat în 1968, de

Charles Kramer pentru a asigura servicii de formare, cercetare și clinice. William Pinsof este președintele institutului, care probabil are cea mai mare facultate cu cursuri de zi din țară, cuprinzând terapeuți de familie notabili ca Douglas Breunlin, Cheryl Ramage, Hay Lebow și Richard Schwartz. Ei oferă o varietate de programe de formare bazate pe o abordare integrativă pe mai multe nivele. Elementele abordării includ terapia integrativă centrată pe problemă, perspectiva metacadrelor, modelul sistemic al familiei interne, feminism și multiculturalism. Ei oferă un program de masterat în terapia de familie afiliat cu Northwestern University și o practică de formare clinică de un an, o bursă postdoctorat și programe de formare în terapia sistemică internă de familie. În 1994, institutul a deschis o nouă facultate spațioasă în Evanston, Illinois. Pentru mai multe informații contactați pe Jenn Pilewski, 618 Library Place, Evanston, IL 60201.

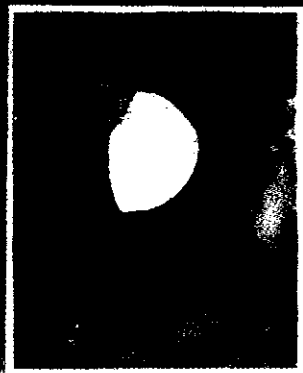
Centrul pentru Sănătatea Familiei din Chicago (CCFH = Chicago Center for Family Health) prin codirectorii John Rolland și Froma Walsh. Afiliată la Universitatea Chicago, orientarea centrului integrează teoria sistemică cu un cadru al ciclului de viață al familiei multigeneraționale. În plus, formarea generală în terapia de familie, CCFH oferă o formare specializată în terapia cuplurilor, medierea divorțului și terapia de familie medicală. Programele de formare includ un program de doi ani cu certificat, ateliere, cursuri și grupuri de consultare. Facultatea include și alți terapeuți de familie notabili, precum Gene Combs, Jill Freedman și Tom Todd. Pentru mai multe informații contactați pe John Rolland, CCFH, North Pier, Suite 651, 445 E. Illinois Street, Chicago, IL 60611.

Institutul Galveston din Houston (The Houston Galveston Institute) o organizație privată, nonprofit, a fost fondat, în 1977, de Harlene Anderson și de Harry Goolishian.

Orientarea institutului este o „abordare sistemică a limbajului de colaborare” care subliniază deschiderea, împărtășirea experiențelor clinice și observarea muncii din facultate. Programele includ: (1) rezidențiat (burse, internat și practică), (2) programe externe (externat, seminarii, supervizare și ateliere și (3) programe de studiu cu vizitatori internaționali. Pentru mai multe informații contactați pe Susan Levin, 3316, Mount Vernon, Houston, TX 77006.

Institutul de Cercetări Mentale (MRI = the Mental Research Institute) a fost fondat, în 1969, de Don Jackson și este considerat unul din locurile de naștere a

terapii de familie. MRI este cel mai cunoscut pentru abordările terapiei de scurtă durată pentru familie. Facultatea cuprinde nume notabile ca Paul Watzlawick, Richard Fisch și Arthur Bodin. MRI oferă o largă varietate de programe de formare, incluzând ateliere, seminare continue, programe de rezidențiat de patru sau șase săptămâni și programe pentru terapia de scurtă durată sau pentru abordarea lui Michael White. Un program de formare pe loc a început, de asemenea, recent. Pentru alte informații contactați pe Karin Schlanger, director cu formarea, 555 Middlefield Road, Palo Alto, CA 94301.



de familie

CONCEPTE ȘI METODE

MICHAEL P. NICHOLS și MICHAEL R. SCHWARTZ

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PROFESORI DE ARTE LA UNIVERSITATEA DE CALIFORNIA, SAN DIEGO

PEARSON



Coperta artistică: „Forme Circulare”, 1913
Robert Delaunay (1885-1941/Francez),
Muzeul din Berna, Elvetia
© Kunstmuseum Berna, Elvetia/
Peter Willi/SuperStock

Pentru titluri și materiale de sprijin,
vizitați catalogul nostru on line
la www.ablongman.com

ISBN 973-0-03932-1



9 789730 039320