

3

Terapia de casal: uma breve revisão

O campo da terapia de casal desafia a possibilidade de uma revisão simples, pois muitas correntes, tendências, diferentes abordagens e perspectivas afloraram e conviveram em períodos históricos e gerações de psicólogos, simultaneamente. A evolução das abordagens, metodologias e teorias tampouco é linear, o que impede uma descrição simples da história do campo.

A história não é neutra, e nem o é uma revisão, o que obriga o autor a definir seus parâmetros. O objetivo desta revisão é, portanto, refletir sobre o campo doxológico da psicoterapia de casal, e não realizar uma profunda descrição histórica. Porém, a história tem consequências, pois cria o contexto no qual nossos atos adquirem significados, e sugerem direções e objetivos. Assim, a minha escolha metodológica não é abordar a história da Psicoterapia de Casal enquanto objeto, mas as revisões realizadas por eminentes profissionais e autores do campo.

Esta abordagem parece oferecer a possibilidade de explicitar como o campo da Terapia de Casal tem sido visto, por seus praticantes, ao longo dos anos, bem como apontar momentos pivotais e contribuições teóricas consideradas seminais, indicando mudanças de objetivos, metodologias e teorias envolvidas.

As revisões do campo da psicoterapia de casal apresentam algumas características notáveis que revelam “mitos” e discordâncias, dos autores que trataram o tema, sobre pontos importantes como as raízes históricas, filiações, e importância de autores seminais. É significativa, primeiramente, a existência de poucas revisões, históricas ou conceituais, sobre o desenvolvimento do campo, comparativamente a outras modalidades de atendimento clínico psicológico, o que leva Gurman e Fraenkel, (2002) a afirmar que: “*A Psicoterapia de Casal é uma área da prática psicoterapêutica que é longa em história, mas curta em tradição*” (p. 199).

E mesmo as poucas revisões do tema trazem profundas diferenças que se revelam em certos mitos. É comum os autores afirmarem desconsiderando outros autores, em uma aderência a identificações teóricas de sua época, a ascendência recente da terapia de casal, como fazem Olson (1970), Haley (1984a) entre outros

(Framo, 1996; Broderick, Schrader, 1991). A delimitação das raízes tradicionais da Terapia de Casal também é divergente, contribuindo para o mito da ascendência recente, como apontam Gurman e Fraenkel (2002). Os trabalhos de revisão parecem discordar sobre quais critérios de recorte e de importância deveriam ser considerados, na construção de uma história da Psicoterapia de Casal. Conceitualmente, portanto, diferentes origens históricas e conceituais são atribuídas à Psicoterapia de Casal, desde desdobramentos da tradição do Aconselhamento Matrimonial à Terapia Sistêmica de Famílias, passando por aplicações da Psicanálise e da abordagem da Psicologia Comportamental e Cognitiva à situação conjugal.

Outro ponto de desacordo, entre os revisores, está na avaliação dos avanços realizados e da maturidade do campo da Psicoterapia de Casal, sendo que, muitas vezes, são citados e discutidos os mesmos autores e trabalhos como referência e validação de suas conclusões. Gurman e Jacobson em sua revisão de 1995, por exemplo, declararam que a terapia de casal havia chegado à maturidade em função de sua:

...maior atenção ao significado dos valores pessoais e culturais; uma mais balanceada apreciação da interdependência de fatores interpessoais e intrapsíquicos no relacionamento do casal (...) Um aumento da ênfase nas intervenções operacionais uma abordagem mais honesta da eficácia da terapia de casal; e ligações mais sólidas com relevantes profissões e disciplinas. (p. 6.)

Johnson e Lebow (2000) questionaram essa assertiva considerando-a prematura. Gurman e Fraenkel (2002) discordam desta crítica, considerando que Johnson e Lebow (2000) apontam exatamente para sua conclusão ao citarem, neste mesmo artigo como base para sua argumentação, muitos dos mesmos trabalhos, autores e contribuições mencionados por Gurman e Jacobson (1995). Esta discordância parece estar também relacionada com o viés teórico do revisor que, ao abordar o desenvolvimento do campo, tende a ressaltar as contribuições de sua linha teórica.

Freqüentemente o campo é descrito metaforicamente, com imagens que corresponderiam a uma perspectiva de desenvolvimento e crescimento rápido. E, sua longa história é, freqüentemente, esquecida ou desconsiderada, bem como suas contribuições e importância. Olson (1970), que parece ter sido o primeiro

revisor da história do campo, escreveu ao longo dos anos, sucessivas revisões sobre os desdobramentos e descobertas. Em 1970, descreveu o campo da Terapia de Casal como sendo o mais “novo” e que “*não havia ainda desenvolvido uma sólida base teórica e que suas principais hipóteses e princípios ainda deveriam ser testados*” (Olson 1970, p. 501). Seis anos após, considerou que o campo havia “*saído de sua infância*” e mostrava “*sinais de maturidade*” (Olson e Sprenkle, 1976. p. 326). Em 1980 Olson afirmou que o campo já havia chegado à “*jovem maturidade*” (Olson, Russel, Sprenkel, 1980, p. 974). Gurman e Fraenkel (2002) consideram esta afirmativa otimista, mas não fundamentada. Este tipo de discordância parece permear as revisões sobre o campo.

É curioso que a primeira e única revisão do campo de Psicoterapia de Casal realizada após o ano 2000, publicada em revista especializada indexada ao “Psiclit”², tenha sido no periódico “*Family Process*” (Gurman e Fraenkel, 2002). Pois, como nota Framo (1989), quando da criação da AFTA, “*American Family Therapy Academy*”, no final da década de 70, a então AAMFC “*American Association for Marriage and Family Conseling*” e atual AAMFT “*American Association for Marriage and Family Therapy*” reagiu com verdadeiro alarme, pois: “*do ponto de vista da AFTA o campo do Aconselhamento Conjugal e Terapia de Família eram duas áreas separadas cada qual com sua própria história, conceitos, e práticas*”. (Framo, 1989, p. 12).

Essa importância é apontada por Gurman e Fraenkel (2002), os autores do artigo de revisão, ao notarem que:

A ironia de que a série especial de artigos sobre terapia de casal seja publicada aqui, em vez de algum outro periódico afiliado ao tema, não pode ser minimizada. Muitos dos primeiros pioneiros da Terapia de Família explicitamente destacaram que Terapia de Casal não era o foco central no seu trabalho, ou efetivamente a colocaram em esquecimento meramente por não mencionarem o seu papel. (p. 200).

Isto é notável, ainda hoje, já que, na maior parte dos livros sobre terapia de família, o tema não é mencionado ou, quando o é, aparece apenas em uma porção reduzida do texto. Isto revela outro importante mito: o da pequena importância da Terapia de Casal na prática clínica. Esse mito parece ter duas importantes fontes.

² Consultado em Agosto de 2004 através do site da Capes (www.capes.org.br)

De um lado, a da tradição clínica de atendimento individual, na qual a entrada de qualquer outro membro da família na terapia, e em especial a do parceiro, era e é, na maioria dos modelos, vista como arriscada e ameaçadora aos objetivos terapêuticos. A quase totalidade dos modelos desenvolvidos para psicoterapia no século XX seguiu este padrão. E mesmo os modelos de atendimento de psicoterapia de grupo contra-indicavam a presença de membros da mesma família no grupo terapêutico, e mais ainda do parceiro conjugal. De outro lado, a tradição da Terapia Sistêmica de Famílias incluiu a família como um todo e, aparentemente, minimizou o foco no casal. Isto se revela em livros-texto sobre Terapia Sistêmica de Família como o de Nichols e Schawartz (1998), que possui aproximadamente 2% de suas páginas dedicadas à Terapia de Casal, ou o livro de Gurman e Kniskern (1981) que dedica apenas um quarto dos capítulos ao tema.

Isto não significa que autores do campo da Terapia Sistêmica de Família não reconheçam ou não apontem a importância da abordagem do casal no tratamento da família. Pois, como Nataniel Akerman (1970) apontou: “*a terapia da desordem conjugal é o núcleo da abordagem para a mudança familiar*” (p. 124). Essa relevância também é dada por outros autores como Virginia Satir, Donald Jackson, Jay Haley, Salvador Minuchim, e Murray Bowen. Isto parece indicar que se a Terapia de Família e Terapia de Casal compartilharam um mesmo conjunto de técnicas e de conceitos há sinais de mudança, na medida em que cada campo está gerando abordagens, conceitos e técnicas próprias (Fraenkel, 1997).

Mas qual a importância da demanda na prática clínica de situações de atendimento a questões que envolvem a conjugalidade ou o relacionamento a dois? Uma pesquisa realizada por Rait (1988) indicou que metade das demandas nas clínicas de Terapia de Família era ligada a questões conjugais. Esse resultado está de acordo com o estudo de Simmons e Doherty (1995), que encontrou que problemas conjugais (58%) excediam problemas de toda a família (42%), em famílias em atendimento. E em um estudo nacional, Simmons e Doherty (1995) verificaram que Terapeutas de Família tratavam duas vezes mais casais que famílias. O mesmo padrão foi encontrado no estudo de Whishman, Dixon e Jonhson (1997), demonstrando que o tratamento de problemas conjugal domina a prática do campo de Terapia de Família. Essa situação não é nova em absoluto, e nem específica da clínica de famílias. Em 1960, Gurim, Vernoff e Feld

verificaram que cerca de 40% dos clientes pesquisados, sobre os motivos de procurar psicoterapia, viam seus problemas como sendo de natureza conjugal. No Brasil não dispomos, ainda, de nenhum estudo sobre o tema.

O tamanho e a importância das demandas de atendimento referentes às questões ligadas à conjugalidade, não podem ser negados, mas como responder a elas? E mais, o que é Psicoterapia de Casal ou Terapia de casal, uma vez que diferentes autores utilizam diversas nomenclaturas para se referir a práticas de intervenção psicológica com casais? Esta é uma importante questão cuja resposta mudou de acordo tanto com a filiação teórica do praticante, quanto com o período histórico, levando a diferentes propostas de modelos de atendimento, com diversos formatos, tais como: cada membro do casal, simultaneamente atendido em sessões individuais, com terapeutas diferentes; cada membro do casal, simultaneamente atendido, em sessões individuais com o mesmo terapeuta; cada membro do casal atendido em sessões individuais, com o mesmo terapeuta consecutivamente, ou seja, à análise de um cônjuge seguia-se a análise do outro; do casal em conjunto com o mesmo terapeuta; atendimento em conjunto do casal com a família nuclear, extensa ou transgeracional (Gurman e Fraenkel, 2002).

Além disto, orientações teóricas parecem ter predominado em diferentes momentos em diferentes grupos, como psicanálise, humanismo, sistêmica, comportamental cognitiva além de e abordagens sociais. Isto revela, de um lado, a riqueza teórica e técnica do campo, e de outro, coloca um desafio extremo de descrever o desenvolvimento da área, de uma maneira que possibilite a compreensão destes desdobramentos e o estado atual do campo.

Diversos autores de revisões, quando examinados em conjunto, parecem concordar que predominam na história conceitual da Psicoterapia de Casal pelo menos quatro fases metodológicas e conceituais (Gurman e Fraenkel, 2002; Gurman e Jacobson 1995; Johnson e Lebow, 2000). Nessas fases uma certa corrente teórica parece ter predominado no campo, e um certo método para atendimento parece ter sido desenvolvido e aceito como o mais adequado.

A primeira fase começa com a abordagem do Aconselhamento Matrimonial, que se orientava por teorias psicológicas ecléticas e indiferenciadas. A segunda fase caracterizou-se com a aplicação do método e de teorias psicanalíticas ao casal. Já a terceira fase foi marcada pela introdução do enfoque sistêmico familiar.

E a quarta fase com a diversificação de modelos, abordagens e o aparecimento de esforços de articulação entre propostas.

Abordar uma revisão teórica, ainda que sumária, por esta perspectiva, parece útil, pois, além de possibilitar a compreensão dos motivos pelos quais os mitos dominantes do campo da Psicoterapia de Casal surgiram, também torna possível discernir não só os impasses teórico-metodológicos, mas também apontar direções de desenvolvimentos possíveis, indicando as principais e mais robustas descobertas do campo.

Assim, ao traçar uma breve revisão conceitual serão abordados a orientação teórica dominante ou significativamente nova, em um período, o método adotado, e autores significativos de acordo com as interpretações dos autores das revisões.

3.1

Um esboço histórico conceitual da psicoterapia de casal

A história da Terapia de Casal apresenta diferentes inícios, de acordo com o critério de corte adotado por diferentes revisores. Os trabalhos de pioneiros como C.C. Jung que escreveu no contexto de sua obra, já no início do século XX, sobre aspectos ligados ao relacionamento conjugal, e pesquisou aspectos ligados à transmissão transgeracional de complexos inconscientes, podem ser adotados como ponto de partida (Jung, 1977; Clarck, 1993). Porém, esta contribuição não é sequer mencionada pela maioria dos revisores. No entanto, todos apontam para as contribuições ocorridas no início do século XX, nos EUA, como significativas. Tal posição parece dever-se ao fato de que a maior parte das escolas de Terapia de Casal ter surgido, nos EUA, durante o século XX.

Gurman e Fraenkel (2002) incluem em sua revisão o período do Aconselhamento Matrimonial que, por sua natureza peculiar, oferece campo para divergências como antecedente ou mesmo membro da tradição da Psicoterapia de Casal. Seguiremos o esquema de interpretação de Gurman e Fraenkel (2002), para os quais a história do Aconselhamento Matrimonial é a primeira fase, no sentido histórico, sendo a de menor contribuição teórica e metodológica, mas que respondeu, de maneira algo ingênua, à demanda por tratamento psicológico das relações conjugais.

3.1.1

Fase do aconselhamento matrimonial

Broderick e Scharder (1991), ao traçarem a história do Aconselhamento Matrimonial, identificam quatro estágios:

A primeira fase, que vai de 1929 até 1932, e que chamam de “Estágio do Pioneirismo”, começa com a fundação de três maiores Institutos Clínicos de Aconselhamento Matrimonial de 1929 a 1932, embora já houvesse a prática pelo menos cinco anos antes. Nesta fase predominava uma abordagem a-téorica de profissionais de diferentes formações, guiados pelo “bom senso”.

Broderick e Scharder (1991) descrevem os primeiros conselheiros matrimoniais como um grupo mais ou menos ingênuo de profissionais, para os quais o Aconselhamento Matrimonial representava uma atividade auxiliar de sua principal profissão. Eram clérigos, médicos, educadores, que procuravam auxiliar, eminentemente de forma preventiva, os jovens casais a lidar com as dificuldades e ajustamentos da vida conjugal. Na maior parte das vezes, suas intervenções visavam ao esclarecimento das realidades biológicas, da vida a dois, além de fornecerem admoestações e conselhos sobre a necessidade de seguir os papéis conjugais, conforme o esperado pela sociedade.

Não havia, de fato, nenhuma pretensão de ver esta atividade como ligada à área de saúde, nem tampouco a preocupação com a formação dos profissionais para lidar com problemas conjugais mais graves ou quadros psiquiátricos. A abordagem dos conselheiros era muito focal, de curto prazo e essencialmente pedagógica. O modelo clínico envolvia o atendimento aos casais, mas em sessões em separado, e raramente ocorria atendimento conjunto ao casal (Barker, 1984).

A segunda fase, que vai de 1934 a 1945, nomearam de “Estágio do Estabelecimento” assinalado pela formação da AAMC, “*American Association of Marriage Counselors*”. A fundação de centros de treinamento e da AAMC, tornaram-se importantes fatores tanto para melhoria da formação, como da busca por melhor qualificação profissional. No entanto, o modelo de atendimento permaneceu o mesmo. A terceira fase, que iria de 1946 a 1963, foi considerada por Broderick e Scharder (1991) como o “Estágio de Consolidação”, levando ao reconhecimento oficial da profissão em 1963. A quarta fase foi de 1964 até 1981

sendo o estágio de “Formação” caracterizado pelo que L’abate e MacHenry (1983) classificam como período de “*intenso crescimento, clarificação de padrões e competências*” (p. 3).

Entretanto, Gurman e Fraenkel (2002) discordam quanto ao término deste período em 1981, propondo na classificação de sua revisão, realizada em 2002, o término deste período em 1978. Este seria marcado com o fim do termo “Aconselhamento Matrimonial”, como assinalado pela mudança da então AAMFC “*American Association for Marriage and Family Conseling*”, para AAMFT “*American Association for Marriage and Family Therapy*”.

Do ponto de vista do formato do tratamento, o modelo de atendimento individual predominou até a década de mil novecentos e sessenta. Michaelson (1963) estimava, a partir de relatos de casos de três centros de Aconselhamento Matrimonial que, nos anos quarenta, cerca de apenas 5% dos atendimentos ocorreram com a presença de ambos os cônjugues. Este número sobe para 9% na década de cinquenta até atingir 15%, nos início dos anos sessenta.

Apenas no final da década de sessenta é que a entrevista conjunta passou a ser predominante na prática clínica, aparentemente, pela influência de profissionais de outras formações que praticavam a Terapia de Casal (Gurman e Fraenkel, 2002).

O modelo de tratamento dominante do Aconselhamento Matrimonial sofria o que Olson (1970) classificou como séria ausência de princípios testados empiricamente. E sem uma teorização derivada desta fundamentação não era possível operar na clínica de modo consistente.

Broderick e Schrader (1991) notam ainda que, durante o período de domínio da abordagem do Aconselhamento Matrimonial, havia uma ausência de qualquer compromisso com qualquer filosofia clínica em particular, o que levou Manus (1966, p. 449) a declarar que “*o Aconselhamento Matrimonial era simplesmente uma técnica em busca de uma teoria*”. Assim, durante este período a situação, do ponto de vista clínico, parecia oferecer uma grande dificuldade, pois de um lado ocorria um aumento significativo de demanda por atendimento a casais, por outro, havia uma ausência de teoria psicológica que fundamentasse modelos que respondessem a estas demandas da prática clínica.

Alguns conselheiros matrimoniais buscaram a abordagem psicanalítica como resposta. Porém, esta era uma teoria que oferecia um modelo eminentemente individual, levando a conclusão de que “... *se a terapia progride fatores inconscientes são descobertos... e o caso cessa de estar no campo do aconselhamento matrimonial*” (Laidlaw, 1957, p. 56). Esta afirmativa revela o pouco espaço teórico e prático existente para a clínica do Aconselhamento Matrimonial, e também aponta para uma das questões que seriam fatores para a sua dissolução em 1978 (Gurman e Fraenkel, 2002).

Gurman e Fraenkel (2002) consideram compreensivo que o Aconselhamento Matrimonial tenha adquirido um traço psicanalítico, pois a Terapia Sistêmica de Família estava, nos anos sessenta, ainda no berço e não ganhara credibilidade social. E o grande grupo de profissionais ligados ao Aconselhamento Matrimonial, à medida que as relações conjugais tornaram-se objeto de estudo e intervenções cientificamente importantes, perdiam gradativamente prestígio e campo de atuação. Assim, após a Segunda Grande Guerra, estes profissionais procuraram ligar-se ao mais prestigioso grupo de prática clínica que, nesse período, era a Psicanálise.

Este movimento apresentou, contudo, conseqüências imprevistas, pois o campo da Terapia Sistêmica de Família, ao emergir, apesar de muitos de seus primeiros líderes e fundadores possuírem formação e treinamento formal em Psicanálise, colocou-se em uma posição radicalmente crítica quanto à abordagem psicanalítica, criticando seu modelo e sua compreensão altamente individual.

Cabe notar que o Aconselhamento Matrimonial não produziu nenhum teórico de peso nos seus primeiros anos e, ao ligar-se ao movimento psicanalítico que declinava frente à emergência de outras abordagens, desapareceu no final dos anos setenta.

O mesmo não ocorreu com o pensamento psicanalítico que, embora tenha vivido um período de retraimento teórico e na prática do campo de atendimento a casais, ressurgiu com importantes contribuições na década de oitenta (Gurman e Fraenkel, 2002).

3.1.2

Contribuições da psicanálise

As contribuições do pensamento psicanalítico à Terapia de Casal podem talvez ser divididas em três períodos, segundo as tendências metodológicas, teóricas e contribuições técnicas (Gurman e Fraenkel, 2002).

O primeiro período vai da década de 1930 até a década de 1960, sendo caracterizado por experimentações e aplicação dos princípios e técnicas psicanalíticas tradicionais à situação de tratamento do casal.

Ocorre, em um segundo período, que vai da metade da década de 1960 até a década de 1980, um arrefecimento do interesse na aplicação da psicanálise à situação conjugal. Por um lado, devido às críticas do próprio movimento psicanalítico ao uso da psicanálise em situações não tradicionais, e, por outro, devido ao interesse despertado pelo movimento de Terapia Sistêmica de Família, que elaborou fortes críticas à abordagem psicanalítica, considerando-a excessivamente personalista e voltada ao intrapsíquico.

Apenas a partir da década de 1980 observamos o aparecimento de um interesse renovado na abordagem psicanalítica, caracterizando um novo período que se estende até os dias de hoje. No entanto, importantes contribuições foram feitas pelos pioneiros em suas tentativas de responder à demanda crescente de atendimento por parte dos casais.

As intervenções psicanalíticas de casal desenvolveram-se de modo autônomo em relação ao Aconselhamento Matrimonial. É importante notar que, neste período, apenas psiquiatras eram admitidos como psicanalistas. Assim, um grupo de profissionais interessados em responder à demanda das dificuldades conjugais, incluindo problemas psiquiátricos, e insatisfeitos com os resultados do método analítico tradicional, iniciaram uma série de experimentações e modificações na técnica, de um modo algo ambivalente. Aparentemente a questão era: como fazer tratamento em casais com uma técnica desenvolvida e voltada para o indivíduo?

A seleção do parceiro na formação do casal e fatores que levavam à manutenção das relações conjugais, mesmo em situações de extremo estresse, já despertava o interesse de psicanalistas neste período. Obernoff (1931) apresentou

um trabalho sobre a Psicanálise de Casais, descrevendo a relação das neuroses na formação do sintoma do casal. Anos depois, em 1938, Oberhoff apresentou um artigo sobre Psicanálise Conjugal Consecutiva na qual a análise de um dos esposos começava quando terminava a do outro. Mittelman (1948) propôs outro enfoque ao descrever o tratamento conjugal como processo de análise individual concomitante de ambos os esposos pelo mesmo analista. Essas abordagens despertaram, obviamente, críticas e restrições, pois contrariavam dramaticamente o método tradicional, no qual, qualquer contato com qualquer membro da família, deveria ser evitado, sob pena de “contaminação” da transferência Greene (1965).

Mittelman (1948) foi ainda mais longe, ao realizar a, provavelmente, primeira sessão de casal conjunta na abordagem psicanalítica, motivado pela diferença das histórias dos casais, que não combinavam em aspectos significativos (Sager, 1966). Embora essa intervenção tenha sido considerada, teoricamente, incorreta para a abordagem psicanalítica e, politicamente, incorreta para o período, revela a essência da hipótese que guiava a intervenção nos casais; era tarefa do terapeuta destacar e corrigir as percepções distorcidas de ambos os cônjuges, permitindo uma relação liberta da irracionalidade.

Assim, caberia ao analista decidir ou auxiliar na decisão do que era “mais racional”. Mesmo Mittelman (1948) sentia-se ambivalente quanto a sessões conjuntas e acreditava que este método só deveria ser usado em casos específicos, que atingiriam não mais que 20% das situações, e que os demais seriam mais beneficiados com análises em separado com diferentes analistas.

Outras cautelosas experimentações ocorreram durante o final da década de 1950 e início da década de 1960, mas, como nota Sager (1966), “*estas contribuições não evidenciavam nenhum desenvolvimento significativo da teoria*” (p. 460). De fato, envolviam propostas de diferentes formatos para terapia, como a “Terapia Colaborativa” na qual dois analistas atendiam o casal, comunicando-se sobre os processos, com o objetivo de manter o casamento (Martim, 1965). Tratamentos combinados também foram propostos com sessões conjuntas, com sessões individuais e de grupo com vários propósitos e combinações (Greene, 1965).

É importante notar que nos métodos de tratamento conjugal psicanalítico conjuntos a visão individual prevalecia, embora desafiando a aderência aos

métodos clássicos como a livre associação e a análise dos sonhos. A análise da transferência continuou como instrumento central do trabalho terapêutico, ampliada para incluir a transferência recíproca entre os cônjuges e a importância do “real” (Greene, 1965; Gurman e Fraenkel, 2002).

Durante a década de 1960 ocorreu uma mudança na abordagem psicanalítica de casal, prevalecendo a realização de sessões conjuntas, no entanto, esta transição não foi feita sem ambivalência. Watson (1963), por exemplo, recomendava, em um artigo sobre o tratamento conjunto do casal, a realização de duas ou três sessões de *anamnése* com cada um dos cônjuges antes da realização de sessões conjuntas. Tal prescrição seguia o pressuposto da necessidade do analista compreender o modo de conexão e sistema comunicativo do casal, bem como seus padrões de homeostase. Estes deveriam ser apreciados através de uma cuidadosa avaliação dos aspectos psicodinâmicos e desenvolvimentais de cada um dos cônjuges individualmente.

A abordagem psicanalítica de casal começava a emergir oferecendo hipóteses que orientaram o campo, como aponta Manus (1966); “*A mais influente hipótese é que o conflito conjugal é baseado na interação neurótica dos parceiros... um produto da psicopatologia de um ou ambos parceiros*” (p. 449).

Leslie (1964), em um artigo clássico dos anos de 1960, coloca que a técnica central de trabalho com casais era a identificação de distorções nas percepções mútuas dos parceiros, na transferência e contratransferência, e sua correção, permitindo a plena manifestação do conflito na sessão e sua direta alteração.

Mesmo com o aumento e prevalência de métodos de abordagem conjunta do casal, a visão teórica e as técnicas terapêuticas permaneceram sem maiores mudanças. A ênfase ainda era na interpretação das defesas, que agora incluíam as defesas do casal além das individuais, o uso das técnicas de associação livre realizada conjuntamente pelo casal, e análise dos sonhos, que agora incluíam além das associações individuais, as associações do cônjuge (Sager, 1967a; Gurman e Fraenkel, 2002).

Sager (1967b), um dos mais influentes terapeutas de casal do período, ilustra bem esta ambivalência ao escrever: “*Eu não estou envolvido primariamente em tratar desarmonias conjugais, que são um sintoma, mas em tratar os dois indivíduos no casamento*”. (p. 1985). Esse autor (Sager 1967a,

1967b) ainda mantinha-se ligado à perspectiva tradicional psicanalítica, com forte ênfase nos processos de transações transferenciais trianguladas e na atenção aos elementos edípicos. Mas, no mesmo ano, ele escrevia sobre os riscos do terapeuta envolver-se em diálogos com os cônjuges que, ao tentarem falar apenas com o terapeuta evitariam o diálogo com o parceiro. Sager (1967a) apontava a importância de o terapeuta evitar assumir um lugar onipotente e encaminhar a sessão para que os cônjuges, ao dialogarem, desenvolvessem suas próprias e criativas soluções.

Essa ambivalência técnica refletia uma ambivalência teórica ainda maior para os psicanalistas do período. O lugar central daquilo que tradicionalmente seria o caráter distintivo da Psicanálise, ou seja, a análise da transferência.

Skyner (1980), ao avaliar a produção do período, uma década mais tarde, influenciado pela escola das relações objetais, nota que a abordagem psicodinâmica parece ter perdido o seu caminho, na identificação das técnicas indutoras de mudança do casal, ao focar de modo inapropriado o conceito de transferência, e as técnicas interpretativas. Retrospectivamente notou que, na abordagem psicanalítica de casal, os conflitos inconscientes deveriam ser considerados presentes e totalmente desenvolvidos em padrões projetivos. E que esses poderiam ser melhor trabalhados diretamente do que através de métodos indiretos como a interpretação da transferência.

A ambivalência em relação ao núcleo central da teoria psicanalítica parecia não oferecer, no final da década de 1960, uma saída simples para o impasse teórico e técnico levando a uma diminuição temporária de interesse na abordagem psicanalítica. Essa sofreu, ainda na década de sessenta, fortes críticas das escolas de Terapia de Família, que começavam a expandir o seu movimento. Como notam Broderick e Scharder (1991), o artigo de Sager (1966) sobre uma revisão histórica do desenvolvimento da Terapia de Casal de orientação psicanalítica “*parece ser o verdadeiro zênite de seu desenvolvimento independente*” (p. 17).

A ausência de desenvolvimentos teóricos e técnicos próprios e as fortes críticas, tanto da Psicanálise mais ortodoxa como da abordagem da Terapia de Família, levaram a um período de declínio de interesse na Terapia Psicanalítica de Casais. Apenas na década de 1980, com importantes mudanças teóricas e novas

metodologias, é que surgiu um novo interesse na aplicação do enfoque psicanalítico à clínica da conjugalidade (Gurman e Fraenkel, 2002).

3.1.3

Contribuições da terapia de família à terapia de casal

Durante as décadas de 1950 e 1960, outro paradigma desenvolveu-se a partir de estudos, reflexões e novas descobertas que colocavam novos enfoques sobre a questão das “patologias psicológicas”. Estudos pioneiros como de Bateson, Haley, Weakland (1956), Lidz (1958), Wynne (1958), Lang e Esterson (1964) criaram, juntamente com o desenvolvimento de novas abordagens teóricas e metodológicas (Bertalanffy, 1968), um novo campo de estudo e intervenção: a Terapia Sistêmica de Famílias (Foley, 1985).

Os estudos de Wynne (1958), Lidz (1958) e Lang e Esterson (1964) colocaram em relevo o envolvimento da família na esquizofrenia. Estes trabalhos parecem ter se inspirado no, hoje, clássico estudo *Toward a theory of esquizofreny* de Bateson, Jackson, Haley, Weakland (1956), no qual apresentaram pela primeira vez a teoria do duplo vínculo, e nos estudos sobre família e doença mental, que concluíram pelo envolvimento da estrutura familiar na emergência e manutenção da psicopatologia (Foley, 1995).

Todos estes autores desenvolveram, independentemente, a partir de pesquisas próprias, envolvendo a observação de famílias com membros “portadores de esquizofrenia”, conceitos teóricos, que apontaram para a possibilidade e necessidade de intervenções, não no indivíduo como membro, mas na família como campo de tratamento (Foley, 1995; Féres-Carneiro, 1996).

É curioso notar que muitos dos pioneiros da Terapia de Família, como Akerman, Jackson, Framo, Bowen, entre outros, tinham sólida formação em Psicanálise (Foley, 1995; Féres-Carneiro, 1996). No entanto, apesar de muitos autores, hoje em dia, integrarem criativamente conceitos psicodinâmicos e sistêmicos em larga medida, a história inicial da Terapia de Família Sistêmica foi marcada por uma forte e, às vezes, radical discordância de muitos dos princípios aceitos da Terapia Psicanalítica e Psicodinâmica, em especial, do foco nos

aspectos psicodinamicos individuais como principios teóricos explicativos e de intervenção.

Estas fortes críticas somadas ao interesse pela abordagem da família, e não mais do casal, juntamente com os impasses teóricos levaram a um esmaecimento da abordagem psicanalítica de casal. Não se tratou de fato de um desaparecimento pois, apesar de sua menor visibilidade em termos de publicações, ocorreram algumas significativas contribuições como as de Framo (1976, 1981), Paul (1969, 1975), e Sander (1979). O pensamento psicanalítico não morreu, mas ficou fragmentado e marginalizado pelas escolas dominantes de terapia do período.

Reverendo a história do campo da Psicoterapia, talvez o evento de maior impacto, desde o desenvolvimento da Psicanálise, seja o aparecimento do que na época, por questionar radicalmente seus pressupostos, pareceu ser o seu maior contraponto; a Terapia Sistêmica de Família.

Como nota Fraenkel (1997):

As abordagens sistêmicas desenvolveram-se em larga medida como uma reação às limitações percebidas nas terapias que atribuíam as disfunções psicológicas e sociais a apenas problemas no individual, seja este visto como de natureza biológica, psicológica, psicodinâmica ou comportamental. (p. 380).

Porém, os historiadores do período descrevem o seu surgimento como resultado, de também, uma absorção do campo da Terapia de Casal pela abordagem sistêmica de família. Broderick e Scharder (1991) referem-se a “*uma mistura ou amalgama das abordagens*” (p.15). Nichols e Schwartz (1998) referem-se à “*Terapia de Família absorvendo a Terapia de Casal*” (p. 37). E Olson et al. (1980) concluem que “*no início da década de oitenta a distinção entre Terapia de Família e Terapia de Casal havia desaparecido*” (p. 973), notando ainda que o campo havia se tornado “*unitário mas não totalmente unificado e integrado*” (p. 973). Essa situação é o reflexo da diferença conceitual e metodológica que separava ambos os campos e que marcou a evolução histórica de ambas as abordagens. Haley (1984a) revela o que pode ser visto como a dinâmica do campo, no período, quando observa que “*não houve uma única escola de Terapia de Família que se originasse do grupo das escolas de Aconselhamento Matrimonial, ou há agora.*” (p. 6).

Ou; *“Aconselhamento Matrimonial não parece ser relevante para o desenvolvimento do campo da Terapia de Família”*. (p. 5).

Essas críticas endereçam-se a duas características marcantes do campo do Aconselhamento Matrimonial, e que se tornaram fatais no desenvolvimento desta abordagem. A primeira refere-se o fato de que o Aconselhamento Matrimonial não desenvolveu abordagens próprias durante mais de quarenta anos. A segunda por ter realizado apenas assimilações de outros campos como da Terapia Psicanalítica de Casais, o que contribuiu para seu desaparecimento. Como coloca Haley (1984a), *“Conselheiros matrimoniais adotavam idéias de outras terapias. Quando a terapia individual era psicodinâmica, o Aconselhamento Matrimonial tendia a propor estas idéias”*. (p. 7).

Idéias estas que foram duramente atacadas pelo movimento de Terapia Sistêmica de Família. O foco também parecia deslocado para incluir a família como um todo e qualquer proposta de atender menos que a família parecia inadequada ou insuficiente.

Isto não quer dizer que os teóricos pioneiros da Terapia Sistêmica de Família não tivessem nenhuma contribuição ou interesse nas questões conjugais. Podemos apontar, como Gurman e Fraenkel (2002), algumas contribuições seminais, de autores como Donald Jackson, Jay Haley, Virginia Satir, e Murray Bowen, todas significativas para a prática e teoria da terapia com casais. No entanto, pode-se citar também, como de relevância, o trabalho de Salvador Minuchin, considerando o impacto de seu trabalho no desdobramento na importante área do Enfoque Biopsicossocial da Abordagem Sistêmica à Saúde (Minuchin, Rosman e Baker, 1978), que basicamente coloca que todos os problemas humanos são emergentes do sistema biopsicossocial. Isto significa que não existem problemas biomédicos que não sejam psicossociais e não existem problemas psicossociais que não sejam também biológicos (Macdaniel, Hepworth, Doherty, 1994). Estas contribuições têm profunda relevância na abordagem de problemas médicos e psicológicos envolvendo o casal e a família, e que têm sido foco de interesse nos últimos anos (Gurman e Fraenkel, 2002; Diniz Neto e Féres-Carneiro, no prelo).

Durante a metade da década de 1960, a década de 1970 e início da década de oitenta, a abordagem sistêmica de família moldou a visão de tratamento de

distúrbios psicológicos que incluíam aspectos conjugais. Todo tratamento conjugal deveria passar pela visão da família. Tratar algo menos que a família era considerado inadequado. Esta perspectiva esteve presente nas diversas escolas de Terapia de Família e moldou muito da produção do campo. Isto pode ser inferido de alguns desdobramentos.

Em primeiro lugar, o Aconselhamento Matrimonial, em que ainda pese a sua ausência de contribuições teóricas e técnicas significativas, acabou sendo absorvido teoricamente pelo movimento da Terapia de Família, o que levou ao seu fim enquanto profissão em 1979.

Por outro lado, no campo da Terapia de Casal Psicanalítica, os seus praticantes debatiam-se no dilema de manter-se fiel à teoria e técnica psicanalítica ou lançar-se na criação e desenvolvimento de teorias e técnicas para além do intrapsíquico, envolvendo o inter-relacional, caindo em uma certa imobilização. Apareceram poucos avanços teóricos nesta escola, sendo os mais notáveis as contribuições de Dicks (1967), no clássico “*Marital Tensions*” que se tornou o livro texto da abordagem da Teoria das Relações Objetais à relação conjugal. Os trabalhos de Sager (1976, 1981) sobre o “contrato conjugal”, e também a contribuição original de Framo (1965, 1996), que desenvolveu modelos de atendimento a casais em grupo, e em sessões com a família de origem, orientado pela Teoria das Relações Objetais. E ainda, as abordagens experienciais humanísticas, originadas das contribuições de Virginia Satir, também se encontraram marginalizadas até meados da década de 1980 a medida que a própria Virginia Satir afastou-se do movimento de Terapia de Família.

Assim, Gurman e Fraenkel (2002) consideram que neste período, da metade da década de 1960 a metade da década de 1980, poucos trabalhos de monta surgiram no campo da Terapia de Casal, indicando um eclipse da abordagem. Porém, o interesse no campo não desapareceu por completo. Na década de 1970 e 1980, pesquisas sobre eficácia da Psicoterapia em geral emergiram, recolocando questões sobre a validade de abordagens teóricas e métodos de tratamento, levando a um renovado interesse no campo.

Em 1986, Jacobson e Gurman publicaram o clássico “*Clinical Handbook of Marital Therapy*” anunciando, pela sua grande leitura e utilização, a quarta fase do desenvolvimento conceitual da Terapia de Casal. Esta fase conceitual do

desenvolvimento da Terapia de Casal foi marcada pelo aumento de sólidas pesquisas empíricas sobre a conjugalidade, o exame detalhado de conceitos e teorias até então propostas, o aparecimento de pesquisas empíricas experimentais sobre modelos e a criação de centros de pesquisa e treinamento de terapeutas de casal.

A combinação destes fatores levou a um contínuo refinamento e à colocação de novas questões, críticas, e desenvolvimento de abordagens e modelos durante o período.

3.1.4

Criticas e o desenvolvimento de novas abordagens

Nas diversas revisões abordadas, os autores concordam que, durante a década de 1970 e início da década de 1980 importantes desenvolvimentos críticos foram realizados em um contexto mais amplo, mas com profundas repercussões sobre o campo da terapia de casal. Pelo menos três importantes aspectos do conhecimento foram fortemente questionados, levantando importantes questões sobre a teoria e prática da Terapia de Casal. E embora cada um destes aspectos apontasse para diferentes perspectivas, todos questionaram pressupostos que até então, orientavam de forma inconsciente, muitas das produções no campo da Terapia de Casal.

O movimento feminista revelou pontos críticos do pensamento científico, ao identificar seus pressupostos falocêntricos e patriarcal. A expansão do olhar da produção científica, sobre a conjugalidade, para além dos padrões da sociedade ocidental judaico-cristã, revelou novos aspectos sobre a conjugalidade presentes nas diferentes culturas, descortinando importantes questões. E, ainda, o chamado pós-modernismo, com sua crítica sobre os aspectos fundacionais do conhecimento, apontou novas direções de inquirição envolvendo profundamente o pesquisador e o contexto da produção. Em conjunto e, cada qual a seu modo, estas linhas de questionamento imprimiram novas direções na pesquisa, no pensar sobre a conjugalidade e no tratamento de suas demandas.

A visão crítica do feminismo, com o estudo das dimensões, socialmente construídas, das diferenças entre gêneros, levou à compreensão de que as crenças

estabelecidas sobre a diferenciação de papéis na sociedade ocidental ocultavam aspectos históricos de expectativas implícitas e explícitas de pressões sociais.

Assim, as crenças sobre a construção de complementaridades dos papéis entre parceiros, em uma relação conjugal, foram desafiadas, revelando preconceitos enraizados que atravessavam não só muitas das leituras teóricas, mas também intervenções na prática clínica da Psicoterapia de Casal. Por exemplo, a crença sustentada, tanto academicamente como no imaginário popular, de que, naturalmente, os homens são mais instrumentais e as mulheres mais emocionais e, por isso, os primeiros são mais hábeis neste nível de comunicação, é compreendida na visão feminista, como mais uma prescrição social na forma de uma descrição científica do que a afirmação de um fato científico.

Esta visão de complementaridade emerge a partir das demandas de forças econômicas, sociais e políticas que surgem com o começo da revolução industrial, que assinalava o local de produção de cada gênero. Os homens trabalhando fora de casa e as mulheres fornecendo a logística através dos cuidados do lar. Assim, para sustentar as necessidades de um modelo de produção, que requeria que os homens passassem o dia fora a trabalho e, às vezes, períodos ainda maiores em viagens de trabalho, sustentou-se uma crença que descrevia os homens como possuidores de poucos dos atributos necessários para a criação da prole. E, por sua vez, as mulheres eram descritas como menos dotadas para solução de problemas e administração, como nota, entre muitos, Goldner (1985) ao afirmar que;

(...) a complementaridade conjugal deve ser entendida como não apenas um arranjo psicológico entre marido e esposa mas, também... estruturando relações íntimas no contexto mais amplo das relações sócias. (p. 31).

Além disto, Goldner (1985) colocou em relevo que esta prescrição, além de aumentar a rígida complementaridade em gerações de funcionamento de famílias e casais, acentuou, prescritivamente, produções de subjetividades cindidas ou, pelo menos, com desenvolvimento parciais. Pensadores sistêmicos, até este período, ao participarem socialmente dessa crença, negligenciaram a hierarquia de gêneros, situando-a em uma hierarquia transgeracional, em suas construções teóricas e intervenções, compactuando, assim, para manutenção deste *status quo*.

Outro foco de crítica foi o uso do conceito de circularidade nas relações do casal que supunha uma co-participação, de ambas as partes, na emergência e manutenção de situações de constrangimento, intimidação e violência nas quais, muitas vezes, as mulheres eram vítimas, deixando uma conotação de que não só ambas as partes eram responsáveis igualmente pela situação de violência, como também as mulheres responsáveis pela manutenção de sua condição de vítimas (Avis 1992).

A crítica feminista, como preconizada pelo *Akerman Violence Project* (Goldner, Penn, Sheinberg e Walker, 1990), coloca que a construção de teorias circulares, como proposta pela perspectiva sistêmica, serve também como manutenção de uma descrição socialmente construída. E ainda que na visão linear de causalidade, no caso, de que homens são os responsáveis únicos pela violência contra as mulheres, é outra visão possível e mais moralmente comprometida com a proteção das vítimas. Assim, eles apontam que nós, enquanto seres sociais, escolhemos quando e quais teorias, pelo menos no campo das ciências humanas, usaremos para abordar e ressaltar um aspecto da realidade e, ainda, qual sentido construiremos. Portanto consideram que a escolha teórica implica em uma responsabilidade moral, por convidar a uma praxis social.

Além destas críticas à concepção sistêmica do funcionamento do casal e família, as feministas notaram que a terapia é construída por estereótipos de gênero. Hare-Mustin (1978) aponta para os padrões paternalísticos da hierarquia do relacionamento do terapeuta-cliente, com o terapeuta, deliberadamente ou não, reforçando o papel estereotipado de comportamento, como nos modelos de terapias focadas na solução de problemas do casal.

Goldner (Goldner et al., 1990) nota, ainda, a posição paradoxal da mulher no campo da Terapia de Casal a qual, ao funcionar como monitor do bem-estar emocional do casal, sinaliza ao marido a necessidade de auxílio e tipicamente marca a primeira sessão. Contudo, a esposa, uma vez em terapia, alia-se ao terapeuta, para manter o casal em terapia, e simultaneamente inibe a terapia, evitando críticas ao marido, que sinaliza o uso do seu poder de veto, caso não goste do que escutar. Esta situação caracteriza-se como típica do exercício de poder e introduz a esposa em uma situação paradoxal. Papp (2000), a partir destas

críticas, desenvolveu diversas técnicas para trabalhar e romper com as crenças de gêneros limitadoras.

Da mesma forma que outras críticas à Terapia de Casal como, por exemplo, o multiculturalismo, o feminismo desafia crenças e estereótipos relacionados com a distribuição de parcerias no cuidado com os filhos e distribuição de tarefas como cuidados com a casa e o lar e o trabalho fora de casa. Goldner (1985) nota que embora exista uma vasta literatura feminista, tanto no campo da história, da psicanálise e da sociologia, a produção de obras com críticas feministas ao casal e a família emerge, curiosamente, quando as autoras feministas experimentam a transformação da maternidade em suas vidas e seus paradoxos na nossa cultura. Tipicamente o nascimento do primeiro filho, em nossa cultura, faz emergir de modo inegável as diferenças sociais e culturais dos estereótipos e papéis do homem e da mulher.

Tal situação não pode ser naturalizada e, mesmo em uma época de múltiplas experiências em formas de conjugalidade e famílias, estudos como o de Gottman (1991, 1994) têm demonstrado que o impacto da divisão de trabalho doméstico na vida do casal influencia não só o nível de bem-estar e satisfação conjugal, mas, até mesmo, o nível de longevidade (Apter, 1985; Bernard, 1982). De fato, ao desafiar as crenças e preconceitos sobre o relacionamento conjugal e parental nas famílias, o movimento feminista revelou importantes aspectos das dificuldades maritais que se referem às diferentes maneiras como os dois membros de um casal heterossexual experienciam e acessam os limites de poder e de diferentes expectativas quanto à intimidade. (Gurman e Fraenkel, 2002).

Ao mesmo tempo em que o campo da terapia de casal recebia críticas do movimento feminista, ocorria o reconhecimento da importância da diversidade das experiências dos casais, em função das diferenças sociais, econômicas, étnicas e geográficas. Apontando que, estas diferenças não poderiam ser simplesmente compreendidas como desvios dos padrões normais, isto é, socialmente dominantes (Gurman e Fraenkel, 2002).

Com exceção dos trabalhos sobre casais homossexuais e da perspectiva feminista, a maior parte dos trabalhos sobre aspectos multiculturais está expressa em obras gerais de estudos sobre famílias. Até o presente, existem poucos

trabalhos específicos sobre estas importantes questões, como os trabalhos de Black (2000), Fraenkel e Wilson (2000), Mohr (2000), Perel (2000).

Resumidamente, dois pontos principais são enfatizados nestes trabalhos. Primeiramente as normas referentes à qualidade e quantidade de intimidade, da distribuição de poder entre os cônjuges, o grau de envolvimento de outras pessoas na intimidade do casal (família, amigos, amantes) e outros aspectos nucleares da vida do casal, variam de acordo com as etnias, grupos sociais, classes econômicas, orientações sexuais entre outras afiliações e identificações psicossociais.

Em segundo lugar, dependendo do lugar de cada grupo dentro do contexto social mais amplo, a afiliação e identificação psicossocial provêm privilégios e dificuldades aos padrões de condições de vida e opressão social. É evidente que esses fatores influenciam tanto o processo do relacionamento do casal como a satisfação conjugal.

Assim, uma vez que o casal e cada um dos seus participantes estão imersos nesta teia político-econômico-social, torna-se importante levar em conta a construção de um contexto compreensivo da experiência conjugal, que será significada e marcada por estas questões. Para o contexto brasileiro, a observação de Boyd-Franklin (1993) feita para a sociedade norte americana mostra-se pertinente e pode ser aplicada:

... para as famílias afro-americanas habitantes das cidades, a realidade do dia a dia, com o racismo, a discriminação, o classicismo, a pobreza, a violência, o crime e as drogas criam forças que continuamente ameaçam a sobrevivência da família. (p. 361).

Gurman e Fraenkel (2002) notam que a emergência da perspectiva multicultural possui implicações de longo alcance, tanto para a teorização como para a prática clínica, e que tais questões encontram-se ainda muito pouco exploradas.

De forma semelhante às questões emergentes propostas pelo movimento feminista, o impacto das diferenças culturais que acompanham os níveis de opressão e privilégios, bem como de inclusão da dimensão sócio-cultural do terapeuta com suas afiliações e privilégios, marcam de forma inevitável suas

crenças e intervenções. As identificações socioculturais, étnicas, econômicas e políticas do terapeuta provêm uma base para o viés de sua leitura, construção de suas experiências e intervenções que podem estar marcadas pela reprodução de uma política de manutenção de privilégios e poder de classe, afetando todo o processo terapêutico; da formação da aliança terapêutica até a construção e realização de intervenções.

É importante assinalar que cada casal deve ser visto como uma combinação única de condições socioculturais e, assim, a perspectiva multicultural parece requerer dos terapeutas uma abordagem mais colaborativa, mais etnográfica e antropológica, na qual ele deve investigar o contexto dos valores e expectativas que caracterizam suas culturas e, conseqüentemente, o significado particular de seus problemas e do que seria um estado “adequado”.

A flexibilidade, na construção hierárquica, na terapia é um ponto crítico, principalmente, quando a raça, o nível sócio-econômico e o cultural colocam o terapeuta em uma aparente posição superior dentro do contexto do encontro terapêutico, muitas vezes assinalado, como um lugar de poder e saber. Cabe ressaltar que proficiência e hierarquia não são inerentemente atitudes antiéticas, pois podem ser utilizadas em um encontro colaborativo e respeitoso sobre as diferenças. A hierarquia deve ser vista como funcional no momento do encontro terapêutico e não transpor padrões de relacionamento socialmente marcados, construindo subjetividades restringidas.

A dimensão cultural, assim, tem ganhado destaque, desde a década de 1980, como um dos campos possíveis de desdobramentos teóricos mais significativos dentro do campo da Psicoterapia em geral e também da Psicoterapia de Casal. Desde então, o campo da Ciência e o da Psicoterapia têm recebido forte impacto das críticas pós-modernas, em especial, do Construtivismo (Watzlawick, 1994), do Construcionismo Social (Anderson e Goolishian, 1988; Gergen, 1998), das Teorias de Solução de Problemas (White e Epston, 1991) e de abordagens derivadas destas abordagens.

Demodo sucinto pode-se dizer que, o pós-modernismo critica o realismo, isto é, a crença em uma realidade objetiva, que poderia ser conhecida, sem referência ao observador, através do método científico. Propõe, como alternativa, um conceito da realidade socialmente construída, relativa ao contexto social e

histórico do conhecedor. Esta nova epistemologia resultou em inúmeras mudanças no campo da Terapia Sistêmica Familiar e, também, na Terapia de Casal. Entre elas alguns pontos se destacam. O primeiro seria a mudança do terapeuta de especialista a colaborador, na investigação do casal sobre o significado de suas dificuldades e possibilidades de solução. Ocorreu, também, uma modificação da descrição das interações como seqüências comportamentais e cibernéticas para uma compreensão de construção de significados articulados. Isto levou a uma busca da compreensão de como a linguagem do casal é usada para descrever as dificuldades do relacionamento, não só qualificando os problemas, mas também limita as possibilidades de solução. Este deslocamento colocou uma ênfase no aspecto único de cada situação clínica e do significado singular de cada experiência.

Essa nova abordagem tem auxiliado aos casais a perceber como o impacto de uma certa descrição problematiza e limita suas ações. Possibilita, portanto, que se desidentifiquem destas descrições, criando novas alternativas de experiências criativas, desafiando crenças limitadoras, derivadas das ideologias dominantes e fundacionais. Esta desconstrução de significados convida à construção de novos significados para a identidade nuclear do casal, levando à oportunidade de mudança e renovação.

Por outro lado, surgiram críticas de que esta perspectiva levaria a um trabalho muito mais com indivíduos, em sua experiência relacional, que com casais em interação (Minuchim, 1998). É possível que ao se interessar pelo modo como a experiência é construída, certos autores tenham colocado uma ênfase maior na experiência tal como o indivíduo a vive. Porém, cabe ressaltar que, dentro desta perspectiva, o Construcionismo Social busca compreender como a realidade é construída socialmente (Pearce, 1996).

De mesma forma, as terapias focadas na solução de problemas (Hudson e O'Hanlon, 1992) são baseadas nos meios pelos quais a linguagem constrói e constrange as experiências humanas, gerando problemas que limitam a experiência do casal, empobrecendo sua capacidade de gerar alternativas. Estes modelos envolvem técnicas de exploração das exceções nos padrões de experiências modelares, buscando ampliá-las e levar o casal para além dos modos

usuais de definição de problemas e solução. Desafiam, assim, a experiência no sentido de construir uma visão alternativa e preferencial de futuro para o casal.

Cabe ressaltar que, diferentemente dos modelos centrados em técnicas narrativas, que desafiam os modos como as grandes narrativas constroem e controlam a vivência do casal, os modelos de Terapia Focada na Solução de Problemas exploram o universo das interações e significações do casal no nível de suas ações cotidianas e no micro-nível de suas interações e experiências.

Estes modelos, contudo, têm sido criticados por tomar o futuro enquanto foco de mudança, e não permitir que os casais expressem e explorem suas experiências, ainda que sofridas e constrangedoras, que são parte ativa de suas histórias (Efron e Veenendaal, 1993).

Deve-se notar que embora as teorias pós-modernas tenham, como as teorias feministas e multiculturais, surgido de críticas aos valores e imposições presentes nas grandes narrativas que expressariam meios de controle e opressão, diferem destas ao considerar a inexistência de uma realidade objetiva, que estaria apenas mascarada por ideologias dominantes cuja finalidade seria manter seus interesses.

As teorias pós-modernas enfatizam a relatividade de toda e qualquer narrativa as quais trariam conseqüências sociais, políticas e econômicas. Como conseqüência, as teorias feministas e multiculturais experimentam pontos de conflito e resistência com as perspectivas pós-modernas (Hare-Mustin e Marecek, 1994).

Gurman e Fraenkel (2002) consideram que dadas as contribuições e críticas que as perspectivas pós-modernas têm gerado, muito se pode esperar nos próximos anos de seu desenvolvimento. E quaisquer que sejam os desdobramentos, com suas convergências e divergências, estas perspectivas, Feminismo, Multiculturalismo e Pós-modernismo, trouxeram uma aguda consciência sobre a diversidade de experiências de homens e mulheres de diferentes culturas. Em conjunto, essas críticas aos padrões da Terapia de Casal não só influenciaram como têm refletido os desenvolvimentos posteriores no campo (Gurman e Fraenkel, 2002).

Muitas das abordagens teóricas que orientaram o campo da Psicoterapia demonstraram a eficácia de seus modelos durante a década de 1970 e 1980 (Smith, Glass, Miller, 1980a; Garsk e Lynn, 1985). Assim, muitos autores

começaram, de modo mais confiante, a expandir seus modelos para outras situações, para além da terapia individual, gerando novos modelos de tratamento (Gurman e Fraenkel, 2002). Alguns destes modelos despertaram profundo interesse, ao mesmo tempo em que resultados de pesquisas convidavam à avaliação destes mesmos métodos, gerando importantes avanços. Os mais significativos, de acordo com as principais revisões (Gurman e Fraenkel, 2002; Johnson e Lebow 2000; Ferés-Carneiro, 1996) serão abordados apenas em suas contribuições e relevância para o campo.

Modelos foram propostos a partir do enfoque da Teoria de Aprendizagem Social proposto por Stuart (1969, 1980) e Jacobson (Jacobson e Martim, 1976), Da mesma forma que outras abordagens comportamentais em Psicoterapia, a Terapia Conjugal Comportamental, mais do que qualquer outra abordagem no campo da Terapia de Casal, busca fundamentar-se fortemente em pesquisas empíricas. Esta forte base e tradição empírica fazem da Terapia Conjugal Comportamental a, provavelmente, mais bem estudada experimentalmente prática de Terapia de Casal. Enquanto escola de Terapia tem apresentado um desenvolvimento bastante dinâmico, envolvendo diversas mudanças metodológicas e técnicas significativas.

Em uma primeira fase, podemos observar a aplicação quase ingênua, de princípios comportamentais à situação das dificuldades conjugais. Duas estratégias terapêuticas marcam esta etapa: a mudança terapêutica do padrão de trocas, e o desenvolvimento de habilidades.

Em um primeiro momento, sob a forte influência de uma visão simplista das dificuldades conjugais, foi proposta uma simples mudança na “troca de comportamentos” entre os cônjuges que, como método de intervenção, alteraria o padrão conjugal. No processo terapêutico, a ênfase estava na identificação de mudanças desejáveis para a interação e, então, treinar estes comportamentos, em uma altamente estruturada seqüência de reconhecimento mútuo (Stuart, 1969), baseada em uma interpretação algo limitada do conceito de *quid pro quo* de Jackson (1968; Laderer e Jackson, 1968).

Esse estilo de remanejamento do contrato conjugal foi substituído, à medida que seus resultados foram pouco animadores, por uma proposta de um “contrato de boa fé”, no qual os comportamentos não seriam especificados

comportamentalmente e trocados de forma pareada, de um modo quase comercial, mas deveriam ocorrer unilaterais, e, esperava-se, simultaneamente (Weiss, Bircher e Vincent, 1974).

Atualmente os aspectos de troca são considerados como secundários no contexto da Terapia Comportamental de Casal com base na Teoria de Aprendizagem Social. Uma das razões desta mudança de ênfase reside no fato que os primeiros terapeutas comportamentais de casal não compreenderam adequadamente o conceito de “quid pro quo” de Jackson (1968; Laderer e Jackson, 1968). Interpretaram-no mais como um sistema de trocas ponto a ponto, do que como uma perspectiva mais ampla de como os parceiros definem-se a si mesmos na relação.

Na ênfase no desenvolvimento de habilidades, a Terapia Comportamental de Casais colocou ênfase no ensino de habilidades comunicacionais e para solução de problemas aos casais, que supostamente envolveriam padrões saudáveis de casamentos satisfatórios. Estas habilidades seriam ensinadas aos casais em módulos em uma seqüência relativamente estabelecida.

Curiosamente, a característica fundamental das abordagens comportamentais em terapia, incluindo a Terapia Comportamental de Casais, a análise funcional parece ter sido desconsiderada. Aparentemente o apelo de um método de tratamento de ensino/aprendizagem era tão poderoso que, freqüentemente, módulos de treinamento de habilidades eram incluídos nos modelos de Terapia Comportamental de Casais. Desta forma, usualmente falhavam em uma importante distinção funcional comportamental; entre um problema de aquisição de uma habilidade e de performance, isto é, da diferença entre a aprendizagem e o uso de uma habilidade já adquirida, mas não exercida, suficientemente, em um relacionamento (Gurman e Fraenkel, 2002).

Uma segunda fase na Terapia Comportamental de Casais foi marcada pelo desenvolvimento do modelo que Jacobson e Christesen (1996) chamaram de Terapia Comportamental de Casais Integrativa, e que foi considerada uma evolução significativa - essa e outras contribuições que indicaram uma mudança na estratégia terapêutica, de mudanças comportamentais para aumento da aceitação mútua dos cônjuges.

Este desdobramento deveu-se a vários fatores, entre eles, a necessidade de desenvolver métodos para lidar com aspectos não abordáveis pelo treinamento de habilidades e que levavam casais a permanecerem debatendo-se ao redor de questões insolúveis. Um outro fator foi à necessidade de implementar novas formas de terapia que contornassem a aparente paralisação da evolução do nível de eficácia da Terapia Comportamental de Casais (Jacobson e Adis, 1993). Esta nova fase foi marcada por um aumento na melhora dos resultados terapêuticos e pela descoberta de que “... *a nomenclatura de traços psicológicos é útil para compreender nossos clientes, tal como é útil para nos entendermos na vida do dia a dia.*” (Hamburg, 1996, p. 56).

Tal compreensão revela-se, por exemplo, no trabalho de Jacobson et al. (1996) que passou a enfocar e descrever temas recorrentes de dificuldades conjugais como, em uma linguagem comportamental, classes de resposta, do que comportamentos específicos.

A fase mais recente da Terapia Comportamental de Casais foca aspectos da auto-regulação, como, por exemplo, o trabalho de Halford (1998), que envolve estratégias de mudança do comportamento do outro cônjuge a partir de mudanças nos comportamentos conjugais de cada um dos membros do casal. A ênfase é dada em comportamentos que facilitem a mudança pela alteração da resposta ao comportamento indesejável do outro cônjuge. Esta mudança estratégica tem por objetivo alterar a seqüência comportamental e os padrões funcionais que, supostamente, manteriam a seqüência não desejada. E, além disto, poderia funcionar como um padrão de capacitação dos cônjuges para manutenção e melhora de sua relação, após o término da terapia formal, servindo para remediar a perda de benefícios em longo prazo.

Gurman e Fraenkel (2002) apontam que a aplicação de estratégias de autocontrole para mudança nas relações conjugais acrescentou uma importante dimensão ao foco da Terapia Comportamental de Casal, acrescentando múltiplos níveis de comportamento humano relevante. Curiosamente, abordagens comportamentais do autocontrole e de suas implicações para a terapia (Franks, 1969) já estavam disponíveis na década de 1960 quando aparece a primeira fase da Terapia Comportamental de Casal. Talvez tal técnica não tenha sido proposta como parte de um esforço para diferenciar a abordagem da Terapia

Comportamental de Casal de outros modelos como o psicodinâmico, o sistêmico e o humanístico.

A aplicação destas novas abordagens na Terapia Comportamental de Casal, bem como a exploração da resposta fisiológica dos cônjuges a interação (Gottman, 1998), colocaram a possibilidade de que importantes resultados no tratamento possam ser alcançados (Gurman e Fraenkel, 2002). Cabe notar, contudo, que a Terapia Comportamental de Casal tem dado pouca atenção a fatores familiares e intergeracionais no conflito conjugal sendo talvez uma importante lacuna no seu desenvolvimento teórico e na prática clínica.

A escola de Terapia de Casal Focada na Emoção é a primeira grande reaproximação entre a tradição de Terapia de Família e Casal e a abordagem humanística e experiencial de grandes autores como Carl Rogers, Fritz Pearls, seguindo uma perspectiva inicialmente desenvolvida por Virginia Satir (1964). Trata-se também de uma escola com grande base empírica (Johnson, Husley, Greenberg e Schindler, 1999), e de importância histórica (Gurman e Fraenkel, 2002).

A premissa fundamental da Terapia de Casal Focada na Emoção é que seres humanos têm uma necessidade inata para contatos emocionais consistentes, seguros e íntimos. Assim, o conflito conjugal é visto como dependente da maneira como a necessidade de ligação afetiva é expressa e satisfeita emocionalmente. Teoricamente, a Terapia de Casal Focada na Emoção fundamenta-se nas teorias de relação de objeto, no entanto, seus métodos e técnicas diferem daqueles que prezam a interpretação terapêutica.

Contrastando com as abordagens estratégica e comportamental, a Terapia de Casal Focada na Emoção vê a emoção como o organizador primário da experiência íntima, influenciando significativamente os padrões interacionais, percepções e atribuições de significado a interações. Assim, os objetivos terapêuticos são dois; explorar a visão que cada parceiro tem sobre si-mesmo e o outro, como organizada pela experiência afetiva imediata, e auxiliar os cônjuges a acessar os sentimentos não reconhecidos em si mesmo e no parceiro, criando meios para sua expressão na sessão terapêutica.

A emergência de experiências emocionais corretivas é alcançada através de técnicas da Gestalt, da Abordagem Centrada no Cliente, e de técnicas da Terapia

Sistêmica de Casal, que favoreçam a interação emocional intensa. Tais experiências ocorrem através da intervenção do terapeuta, que intervêm no sentido de favorecer a empatia mútua, diminuindo a defensividade, levando o casal a tornar-se capaz de resolver seus problemas e dificuldades.

A capacidade de solução de problemas é alcançada de modo não intencional, evitando-se o treinamento de métodos de solução de problemas, como em outros modelos como a Terapia Comportamental de Casal. Assim, espera-se que ocorra espontaneamente, a partir do desenvolvimento da capacidade de comunicação emocional, o desenvolvimento de novas formas de relacionar.

Diversas técnicas foram descritas (Johnson e Greenberg, 1995) tais como o “Ciclo de Desescalação”, no qual o terapeuta cria uma aliança com o casal, delineando núcleos do conflito, mapeando situações problemáticas recorrentes, os padrões de interação insatisfatórios, acessando e facilitando a expressão de sentimentos não reconhecidos, e re-enquadrando os problemas à luz destes sentimentos. Ou a técnica de “Mudança de Posições Interacionais”, na qual os parceiros são convidados a se identificar com as necessidades do outro, encorajando a aceitação da experiência emocional e explicitando de modo claro as necessidades emocionais de cada cônjuge. E ainda a “Consolidação e Integração”, na qual se desenvolverão novas soluções para velhos problemas, consolidando novas posições e padrões de ligação afetiva emergentes (Johnson, 1999).

A prática efetiva da Terapia de Casal Focada na Emoção exige, talvez mais do que qualquer outro modelo, uma alta habilidade do terapeuta em evocar e gerenciar sentimentos não expressos, assim como uma grande confiança entre os cônjuges. O foco central da terapia é a expressão emocional, assim, o terapeuta não se preocupa em explorar o passado, interpretar motivações desejos ou conflitos inconscientes, ou ensinar habilidades interpessoais e comunicacionais.

A Terapia de Casal Focada na Emoção tem encontrado bases empíricas para sua prática e, mais do que outra abordagem de Terapia de Casal, tem apontado o lugar relevante do si-mesmo de cada participante do relacionamento, respeitando sua fenomenologia e subjetividade, mantendo ainda uma visão do casal como sistema. Como Schwartz e Johnson (2000) notam: “... o campo da terapia de casal esta lentamente retomando aquele” pega-toca “visionário de Virginia Satir e se livrando de sua herança não emocional.” (p. 29).

Snyder (1999) desenvolveu a Terapia de Casal Orientada para o “Insight”, apresentando estudos e pesquisas sobre o seu desenvolvimento, bem como demonstrando a sua eficácia a longo prazo. Embora as raízes da abordagem Terapia de Casal Orientada para o *insight* remontem aos métodos psicodinâmicos da década de 1960, ela é, até o presente, o método com as bases empíricas mais relevantes para uma visão psicodinâmica e para a re-emergência dos métodos da abordagem psicodinâmica de casais da década de 1960a.

Contudo, a Terapia de Casal Orientada para o Insight não é uma abordagem psicanalítica ou mesmo uma abordagem puramente de relações objetais. Ela enfatiza as disposições relacionais do indivíduo e seus núcleos temáticos individuais associados, gerados nas relações íntimas, incluindo a família de origem. Dois núcleos teóricos sustentam este modelo; a Teoria dos Papéis Interpessoais (Anchin e Kiesler, 1982) e a Teoria de Esquema (Young, 1994) de orientação cognitivista. Porém, a teoria é psicodinâmica coincidindo com aspectos de modelos baseados na Teoria de Apego.

A Terapia de Casal Orientada para o *insight* reconhece os processos e conflitos interpessoais e intrapessoais como reais e significativos para a qualidade da relação conjugal. As contradições e incongruências entre indivíduos sobre suas expectativas e necessidades na relação, marcam a forma como o casal se organizará ao redor do que, Snyder (1999) se refere como, uma manutenção inadvertida dos parceiros de padrões mal-adaptativos de relacionamento.

O terapeuta tem, como técnica central, a interpretação do comportamento, sentimento e cognições dos cônjuges, tanto no contexto atual como na história de vida do casal. Assim, da mesma forma que nas primeiras abordagens de Terapia Psicanalítica de Casal e Terapia de Casal de Relações Objetais, a Terapia de Casal Orientada para o *insight* também reconhece a presença, como clinicamente significativos, de elementos colusivos.

A Terapia de Casal Orientada para o *insight* pode ser vista como um quadro de referência para a organização de intervenções e o seqüenciamento do uso de técnicas interpretativas, cognitivas, experienciais e comportamentais. A busca pelo *insight* como meio de compreensão e modificação é mediada pela interação terapêutica que, na fase de “reconstrução afetiva”, o principal momento da terapia,

buscará a compreensão de temas mal adaptados - sua origem desenvolvimental, as conexões com as primeiras experiências, os medos e dificuldades atuais.

A Terapia de Casal Orientada para o *insight* parece incorporar uma explicação formal para muitos dos princípios e práticas de diversas intervenções realizadas na prática clínica de muitos terapeutas que se descrevem a si-mesmos como orientados psicodinamicamente ou como ecléticos a, provavelmente, mais freqüente orientação de terapeutas de casal (Gurman e Fraenkel, 2002).

Da mesma forma que a Terapia de Casal Focada na Emoção, a Terapia de Casal Orientada para o Insight representa a re-introdução de questões relacionadas ao “si-mesmo” no contexto da Terapia de Casal. Essa é uma importante tendência e provavelmente representa a retomada de um tema relevante, que foi, indevidamente, relegado ao segundo plano.

Gurman e Fraenkel (2002) consideram que o interesse na abordagem psicodinâmica re-emergiu na década de oitenta, facilitado por três importantes eventos. O primeiro ocorreu na medida que pesquisadores de Terapia de Casal contribuíram significativamente para o refinamento de técnicas e na construção de manuais de tratamento que orientariam a prática terapêutica. Isto permitiu seu uso em estudos de resultados de eficácia. O segundo deve-se ao surgimento de um grande número de modelos de terapia integrativos, com elementos psicodinâmicos. E, o terceiro, ocorrido na década de 1980, é o grande número de clínicos teóricos, trabalhando independentemente, que publicou trabalhos nos quais procuram desenvolver e explorar teorias, típicas de relações objetais, e técnicas para Terapia de Casal, refinando intervenções e estratégias (Bader e Pearson, 1988; Naldelson, 1978; Sharff e Scharff, 1991; Siegel, 1992, Solomon, 1989; Willi, 1982). Outros autores, como Ruffiot (1981), Eiguier (1984), e Lamaire (1988), desenvolveram, a partir da psicanálise de grupo, modelos psicanalíticos de atendimento a casais. Estes estudos objetivam facilitar a individuação, modificar as defesas diádicas e individuais, tornando-as mais flexíveis, e aumentar as capacidades dos membros do casal de suportar e apoiar as dificuldades emocionais do parceiro (Gurman e Fraenkel, 2002).

Todos os métodos de terapia psicodinâmica de casal atribuem importância central à comunicação inconsciente e aos processos de manutenção de relações que caracterizam a conjugalidade, os quais são mal adaptados e disfuncionalmente

rígidos em casais em conflito. Embora muitos destes métodos utilizem diferentes técnicas e intervenções, todos parecem estar em débito com as contribuições de Dicks (1967) sobre as relações objetais na cena conjugal. Entre os conceitos centrais desta abordagem estão: a identificação projetiva, o *splitting*, a colusão, o *holding* e a contenção (Cathedral, 1992).

Enquanto as primeiras experiências de aplicação da Psicanálise à Terapia de casal focavam, alternadamente, os aspectos psicodinâmicos dos parceiros individuais, a moderna Terapia de Casal de Relações Objetais procura um foco balanceado na estrutura das defesas conjugais compartilhadas e nas evitações que elas perpetuam, como, por exemplo, ansiedade nas relações íntimas.

Talvez o interesse renovado na abordagem psicodinâmica na Terapia de Casal se deva à convergência de diversos fatores. De um lado a emergência de abordagens mais integrativas, que tendem a focar tantos os aspectos intrapsíquicos como os interpessoais. De outro, ao se estabilizar como uma modalidade clínica respeitável, a Terapia de Família abriu espaço para exploração de outros pontos de vista clínicos, que serviram de contraponto no estudo do processo de diferenciação e crescimento psicológico. E, sem dúvida, as pesquisas sobre eficácia terapêutica, que demonstraram uma surpreendente homogeneidade nos resultados terapêuticos, também convidaram a uma reflexão mais parcimoniosa e respeitosa com as diversas contribuições do campo da Psicoterapia (Smith, Glass e Miller, 1980; Garsk e Lynn, 1985; Miller, Hubble e Duncan, 1995). E como colocam Gurman e Fraenkel (2002), *“quaisquer que sejam as explicações para o renovado interesse na psicodinâmica do casal, no nascimento deste milênio, parece que este interesse voltou para o enriquecimento.”* (p. 227).

Com o reconhecimento da eficácia dos modelos de Terapia de Casal, na década de 1990, para distúrbios da relação conjugal, iniciou-se uma nova fase de expansão com busca de desenvolvimentos de modelos voltados a questões tradicionalmente consideradas fora do âmbito das dificuldades conjugais. Estas demandas envolvem, além de intervenções preventivas, tratamento de transtornos psiquiátricos em modelos interdisciplinares.

Embora a abordagem psiquiátrica tenha sido alvo de crítica e desdém, por muitos autores do campo da Terapia de Família, ela oferece agora um novo campo de interação transdisciplinar, com a busca de novos modelos de tratamento e

intervenção. É comumente esquecido que mesmo a abordagem Sistêmica de Família emergiu do estudo de distúrbios psiquiátricos e da tentativa de abordá-los de forma psicoterapêutica, através do que parecia ser o foco de emergência das dificuldades: a família enquanto um sistema (Foley, 1995).

Para Gurman e Fraenkel (2002), desde que terapeutas de família orientados sistemicamente se interessaram pelo tratamento de síndromes psiquiátricas a atual abordagem é o maior avanço em décadas. Este campo emergiu, naturalmente, a partir das demandas de tratamento na clínica de casal. Númeras pesquisas têm sido feitas em relação à etiologia, manutenção e tratamento dessas desordens e da conjugalidade.

Das diversas síndromes estudadas três se destacam pelo grande número de estudos e publicações: depressão, principalmente em mulheres; ansiedade, especialmente, agorafobia em mulheres; e alcoolismo, principalmente em homens. Até o presente, o método de tratamento mais estudado para estas síndromes tem sido a Terapia Comportamental de Casal, bem como métodos que envolvem treinamento de comunicação e aprendizagem de técnicas de resolução de problemas.

Outros métodos de tratamento pouco testados envolvem a compreensão de fatores e temas intergeracionais, a intervenção em crenças de diferença de gênero que levam ao constrangimento e nas relações de poder que levam a iniquidades sociais (Papp, 2000).

Os resultados mostram que a Terapia de Casal pode influir positivamente nos sintomas, na evolução do quadro clínico, na aderência a métodos de tratamento farmacológicos concomitantes e na diminuição da taxa de abandono do tratamento. Estudos também sugerem que Terapia de Casal isoladamente não é suficiente para tratamento de alcoolismo, sem medicamento, ou para tratamento de agorafobia sem técnicas de exposição ao vivo ao agente ansiogênico. Porém, é suficiente para o tratamento de depressão, quando estiver associada primariamente a dificuldades na relação conjugal.

A Terapia de Casal parece ser mais eficaz para aliviar sofrimento conjugal associado com depressão, se comparada com outras abordagens como Terapia Cognitiva Individual para depressão ou Terapia Interpessoal para Depressão (Beach, Fincham e Katz, 1998).

Estudos indicam que, no tratamento de outros transtornos, quando a Terapia de Casal é associada à abordagem psicofarmacológica pode trazer benefícios tais como a aceitação do diagnóstico, a aderência ao tratamento, possibilitando ao casal lidar com as dificuldades resultantes do transtorno. Mesmo distúrbios neurobiológicos, como por exemplo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H), parecem ser favorecidos por esta estratégia (Sena e Diniz Neto, 2005; Diniz Neto e Féres-Carneiro, no prelo).

Paradoxalmente, à medida que as taxas de divórcio aumentaram no final do século XX, ocorreu um retorno ao aspecto preventivo do desaparecido Aconselhamento Matrimonial (Broderick e Schrader, 1991; Gottman, 1998). Esta abordagem tem tido importantes resultados em modelos de prevenção envolvendo aplicação de modelos e teorias de Terapia de Casal.

Diferentes bases teóricas têm inspirado estes programas como: abordagem cognitiva, comportamental, sistêmica, experiencial, humanística e psicodinâmica (Berger e Hanna, 1999). Diferentes modelos têm sido propostos, variando de aplicações intensivas em workshops, com grupos de casais, a uma abordagem mais individualizada, com número fixo de sessões com cada casal separadamente.

Alguns métodos focam o treinamento de habilidades, supostamente, necessárias para uma relação conjugal satisfatória como: técnicas comunicacionais, de manejo de conflito ou expressão emocional. Outros tendem a focar mudanças no estilo relacional, em uma abordagem preventiva de focos de tensão e conflito (Gurman e Fraenkel, 2002).

Os modelos baseiam-se na diferenciação da atenção a casais em três níveis (Gurman e Fraenkel, 2002):

- atenção primária, na qual os casais não apresentam ainda nenhuma queixa ou dificuldade de monta.
- atenção secundária, quando já existe uma demanda com algum grau de sofrimento psicológico.
- atenção terciária, na qual o casal apresenta dificuldades reais e imediatas envolvendo sofrimento psicológico e estresse.

Para cada um desses níveis, estudos indicam resultados importantes como justificativas para sua implementação. Primeiramente, pesquisas mostram que muitos casais, apesar da eficácia da Terapia de Casal, não alcançam resultados

satisfatórios, abandonam o tratamento ou não mantêm os ganhos em longo prazo (Jacobson e Adis, 1993). Assim, parece ser adequado abordar tais casais antes que as dificuldades conjugais tornem-se excessivas, a fim de fornecer meios para prevenir o estresse conjugal.

Tem-se apontando também a importância econômica, social e médica destes programas de prevenção, uma vez que os processos de ruptura ou conflito conjugal têm, em geral, efeitos que ultrapassam o sistema conjugal, afetando a rede social, incluindo a família extensa e nuclear.

Pesquisas têm evidenciado resultados promissores na área de prevenção desde a década de 1980. Giblin, Sprenkle e Sheehan (1985), ao realizarem uma meta-análise de 85 estudos sobre os benefícios de programas de prevenção de conflitos conjugais, encontraram resultados significativos, sugerindo que estas intervenções melhorariam a satisfação conjugal em 67% dos casais, em comparação com os casais de grupos-controle. Este resultado foi criticado por Bradbury e Fincham (1990), tanto no que se refere às técnicas de meta-análise como aos estudos selecionados para estas, uma vez que foram usados apenas estudos com medidas “pré-pós” e não com acompanhamento em longo prazo.

Uma evidência mais sugestiva apareceu, porém, no estudo de Markman, Remick, Floyd, Stanley e Clements (1993) sobre o Programa de Prevenção e Melhora do Relacionamento da Universidade de Denver. Este programa ensinava técnicas de comunicação, manejo de conflitos e como lidar com núcleos de expectativas e valores diferentes no casal. E, ainda, como identificar e lidar com problemas encobertos, bem como aumentar a amizade e sensualidade na relação. Este estudo longitudinal demonstrou que casais recém-casados, sem estresse, escolhidos randomicamente e submetidos a um curso de 15 horas padrão do programa, mostravam benefícios significativos, em um acompanhamento de quatro anos, em relação aos casais que não fizeram o curso.

Áreas importantes mostram diferenças notáveis como: aumento da sensação de amor na relação conjugal, problemas de menor intensidade, maior longevidade, melhor capacidade comunicacional, satisfação sexual e com o relacionamento. Após 4 anos os casais que passaram pelo programa relatavam ainda, um menor número de ocorrências de violência doméstica do que aqueles que não passaram pelo programa.

Os programas de prevenção parecem oferecer uma importante promessa para fornecer os meios de reduzir as tensões e conflitos conjugais, em uma importante parcela da população, durante o curso de seus relacionamentos, e mesmo para lidar com situações de ruptura das relações.

Contudo, estes programas não são desenvolvidos para substituir a assistência terciária a casais, ou seja, os modelos específicos para a Terapia de Casal (Lebow, 1997; Gurman e Fraenkel, 2002). Cabe salientar que cerca de 50% dos casais à que são oferecidos estes programas os recusam, mesmo quando o custo é nulo. Isto parece indicar que, diferentes questões quanto ao estilo relacional e sistema de valores orientam os casais participantes destes estudos e programas, em relação aos casais que não participam, podendo esta característica intervir nos resultados (Bray e Joriles, 1995).

Estas questões apontam para a complexidade do campo do tratamento psicoterapêutico das questões conjugais, no qual o clínico deverá ter uma formação ampla o bastante para tratar desde casais que almejam a melhoria de uma relação ajustada e satisfatória até aqueles com sérios problemas conjugais, envolvendo questões psicológicas e psiquiátricas. Qualquer modelo terapêutico deve, portanto, permitir articulações entre todos estes aspectos.

O campo da Terapia de Casal tem assistido, na sua última fase, a importantes diálogos e relacionamentos sinérgicos entre diferentes perspectivas, levando a integração e enriquecimento de modelos (Gurman e Fraenkel, 2002). Tendências e focos anteriormente vistos como estanques passaram a serem explorados conjuntamente, criando espaços interdisciplinares e transdisciplinares. Quatro campos de diálogo parecem mais relevantes, pelo seu potencial e por possuírem, já, uma história consubstanciada.

O primeiro campo ocorre no diálogo e articulação de diferentes abordagens de Terapia de Casal nas quais diferentes escolas têm participado. O segundo trata da exploração das contribuições recíprocas entre a abordagem da Terapia de Casal e as contribuições da Terapia Breve. E, em terceiro lugar, parecem relevantes as discussões entre o campo da Terapia de Casal e o da Terapia Sexual. E, finalmente, têm ocorrido tentativas de articulação com a Teoria do Apego (Bowlby, 1989). Estas parecem ser as maiores estratégias integrativas em andamento no final do século XX e início do século XXI.

Diversos autores procuram integrar modelos ressaltando as vantagens dos aspectos mais salientes de cada abordagem, desenvolvendo uma visão mais holística da Terapia de Casal, combinando diferentes formatos de tratamento e modalidades. Os modelos propostos tendem a se agrupar epistemologicamente em dois grupos, sendo um pólo mais eclético, menos preocupado com a sua fundamentação teórica, enquanto em outro pólo outros modelos refletem uma busca de consistência epistemológica.

Dentre os mais ecléticos, alguns modelos destacam-se como a Terapia Integrada de Múltiplos Níveis desenvolvida por Feldman (1985, 1992), um exemplo característico, que procura focar os aspectos comportamentais, psicodinâmicos, sistêmicos e biológicos do relacionamento conjugal. Feldman (1992) advoga o uso adequado de sessões individuais e conjuntas, em um desenho apropriado para cada caso.

A Terapia Integrativa Centrada no Problema, desenvolvida por Pinsof (1983, 1995), é outro exemplo de combinação flexível de métodos, formatos e o uso de diferentes focos teóricos, com o objetivo de potencializar o tratamento. Pinsof (1983, 1995) utiliza um enquadre teórico que permite tanto escolher o foco adequado a um certo caso clínico como avaliar a pertinência do uso de um certo modelo, baseado em princípios teóricos diferentes e o uso de intervenções. No modelo de Pinsof (1995) o terapeuta move-se no processo combinando intervenções de diferentes abordagens, de acordo com um plano de tratamento claramente delineado, que toma a forma de uma árvore de decisões. Assim é possível escolher, com critério a cada momento, de modelos focados no presente, como o cognitivo, o comportamental ou estrutural, até modelos focados na historicidade como de relações objetais ou modelo boweniano. Aspectos biológicos são também considerados nesta abordagem, levando a intervenções biológicas e farmacológicas.

A Paleta Terapêutica é outro método integrativo desenvolvido por Fraenkel (1997), que procura, de modo similar aos modelos anteriores, oferecer um conjunto de princípios para a escolha de uma teoria em detrimento de outra, em diferentes momentos do tratamento psicoterapêutico.

Estes autores parecem seguir as observações de Martim (1976), que asseverou: *“aqueles que preferem ter de escolher entre apenas os aspectos do*

intrapessoal ou do interpessoal limitam a si-mesmos. Esta separação é artificial e não ocorre na natureza do ser humano.” (p. 8).

Esta observação tem levado diferentes autores a enfatizar ambos os aspectos, intrapessoal e interpessoal, combinando diferentes abordagens, como Sager (1981) que, no seu modelo de Contrato Conjugal, dirige-se tanto a aspectos verbalizados e conscientes de expectativas do laço conjugal como a aspectos não verbalizados ou contratos inconscientes, fundamentando-se na Teoria Psicanalítica, mas ainda assim, fazendo uso de seletivo de trocas comportamentais ponto a ponto.

Nichols (1988), em seu Modelo Integrativo, fundamenta-se nas teorias de desenvolvimento e das relações objetais, mas também utiliza intervenções de trocas comportamentais, de treinamento comunicacional e de solução de problemas.

A Abordagem de Sistemas Internos de Famílias de Schwartz (1995), por um lado, combina o reconhecimento da experiência intrapsíquica, baseada na história e representação internalizadas de partes do si-mesmo, e os modos como esta influencia e é influenciada pela interação em andamento.

Do outro lado, destaca pelo menos quatro modelos integrativos que, diferentemente dos modelos mais ecléticos, apresentam uma maior preocupação com a consistência teórica e epistemológica, embora eles procurem balancear tanto aspectos intrapsíquicos quanto intrapessoais.

Uma primeira abordagem deste tipo foi proposta por Bagarozzi e Giddings (1983), que procuraram apresentar uma Análise Cognitivo-Atribucional de como parceiros reforçam e punem, mutuamente, os seus comportamentos, a partir de sua adequação, ou não, aos seus modelos representacionais internos. Deste modo os cônjuges engajam-se em um padrão de escultura recíproca de seus modelos e comportamentos, mantendo uma conjunção emocional, através do processo projetivo. Para estes autores tanto as dimensões conscientes e inconscientes deveriam ser exploradas na Terapia de Casal.

Outra proposta significativa foi o Modelo Intersistêmico de Berman, Lief e Williams (1981), que combina uma Teoria de Contrato com a Teoria de Relações Objetais, a Teoria de Sistemas Multigeracional, a Teoria do Desenvolvimento Adulto, e a Teoria de Aprendizagem Social. Este modelo foca simultaneamente o

individual, o interacional em seu aspecto conjugal e o sistema intergeracional, delineando um conjunto de intervenções originárias de diferentes tradições terapêuticas. Gurman e Fraenkel (2002) consideram este modelo integrativo o mais ambicioso já proposto para a Terapia de Casal.

O Modelo de Terapia de Casal de Abordagem Combinada Psicodinâmica-Comportamental de Seagraves (1982) e a Terapia de Casal Breve Integrativa de Comportamento Profundo (Gurman, 2002) buscam modificar os modelos representacionais internos e interpessoais, tanto através de intervenções diretas comportamentais como através de meios interpretativos. Ambos os modelos vêm os diversos aspectos da personalidade dos cônjuges, como delineados e mantidos através de interações significativas. Assim os autores concordam que intervenções diretivas e comportamentais podem servir como poderosos meios de mudança intrapsíquica.

Outras abordagens integrativas têm surgido a partir de modelos bem diversos como abordagem sistêmica e psicanalítica, em especial em aplicações a família como Gatal (1983), que propõe uma aproximação entre a abordagem lacaniana e a abordagem sistêmica. Féres-Carneiro (1996) propõem tal integração como possível e desejável, enriquecendo as possibilidades de compreensão e intervenção terapêutica.

Diferentes modelos, que derivam da aplicação de diferentes abordagens, têm obtido, desde a década de 1970 e 1980, resultados comparáveis em termos de eficácia terapêutica. E, neste sentido, a pretensão de superioridade de uma abordagem sobre as demais, ainda está por se estabelecer, sendo considerada atualmente como improvável (Smith Glass e Miller, 1980; Garsk e Lynn, 1985; Miller et al. 1995; Cordioli, 2002; Pinosof e Wynne, 2002). De outro lado, diferentes perspectivas têm convidado a criação de diferentes intervenções que parecem mais se complementar que se opor. Porém, estes resultados indicam importantes questões que apontam para problemas epistemológicos básicos do campo da Psicoterapia, envolvendo o que pode ser compreendido como uma crise paradigmática, no sentido kuhniano (Diniz-Neto, 1997).

Estas tentativas de integração e cooperação devem ser entendidas como importantes contribuições para a superação de velhas rixas metodológicas e, um

passo na direção de questões paradigmáticas fundamentais do campo da Psicoterapia, em geral, e de casal, em particular.

O campo da Psicoterapia, tem se desenvolvido em diferentes direções explorando modelos e possibilidades. A Terapia Breve desenvolveu-se como tentativa de lidar com a emergência de uma demanda significativa de atendimento, sem perda da eficácia terapêutica. Diferentes abordagens exploraram as possibilidades de modelos terapêuticos breves, tendo como característica comum, um número pré-definido de sessões e intervenções, focando ao máximo as mudanças psicológicas.

Em um desenvolvimento paralelo, muitas das características da Psicoterapia Breve emergiram, também, no campo da Terapia de Casal (Gurman e Frakel, 2002). Gurman (2001) observa que, comparativamente a intervenções psicoterapêuticas individuais, os modelos de Terapia de Casal tendem a ser breves, organizados de 15 a 20 sessões, em média. Tal tendência reflete um posicionamento basicamente orientado por atitudes comuns, tais como: parcimônia clínica, orientação desenvolvimental centrada na emergência do problema em um momento específico, ênfase nas potencialidades do cliente, importância da indução de mudanças tanto fora como dentro do enquadre da terapia, foco centrado no presente.

Além dessas características, soma-se a presença do cônjuge, estabelecendo uma relação potencialmente de maior influência que a relação terapeuta-cliente, como o enfatizado na formas mais tradicionais de Psicoterapia. Para Gurman (2001) quatro fatores técnicos comuns aos diversos modelos de Terapia de Casal também estão presentes na Terapia Breve.

Em primeiro lugar, destaca-se o significado e o uso do tempo, como recurso assim como intervenção, incluindo o engajamento em uma perspectiva desenvolvimental do aparecimento e da formação do problema, intervenções precoces e uma flexibilidade no tempo do tratamento.

Em segundo lugar, a relação terapeuta-cliente (casal), em ambas as formas exigem uma postura mais ativa do terapeuta que deve intervir mais do que, usualmente o faz, em terapias individuais. Assim, nas formas de Psicoterapia, já validadas empiricamente, o terapeuta age como especialista que colabora com o

cliente em sua dificuldade, aceitando sua responsabilidade e repartindo seus conhecimentos e habilidades.

Em terceiro lugar, as técnicas de tratamento, em Terapia de Casal e Terapia Breve, tendem a incluir tanto mudanças dentro do contexto da sessão de terapia como fora. E, em quarto lugar, a abordagem focal no tratamento dos sintomas, a pedra de toque da Terapia Breve, é presente também na Terapia de Casal, sendo dirigido para os padrões que cercam os problemas e sintomas do casal.

Assim, Gurman (2001) coloca que a questão da integração entre Terapia de Casal e Terapia Breve é muito mais de reconhecimento de similitudes e aproximações do que de criar um espaço teórico comum. Isto se dá porque, em ambas as abordagens, as mesmas dimensões terapêuticas são ativadas, mesmo considerando-se a diferença do foco interacional ou sistêmico, sempre presente nas Terapias de Casal.

Identificar estas bases comuns é benéfico para ambas às abordagens, pois assim se oferece, além de um campo de confirmação e ressonância de resultados, uma possibilidade de intercâmbio na prática clínica.

A tentativa de integração entre a Terapia de Casal e Terapia Sexual tem sido objeto de controvérsia, praticamente, desde o surgimento quase simultâneo de ambas as abordagens. Esforços têm sido feitos na direção de um diálogo, e a existência do periódico *Journal of Sexual e Marital Therapy* indica esta tendência. Tal empenho é apoiado por importantes razões clínicas.

Socialmente a relação conjugal continua sendo a única instância, plenamente sancionada, na qual se espera a existência de vínculo e prática sexual. De fato, durante a fase do Aconselhamento Matrimonial, os aspectos da vida sexual do casal eram um dos focos de maior importância. Do ponto de vista clínico, é predominante na prática terapêutica com casais situações nas quais o casal experiencie dificuldades na esfera sexual, primariamente ou em consonância com outras dificuldades. Quase que inevitavelmente todos os casos envolverão pelo menos alguma discussão sobre a dimensão sexual do casal. Contudo, os campos da Terapia de Casal e Terapia Sexual são vistos ainda como separados e sem conexão. Pinsoff (1999) nota que embora a sexualidade seja referida ocasionalmente em congressos, seminários e artigos de Terapia de Casal, quase não existem referências às técnicas de tratamento de disfunções sexuais.

Esta divergência parece ter origem em uma pressuposição que predominou no campo de Terapia de Casal, qual seja, que a disfunção sexual é apenas um sintoma de uma outra dificuldade do casal, como medo de intimidade, jogos de poder, tentativas de desqualificação, ou, ainda, “*quid pro quo*”. Como resultado, o campo da Terapia de Casal não tem dado suficiente atenção à dimensão da sexualidade e das disfunções sexuais.

Outro importante fator parece ser que, majoritariamente, as técnicas de Terapia Sexual foram desenvolvidas em um foco comportamental, sendo carregadas das implicações desta abordagem. Por outro lado, grande parte dos terapeutas de casal, revela ter uma formação primariamente orientada pela abordagem psicodinâmica e sistêmica, criando uma forte barreira ao diálogo (MacCarthy, 2002).

Ao mesmo tempo em que terapeutas de casal defendem a integração e diálogo mais sistemático de modelos com a Terapia Sexual, esta parece estar em declínio. Não por razões teóricas e metodológicas ou por ausência de resultados, pois alguns são realmente impressionantes como os alcançados pelo método de Master e Jonhson (1990), mas por pressão de companhias de seguro, e ausência de reconhecimento da profissão. Como notam Gurman e Fraenkel (2002),

Se haverá uma substantiva e significativa integração do campo da Terapia Sexual e Terapia de Casal, novos líderes devem surgir com capacidade em ambos os domínios clínicos, e com um respeito equilibrado para a complementaridade, e os atributos potencialmente sinérgicos de ambos os domínios. (p. 240).

Outra tentativa de articulação tem ocorrido entre a Teoria do Apego e a Terapia de Casal. A Teoria de Apego foi desenvolvida por Bowlby (1989) a partir de questões relacionadas ao estabelecimento dos vínculos iniciais entre a criança e sua mãe, ou quem exercer o seu papel. Sua abordagem partiu de uma visão psicanalítica, mas, ao incorporar métodos e modelos da Etologia, da Psicologia Cognitiva e Teoria Comunicacional, diferenciou-se, tornando-se uma contribuição original (Bowlby, 1989).

A Teoria do Apego descreve como, a partir do relacionamento com figuras significativas ao longo do desenvolvimento, é construído o modelo de apego. E

este pode ser inferido, na maneira como o indivíduo sente-se, comporta-se e interage com pessoas significativas na sua vida atual, enfatizando:

- (a) o status primário e a função biológica dos laços emocionais íntimos entre indivíduos, cuja formação e manutenção são postulados como sendo controlados por um sistema cibernético, situado no sistema nervoso central, que utiliza modelos funcionais do si-mesmo e da figura de apego, um em relação ao outro.
- (b) a poderosa influência, no desenvolvimento de uma criança, da maneira como é tratada por seus pais, especialmente pela figura materna, e
- (c) que o conhecimento atual do desenvolvimento de uma criança requer uma teoria do desenvolvimento que possa tomar o lugar de teorias que invocam fases específicas do desenvolvimento, nas quais – sustenta-se – uma pessoa pode tornar-se fixada e/ou pode retornar. (Bowlby, 1989, p. 118).

Bowlby (1989) descreve três padrões básicos dos modelos de apego. Primeiro, o modelo de base segura, que se caracteriza por um sentimento de confiança e cuidado em relação à figura de apego, com expectativas de afeto e atenção quando necessário e pronto atendimento das necessidades. Este padrão tem um longo processo de evolução na relação mãe-filho(a) e muito mais do que uma relação passiva, é marcada pelo potencial que a criança tem, já ao nascer, de: *“estabelecer uma forma elementar de interação social e o potencial da mãe comum, sensível, para participar com sucesso da interação”* (Bowlby, 1989, p. 22).

Uma importante conclusão a que Bowlby (1989) chega é:

Podemos seguramente concluir que os bebês humanos, como de outras espécies são pré-programados para se desenvolverem de uma forma socialmente cooperativa; se isto ocorre ou não, depende do modo como são tratados. (p. 24)

O segundo padrão descrito por Bowlby (1989) é o do apego ansioso, caracterizado por uma insegurança e dificuldade de estabelecer vínculos seguros, marcado por sentimentos de ansiedade com relação ao vínculo com figuras de apego, e comportamento ambivalente, frequentemente marcado por raiva e culpa.

O terceiro modelo de apego é o evitativo, no qual o indivíduo desenvolve padrões evitativos extremos com relações de apego, que são vividas como extremamente aversivas, mas, ao mesmo tempo, desejáveis.

A Teoria do Apego considera a propensão para estabelecer laços emocionais íntimos com indivíduos especiais como uma componente básica da natureza humana, já presente no neonato em forma germinal e que continua na vida adulta e na velhice. O modelo de apego não é visto como pronto e acabado, mas em constante processo de elaboração, tanto para melhor quanto para pior, dependendo dos padrões de relação experimentados.

Nas últimas décadas, muitos estudos têm buscado identificar os fatores relacionados com a qualidade do relacionamento conjugal. E um dos mais promissores e examinados fatores tem sido o padrão de apego individual (Feyney, 1999). No entanto, a maior parte destes estudos tem relegado os aspectos da conjugalidade para segundo plano.

Diversos estudos, teóricos e de pesquisa, no entanto, apontam a importância do estilo de apego adulto para a formação e manutenção dos vínculos conjugais e também para a qualidade da relação (Mikulincer, Florian, Cowan e Cowan, 2002).

Esses estudos apóiam-se em uma relação de causalidade, na qual o modelo de apego, construído nas relações com figuras de apego significativas, é o antecedente para a formação do vínculo conjugal, emprestando estabilidade ou instabilidade e satisfação ou insatisfação. Contudo, como ressaltam Mikulincer et al. (2002) as evidências produzidas por estes estudos não permitem a inferência de uma relação causal simples. De fato, os estudos envolvendo expectativas e crenças e satisfação conjugal encontraram que sujeitos com modelos seguros de apego tendem a acreditar no amor romântico e que o sentimento de enamoramento inicial pode, em alguns casos, nunca desaparecer (Hazan e Shaver, 1987). São também mais otimistas em relação ao casamento e relações amorosas (Carnelley, Janoff-Bulman, 1992). Além disto, sujeitos com modelos de apego seguro tendem a avaliar de modo mais positivo os diversos aspectos das relações conjugais (Feeney e Noller, 1992).

Estudos sobre modelos de apego também têm consistentemente revelado que pessoas com diferentes estilos de modelos de apegos também diferem igualmente em relação a manutenção de relações conjugais de longo termo e do grau de vulnerabilidade destas ao rompimento (Kirkpatrick e Davis, 1994). Pessoas seguras tendem a continuar seus relacionamentos e a suportar melhor as

dificuldades nos relacionamentos e, conseqüentemente, exibem menores taxas de divórcio (Hill Yong e North, 1994).

Contudo, estudos que procuram comparar estilos de medidas de apego globais e orientações específicas na conjugalidade encontram uma relação significativa entre relatos de apego seguro e de satisfação conjugal mas, curiosamente, não demonstram relação entre estilo de apego global e satisfação com o relacionamento atual (Cowan e Cowan, 2001). Parece que o apego seguro em uma relação específica é mais relevante para a satisfação com esta do que o estilo global de apego dos membros do casal.

Esses resultados levaram diversos autores a propor um modelo sistêmico de relacionamento conjugal, articulando aspectos intrapsíquicos do modelo de apego (Milkulinger et al., 2002). Tal articulação parece promissora ao fornecer um quadro de referencia integrado no qual aspectos de um modelo sistêmico não só são propostos sobre uma base de evidências empíricas, mas, também, propiciam um nível de articulação entre experiências individuais em um novo nível emergente.

Articulações entre a Teoria de Apego e Psicoterapia de Casal tornam-se, assim, possíveis. Os desdobramentos desta empreitada poderão render importantes resultados nos anos vindouros.

Na história do movimento da Terapia de Casal e de seus desdobramentos recentes, alguns pontos ressaltam-se como significativos e, possivelmente, como base para futuros desenvolvimentos. Estas observações surgem simultaneamente em diversas revisões, indicando a percepção compartilhada no campo como convicções bem estabelecidas (Gurman e Fraenkel, 2002; Johnson e Lebow, 2000; Féres-Carneiro, 1996).

Em primeiro lugar, tem ocorrido a emergência de um renovado interesse do individual-no-casal, com estudos sobre a importância do papel do campo emocional, e do cognitivo, não só no estabelecimento de padrões atribucionais, mas também na construção de campos de interpretação da interação conjugal. Além disso tem se apontado para a importância da capacidade dos cônjuges de influenciar o relacionamento do casal através de sua auto-regulação. Esses pontos têm levado ao equivalente de uma nova introdução do si-mesmo no sistema (Nichols, 1987).

De modo relacionado com a percepção da importância do individual no sistema conjugal, tem ocorrido uma reconsideração sobre o impacto dos transtornos psiquiátricos na vida do casal e do indivíduo. Modelos excessivamente simplistas, que colocam, ora na dimensão psíquica individual, ora na dimensão unicamente biológica, a origem e direção da evolução destes transtornos, têm se revelado limitados. Os modelos com maior sucesso no tratamento de transtornos psiquiátricos têm focado a interação complexa de diversos fatores, tanto de ordem biológica, genética, ontológica quanto sócio-cultural e econômica.

Tais modelos têm incluído, também, fatores e efeitos de injunções sobre o indivíduo, suas relações e possibilidades de resposta, que geram sua experiência psíquica única em sua especificidade. Tratamentos multidisciplinares têm, em diversos estudos, alcançado resultados superiores a tratamento unidisciplinares (Gurman e Fraenkel, 2002).

Em terceiro lugar, as raízes históricas da Terapia de Casal revelam-se múltiplas, apesar das pretensões de afiliação a uma única abordagem por autores como Haley (1984a). Assim, para uma avaliação criteriosa do seu desenvolvimento e tendências atuais, é fundamental que se compreenda a multiplicidade de olhares e investigações que moldaram tendências e revelaram potenciais, desde o movimento preventivo, derivado do ingênuo Aconselhamento Matrimonial, até a contribuição das visões psicanalíticas, humanistas ou derivadas da psicologia social, e não somente de teorias puramente sistêmicas. O diálogo entre essas diferentes perspectivas tem se revelado fecundo. Podemos concordar com Gurman e Fraenkel (2002) quando afirmam que:

Ironicamente, apesar de sua longa história de lutas, marginalização e desmobilização profissional, a Terapia de Casal, no final do milênio, tem emergido como uma das mais vibrantes forças no domínio da Terapia de Família e Psicoterapia em geral. (p. 248).

E, em quarto lugar, o desenvolvimento da Terapia de Casal e o estudo de sua eficácia têm demonstrado que nenhum outro método de intervenção psicossocial possui um efeito clínico significativo em tantas e diferentes esferas da experiência humana. Torna-se necessário o exame crítico dos resultados destas pesquisas e das diferentes direções que apontam.

3.2

Terapia de casal: eficácia terapêutica

A discussão dos aspectos metodológicos e epistemológicos relacionados às pesquisas de eficácia psicoterapêutica parece ser relevante, não só pela necessidade de balizamento da proposta de um novo modelo de Terapia de Casal de orientação construcionista social nos estudos sobre eficácia e eficiência psicoterapêutica, mas, também, pelos importantes *insights* que estes resultados convidam, em relação ao campo da Terapia de Casal. Além disto, é necessário o conhecimento de tais resultados para justificar a escolha desta direção de pesquisa teórica na construção de um modelo terapêutico. (Kopta, Luguer, Sanders e Howard, 1999; Chambless e Ollendick, 2001).

Desde o fim do século XIX, com o estabelecimento da Psicologia como disciplina científica e do aparecimento de métodos de tratamento psicológicos para os distúrbios emocionais, em sua diversificada sintomatologia, tem surgido uma multiplicidade de escolas e sistemas psicoterápicos (Marx e Hillix, 1978). De pouco mais de dez métodos de tratamento presentes na década de vinte do século XX, assistimos a uma explosão exponencial de propostas de escolas e modelos, que dá origem a mais de 30 escolas na década de 1950, aproximadamente 180 na década de 1970, e mais de 400 no fim do século XX (Burton, 1978; Miller, Hublle e Duncan, 1995; Chambless, Ollendick, 2001). Essas diversas abordagens e modelos, alguns com diferenças pouco relevantes, outros absolutamente incompatíveis entre si, ancoram-se em pressupostos radicalmente diferentes, com bases epistêmicas diversas e diferentes visões de antropologia filosófica, daí decorrendo diferentes teorias etiológicas e psicopatológicas, propondo tratamentos e técnicas diferentes e, muitas vezes, conflitantes.

Tal situação pode ser vista como decorrente do processo de constituição da Psicologia enquanto ciência, e da psicoterapia enquanto um de seus campos de aplicação, que tem buscado construir seu objeto desenvolvendo teorias e métodos. Todavia, a construção de uma ciência não se dá de maneira meramente cumulativa e linear a partir da definição de um campo de saber, mas através de um complexo processo que, na história da ciência, pode durar gerações, como aponta Kuhn

(1975), que ao tentar descrever o processo de constituição de uma ciência, destaca várias etapas.

A princípio, com a emergência de um campo de estudos e descobertas, surge um problema ou um grupo de problemas relacionados, para os quais são propostos teorias e métodos. Criam-se escolas que disputam a prioridade de domínio do campo. Nenhuma escola ou grupo, neste período pré-paradigmático, é capaz de demonstrar a superioridade de sua abordagem ou métodos sobre as outras. Em um segundo momento, surge um paradigma, quando uma abordagem parece obter sucesso ao explicar os problemas propostos pelo novo campo de estudo, fornecendo um modelo teórico e metodológico aplicável às diversas situações de pesquisa:

Considero paradigma as realizações científicas universalmente reconhecidas que durante algum tempo fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência. (Kuhn, 1975, p. 13).

Segundo Kuhn (1975), a fase paradigmática é o período da chamada ciência normal. Certos problemas, contudo, não são abordados por serem considerados pouco importantes ou mesmo sem significado. Dados contraditórios podem emergir até mesmo das pesquisas orientadas pelo paradigma. A reação inicial da comunidade de praticantes de uma dada ciência é desprezar estes dados e problemas, considerando-os como não significativos ou como passíveis de explicação apenas “mais tarde”, quando a “ciência” avançar o suficiente. O acúmulo de dados e de problemas não resolvidos e incompatíveis com o paradigma dominante pode tornar-se, com o tempo, de tal monta que não podem mais ser negados, instalando-se uma crise paradigmática.

Os fundamentos, que até então haviam guiado as pesquisas e a produção científica, são abalados. Propõem-se novas linhas de abordagem, novas propostas de solução dos problemas, exploram-se caminhos alternativos, surgem novas escolas e sistemas que disputam a prioridade de aplicação e domínio metodológico. Esta disputa ocorre até que uma nova “gestalt” parece surgir na forma de uma nova estrutura estável e modelar, que passa a dominar o campo da ciência tornando-se o novo paradigma emergente.

Apesar de a psicologia científica ter mais de um século de existência, ainda apresenta uma disputa entre escolas e sistemas que tentam impor-se como paradigma (Marx e Hillix 1978). O debate sobre validade da psicoterapia situa-se, portanto, não só no campo de discussão de critérios de escolha de tratamento, fundamentados em uma dada escola, mas também no estabelecimento de critérios de definição paradigmática. Os debates sobre a validação dos métodos de psicoterapia refletem esta disputa, lembrando-nos que a construção de métodos de avaliação também está sujeita à interpretação paradigmática, tornando complexa a questão.

Assim, desde o início do século XX, praticamente a partir do aparecimento de escolas e métodos de tratamento psicoterapêutico, iniciaram-se discussões sobre indicações e eficácia de métodos de tratamento (Marx e Hillix, 1978; Garsk e Lynn, 1985). O método de avaliação do tratamento psicoterapêutico era unicamente o método clínico de estudo de caso, que muitos psicoterapeutas consideram, ainda hoje, como o único válido para se avaliar um dado procedimento.

Eysenck, em 1952, deu início às discussões sobre a validade dos métodos terapêuticos propondo o uso de um método comparativo experimental para um teste de eficácia. Embora seus resultados tenham gerado controvérsia, levaram ao desenvolvimento do método de estudo comparativo controlado, padrão utilizado desde a década de setenta em pesquisas de eficácia. A grande quantidade de trabalhos realizados dentro desta metodologia gerou a necessidade de avaliação dos diferentes resultados alcançados.

Diversas tentativas de comparação de resultados foram realizadas desde análises qualitativas sobre os resultados de pesquisas (Wachtel, 1981; Lazarus, 1980; Marks e Gelder, 1966; Marmor, 1971; Alport, 1960; Burton, 1978; Weil, 1978; Grof, 1988), como tentativas de desenvolvimento de metodologias meta-estatísticas de avaliação dos resultados. Evidenciou-se, então, que várias formas de terapia eram efetivas, mas não muito diferentes entre si na sua eficácia.

Este resultado ficou conhecido como o veredicto “Dodô”, em uma referência ao livro de Lewis Carol “Alice no País das Maravilhas”, no qual o pássaro Dodô, após uma corrida proclama; “*Every body has won, and all must have prizes*” (Luborsky, Singer e Luborvsky, 1975, p. 1006). Este intrigante

resultado foi confirmado posteriormente por Smith, Glass e Miller (1980a) que sugeriram, como alternativa, um procedimento quantitativo para integrar os resultados de estudos sobre eficácia em psicoterapia. O procedimento incluiu uma meta-análise estatística na qual o parâmetro estatístico principal foi a magnitude de efeito, que era obtida ao se dividir a diferença média de um grupo tratado e um grupo de controle pelo desvio padrão do grupo de controle. Deste modo, obtém-se a magnitude de efeito, que é uma média padronizada da diferença e pode ser utilizada nas comparações de um grande número de estudos, que utilizam procedimentos e medidas diferentes. Tal conceituação permitia a comparação de medidas tomadas por diferentes métodos de avaliação, respeitando os critérios de mensuração de cada abordagem. Sendo as seguintes as principais conclusões:

1- As diversas formas de terapia tiveram um resultado positivo. A média da magnitude de efeito foi 0,85, chegando a 0,93 quando se eliminaram os tratamentos placebo e técnicas de aconselhamento indiferenciadas.

2- Não houve grau diferenciado de melhora quando se compararam terapias de distintas orientações teóricas, como psicanálise, comportamental, cognitivista, centrada no cliente. Nem as diversas modalidades - verbal, comportamental, ou expressiva - obtiveram resultados diferenciados. As comparações simples e não controladas sugeriram que a hipnoterapia, a dessensibilização sistemática e a terapia cognitivista eram mais efetivas. Porém, esta diferença desaparece se levarmos em conta o tipo de cliente e de medições de resultados. As várias formas de terapia, independente de orientação, foram mais efetivas com clientes depressivos, com fobias simples ou com casos análogos.

3- As intervenções breves *versus* as intervenções a longo prazo, as de grupo *versus* as individuais, terapeutas experimentados *versus* novatos, obtiveram resultados similares.

4- Os resultados positivos da psicoterapia diminuem dois anos após o tratamento; a média da magnitude de efeito cai para 0,50. Além disto, cerca de 9% dos resultados terapêuticos são negativos, resultado similar para todas as formas de terapia estudadas.

Dados os resultados sobre as pesquisas de eficácia no campo das psicoterapias, Garske e Lynn em 1985 chegaram a uma conclusão em dois níveis.

Primeiro, muitos tipos e formas de psicoterapia são modestamente efetivas. Segundo, em termos do grau e de extensão da eficácia, as psicoterapias parecem ser mais parecidas que diferentes. A sofisticação emergente neste campo de investigação poderia muito bem proporcionar dados que alterem estas conclusões no futuro. Por hora, apesar das pretensões de diversos partidários e críticos, a avaliação que acabamos de apresentar é parcimoniosa e justa. (p. 631).

Dez anos após, em uma revisão sobre o tema, Miller, Hubble e Duncan (1995), ao avaliar o campo de pesquisa sobre eficácia das psicoterapias, notam que, apesar de inúmeros desenvolvimentos em técnicas de pesquisa, o quadro geral não se alterou. Notando que inclusive formas emergentes de psicoterapia como Terapia Cognitiva e Terapia de Família e Casal também demonstraram sua eficácia.

Com o desenvolvimento e divulgação de métodos de tratamento centrados na família e no casal durante a década de 1960 e 1970, um certo número de estudos sobre sua eficácia foi realizado. Porém, apenas na década de 1980 é que foram realizados estudos meta-estatísticos, pois só então um certo número de modelos e abordagens de terapia de família e casal foram avaliados, usando o método de estudo comparativo controlado. Esses estudos meta-estatísticos avaliavam tipicamente tanto estudos de família e casal simultaneamente, uma vez que no espírito da época, supunham que abordagens de família e de casal eram as mesmas.

Estudos meta-estatísticos, como os de Hahlweg e Markaman (1988) e Hazelrigg, Cooper e Borduin (1987), demonstraram a eficácia geral destas formas de tratamento, sem contudo pesquisar outros aspectos.

Shadish, Montgomery, Wilson, Wilson, Bright e Okuwumabua (1993) aperfeiçoaram o método de comparação, procurando examinar diferenças entre métodos de diversas orientações teóricas, bem como as diferenças de resultados entre terapia individual e de casal. Utilizaram 163 estudos que haviam sido publicados, entre 1963 e 1988, sobre teste de eficácia em psicoterapia, e incluíram em sua análise teses e dissertações sobre o tema, que não foram consideradas nos estudos anteriores.

A análise desses estudos seguiu os padrões recomendados pelo “*National Research Council*” (1992), não incluindo estudos quase-experimentais, mas apenas os randomizados. Suas conclusões foram:

- clientes tratados em terapia de casal e terapia de família têm melhoras superiores aos indivíduos não tratados nos pós-testes, sendo a estimativa de magnitude de efeito similar aos das meta-análises anteriores;
- certas abordagens de tratamento parecem ter resultados superiores em algumas comparações realizadas em estudos tipo grupo experimental e de controle não ajustados, mas quando são realizadas correções na análise da regressão estas diferenças desaparecem;
- diferenças similares aparecem em estudos de comparação entre diferentes orientações teóricas de tratamento, mas também desaparecem quando se realiza uma análise da regressão;
- se todos os tratamentos são igualmente bem projetados, implementados, medidos e relatados não se encontram diferenças significativas entre as abordagens;
- houve uma consistente falha das terapias humanísticas em alcançar resultados positivos em qualquer análise:

O outro resultado é a falha consistente das terapias humanísticas de alcançar efeitos positivos significativos em qualquer análise. Estes resultados convidam a uma séria pausa para reflexão e, esperamos, encorajem novos estudos sobre suas causas”. (Shadish et al., 1993, p. 999).

Pinsolf e Wynne (1995a, 1995b) revisaram grande parte dos estudos sobre eficácia de terapia de família e casal publicados até então, encontrando seis características nos estudos bem controlados sobre eficácia terapêutica:

- ocorriam em ambiente clínico controlado, como laboratórios de pesquisa.
- focavam um problema ou uma desordem psiquiátrica específica e definível.
- envolviam pelo menos dois grupos ou condições: um experimental, que recebia o tratamento, e um grupo de controle que, em uma lista de espera, recebia um tratamento alternativo.
- os grupos eram randômicos.

- os tratamentos eram especificados e dirigidos por manuais, sendo a performance do terapeuta monitorada durante o tratamento.
- todos os clientes eram avaliados em medidas antes e depois através de avaliações padronizadas. Em experimentos mais recentes uma avaliação “follow-up” era realizada constituindo uma terceira medida.

Consideraram como critério de validação a existência de pelo menos dois estudos independentes com resultados significativos, concomitantemente com a ausência de resultados negativos em qualquer outro estudo, chegando às seguintes conclusões:

1) Terapia de família apresenta resultados melhores do que abordagem individual para: esquizofrenia, alcoolismo em adultos, adição em drogas em adultos e adolescentes, desordem de conduta em adolescentes, anorexia em adolescentes, autismo infantil, agressões e dificuldades em atenção, no transtorno de déficit de atenção/hipermotividade, processos demenciais, fatores de risco cardiovascular.

2) Terapia de Família é ainda melhor do que a ausência de tratamento nos casos anteriores e ainda para: obesidade na adolescência; anorexia na adolescência, desordens da conduta na infância, obesidade infantil, doenças crônicas na infância.

3) A abordagem de Terapia de Casal mostrou-se mais efetiva do que a abordagem individual para depressão de mulheres em casamento disfuncional e para casamentos disfuncionais.

4) Evidenciou-se, ainda, ser melhor do que a ausência de tratamento para todos os casos indicados acima e, mais, para obesidade de adultos e hipertensão de adultos (Pinsof e Wynne, 1995b, 2000).

5) Não se encontrou nenhum estudo que demonstrasse efeitos adversos da terapia de família e de casal.

6) Tampouco se evidenciaram dados suficientes para apoiar a superioridade de uma abordagem de Terapia de Família e Casal sobre outras.

7) Os dados indicavam que a abordagem de casal e de família possui um custo efetivo melhor do que o tratamento padrão em hospitais.

8) Terapia de Família e Casal não são suficientes para tratar sozinhas desordens mentais crônicas como esquizofrenia, desordens afetivas mono e bipolares, adicções, autismo e desordens severas de conduta.

9) Em todos os casos em que Terapias de Família e Casal foram utilizadas em combinação com outros tratamentos, como psicofarmacoterapia, o resultado final foi potencializado.

Tais resultados confirmaram a eficácia geral do tratamento dos modelos de terapia de família e casal. Porém, isto não significa que não haja limites e restrições a estes estudos, relativos à sua fundamentação epistemológica e metodológica.

3.5

Implicações epistemológicas e metodológicas

Embora os estudos sobre eficácia terapêutica tenham contribuído para demonstrar a utilidade da psicoterapia como modo de tratamento para inúmeros problemas psicológicos, de modo inequívoco, segundo o paradigma científico clássico, ainda assim suscitaram diversas críticas. Estas foram fundamentalmente dirigidas, não à necessidade de se demonstrar a eficácia das diversas psicoterapias, ou mesmo discriminá-las em relação a indicações terapêuticas específicas, uma vez que estes dois pontos foram demonstrados, mas à metodologia utilizada no estudo da eficácia.

Kiesler, em 1966, já apontava o problema do que chamou “mito da uniformidade”, que estaria presente em todos os experimentos do tipo pré/pós, considerando que esta metodologia supõe incorretamente que a psicoterapia seria aplicada uniformemente em todos os casos, como se os terapeutas fossem invariáveis e como se os casos também pudessem ser separados em padrões homogêneos. Esta falácia contaminaria, assim, os estudos meta-analíticos, qualquer que fosse sua metodologia, pois são, necessariamente, realizados sobre estudos do tipo pré/pós como o modelo de estudo comparativo controlado.

Pesquisadores responderam a estas críticas, buscando desenvolver desenhos experimentais, cada vez mais uniformes, com controle tanto dos procedimentos terapêuticos, que passaram a ser orientados por manuais e supervisionados, assim

como o controle do uso do modelo em teste, que passou a ser feito através de avaliações altamente estruturadas dos casos em atendimento, através de gravações e análise das sessões. Tal abordagem, ironicamente, aprofundou ainda mais a distância entre os estudos sobre eficácia e a prática clínica, pois os modelos em teste passaram a ser altamente diferenciados, pelo menos aparentemente. Já na prática clínica, as pesquisas conduzidas nos últimos dez anos têm, invariavelmente, apontado para uma tendência, cada vez mais integrativa e eclética, entre os psicoterapeutas (Pinsof e Wynne, 1995b, 2000). De fato, cada vez mais, têm sido desenvolvidos modelos multimodais e multidisciplinares, com resultados superiores aos dos tratamentos monomodais (Pinsof e Wynne, 2000).

Por outro lado, os testes têm sido realizados em ambientes altamente controlados e por isso muitos críticos, usualmente, questionam se tais estudos teriam utilidade na realidade da prática clínica, uma situação bastante diversa de uma clínica de pesquisa. A questão seria: são estes modelos, que demonstraram eficácia, além disto, eficientes em uma situação real? O conceito de eficiência tem sido usado de diferentes maneiras por diferentes autores. A “*American Psychology Association*”, através da força tarefa designada pela 12ª divisão de Psicologia Clínica, estabeleceu que no processo de se considerar um modelo terapêutico como empiricamente validado, pesquisas de eficiência deveriam se seguir à fase do estabelecimento da eficácia terapêutica (Kopta et al., 1999; Chambless, Ollendick, 2001). De acordo com esta definição, o teste de eficiência é aquele realizado com tratamentos de eficácia demonstrada, em um ambiente laboratorial clínico, em uma situação real, com o objetivo de testar seu uso na prática clínica cotidiana.

Neste caso, ainda prevalece o critério de uniformidade, que supõe que um tratamento mostrou-se eficaz no teste controlado, e agora cabe adaptar sua suposta uniformidade ao mundo real. Além disto, Gottman e Rushe (1993) chamaram a atenção para alguns mitos presentes em análise de estudos longitudinais quantitativos, no que se refere à mudança, chamando a atenção para a suposição de que dois pontos de medida são adequados para estudar a mudança. Entre dois pontos podem passar diversas curvas e não apenas uma linha reta. Assim, duas medidas arbitrárias no tempo refletiriam apenas as variações nestes momentos, mas não os processo em andamento. Modelos de mudança caóticos podem

facilmente mascarar a complexidade de suas funções se realizarmos poucas medidas discretas. Cabe ainda notar que modelos de mudança psicológica podem ser descritos como processos em cascata e não lineares, nas quais uma longa medida de estabilidade antecede ao processo de saltos (Prochaska, Diclements e Norcross, 1992; Hoffman, 1995). Isto implica a necessidade, mesmo no uso de métodos quantitativos, do uso de projetos de pesquisa mais sofisticados, com medidas múltiplas (Gottman e Rushe, 1993).

Outra importante questão refere-se à compreensão dos fatores envolvidos na mudança terapêutica. A homogeneidade dos resultados alcançados e a impossibilidade de demonstração clara quanto à eficácia de fatores específicos na mudança terapêutica levaram a elaboração da chamada teoria dos fatores comuns, que emprestariam de fato sua eficácia às diversas formas de terapia (Garsk e Lynn, 1985). Altshuler, em uma revisão realizada em 1989, ressaltou os seguintes fatores inespecíficos: boa relação terapeuta-cliente, a aceitação e o apoio ao paciente, oportunidade de expressar emoções, rituais terapêuticos que emprestam significado ao problema, uma explanação compreensiva do problema. Embora a teoria dos fatores comuns favorecesse uma interação mais amistosa entre as diversas abordagens, por outro lado proporcionou também uma certa paralisação, à medida que desconsiderava outros fatores presentes, como as técnicas específicas. Assim, surgiu como conseqüência a sensação que qualquer esforço de aprimorar modelos e técnicas seria inútil tendo um mínimo efeito sobre os resultados (Cordioli, 2002).

Portanto, é também como uma tentativa de escapar desta situação paralisadora que se deve compreender o esforço de desenvolver novos modelos terapêuticos, explorando as conseqüências de novas teorias. É, apenas, com a utilização combinada de estudos sobre a eficácia e eficiência terapêutica e modelos de mudança terapêutica que serão possíveis avanços significativos no campo das psicoterapias. O uso de metodologias qualitativas parece ser fundamental neste aspecto. É claro que métodos quantitativos têm muita utilidade, mas não podem ser considerados como única fonte de dados úteis sobre o processo de mudança.

Desde o início dos anos 1990, um grande número de autores tem advogado e utilizado métodos quantitativos e mistos para abordar questões ligadas ao

processo psicoterapêutico, em especial no campo da família. E uma mudança na direção das metodologias de pesquisa utilizadas parece ter ocorrido, com um aumento substancial do uso de métodos qualitativos e mistos (Jonhson e Lebow, 2000; Helmeke, Sprenkle, 2000). Falkner, Klock e Gale (2002), ao analisarem as tendências de publicações de métodos qualitativos, notam que a publicação de artigos nos periódicos “*American Journal of Family, Contemporary Family Therapy, Family Process e Journal of Marital and Family Therapy*” aumentou significativamente de 39 artigos publicados nos anos de 1980 a 1989, para 90 artigos publicados nos anos de 1990 a 1999. As áreas de maior foco têm sido o processo terapêutico, o divórcio e o relacionamento familiar. Embora este aumento seja significativo, ainda predominam trabalhos de metodologia quantitativa. Hawley, Bailey e Pennick (2000), ao analisarem as pesquisas empíricas, publicadas em revistas científicas de terapia de família de 1994 a 1998, encontraram uma predominância do uso de métodos quantitativos em cerca de 80% dos 199 artigos analisados.

Diversas conclusões e questões emergem dos estudos sobre eficácia e eficiência terapêutica. É seguro afirmar que a Psicoterapia, de modo geral, como método de tratamento para problemas de ordem psicológica, é uma alternativa de eficácia e eficiência comprovadas, para certos modelos terapêuticos.

A direção das pesquisas sobre as práticas terapêuticas, em termos de validação de eficácia e eficiência, tem sido feita ao redor de modelos terapêuticos específicos para clientes com quadros similares, em situação similar. Neste caso, é possível validar modelos, mas não escolas, teorias ou métodos terapêuticos em bloco.

É notável a ausência de diferenças significativas na maior parte dos estudos meta-estatísticos de resultado entre as diversas escolas de psicoterapia, podendo-se considerar que, a partir destes estudos, não é possível concluir sobre a adequação, maior ou menor, de uma dada escola psicoterápica ou sistemas de psicologia. Portanto, todas as afirmativas sobre superioridade geral de uma dada escola sobre as demais continuam como não comprovadas.

Embora existam anomalias, que podem inclusive se revelar profundamente significativas, como, por exemplo, a ausência de estudos que comprovem a eficácia das abordagens humanistas de obterem resultados significativos no estudo

de terapia de família e casal (Shadish et al., 1993), estas devem ser melhor investigadas. Tal resultado, se confirmado, pode indicar que as técnicas humanísticas, embora centradas no conceito de auto-organização do indivíduo, e talvez por isto mesmo, não são suficientes para lidar com os complexos processos de um grupo familiar ou de um casal, por centrarem-se excessivamente na “pessoa”. Do ponto de vista sistêmico, esse resultado poderia indicar que os modelos de terapia de família e casal humanistas podem levar o terapeuta a participar do processo de estabilização da homeostase familiar, mais do que se transformar em um agente catalisador de mudanças. É preciso lembrar que não é possível confirmar a adequação de teorias psicológicas e psicoterapêuticas gerais a partir destes estudos, mas apenas dos modelos derivados delas.

Cabe ressaltar ainda que embora as pesquisas comparativas possam revelar dados sobre a eficácia e eficiência dos métodos terapêuticos, pouco revelam sobre a maneira como são alcançados (Shadish et al. 1995). Além disto, são colocados em teste, em pacotes fechados, um conjunto de teorias e técnicas que orientam as intervenções dos terapeutas e que, na prática clínica real, tendem a variar conforme cada cliente. Cada caso é único e as relações entre os fatores envolvidos no processo também.

Outra importante questão é se métodos exclusivamente quantitativos podem descrever os processo de mudança psicológica. Grande parte do processo de mudança psicológica é de difícil quantificação e pode mesmo não ser quantificável, embora seja qualificável. A tendência emergente recente da utilização de métodos qualitativos parece ser uma resposta a esta necessidade.

Parece que estamos agora preparados para caminhar para o próximo nível, para além do debate sobre a procedência de métodos quantitativos ou qualitativos. Parece que as respostas às questões principais do campo da psicoterapia emergirão do uso articulado de múltiplas metodologias a fim de cobrir os diversos aspectos. Existe uma grande necessidade de pesquisas, cuidadosamente planejadas, com claras descrições de suas metodologias, métodos e análises.

Para um futuro avanço no campo parece ser necessária uma inquirição rigorosa que incorpore uma diversidade de metodologias de pesquisa, combinando métodos quantitativos e qualitativos, enfocando diversos aspectos do processo

terapêutico, como a mudança psicológica, e com as formas de produção de subjetividades.

Parece que novas formas de compreensão da epistemologia da subjetividade, especialmente influenciadas pelas críticas pós-modernas ao paradigma da modernidade, podem descortinar novos caminhos para compreensão da mudança e do processo psicoterapêutico. Isto parece ainda mais relevante no que tange a terapias que envolvem situações sociais como a terapia de casal.

A ciência e a arte da Psicoterapia de casal estão na capacidade e habilidade do terapeuta de compreender a dinâmica conjugal em seus diversos níveis descritivo, social, cognitivo, afetivo e interacional.

Estudos sobre os processos de formação e dissolução da conjugalidade podem oferecer, também, importantes bases para intervenções, por delinear os processos de estabilidade e mudança. Conjugas em um modelo estas contribuições parece ser uma estratégia efetiva para implementar novas abordagens ao tratamento de casais na pós-modernidade.