

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**PROGRAMA, CONTEÚDOS E MÉTODOS DE
ENSINO DA DISCIPLINA DE CONSULTA
PSICOLÓGICA
FAMILIAR E SEXUAL**

MARIA EMÍLIA TEIXEIRA COSTA
1999

Índice

1. OBJECTIVOS GERAIS E METODOLOGIA	3
1.1. Enquadramento da disciplina no plano de estudos	
1.2. Objectivos gerais	
1.3. Conteúdo da disciplina	
1.4. Metodologia	
1.5 Metodologia de avaliação	
Primeiro Capítulo	9
INTRODUÇÃO À CONSULTA PSICOLÓGICA FAMILIAR	
0. Objectivos	11
1.Abordagem histórica	12
1.1. A emergência de uma nova disciplina e enquadramento histórico no contexto da comunidade científica	
2. Desenvolvimento psicológico da família	13
2.1. Desenvolvimento e transições na família	
2.2. Desenvolvimento do ego e ciclo de vida familiar	
2.3. Desenvolvimento das relações de vinculação	
3. Intervenção psicológica na família: Modelos de intervenção	18
3.1. Paradigmas da psicoterapia familiar	
3.2. Modelos de intervenção em psicoterapia familiar: (a) <i>perspectivas psicodinâmicas e transgeracionais; (b) perspectivas estratégicas;(c) perspectiva estrutural; (d) perspectivas comportamentais; (e) outras perspectivas (psicoterapia de múltiplo impacto, psicoterapia familiar múltipla.)</i>	
3.3. Técnicas de intervenção segundo princípios estratégicos e táticos, estruturais e antropológicos	
4. Aulas práticas	27
Avaliação do desenvolvimento do ego. Avaliação da família: <i>Entrevista familiar, o mapa familiar (metodologia de Irene Levin); escalas de avaliação familiar; o mapa estrutural de Minuchin; escultura; genograma (genograma clássico temporal e colorido). Discussão de um filme.</i>	
5. Bibliografia	27

Segundo capítulo 31

CONSULTA PSICOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO CONJUGAL

0. Objectivos 32

1. Perspectiva histórica 34

2. Intimidade. Dificuldades de uma definição 35

3. O amor e a intimidade no casal 36

4. Perspectivas teóricas e de intervenção nas relações de intimidade 38

4.1. Perspectivas psicodinâmicas

4.2. Perspectivas da aprendizagem social

4.3. Perspectivas sistémicas

4.4. Perspectivas desenvolvimentais

4.5. Proposta integrativa e desenvolvimental da intimidade

5. Aulas Práticas 46

5.1. Avaliação das relações conjugais

5.1.1. Entrevista; questionários, entrevistas semi-estruturadas, listas de auto-observação e observação.

5.2. Programas de educação psicológica para o desenvolvimento conjugal

Programas comportamentalistas e humanistas: aspectos comuns. Programas destinados a períodos pré-conjugais, neo-conjugais e conjugais (alguns exemplos).

5.3. Discussão de um filme

6. Bibliografia 47

Terceiro Capítulo 51

CONSULTA PSICOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO SEXUAL

0. Objectivos 53

1. Caracterização e desenvolvimento da sexualidade 55

1.1. Desenvolvimento psicosexual. Factores desenvolvimentais do comportamento sexual

1.2. Sexualidade/genitalidade

1.3. Sexualidade nas relações conjugais: objectivos, mitos e factores de satisfação

2. Psicoterapia sexual 58

2.1. Abordagem histórica. Contribuição dos diferentes modelos explicativos: psicanalítico, comportamentalista, cognitivista, racional-emotivo e organicista

2.2. Etiologia das disfunções sexuais

3. Disfunções sexuais 60

— 3.1. Definição e caracterização das disfunções da fase orgasmática, de excitação, do desejo e outras disfunções	
3.2. Estratégias de mudança. Princípios gerais e específicos a cada disfunção sexual	
4. Problemáticas da identidade sexual	61
4.1. Definição e caracterização das perturbações de identidade de género, de escolha de objecto e de papel sexual	
4.2. Psicoterapia no transsexualismo, nas parafilias, na homossexualidade	
5. Abusos sexuais	65
5.1. Definição e caracterização dos abusos sexuais	
5.2. Variações das percepções de abuso sexual e consequente comportamento de abuso	
5.3. Resposta pós-traumática e consequências psicológicas a longo prazo	
5.4. Intervenção psicológica nos abusos sexuais	
5.5. Violação	
5.5.1. Consequências da violação	
5.5.2. Intervenção psicológica em casos de violação	
5.6. Incesto	
5.6.1. Intervenção psicológica nos casos de incesto	
6. Educação psicológica para o desenvolvimento psicosexual	70
6.1. Perspectiva histórica	
6.2. Intervenção psicológica para o desenvolvimento psicosexual	
7. Aulas Práticas	72
7.1. Avaliação do relacionamento sexual	
7.1.1. Entrevista: objectivos, método e processo	
7.1.2. Outras actividades. Discussão do filme.	
8. Bibliografia	73
Quarto capítulo	81
CONSULTA PSICOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO PARENTAL	
0. Objectivos	83
1. Maternidade/paternidade ao longo do ciclo vital	84
1.1. A gravidez	
1.2. O bebé imaginário: morte pèri-natal ou malformação do bebé	
1.3. Intervenção psicológica durante a gravidez	
1.4. A transição para a maternidade/paternidade	
2. Consulta psicológica parental	90

2.1. Objectivos gerais e actividades da educação psicológica parental	
2.2. Programas da educação psicológica parental: perspectivas comportamentalista, adleriana, humanista, psicanalítica, construtivista, ecológica, da análise transaccional e ecléticas	
2.3. Consultadoria	
3-Maternidade/paternidade na adolescência	93
3.1. Características e consequências	
3.2. Transição para a maternidade/paternidade	
3.3. O filho de pais adolescentes	
3.4. Intervenção psicológica	
3.5. Características gerais dos programas de educação psicológica.	
4.Aulas práticas	96
4.1. Avaliação das características e processo da maternidade/paternidade	
4.1.1. A entrevista	
4.1.2. Instrumentos de avaliação	
5. Bibliografia	97
Quinto Capítulo	101
CONSULTA PSICOLÓGICA EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR	
0.Objectivos	103
1.Contextualização da violência familiar	104
2.Violência parental	106
2.1. Definição	
2.2. Características dos pais abusadores	
2.3. Características das crianças	
2.4. Padrões de educação da criança e competências parentais	
2.5. Consequências do maltrato infantil	
3.Intervenção Psicológica	110
3.1. Junto de pais e famílias	
3.2. Junto de crianças	
4.Violência conjugal	112
4.1.Definição/investigação	
4.2.Dinâmica do abuso	
4.3 Intervenção psicológica junto de vítimas e agressores	

5. Aulas Práticas	116
6. Bibliografia	116
Sexto Capítulo	122
CONSULTA PSICOLÓGICA FAMILIAR EM SITUAÇÕES NÃO “TRADICIONAIS”	
0- Objectivos	124
1. Divórcio	125
1.1. Caracterização e contextualização do divórcio	
1.2. Factores desencadeadores do divórcio	
1.3. O processo de divórcio: Modelos explicativos do processo de divórcio	
1.4. Intervenção psicológica no divórcio	
2. Famílias de recasamento	137
2.1. Definição e caracterização	
2.2. Famílias de recasamento ao longo do ciclo vital	
2.2.1. <i>Problemas que dificultam a adaptação dos filhos ao recasamento</i>	
2.3. Psicoterapia nas famílias de recasamento	
2.3.1 <i>Psicoterapia no sistema conjugal</i>	
3. Aulas práticas	149
4. Bibliografia	149

Relatório do programa, conteúdo e métodos de ensino da disciplina de Consulta Psicológica Familiar e Sexual, apresentado por Maria Emília Teixeira Costa, nos termos do art.º 9º, 1-a) do Dec.-Lei nº301/72, de 14 de Agosto, para apreciação nas provas para obtenção do título de professor agregado do 1.º grupo (Psicologia) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

1. Objectivos gerais e metodologia

1.1. Enquadramento da disciplina no plano de estudos

A disciplina de Consulta Psicológica Familiar e Sexual insere-se no plano de estudos da Licenciatura em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (D.-R. II Série-n.º 287, de 13/12/85). Esta disciplina faz parte do ciclo complementar, que está dividido em cinco áreas: Consulta Psicológica de Jovens e Adultos; Psicologia do Trabalho e das Empresas; Psicologia do Comportamento Desviante; Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, e Psicologia e Saúde.

A área de formação em Consulta Psicológica de Jovens e Adultos tem as seguintes disciplinas específicas: Consulta Psicológica Familiar e Sexual; Consulta Psicológica e Desenvolvimento da Personalidade, e Psicologia e Orientação Vocacional, no 4º ano, e Psicologia da Formação Profissional e da Educação de Adultos, Modelos de Intervenção no Comportamento Desviante, Estágio e Seminário, no 5º ano.

As disciplinas do tronco comum do 4º ano são as seguintes: Consulta Psicológica e Desenvolvimento e Intervenção Psicológica em Grupos. As dos anos anteriores consideradas mais relevantes para esta disciplina são as seguintes: Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Diferencial, Modelos de Personalidade e Intervenção Psicológica I e II, Psicopatologia Geral e Especial, e Avaliação da Inteligência.

A disciplina de Consulta Psicológica Familiar e Sexual é anual e estão-lhe atribuídas, semanalmente, duas horas de aulas teóricas e duas horas de aulas práticas.

1.2. Objectivos gerais

Trata-se de uma disciplina do ciclo complementar do plano de estudos que, ao fazer a integração e complexificação de conhecimentos já adquiridos nos anos anteriores, pretende ser o alicerce de formação dos alunos para a intervenção psicológica familiar numa perspectiva desenvolvimental.

O conhecimento crítico de diferentes modelos explicativos e de intervenção das diferentes questões abordadas, que permita aos alunos uma visão eclética do processo de consulta psicológica, é, sem dúvida, a grande finalidade que norteia a docência desta disciplina. O segundo grande objectivo é contribuir para a aquisição de um primeiro nível de prática de consulta neste domínio e para o desenvolvimento da identidade profissional dos alunos. Estes, no final do ano lectivo, deverão estar preparados para se confrontarem, no ano seguinte, com um outro momento de formação, que é o estágio.

É, ainda, nosso objectivo estimular o aluno a uma reflexão constante sobre questões de intervenção psicológica (valores, estereótipos, ética, segredo profissional, neutralidade,

sentimentos, emoções, inseguranças...), para, desta forma, compreenderem a sua complexidade.

Saliente-se que, não é objectivo desta cadeira formar psicoterapeutas neste domínio mas, proporcionar uma formação base para formações posteriores.

1.3. Conteúdo da disciplina

Quando neste programa nos referimos a Consulta Psicológica, é na prática psicológica no sentido amplo do termo que nos situamos. As estratégias de consulta psicológica consideradas são, não só, o aconselhamento psicológico, a psicoterapia e a educação psicológica, mas também a formação e a consultadoria psicológicas junto de pessoas, grupos, organizações, instituições e comunidades que constituem o ambiente psicossocial dos indivíduos. Trata-se, portanto, de estratégias adequadas à intervenção em situação de crise ou fora dela, contribuindo, desta forma, para que os indivíduos possam lidar construtivamente com as tarefas com que se vão confrontando ao longo da sua vida ou, ainda, para melhorar a qualidade da sua vida psicológica.

O programa desta disciplina integra-se no conjunto das temáticas abordadas nesta área e centra-se nas questões da consulta psicológica e desenvolvimento do indivíduo no contexto familiar, bem como às relações amorosas de intimidade e de relacionamento sexual. Está dividido em seis capítulos, tendo como princípio organizador a passagem da análise do sistema familiar aos subsistemas conjugal e parental, bem como aos problemas específicos destes e às suas possíveis alterações.

No primeiro capítulo, *Introdução à Consulta Psicológica Familiar e Sexual*, faz-se a apresentação do domínio, dando uma perspectiva histórica que pretende mostrar a continuidade entre a psicologia individual e a familiar. Na medida em que a perspectiva desenvolvimental da família e, conseqüentemente, dos seus membros ao longo do ciclo vital é o paradigma base deste programa, colocam-se alguns pontos à discussão sobre o desenvolvimento psicológico da família que servirão como ponto de partida para o desenrolar do programa. Como paradigma teórico da análise das relações na estrutura familiar no ciclo vital em função do desenvolvimento dos seus membros, apresentam-se os modelos de desenvolvimento do ego e da vinculação. Este capítulo é, ainda, consagrado à análise do processo de intervenção psicológica na família numa perspectiva sistémica com o objectivo de sensibilizar os alunos para a necessidade de desenvolver uma perspectiva desenvolvimental, dialéctica, circular e contextual de intervenção. **Horas lectivas previstas=16h**

O segundo capítulo, *Consulta Psicológica e Desenvolvimento Conjugal*, é consagrado ao sistema conjugal, onde são abordadas questões relacionadas com as mudanças, transições e trajectórias da vida conjugal, a intimidade nas relações amorosas, a (in)satisfação e a (dis)funcionalidade de acordo com diferentes modelos teóricos, salientando a necessidade

de analisar a complexidade destas relações numa dimensão multissistémica. São ainda apresentados diferentes modelos de intervenção em situação de crise ou fora dela, com o objectivo de promover a satisfação conjugal e/ou funcionalidade conjugal. **Horas lectivas previstas=8h**

No terceiro capítulo, *A Consulta Psicológica e o Desenvolvimento Psicosexual*, são abordadas questões relacionadas com o desenvolvimento da identidade, comportamento sexual, avaliação do relacionamento sexual, disfunções sexuais, problemáticas da identidade sexual (identidade de género, de escolha de objecto sexual e de papel sexual), abusos sexuais e educação psicológica para o desenvolvimento sexual. Estes pontos são apresentados segundo diferentes modelos explicativos e de intervenção. **Horas lectivas previstas=12h**

O quarto capítulo, *Consulta Psicológica e Desenvolvimento Parental*, é dedicado às características, consequências e determinantes psicológicos da maternidade e paternidade, às relações pais filhos ao longo do ciclo vital bem como à avaliação destas. São ainda equacionadas questões relativas à gravidez, à transição para a parentalidade, o desenvolvimento parental e formas de intervenção, segundo diferentes perspectivas. **Horas lectivas previstas=8h**

No quinto capítulo, *Consulta Psicológica em Situações de Violência Familiar* são abordadas questões relacionadas com a violência parental e conjugal. Estas situações são analisadas em função das repercussões ao nível individual e familiar, e apresentam-se as formas de intervenção específicas em função de diferentes modelos. **Horas lectivas previstas=4h**

No sexto capítulo, *Consulta Psicológica Familiar em Situações não "Tradicionais"*, analisam-se situações de transição na família, que implicam, por parte desta, a redefinição da sua identidade e valores no sentido da adaptação à nova situação como sejam o divórcio e o recasamento. Estas situações são analisadas numa perspectiva de intervenção para o desenvolvimento familiar e individual. **Horas lectivas previstas=8h**

1.4. Metodologia

Como já foi referido, esta disciplina consta de aulas teóricas e práticas semanais, de duas horas cada. Os objectivos de ambas procuram complementar-se para proporcionar aos alunos uma formação coerente, articulada e globalizante do processo de consulta psicológica na área familiar e sexual.

Ensinar nesta área requer um conhecimento teórico e prático das questões a abordar e exige uma relação genuína e empática com os alunos assim como com a instituição que tem objectivos e valores nem sempre muito explícitos.

Na medida em que esta disciplina é um alicerce à formação de alunos para a actividade de psicólogos, a informação deverá ser transmitida de uma forma científica mas numa linguagem clara que estimule a aprendizagem, reflexão e comunicação. Assim, nas aulas *teóricas* são apresentados diferentes modelos e perspectivas teóricas e de intervenção, considerados básicos, que permitam aos alunos criarem um eixo condutor para novas aprendizagens. Recorre-se, predominantemente, a métodos de exposição oral e, por vezes, ao apoio de materiais audio-visuais. No entanto, faz-se um apelo sistemático à participação dos alunos, o que, nos últimos anos, se torna um pouco mais difícil, na medida em que esta área de formação tem sido a mais escolhida pelos alunos.

Nas aulas *práticas*, este trabalho é complementado pela discussão de casos práticos em atendimento psicoterapêutico pelos docentes da disciplina. Isto é, cada aluno é observador de um caso em atendimento pelo docente no Serviço de Psicoterapia da Faculdade e apresenta-o à turma, a qual discute diferentes formas de análise do problema assim como de intervenção. Os alunos têm, desta forma, contacto com uma grande variedade de problemáticas e participam directa ou indirectamente no processo psicoterapêutico.

Como não nos restringimos apenas à psicoterapia no sentido restrito do termo, os alunos têm oportunidade de ser observadores activos do trabalho de consulta psicológica realizado noutras instituições, nomeadamente em Escolas, Faculdades, Centros de Saúde, e Juntas de Freguesia, onde há um profissional de psicologia com formação nesta área e com as quais há um protocolo de colaboração. Pretende-se, assim, que os alunos tenham uma imagem mais objectiva das funções de um psicólogo em exercício em diferentes instituições e, simultaneamente, que seja uma actividade de exploração para a escolha da instituição de estágio que o irá acolher no próximo ano.

Além do contacto com programas de intervenção sistematizados, é esperado que os alunos apoiem a elaboração, implementação, e avaliação, quando possível, de programas de consulta psicológica em grupo para jovens ou adultos.

Para além das diferentes experiências em consulta psicológica serem discutidas e sistematizadas, no contexto do grupo turma, cada aluno tem, ainda, encontros individuais com o docente para preparação e avaliação de cada sessão psicoterapêutica ou de cada uma das outras intervenções. São, ainda, objecto de análise e treino nas aulas práticas diferentes metodologias de avaliação; saliente-se, no entanto, a importância dada à entrevista. O treino, desta, é feito em situações de consulta simuladas, em que os alunos, ao assumirem diferentes papéis (cliente, psicólogo), poderão reflectir sobre si próprios e desenvolverem a capacidade para se colocarem no lugar do outro.

Sempre que possível são, ainda, apresentados filmes que permitam a discussão e análise dos conteúdos programáticos, ou vídeos de sessões previamente gravados.

Nesta perspectiva, as aulas práticas dão prioridade aos aspectos ligados com o exercício da consulta psicológica, em que as preocupações sentidas pelos alunos são um contributo importante para uma reflexão contextualizada. As aulas teóricas dão prioridade à reflexão teórica que, por sua vez, é enriquecida pela ligação constante ao exercício da consulta psicológica.

No primeiro dia de aulas é apresentado e distribuído aos alunos o programa da disciplina, o calendário de actividades e são especificadas as normas de avaliação. No início de cada aula é fornecido aos alunos o sumário desta onde é especificada a bibliografia aconselhada e bibliografia de aprofundamento.

1.5 Metodologia de avaliação

Na medida em que se pretende que as aulas sejam um espaço onde aprendizagem acontece e é passível de ser avaliada, estimula-se a participação activa dos alunos, em que as suas dúvidas e questões são elementos essenciais para uma comunicação eficaz professor – aluno. Esta *avaliação contínua e informal* é contudo recíproca na medida em que os alunos fornecem um *feed-back* constante ao professor, o que lhe facilita a compreensão do ritmo de aprendizagem dos seus alunos, assim como a eficácia da sua metodologia de apresentação dos conteúdos das aulas. Este processo de interacção é reforçado e complementado quer nas aulas práticas quer nos encontros individuais com os alunos.

Nas aulas práticas os alunos têm que fazer um *relatório individual* de cada consulta que realizam com o docente assim como das outras actividades. Este "diário de bordo" é outro elemento informativo para a avaliação dos alunos.

No que respeita a uma *avaliação mais formal*, esta assenta nos princípios gerais das normas de avaliação estipuladas para a licenciatura em Psicologia. O esquema adoptado consta de duas *frequências* ao longo do ano, e/ou *exame final*. A classificação é quantitativa e o resultado final é a média da nota das provas escritas e da nota das aulas práticas.

Como se pode verificar pela descrição, existe um esforço no sentido de valorizar a expressão verbal e escrita, bem como a participação em grupo e a responsabilização individual. Procura-se que este processo de avaliação tenha essencialmente uma dimensão formativa constante.

No final do primeiro semestre e do ano, os alunos têm, ainda, outra oportunidade para *avaliar o ensino*, respondendo anonimamente a uma ficha com questões referentes à

disciplina e aos docentes. Esta avaliação permite ao professor fazer reestruturações que respondam às necessidades dos alunos.

Um balanço crítico da disciplina permite constatar a importância da ligação sistemática da teoria à acção, ainda que isto implique um número de horas de trabalho que excede significativamente a carga horária estipulada para os docentes.

Primeiro Capítulo

**INTRODUÇÃO À CONSULTA
PSICOLÓGICA FAMILIAR**

0. Objectivos¹

1. Abordagem histórica

- 1.1. A emergência de uma nova disciplina e enquadramento histórico no contexto da comunidade científica

2. Desenvolvimento psicológico da família

- 2.1. Desenvolvimento e transições na família
- 2.2. Desenvolvimento do ego e ciclo de vida familiar
- 2.3. Desenvolvimento das relações de vinculação

3. Intervenção psicológica na família: Modelos de intervenção

- 3.1. Paradigmas da psicoterapia familiar
- 3.2. Modelos de intervenção em psicoterapia familiar: *(a) perspectivas psicodinâmicas e transgeracionais; (b) perspectivas estratégicas; (c) perspectiva estrutural; (d) perspectivas comportamentais; (e) outras perspectivas (psicoterapia de múltiplo impacto, psicoterapia familiar múltipla.)*
- 3.3. Técnicas de intervenção segundo princípios estratégicos e táticos, estruturais e antropológicos.

4. Aulas práticas

Avaliação do desenvolvimento do ego. Avaliação da família: *Entrevista familiar, o mapa familiar (metodologia de Irene Levin); escalas de avaliação familiar; o mapa estrutural de Minuchin; escultura; genograma (genograma clássico temporal e colorido). Discussão de um filme.*

5. Bibliografia

¹ Os objectivos definidos ao longo do programa são explicitados em função da aprendizagem esperada do aluno.

0. Objectivos

- (1) ser capaz de situar a consulta psicológica familiar no seu desenvolvimento histórico relativamente a outros modelos de intervenção;
- (2) perceber as diferentes questões relativas ao processo dialéctico de desenvolvimento da família como um todo;
- (3) compreender os conceitos de transição, mudança e crise e a sua contextualização no ciclo de vida familiar;
- (4) compreender o conceito de identidade familiar;
- (5) ser capaz de analisar as relações na estrutura familiar numa perspectiva desenvolvimental e dialéctica segundo diferentes teorias;
- (6) conhecer as principais asserções da teoria da vinculação para a compreensão das relações de vinculação na infância;
- (7) conhecer os diferentes modelos de psicoterapia familiar, reconhecendo a sua especificidade como teoria e como forma de intervenção;
- (8) compreender as estratégias de intervenção propostas pelos diferentes modelos;
- (9) ser capaz de utilizar os conhecimentos adquiridos na análise de casos clínicos numa perspectiva sistémica;
- (10) perceber a necessidade de uma atitude de abertura e flexibilidade que o acto terapêutico implica;
- (11) ser capaz de fazer entrevistas de avaliação a famílias, levantar hipóteses sobre o seu funcionamento, bem como propor estratégias de intervenção.

Introdução à consulta psicológica familiar

Todo o ser humano, mesmo antes de nascer, está inserido num contexto relacional que vai funcionar como alicerce do seu desenvolvimento. Contexto este, inserido num sistema mais alargado de relações e numa estrutura sociocultural. Isto é, para falarmos de indivíduos temos de perceber a sua singularidade numa perspectiva multissistémica, nos seus diferentes níveis individual, micro, meso, macro e crono sistémico. O seu desenvolvimento acontece pois, num processo de acomodação e assimilação ao contexto (proximal e distal) numa dinâmica de influências recíprocas. As relações não são, portanto, estáticas e é nosso objectivo neste primeiro capítulo discutir alguns pontos ligados a este processo de desenvolvimento que pretendemos funcione como um guião para a compreensão dos capítulos seguintes.

Este capítulo pretende, assim, mostrar a continuidade e a congruência entre a psicologia individual e a familiar, bem como analisar o processo de intervenção psicológica na família numa perspectiva desenvolvimental, dialéctica, circular e contextual. Destina-se também a sensibilizar os alunos para a necessidade de desenvolver este tipo de pensamento na área da consulta psicológica em geral e da familiar e sexual em especial.

Durante este capítulo serão abordadas as psicoterapias familiares. Saliente-se, no entanto, que não é objectivo deste programa formar psicoterapeutas familiares, mas fornecer, tão somente, uma base teórica de reflexão para a compreensão da dinâmica familiar, bem como da sua importância para a clínica.

Finalmente, são referidas de uma forma sucinta as actividades realizadas nas aulas práticas com o objectivo de integração dos conteúdos teórico.

1. Abordagem histórica

1.1. A emergência de uma nova disciplina e enquadramento histórico no contexto da comunidade científica

Historicamente, a psicologia esteve essencialmente preocupada com o indivíduo e, só num passado recente começou a considerar a família como um agente significativo para o seu desenvolvimento. A Psicologia do Desenvolvimento começou por valorizar a relação mãe-criança, posteriormente realçou a importância do pai e da família para a compreensão desse desenvolvimento. Assim, o grupo social de indivíduos fisicamente separados que constituem a unidade familiar, com um carácter e um percurso de desenvolvimento específicos, passa a ser o objecto de estudo da psicologia familiar.

Esta necessidade surge da constatação da necessidade de abandonar o modelo tradicional de intervenção psicológica, linear, remediativo, centrado no indivíduo e não contextual, considerado inoperante para resolver alguns problemas, nomeadamente psicopatológicos, como a esquizofrenia. Surgindo, assim, um novo conceito de doença mental, em que o sintoma surge com uma função e um significado comunicacional. A importância do contexto, em que o indivíduo está inserido e a reciprocidade de influências num processo de desenvolvimento contínuo é agora objecto de estudo, e o "doente" passa a ser visto como o portador do sintoma de um todo interactivo disfuncional. A necessidade da manutenção da homeostase familiar seria, desta forma, a responsável da disfuncionalidade. Nesta perspectiva parece necessário valorizar as relações e as interacções no seio da família (instituição primária de desenvolvimento), abandonando a causalidade linear por uma causalidade circular.

Simultaneamente, outras correntes da psicologia de grupo surgiram, indo buscar, frequentemente, conhecimentos a outras ciências como a Biologia, a Antropologia, a Física, a Linguística, etc.

Foram, pois, questões de ordem prática e social que suscitaram o interesse pelo desenvolvimento de uma perspectiva diferente das questões psicológicas relativas à família.

2. Desenvolvimento psicológico da família

Como é objectivo desta cadeira o estudo da família, parece pertinente que alguns pontos sejam salientados:

(1) Para estudar a interacção familiar é necessário analisá-la como uma relação organizada para determinados objectivos comuns que os membros da família, separadamente, não poderiam atingir. Por outro lado, esta interacção não acontece por acaso: há uma história comum que lhe confere uma identidade própria.

(2) A família tem necessidade constante de reorganização e diferenciação, criando novos repertórios que permitam a continuidade da identidade familiar. Sem uma adaptação mútua e o conseqüente desenvolvimento da família como um todo, as transições individuais e as transações com o meio levariam à dissolução da família e à perda da sua identidade.

(3) Desde Freud, Bateson, Haley e Bronfenbrenner que são referidas sequências reguladoras pelas quais os sistemas resistem à mudança: o sintoma como "preservador do ego" ou como "preservador da integridade familiar". Neste contexto, quando um elemento cresce e sai de casa, o seu papel tem de ser substituído ou compensado, para que não haja dissolução. Se isto é claro, já não o é a forma como acontece, nem os passos que ocorrem.

(4) Uma outra questão tem a ver com o que define a identidade familiar e com o modo como esta se constrói. Muito se sabe sobre as variáveis que distinguem as famílias e como se correlacionam com determinados comportamentos. Mas é preciso saber como a mudança e a diferença se desenvolvem no ciclo vital de todos os indivíduos de uma família, isto é, perceber como a família constrói a sua identidade.

(5) A família está inserida numa comunidade e numa cultura em que se exercem influências recíprocas. Ora, a família, como um sistema aberto e total, depende da adaptação dos seus membros, isto é, as relações na família estão em transformação contínua, a família está em constante remodelação.

(6) Ao longo do ciclo vital, a família integra no seu sistema novos membros, através do nascimento e adopção de filhos ou do casamento. Estas três situações diferem em termos do conhecimento prévio das regras que regulam o sistema. O *self* dos indivíduos é construído e interiorizado num processo mútuo de projecção e introjecção entre significativos. O adulto que entra para a família é membro de outro sistema e a nova família apenas partilha parte do seu *self*; este e o da sua família de origem estão em confrontação contínua com o do novo sistema em que está a entrar, sem, no entanto, qualquer dos dois perder a sua individualidade e identidade.

(7) A família tem ainda uma função mediadora com a sociedade: filtra a informação, os factos, as percepções que cada membro interioriza. Não sabemos, no entanto, quais os processos cognitivos e interactivos envolvidos.

(8) Cada indivíduo tem o seu papel no sistema familiar e tem necessidade de ter conhecimento dos papéis dos outros membros, para ser capaz de antecipar esses comportamentos e por sua vez de se adaptar a eles. De facto, a família tem as suas regras, que devem ser aprendidas pelos seus membros. O indivíduo deve acomodar-se e assimilar esses padrões sem, no entanto, perder a sua individualidade.

(9) A família está organizada em subsistemas (o individual, o parental, o conjugal e o fraternal) em que a sua diferenciação e função se deve ao estabelecimento de fronteiras e regras.

(10) Cada família é única e esta singularidade é definida por dois eixos - eixo relacional ou sincrónico (organização do espaço familiar) e o eixo diacrónico ou temporal (história familiar- ciclo de vida).

2.1. Desenvolvimento e transições na família

O desenvolvimento da personalidade na família processa-se em função da interacção da personalidade dos membros que a constituem. Os padrões de mudança não estão confinados aos membros presentes fisicamente: mesmo os que saíram de casa, por morte, divórcio ou qualquer outra razão, estão presentes num sistema recíproco de influências. A

família é um sistema de relações determinadas não só pelos elementos que a compõem no presente, mas também pelos ecos das relações passadas.

Os indivíduos ao longo do ciclo vital desenvolvem-se num processo de diferenciação e integração. Este processo parece acontecer numa alternância de períodos de estabilidade e de transição. É nos períodos de transição que os acontecimentos de vida mais significativos ocorrem: as pessoas apaixonam-se, casam-se, têm filhos, etc. O trabalho e o amor parecem ser os temas centrais da vida do indivíduo. O amor faz parte integrante do desenvolvimento do indivíduo de que é simultaneamente causa e consequência. A família é o foco mais importante do amor e problemas de relações íntimas neste sistema são precipitadores de fixação ou de crescimento.

O ciclo de vida está repleto de acontecimentos (mudanças, crises, transições de papel, transições psicossociais, transições críticas, transições ecológicas ou transições desenvolvimentais) que requerem, por parte do todo familiar e de cada um separadamente, ajustamentos, reorganizações pessoais e relacionais mais ou menos profundas.

Para a compreensão das transições de vida alguns pressupostos são fundamentais: (1) o desempenho social de papéis é eminentemente dialéctico; (2) o *stress* é inerente à vida humana; (3) o desenvolvimento pressupõe mudança e ocorre ao longo de toda a vida; (4) o desenvolvimento é função da interacção entre pessoa e meio; (5) a acção humana resulta da interacção das características individuais e dos contextos passados e presentes.

O desenvolvimento é ainda um processo dialéctico na interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais. Quando um factor muda, todos os outros devem reajustar-se, desenvolvendo mecanismos cada vez mais complexos que se exprimem nas relações familiares assim como nas outras áreas da vida.

2.2. O desenvolvimento do ego e o ciclo de vida familiar

Apesar da existência de diferentes teorias de desenvolvimento ao longo do ciclo vital que discutem as consequências do desenvolvimento da personalidade nas relações com os outros, privilegia-se a de Loevinger e Wessler, na medida em que nos apresenta um modelo de integração do desenvolvimento humano e o seu conceito de desenvolvimento do ego parece ser o mais útil para o estudo das relações interpessoais. Situa-se no grupo das teorias cognitivistas estruturais do desenvolvimento e abrange os domínios interpessoal, moral, ético e de complexidade cognitiva.

O indivíduo é conceptualizado como um ser dinâmico com capacidade de interpretar e agir no seu meio físico, social e psicológico; é visto como um todo. O ego é o elemento central do *self* que fornece uma rede de referências (estruturas) para a compreensão do mundo. A estrutura implica um conjunto de elementos relacionados entre si, numa forma bem definida,

e determina o modo como o indivíduo interage com o meio seleccionando ao que responder e como, face aos pedidos deste. O desenvolvimento consiste em adquirir uma nova estrutura ou em abranger novos domínios com a actual e processa-se numa série de transformações de estruturas, desde a mais simples à mais complexa. Este desenvolvimento do *ego* processa-se ao longo de sete estádios e de três períodos de transição: *pré-social*, *simbiótico*, *impulsivo*, *auto-protocção*, *auto-protocção/conformismo*, período de transição para o *conformismo*, *conformismo/consciência*, período de transição para a *tomada de consciência*, *individualista*, período de transição para a *autonomia e integridade*.

Pais e filhos estão em desenvolvimento contínuo ao longo do ciclo vital e o nível de desenvolvimento do *ego* de cada um está, também, em mudança. Este desenvolvimento altera a natureza e o equilíbrio das relações familiares, bem como as exigências do contexto permitem novos desenvolvimentos. Por exemplo, quando a relação do casal se situa no estádio de auto-protocção, o nascimento de um filho, o seu crescimento e o exercício das funções parentais implicaria um nível desenvolvimento, pelo menos, do estádio de conformismo, para desta forma, os pais, serem capazes de se descentrar de si próprios, da sua atitude hedonista, e satisfazerem as necessidades básicas do seu filho.

Numa família, encontram-se elementos em diferentes níveis de desenvolvimento e, portanto, diferentes tipos de relação. Isto implica que as próprias relações se desenvolvam ao longo do ciclo vital em conformidade com os seus membros.

Indivíduos a níveis mais complexos do *ego* percebem o mundo de uma forma mais eficaz, têm relações mais satisfatórias com os outros, e são geralmente mais competentes nas várias tarefas da vida; percebem os papéis a desempenhar na família e realizam-nos com sucesso; a sua flexibilidade permite-lhe funcionar em consonância com a exigência das situações, quer relacionais ou não.

Nas *famílias fechadas*, pode-se constatar que são geridas frequentemente por um membro, provavelmente autoritário e activador, mas pela vertente negativa. Esta família está, portanto, preocupada em seguir regras, não se expressa emocionalmente e os seus membros funcionam a um nível de desenvolvimento do *ego* conformista.

Pelo contrário, uma *família aberta*, gerida por pais dominantes, mas activadores positivos, são capazes de manter o funcionamento familiar fazendo a integração das necessidades do sistema como um todo com as necessidades individuais dos seus membros. Estas famílias requerem indivíduos capazes de perceber as necessidades e motivações dos outros e de lidar construtivamente com os conflitos, procuram e encontram a intimidade e por isso deverão necessariamente funcionar a níveis mais complexos do eu, muito provavelmente, no estádio de autonomia.

A família como sistema aberto é influenciável por forças sociais, sendo as mais fortes as que advêm de outras famílias numa unidade mais alargada: influência de gerações em que se verifica uma tentativa de recriar aproximadamente a mesma estrutura familiar. A família alargada (avós, tios) tem frequentemente um papel relacional importante, tende a apoiar e confirmar as relações pais-filhos e entre filhos; no entanto, nas famílias disfuncionais estas relações tendem para a instalação do caos familiar.

Finalmente, as *famílias ao acaso*, parecem ser mais um conjunto de pessoas que ocupam o mesmo espaço, do que uma família em funcionamento. Os pais não serão muito dominantes nem activadores e os membros desta família tenderão a funcionar a níveis de desenvolvimento do *ego* inferiores ao conformismo.

Outras estruturas poderiam ser apresentadas; no entanto, esta síntese serve apenas como base de discussão e compreensão do desenvolvimento do indivíduo na estrutura familiar

2.3. Desenvolvimento das relações de vinculação

Na medida em que as teorias da vinculação já foram objecto de estudo na disciplina de Psicologia do Desenvolvimento do 2º ano, é nosso objectivo recordar a sua contribuição para a compreensão da importância da família (figuras significativas) para o desenvolvimento intra e interpessoal do indivíduo.

A teoria da vinculação afirma a necessidade humana universal de os indivíduos desenvolverem laços afectivos de proximidade ao longo da existência com o objectivo de atingir segurança, que lhes permita explorar o mundo e, assim conhecer-se e conhecer o outro.

A acessibilidade e a responsividade são considerados os elementos que determinam a escolha da figura de vinculação pela criança, sendo geralmente, mas não necessariamente, as mães que assumem o papel de figuras de vinculação primárias. A vinculação a uma figura caracteriza-se essencialmente pela necessidade de manutenção de proximidade, pelo reconhecimento de um *porto seguro* no qual a criança pode procurar conforto e protecção, e pela percepção dessa figura como uma *base segura* que lhe permite a exploração do mundo, dos outros e de si própria.

Em função destes elementos são construídas estruturas internas ou *modelos mentais* que operam fora do campo da consciência, criando expectativas e representações de si próprio e dos outros e da relação com estes que são actualizadas nas diferentes relações de proximidade ao longo do seu desenvolvimento.

Se bem que a teoria da vinculação enfatize a relação da criança com a figura de vinculação, privilegiamos o contexto de vinculação de que outras figuras fazem parte (pai, avós, educadores...), em que o todo é mais do que a soma das relações diádicas. A questão

não é apenas a da diversidade de figuras, a questão é mais do modo como as diferentes relações contribuem para o sentido de segurança pessoal do indivíduo, de que forma se reflectem na sua interacção com os diferentes contextos de vida e, finalmente, como estas se configuram ao longo do ciclo vital.

Esta teoria será retomada quando, em capítulos seguintes, nos debruçarmos sobre outras relações de vinculação (relações amorosas e de intimidade), para desta forma se compreender os processos de assimilação e de acomodação dos modelos internos a outros contextos e em níveis de desenvolvimento diferentes.

3. Intervenção psicológico na família: modelos de intervenção

As psicoterapias familiares agrupam um conjunto de práticas e de teorias, onde o cliente não é considerado isoladamente mas ligado à sua rede de relações. Surgiram por volta dos anos 50 nos Estados Unidos da América, da constatação empírica de que é possível ajudar indivíduos com problemas de várias ordens, intervindo junto da família segundo técnicas específicas. Isto é, surge num contexto de mudança de paradigma, do pensamento analítico ao sistémico, da causalidade linear à causalidade circular, do simples ao complexo. Esta mudança surge, inicialmente, associada ao estudo da Esquizofrenia, cuja etiologia aparecia associada a processos patológicos de interacção familiar (*double bind*). A sua evolução decorre da confluência de paradigmas epistemológicos (psicanalíticos, cibernéticos, sistémicos) que permitem uma organização pluridisciplinar de informações psicossociológicas (*auto-organização do sistema familiar segundo as dimensões espaciais, temporais e formais; processo de individuação familiar: diferenciação dos selfs, ciclos de vida, lealdades transgeracionais, triangulações, coligações, jogos, processos de designação, regras e leis*) e antropológicas (*rituais, mitos e epistemas familiares*), colocadas ao serviço da intervenção familiar.

O contexto teórico e clínico da época é ainda um elemento facilitador destas mudanças. De destacar o movimento da anti-psiquiatria, o aparecimento de novas teorias psicodinâmicas que atribuem particular importância ao contexto relacional, em que o indivíduo está inserido (teorias da vinculação, do desenvolvimento psicossocial), bem como o emergir de diferentes formas de intervenção, substituindo o indivíduo como alvo pelo grupo (terapias de grupo, psicodrama).

Para a compreensão destas mudanças é, ainda, importante situá-las no contexto histórico da Revolução Industrial, em que a família está também ela em mudança; o fenómeno família nuclear acontece por exigências de uma sociedade mais urbanizada, que promove o isolamento e diminuiu as redes sociais de apoio, o que, conseqüentemente, arrastou a centralização de responsabilidades do desenvolvimento dos seus membros.

3.1. Paradigmas da psicoterapia familiar

O pensamento e a acção das psicoterapias familiares oscilam entre dois pólos: os paradigmas psicanalíticos e os sistémicos. Estes paradigmas permitem uma organização pluridisciplinar de informações psicossociológicas e antropológicas colocadas ao serviço da intervenção familiar.

Relativamente às *contribuições psicossociológicas*, são de referir a necessidade de análise da organização do sistema familiar segundo as dimensões *espaciais* (que definem o quadro das relações dentro da família), *temporais* (que regulam os acontecimentos de vida) e *formais* (tais como os padrões de comunicação, estilos de poder etc.); a necessidade de intervir no processo de *individuação familiar*, o que implica ter em conta a definição e diferenciação dos "selves", a reorganização do sistema familiar em função das *transições* dos ciclos de vida; as *lealdades transgeracionais*, definidas pela interiorização de expectativas familiares e de comportamentos de acordo com essas expectativas; as *triangulações*, isto é, a relação emocional entre três pessoas de gerações diferentes que permite regular os conflitos de relações diádicas, as *coligações* ou processos de acção comum entre duas pessoas contra uma terceira, as *alianças* estabelecidas entre duas pessoas em função de um objectivo comum, os *processos de designação*, como por exemplo de parentificação, de doente ou vítima e as regras e leis que definem a realidade.

Das *informações antropológicas* surgem conceitos como *rituais* que têm como função criar, reforçar ou dissolver o sentido de pertença, os *mitos* ou sistema de crenças partilhado por todos os membros da família e os *epistemas familiares*, ou sistema de regras (estrutura) partilhado pelos membros da família, que define o estatuto e as formas de conhecimento e permite distinguir entre o verdadeiro e o falso, entre o sagrado e o profano, e construir o que se chama realidade, estando ligado à produção de significações típicas de uma família.

3.2. Modelos de intervenção em psicoterapia familiar

a) *Perspectivas psicodinâmicas*

As perspectivas mais desenvolvimentais de psicoterapia familiar tiveram a sua origem nos modelos psicodinâmicos que, embora inicialmente valorizassem o desenvolvimento individual, foram a base de diferentes orientações daquela. (Boszormenyi – Nagy; Whitaker; Bowen; Ackerman)

A introdução do conceito de *identidade familiar*, a valorização da *partilha de experiências* pelos membros da família, num processo interactivo de natureza desenvolvimental ao longo do ciclo vital, foram as primeiras contribuições do modelo psicodinâmico para as psicoterapias familiares. O conceito de *estádios de desenvolvimento* num processo sequencial previsível e de tarefas de desenvolvimento surgem nesta perspectiva.

Os psicoterapeutas que subscrevem o modelo psicanalítico vêem a família como um *sistema de relações fechado*, em que cada membro é influenciado pelas características psicológicas e intrapsíquicas dos outros; os *conflitos inconscientes* dos membros da família desencadeiam padrões de interacção perturbados, resultando em comportamentos sintomáticos num ou mais indivíduos; são os padrões emocionais transmitidos através de gerações que definem o funcionamento da família ao longo das diferentes transições do ciclo de vida. Neste quadro, poder-se-ia dizer que os *padrões de funcionamento familiar são herdados e multigeracionais*.

O funcionamento familiar saudável seria aquele que tivesse capacidade de adaptação à mudança e onde as relações fossem flexíveis e não ambíguas, o que implicaria níveis de desenvolvimento superiores. O objectivo da psicoterapia familiar seria facilitar à família formas de acomodação às novas experiências, desenvolver novos níveis de complementaridade, encontrar formas construtivas para a resolução de conflitos, desenvolver uma auto-imagem positiva, lidar com a ansiedade e, finalmente, promover um desenvolvimento criativo.

Um outro conceito transferido das perspectivas psicodinâmicas de desenvolvimento individual para as familiares foi o de *individuação ou diferenciação do self*, em que a não diferenciação (*fusão*) seria o cerne de muitos problemas familiares. O conceito de fusão de identidades explica a ausência de diferenciação entre as necessidades familiares e as dos seus membros. Assim, o grande objectivo da intervenção será o de contribuir para o desenvolvimento da diferenciação dos vários elementos relativamente ao sistema emocional familiar. Quando duas pessoas, por exemplo o casal, se sentem desconfortáveis na sua relação, uma terceira pessoa é chamada para a situação (um filho, por exemplo), no sentido de reduzir a tensão relacional (*triângulo emocional*). Normalmente, o indivíduo triangulado é o mais vulnerável, e triangulações repetidas podem levar ao desenvolvimento de comportamentos sintomáticos. Neste sentido, o objectivo da intervenção será modificar nestas famílias os padrões típicos de triangulação, ajudando os seus membros a resolver os seus conflitos directamente, sem necessidade de chamar outros para resolver (ou atenuar) os problemas da relação.

As vulnerabilidades familiares, no confronto com novas exigências desenvolvimentais, são, segundo esta perspectiva, a consequência de *regressões, fusões, fracassos desenvolvimentais, transmitidos de geração em geração de uma forma determinista*. Esta visão pessimista tem uma certa tendência a desaparecer, considerando que os acontecimentos de vida podem ser oportunidades para a mudança construtiva, terminando, portanto, o ciclo determinístico.

As técnicas de intervenção destes modelos tendem a focalizar-se no presente, ainda que valorizando o passado e propõem como objectivo ajudar a família a lidar construtivamente com as tarefas desenvolvimentais e conseqüentemente a atingir um nível superior. Para a

compreensão dos processos de não diferenciação, é fundamental um grau de tensão reduzida e apela para a utilização do *genograma*. O processo pode acontecer quer individualmente, quer com o casal ou com este e outros elementos da família de origem que sejam capazes de uma análise objectiva das relações familiares. O terapeuta deve permanecer diferenciado.

b) Perspectivas estratégicas

A família surge como um sistema complexo e auto-organizado, cuja evolução depende da capacidade de regular a ordem e a desordem, através de formas inovadoras; a sintomatologia surge quando se verifica uma interrupção ou deslocamento no processo de desenvolvimento no ciclo de vida familiar.

Segundo Haley, o ciclo de vida familiar divide-se em *seis estádios* que servem como uma orientação em relação a diferentes momentos potencialmente geradores de crise: o período de namoro; o casamento e as suas consequências; o nascimento dos filhos e respectiva adolescência; as dificuldades ligadas ao casamento na meia idade; a reforma e terceira idade. É da interrupção deste processo normal de desenvolvimento, devida a problemas de *organização e hierarquia (confusa ou incongruente)*, que surge a disfuncionalidade da família. Neste contexto, a mudança hierárquica é a dimensão mais importante do desenvolvimento familiar e da intervenção psicoterapêutica. O objectivo principal será facilitar à família condições para um desenvolvimento normativo, cujo processo implica estádios sucessivos de mudança, o que poderá envolver uma organização familiar alternativa. No entanto, quando se faz uma análise desta perspectiva, constata-se a não existência de um modelo do funcionamento da família ao longo do ciclo vital e, em termos psicoterapêuticos, esta perspectiva parece valorizar mais a resolução de problemas no imediato.

O mesmo se pode dizer do grupo de Palo Alto, que, numa fase inicial, refere a importância de acontecimentos do ciclo de vida familiar como elementos importantes para a compreensão das dificuldades e problemas da família, o que parece ter perdido significado mais recentemente. Mais do que a origem dos problemas, valoriza a compreensão de como as famílias os mantêm, isto é, como utiliza soluções não adequadas. A disfuncionalidade familiar é explicada pela *não alteração de regras* em consonância com o crescimento cronológico da família; a mudança desenvolvimental implica a criação de novas regras que facilitem a reorganização total do sistema, num processo de níveis de funcionamento alternado de estabilidade e discontinuidade. Neste contexto, o psicoterapeuta para intervir junto destas famílias tem que primeiramente perceber os valores, regras e expectativas que lhes estão subjacentes.

No grupo de Milão, (S. Palazzdi) inicialmente, o sistema familiar era considerado como estável e homeostático e mais recentemente como um sistema em contínua mudança,

dando importância à evolução do problema e à forma como os elementos do sistema familiar percebem e perceberam a sua história comum. Nesta perspectiva, é valorizada a *dimensão temporal*; isto é, a inter-relação do presente, do passado e do futuro, em que o sintoma pode surgir como a solução possível para a evolução da família. O psicoterapeuta, usando informações derivadas de outras teorias do desenvolvimento, explora as relações ao longo do tempo de uma forma reflexiva ou circular, o que facilita à família pensar, agir e sentir de forma diferente.

O destaque dado à comunicação como a base essencial para a compreensão do sistema familiar é, no entanto, partilhada por todas as escolas. Apoiam-se na axiomática da comunicação e referem que a melhor forma de compreender o sistema familiar é através da análise dos *padrões de comunicação analógica e digital* entre os seus membros.

A comunicação é definida a dois níveis: o *conteúdo da mensagem* ou o que se está a dizer neste momento, e a *metacomunicação* que explicita e qualifica o que é referido no conteúdo, sendo, por isso, uma comunicação sobre a comunicação. Os problemas surgem quando a metacomunicação também não é clara ou contradiz o conteúdo da mensagem. Nesta situação, o receptor é colocado perante um conflito, na medida em que não sabe a qual dos níveis deverá responder.

Segundo a escola de Palo Alto, (P. Watzlawick) todas as relações comunicacionais são *simétricas* ou de *complementaridade* conforme se fundamentem na igualdade ou na diferença, gerando os perigos de *escalada*, para o primeiro, de *rigidificação* e de *comunicação paradoxal*, para o segundo. A escalada pode ser definida como uma disfuncionalidade da comunicação que se caracteriza por, numa relação simétrica, haver uma luta pela definição dessa mesma relação (*luta pelo poder*), que vai gerando uma tensão progressivamente crescente. Rigidificação é a incapacidade de mudar os padrões transaccionais à medida que o desenvolvimento se faz e as relações mudam, sendo clássico o exemplo de superproteção ("não ver" os filhos crescer, não mudando, por isso, comportamentos em conformidade). Segundo Hoffman, *injunções paradoxais*, ao fornecerem directrizes confusas, provocam dissonância cognitiva, o que pode criar uma certa pressão para um movimento desenvolvimental; no entanto, quando essas directrizes são impossíveis de integração e, portanto não permitem o salto desenvolvimental, são consideradas um *double bind*.

A família é, por excelência, uma rede comunicacional e os padrões de interacção são mantidos no sistema familiar por um processo de *homeostase* que tende a manter o *status quo* do funcionamento familiar. Qualquer mudança num dos membros da família pode produzir a ruptura desse equilíbrio no sistema e afectar o comportamento dos outros membros, originando uma pressão do interior do sistema para retomar o estado homeostático anterior. Assim, o terapeuta deverá num primeiro momento identificar o problema (1º fase) e fazer o seu reenquadramento, para, posteriormente, como agente

activo de mudança, desenvolver estratégias no sentido de romper o jogo interaccional que o mantém (2º fase).

Para Haley, o poder e o controlo são elementos essenciais para a compreensão da comunicação no sistema familiar. Assim, ajudar a família a comunicar melhor é ajudar os seus membros a tomarem consciência, através de directrizes paradoxais, da luta de poder na sua relação. As trocas emocionais no sistema familiar são, ainda, uma outra área valorizada por este modelo, no pressuposto de que a clarificação da expressão de sentimentos e a definição de regras de comunicação permite a congruência entre o conteúdo e a metacomunicação das mensagens.

c) *Perspectiva estrutural*

Segundo a perspectiva estrutural, cujo elemento central é Salvador Minuchin, a família passa por um conjunto de transições pontuadas por alterações da composição familiar (entrada ou saída de membros), que implicam a reorganização dos subsistemas ou o aparecimento de novos, e pela mudança de *papéis* e *regras* que definem as *fronteiras* familiares. Estas fronteiras são definidas por dois parâmetros com uma componente desenvolvimental: os padrões de proximidade e a estrutura hierárquica que, logicamente, na relação pais-filhos, muda ao longo do desenvolvimento destes.

Na confrontação com as diferentes transições, o processo de reestruturação é complexo e, conseqüentemente, gerador de *stress* e ansiedade. As famílias variam na forma como lidam com estas mudanças, utilizando respostas mais ou menos funcionais, o que está ligado ao processo de desenvolvimento familiar. A *rigidificação* (que, nestes casos, frequentemente se faz com respostas através dos padrões transacionais habituais, mesmo que inadequado para as circunstâncias), o exagerado tempo eventualmente gasto por algumas famílias na sua reorganização, o não envolvimento ou o super envolvimento neste processo, são algumas respostas problemáticas que caracterizam a disfuncionalidade familiar.

O modelo estrutural tende a utilizar para a análise da família um "*guião*" de desenvolvimento em relação ao qual avalia os comportamentos dos diferentes membros em função da sua idade, detectando instabilidades desenvolvimentais, percebendo a organização familiar, analisando as histórias individuais e familiares e avaliando o sistema familiar como um processo que envolve o psicoterapeuta, quer objectivamente como observador, quer subjectivamente como participante. Estes parâmetros são, muitas vezes, utilizados pelo psicoterapeuta, através de analogias desenvolvimentais, no sentido de fazer compreender à família os aspectos disfuncionais em termos de maturação dos seus membros.

O sistema familiar é definido, segundo este modelo, como o contexto social primário no qual o indivíduo funciona, numa dinâmica de influências recíprocas. As mudanças nesta estrutura contribuem para a mudança no processo comportamental e intrapsíquico dos

membros do sistema. O sistema familiar é composto por subsistemas, constituídos por um ou mais elementos e com diferentes níveis de poder e tipos de padrões transacionais. Quando as fronteiras entre subsistemas são pouco claras ou demasiado rígidas, as famílias são consideradas disfuncionais: *aglutinadas ou desagregadas*, consoante os limites mais ou menos difusos entre os seus membros. As famílias aglutinadas caracterizam-se pela alta ressonância entre os seus elementos, com ligações afectivas muito "estreitas", não permitindo a *individualização dos* seus membros; nas desagregadas, pelo contrário, todos vivem afastados, a separação é de tal forma marcada que não permitem trocas afectivas, criando como que hiatos entre o mundo dos adultos e o das crianças. Estes tipos familiares caracterizam-se necessariamente por padrões transacionais disfuncionais.

O objectivo de intervenção do modelo estrutural é a transformação da estrutura sistémica da família, o que se processa em três passos: primeiro, o psicoterapeuta junta-se à família, tornando-se membro de vários subsistemas e ajusta-se aos padrões transacionais, estilos, afectos e linguagem da família (*joining*); num segundo passo, o processo de avaliação da estrutura familiar é iniciado continuando, no entanto, ao longo da intervenção com constantes revisões (*enactment*); a criação de condições que levem à transformação da estrutura (*restructuring*) é o terceiro passo. Algumas das estratégias utilizadas são: o redireccionamento de interações, clarificação de fronteiras, escalada de *stress*, prescrição de tarefas, manipulação de humores, apoio, educação e aconselhamento, bem como fazer alianças com alguns subsistemas, obrigando outros a reajustar-se para fazer frente a esta aliança.

d) *Perspectivas comportamentalistas*

Os comportamentalistas apoiam-se no pressuposto de que o comportamento do indivíduo é desenvolvido e mantido por acontecimentos no meio ambiente e, portanto, basta mudar as contingências do meio para mudar o comportamento do indivíduo e, conseqüentemente, promover o seu desenvolvimento. Este modelo tem sido particularmente utilizado na elaboração de programas para pais e casais, o que será desenvolvido mais à frente.

e) *Outras perspectivas*

Outros modelos surgem como a *psicoterapia familiar de múltiplo impacto* e a *psicoterapia familiar múltipla*. O primeiro é referido como uma forma breve e intensiva de intervenção em situação de crise familiar e apoia-se no pressuposto de que a família em situação de crise está mais aberta à mudança dos seus padrões de relação disfuncionais. A intervenção é realizada por uma equipa multidisciplinar ao longo de alguns dias, intensivamente. No primeiro dia, é feita a avaliação ao grupo familiar, seguida de entrevistas individuais a cada membro. Ao longo do dia, diferentes combinações de elementos da família são feitas e, no final, são trocadas e discutidas informações. Um processo semelhante acontece no

segundo dia, debruçando-se essencialmente sobre os padrões disfuncionais de comunicação. São, finalmente, feitas sugestões de mudança, no sentido da promoção de competências para a resolução de problemas futuros. Passado alguns meses, a família e a equipa psicoterapêutica voltam a encontrar-se para avaliar o resultado da intervenção.

A psicoterapia familiar múltipla adaptou a intervenção em grupo à terapia familiar, isto é, um grupo de famílias têm sessões semanais com uma equipa. Os psicoterapeutas catalisam e coordenam a discussão dos problemas e facilitam a orientação para a sua resolução. Os adeptos deste tipo de intervenção referem que a experiência de grupo facilita a aprendizagem de novos padrões de resolução de conflitos pela observação de como outras famílias tentam resolver os seus problemas. Por outro lado, a intervenção é menos perturbadora, permitindo um maior envolvimento de todos os elementos.

Muitas vezes as relações disfuncionais familiares resultam de problemas de adaptação à mudança social rápida e da perda de apoios das redes sociais. A intervenção nas *redes sociais de apoio* é também uma estratégia criada com o objectivo de promover uma rede de apoio eficaz para que as famílias sejam capazes de melhor lidar com as situações de crise. A família alargada, amigos, vizinhos e outros agentes sociais são trazidos para as sessões psicoterapêuticas para ajudar a família a aprender formas de resolução dos seus problemas. A equipa psicoterapêutica mobiliza o apoio e as fontes, reforçando os laços sociais e criando novos canais de comunicação nesta unidade social alargada.

Esta perspectiva de intervenção psicológica é limitada no tempo e tem como objectivo mobilizar as redes sociais de apoio existentes ou criar novas redes que funcionem como um sistema de apoio à família ou aos diferentes subsistemas e elementos que a constituem em momentos de transição. Neste sentido, outras estratégias são frequentemente utilizadas, como a organização de grupos de ajuda mútua (grupos de indivíduos com problemas similares), o que facilita a expressão de sentimentos, minimiza a avaliação negativa dos problemas e permite, pela partilha de experiências, encontrar respostas mais construtivas para a situação actual. São exemplos destes grupos as associações de pais de toxicodependentes, grupos de divorciados ou pais singulares, etc.

3.3. Técnicas de intervenção

Após a caracterização das principais escolas, é importante reflectir sobre o processo de intervenção psicológica nas famílias. A acção psicoterapêutica não se pode reduzir à aplicação de um conjunto de técnicas de uma forma mecânica, só a formação e a experiência poderão facilitar um processo de intervenção criativo e adaptado às necessidades e problemas de cada situação particular. O uso de metodologias e técnicas exclusivas corre o risco da ineficácia. Mais do que distinguir as diferentes escolas, é importante reconhecer um conjunto de princípios metodológicos que poderão funcionar como coordenadas a partir das quais o psicólogo poderá elaborar a sua reflexão e acção.

Assim, o primeiro princípio refere-se à definição e avaliação dos problemas de onde derivará a decisão do tipo de intervenção e a metodologia a ser empregue. Esta avaliação permite propor, ou não, sessões psicoterapêuticas ritualizadas e quais as estratégias a utilizar: consultas individuais/familiares, subsistemas/sistema familiar; sistema familiar; sistemas multifamiliares; sistema individual/familiar/social; família alargada, vizinhos, redes sociais. Assim, o processo psicoterapêutico pode ser dividido em diferentes estádios: avaliação, desenvolvimento de uma hipótese, definição do problema, técnicas de intervenção e objectivos psicoterapêuticos.

As técnicas de intervenção do *modelo psicanalítico* fundamentam-se na cura tipo individual, ainda que com algumas alterações: presença de duas gerações; associação livre, verbalização das actividades fantasmáticas e oníricas, neutralidade, análise das resistências, indução e interpretação nos movimentos transferênciais e intertransferênciais.

Como referem Miermont *et al*, (1990), as técnicas de intervenção segundo os modelos sistémicos apoiam-se em princípios *estratégicos e tácticos, estruturais e antropológicos*:

(1) *estratégicos e tácticos*: definição de problemas a resolver, intervenção sobre os jogos de poder no grupo familiar, conotação positiva do sintoma e dos comportamentos, elaboração de hipóteses em função do problema, neutralidade, alianças estratégicas com este ou aquele subsistema, alteração de coligações e de alianças, análise das posições dos diferentes membros no contexto terapêutico, acentuação táctica dos movimentos de resistência ou de mudança;

(2) *princípios estruturais de organização e de transformação espacio-temporal*: intervenção sobre os sistemas de coligações inter e intrageracionais, representação dos estilos relacionais (mapas familiares), estruturação de fronteiras, reorganização dos diferentes subsistemas, análise transgeracional do problema, elaboração de um genograma, construção da escultura familiar (utilização do corpo e do movimento como expressão de ideias emoções e sentimentos), prescrições (restruturantes, paradoxais e metafóricas) e a metaterapia que pretende restabelecer as fronteiras intergeracionais.

(3) *os princípios antropológicos* fundamentam-se na utilização do jogo, na modificação dos estilos de comunicação e de rituais, na canalização de trocas emocionais, na criação de espaços vitais para cada membro da família, na estruturação de territórios, modificação de mitos e no trabalho sobre a realidade concreta

4. Aulas Práticas

Durante este módulo programático as aulas práticas têm como objectivo a integração dos conteúdos das aulas teóricas e constam das seguintes actividades:

Com o objectivo de trabalhar competências de consulta em situações familiares são realizadas situações de *role playing*; Com o objectivo de analisar os seus níveis de desenvolvimento do *ego*, formas de funcionamento e tipos de relações são discutidas entrevistas a famílias; Com o objectivo de destacar disfuncionalidades familiares faz-se a discussão do filme "O Príncipe das Marés" de Barbara Straisand

São ainda apresentadas e trabalhadas as metodologias de avaliação familiar: o mapa familiar – metodologia de Irene Levin em contextos de formação, prevenção, intervenção e investigação; escalas de avaliação familiar; O mapa estrutural de Minuchin entrevista; escultura; genograma (genograma clássico temporal e colorido).

5. Bibliografia (1)

*ANDOLFI, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Editorial Vega.

**APONTE, H. J. & VanDEUSEN, J. M., (1981). Structural family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds). *Handbook of family therapy*. N. Y.: Brunner/Mazel, 310-360.

BATESON, G. (1989). *Metadiálogos*. Lisboa: Gradiva

**BERTALANFFY, L. Von (1973). *Théorie Général des Systèmes*. Paris: Dunod.

BÉVIA, F.O. (1987). *Terapias Familiares Sistémica*, Secretariado de Publications de la U. Sevilha: E.A. G.

BÉVIA, F.O. (1994). Le Jeu et les Règles. *Thérapie familiale*, 4, 334-347.

*BOWLBY, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.

BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L., & PENN, P., (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.

BOSZORMENYI-NAGY, I. & ULRICH, D. V. (1981). Contextual family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds). *Handbook of family therapy*. N. Y.: Brunner/Mazel, 159-186.

(1) Nestes e nos capítulos seguintes as referências assinaladas com um asterisco (*) correspondem a textos necessários para prossecução dos objectivos mínimos; as de dois (**), a textos para aprofundamento. As restantes constituem, essencialmente, o quadro de referência do docente.

BOWEN, M. (1988). *La différenciation du soi, les triangles et les systèmes familiaux*. Paris: ESF.

BRODY, L. (1999). *Gender emotion and the family*. London: Harvard University Press.

*COSTA, M. E. (1987). Área de estudos em estudantes universitários e desenvolvimento do ego. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 3, 5-11.

*COSTA, M. E. (1994). *Divórcio monoparentalidade e recasamento. Intervenção psicológica em transições familiares*, cap1, Porto: Asa.

**DUHL, B. S. & DUHL, F. J. (1981). Integrative family therapy. In: A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds). *Handbook of family therapy*. N. Y.: Brunner/Mazel, 483-513.

*FALICOV, C. J.(1988). Family sociology and family therapy contributions to the family development framework: A comparative analysis and thoughts on future trends. In C. J. FALICOV (Ed). *Family transitions*. New York: The Guilford Press.

**FEIXAS, G. (1990). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integrative psychotherapy. *Journal of Family Psychology*, 4-35.

FRIEDMAN, H., ROHRBAUGH, M. & KRAKAUER, S. (1988).The time-linē Genogram: Highlighting temporal aspects of family relationships. *Family Process*, 27, 293-303.

HABER, R. (1990). Family and social network members as lay consultants. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 9, 21-31.

HALEY, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

*HAUSER, S.T.& POWERS, S.I.& NOAM, G.G. (1991). *Adolescents and their families.Paths of ego development*. New York: Free Press.

HEATHERINGTON, L. (1990). Family therapy, control, and controllingness. *Journal of Family Psychology*, 4, 132-150.

HEATHERINGTON, L. & FRIEDLANDER, M. L. (1990). Applying task analysis to structural family therapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 36-48.

HEINL, P. (1987). Visual genogram work work and change: a single case study. *Journal of Family Therapy*, 9, 281-291.

HOFFMAN, L. (1981). *Foundatins of family therapy: A conceptual framework for systems change*. N. Y.: Basic books.

**KERR, M. E. (1981). Family systems theory and therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds). *Handbook of family therapy*. N. Y.: Brunner/Mazel, 226-263.

**KUEHL, B., (1995) The solution-oriented genogram: A colaborative approach. *Journal of Marital and Family Therapy*,21, 3, 239-250.

**LEWIS, K. (1989). The use of color-coded genograms in the family therapy.*Journal of Marital and Family Therapy*,15, 2, 169-176.

LOEVINGER, J. & WESSLER R. (1970) *Measuring ego development I Constrution and use of setence completion test*. San Francisco: Jossey-Bass

MCGOLDRICK, M. & GERSON, R. (1985). *Genograms in family assessment*. N.Y.:Norton Book

- **MIERMONT, J., STERNSSCHUSS-ANGEL, S., NEUBURGER, R., & SEGOND, P. (1990). Thérapies familiales. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 4, 2-8.
- MINUCHIM, S., (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- **MINUCHIN, S., & FISHMAN, H. C., (1981). *Family therapy techniques*. London: Harvard U. Press.
- MINUCHIN, S., (1988). Relationships within the family: A systems perspective on development. In R. A. Hinde & J. Setevenson Hinde (Eds). *Rèlâtionships within families: Mutual influences*. Oxford: Clarenon Press, 7-26.
- **MINUCHIN, S. (1998). Where is the family in narrative therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 4, 397-403.
- **MOOS, R.H. & SCHAEFER, J.(1986). Life transitions and crises. In R.MOOS, *Coping with life crises: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- **PALAZZOLI, M.S. et al. (1985). Três guias de acção para o condutor da sessão. *Cadernos de Terapia Familiar e Comunitária*, 2, Lisboa: A. P. T. E. F. C.
- *PINA, PRATA F. X. (1980). *Ópticas e estratégias de terapia familiar*. Lisboa. Associação Portuguesa de Terapia Familiar e Comunitária, 1.
- PINA , PRATA F. X. (1979). A terapia familiar como processo. *Análise Psicológica*, 2, 379, 389.
- **PINA , PRATA F. X. (1996). Significações, mãos e olhar do terapeuta sistémico. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 13-24.
- *RELVAS, A. P. (1985). *Família. Desenvolvimento numa perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- RELVAS, A. P. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 4, 563-579.
- **RELVAS, A. P.(1996). Terapia familiar pós-moderna: Texto e contexto. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 25-31.
- **RELVAS, A. P.(1999). Conversas com famílias.Discursos e perspectivas em terapia familiar.Porto: Edições Afrontamento.
- RUSSELL, C. S. (1988). Symptoms as regulators of distance and change. Special Issue: Circumplex Model: Systemic assesment and treatment of families. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 4, 79-91.
- *SAMPAIO, D & GAMEIRO, J. (1985). *Terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- **SAMPAIO, D & Dantas A. M. (1990). Alguns instrumentos para avaliação da família- sua aplicação em clínica garal e medicina familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 7, 7, 266.
- *SCHLOSSBERG, N.K. (1981) A model for analyzing human adaptation to transition.. *The Counseling Psychologist*, 9, 2, 2-18.
- **STANTON, M. D. (1981). Strategic approaches to family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds). *Handbook of family therapy*. N. Y.: Brunner/Mazel, 361-462.

STANTON, M. D. (1984). Fusion, compression, diversion and the workings of paradox: A theory of therapeutic systemic change. *Family Process*, 23, 135-167..

**TORRES, A. R. (1995). Integrações e revisões no campo das terapias familiares-poderá haver um modelo global. *Psiquiatria Clínica*, 16, 4, 227-240.

VIARIO, M. & LEONARDI, P. (1983). Getting and giving information: Analysis of a family interview strategy. *Family Process*, 22, 27-42.

*WAPNER, S. & CRAIG-BRAY, L. (1992). Person in environment transitions: Theoretical and methodological approaches. *Environment and Behavior*, 24, 2, 161-188.

WHITAKER, C. A. & KEITH, D. V., (1981). Symbolic-experiential, family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds). *Handbook of family therapy*. N. Y.: Brunner/Mazel, 187-225.

WILLIS, S. L. & REID J. D. (1999). *Life in the middle. Psychological and social development in middle age*. New York: Academic Press.

**WYNNE, L. C. (1988). An epigenetic model of family processes. In J. C. FALICOV (Ed). *Family transitions*. New York: The Guilford Press.

Segundo capítulo

**CONSULTA PSICOLÓGICA
E DESENVOLVIMENTO CONJUGAL**

0. Objectivos

1. Perspectiva histórica

2. Intimidade. Dificuldades de uma definição

3. O amor e a intimidade no casal

4. Perspectivas teóricas e de intervenção nas relações de intimidade

4.1. Perspectivas psicodinâmicas

4.2. Perspectivas da aprendizagem social

4.3. Perspectivas sistémicas

4.4. Perspectivas desenvolvimentais

4.5. Proposta integrativa e desenvolvimental da intimidade

5. Aulas Práticas

5.1. Avaliação das relações conjugais

5.1.1. *Entrevista; questionários, entrevistas semi-estruturadas, listas de auto-observação e observação.*

5.2. Programas de educação psicológica para o desenvolvimento conjugal.

Programas comportamentalistas e humanistas: aspectos comuns. Programas destinados a períodos pré-conjugais, neo-conjugais e conjugais (alguns exemplos)

5.3. Discussão de um filme

6. Bibliografia

0. Objectivos:

- (1) ser capaz de contextualizar a consulta psicológica conjugal no seu desenvolvimento histórico;
- (2) compreender as diferenças entre funcionalidade, satisfação e intimidade;
- (3) perceber as as dificuldades de definição do conceito de intimidade;
- (4) conhecer diferentes concepções de intimidade;
- (5) conhecer os conceitos introduzidos pelos diferentes modelos na análise das relações conjugais;
- (6) desenvolver a capacidade de analisar as relações de casal tendo em conta factores individuais, relacionais e contextuais;
- (7) conhecer técnicas de avaliação das relações conjugais e ser capaz de as inserir no processo de intervenção psicológica;
- (8) conhecer e reflectir sobre diferentes propostas de psicoterapia conjugal segundo vários modelos, de modo a criar uma rede de referência que lhe permita perceber e intervir nas problemáticas conjugais;
- (9) integrar conhecimentos teórico-práticos da consulta psicológica conjugal no sentido do aluno ser capaz de os adaptar aos diferentes problemas e clientes, definindo objectivos, estratégias e processos;
- (10) conhecer diferentes programas de educação psicológica para o desenvolvimento conjugal;
- (11) ser capaz, em grupo e orientado pelo docente, de delinear um projecto de intervenção com objectivos de promover o relacionamento conjugal.

1. Perspectiva histórica

O casamento e as suas vicissitudes tornaram-se objecto de preocupação quer social quer da comunidade científica nas últimas décadas. A família, apesar das mudanças ocorridas, continua a ser grandemente responsável pelo desenvolvimento do indivíduo, e o casal, independentemente do tipo de contrato celebrado, continua a unidade central da família, talvez, porque no imaginário das pessoas permaneça a expectativa que o principal objectivo do casamento é a reprodução.

A família existia primariamente como suporte de sobrevivência. Mais recentemente, tem sido valorizada a sua capacidade para satisfazer as necessidades de amor, e este é interpretado como promotor do desenvolvimento. É verdade que a conjugalidade começa na infância, na medida em que a criança se relaciona com os pais quer como indivíduos separadamente quer como casal. Isto é, a criança no seio da sua família e posteriormente alargando os seus elementos de referência vai construindo e interiorizando uma imagem de casal que, vai reformulando ao longo do seu crescimento, bem como a imagem de si própria dos outros e de si com os outros.

Pertence ao senso comum a ideia que as relações de casal são complexas, e inúmeras teorias e investigações se têm debruçado sobre os correlatos da satisfação e da funcionalidade conjugal. É no início do século que estas questões emergem, sendo o seu estudo caracterizado, essencialmente, pela preocupação em compreender e resolver os problemas conjugais, dada a constatação da sua relação com disfuncionalidades psicológicas, quer no casal, quer nos seus descendentes. Portanto, as primeiras motivações surgem mais pela negativa do que pela positiva. Dos comportamentos às cognições e emoções até à sua interacção, foi o percurso feito até à década de 90. A compreensão das relações de casal será sempre incompleta, se não se considerar as variáveis intrapessoais e interpessoais que lhe são inerentes, construindo-se modelos teóricos que integrem estas componentes.

A psicoterapia conjugal não surgiu de uma teoria, mas sim de uma prática que desenvolveu uma teoria. Inicialmente, adoptou fundamentos da teoria da psicoterapia familiar e surgiu como uma estratégia desta.

De uma visão centrada na psicopatologia do indivíduo (Freud), passou-se à valorização da interacção do indivíduo com o meio (Adler, Sullivan) e, finalmente, à análise do comportamento como função de uma relação conjugal ou familiar (Minuchin).

Nos últimos anos, o casamento tem sido particularmente valorizado como objecto de estudo e de intervenção, dado o aumento significativo do número de divórcios e de pedidos de ajuda por parte de casais disfuncionais. De uma forma geral, o nível de exigência de

satisfação e de prazer é maior e, conseqüentemente, a procura de respostas para estas necessidades é também maior. Neste sentido, a intervenção junto de casais não pode ser perspectivada apenas em situações de crise (psicoterapia), mas também fora delas (educação psicológica). Num e noutro caso o objectivo é capacitar o casal, apoiando-o, na resolução dos problemas que afectam a relação.

2. Intimidade. Dificuldades de uma definição

Ao debruçarmo-nos sobre a literatura que tem como objecto de estudo as relações de casal, constatamos que, na sua maioria, se preocupam com os correlatos da satisfação ou insatisfação conjugal e que a satisfação vem associada, se não muitas vezes sobreposta, à intimidade. Parece-nos, pois, pretinente iniciar este capítulo com a distinção entre conceitos como funcionalidade, satisfação e intimidade. Enquanto a funcionalidade está, essencialmente, associada a comportamentos e cognições subjacentes às relações, a satisfação é mais do domínio dos afectos e portanto dos significados atribuídos à relação. A satisfação é frequentemente associada à duração da relação, no entanto, esta última não está necessariamente associada à primeira. A intimidade é, por sua vez, uma capacidade individual e relacional.

De todos os elementos estruturais de uma relação de casal, o conceito de intimidade é, na nossa opinião, o mais abrangente, mas também o mais complexo e controverso. Apesar do reconhecimento generalizado da sua importância para o bem estar psicológico e social do indivíduo, a sua definição continua pouco clara, gerando múltiplas definições e teorias ao longo dos anos.

Assim, propõe-se que a sua definição abranja a sua dimensão de construção num processo multissistémico (intra e interpessoal) que a apresenta como uma capacidade individual que se desenvolve ao longo do ciclo vital tomando formas, significados e complexidades diferentes em função do tipo de relação estabelecida. Desta forma a intimidade é uma capacidade individual que toma forma numa relação específica.

Para a compreensão do conceito de intimidade, propõe-se a distinção entre *experiências* e *relações de intimidade*. As primeiras referem-se aos significados atribuídos a comportamentos e vivências ao longo do desenvolvimento do indivíduo, e as segundas, ao processo interactivo de experiências de intimidade entre duas pessoas que se conhecem, em que o passado e o presente influenciariam as do futuro. Sendo que, numa perspectiva desenvolvimental, ambas contribuem para a construção da intimidade que pressupõe a construção do *nós* (identidade de casal) sem medo da perda da sua identidade individual.

Assim, as definições que valorizam mais as *experiências de intimidade* valorizam essencialmente os comportamentos de partilha de experiências privadas e subjectivas que

permitem a validação do mundo interior, em que o processo comunicacional é, desde logo, relevante e a forma como decorre influencia, a cada momento, o sentido subjectivo de intimidade dos que nele participam. Todos os indivíduos têm motivações e medos quando confrontados com a possibilidade de uma relação de intimidade e é nesta dinâmica que o processo comunicacional acontece.

As concepções que enfatizam as *relações* de intimidade podem agrupar-se de acordo com a ênfase dada aos *padrões relacionais*, aos *afectos* e aos *comportamentos*. As primeiras são definidas em função de domínios de contacto íntimo (por ex. emocional, social, intelectual, sexual, recreacional, espiritual, estético), de níveis de maturidade relacional (desenvolvimento do *ego*; centradas no *self*, centradas nos papéis e centradas nas relações) ou de componentes de intimidade (empatia, confiança, sensibilidade, responsividade comunicação). Paradigmáticas destas concepções são as de *Olson, Paul e White*.

Nas que valorizam os *afectos*, evidenciando a reciprocidade de sentimentos e a necessidade de analisar a relação como um todo, podemos distinguir duas linhas: uma que não distingue o amor como emoção e a intimidade; e outra que nos fala de amor como um tipo de relação de que a intimidade faz parte. Damos destaque a esta última linha, fazendo referência à teoria triangular do amor (paixão, intimidade, decisão/ compromisso) de *Sternberg*.

As definições mais *comportamentais/cognitivas* são as que, de certa forma, mais sobrepõem os conceitos de satisfação e intimidade, reduzindo-as ao *ratios custos/benefícios* percebidos pelo casal. São paradigmáticos destas definições *Margolin, Jacobson, L'Abate*.

Finalmente, as concepções mais *desenvolvimentais* definem a intimidade como um processo sempre inacabado que tem o seu início na infância, em que a natureza da relação é o reflexo de um mundo interno privado de cada um dos elementos da díade, e actualizado nessa relação. Como exemplificadoras destas perspectivas são aqui apresentadas as teorias de Erikson e de Bowlby e os modelos de Orlofsky, K.Bartolomew, Hazan e Shaver.

3. O amor e a intimidade no casal.

A intimidade é o alicerce do amor e implica o desejo de promover o bem estar da pessoa amada, a experiência de felicidade de estar com o objecto de amor, uma imagem positiva do outro, ainda que reconhecendo as suas falhas, a percepção da disponibilidade do parceiro(a) em momentos de necessidade, mútua compreensão, partilha, receber e dar apoio emocional, comunicação profunda e honesta e valorização da pessoa amada. Pelo contrário o medo da intimidade está frequentemente associado ao medo de perder a

autonomia e identidade, à incapacidade de se descentrar de si, evitando o outro como forma de auto- protecção e ao medo de ser abandonado

A manutenção do amor no casal implica crescimento de ambos os cônjuges, aprendizagem de novas competências de resposta apropriadas às diferentes formas de ser amado e de amar. O amor ao longo da relação vai sofrendo metamorfoses, frequentemente percebidas como um processo de desafeição.

Cada relação de amor é um meio para o crescimento pessoal e é através das relações de amor que o indivíduo progride para o próximo estádio de desenvolvimento. O amor é um ingrediente necessário para o desenvolvimento do indivíduo. No entanto, as formas de amor ao longo do ciclo vital vão sendo diferentes; desde a relação simbiótica do bebé até à mutualidade característica do adulto, num processo de diferenciação e integração de imagens de si próprio e daqueles com quem estabelece relações íntimas.

A necessidade de expressividade do amor parece aumentar em função da complexificação e despersonalização da sociedade, em que o aumento de divórcios poderá ser um indicador disto.

As pessoas apaixonam-se porque se sentem mais próximas do outro, e porque a relação lhe oferece recompensas imediatas e no futuro. A intimidade aumenta com a profundidade da partilha de coisas pessoais e de revelações profundas, o que aumenta o risco da manutenção da paixão. A relação amorosa termina quando a fantasia e idealização não são mais possíveis. À medida que a previsibilidade aumenta, a intensidade emocional decresce e conseqüentemente a experiência de intimidade.

As relações amorosas sofrem também mudanças que podem ser sistematizadas em estádios. Na fase inicial de *orientação*, a relação é superficial. Há o princípio de um conhecimento que aumenta na fase de *exploração*, em que as trocas afectivas e o interesse mútuo aumentam. Quando a *paixão* começa, estas trocas afectivas aumentam rapidamente, o "self-disclosure" é cada vez mais profundo, assim como a exploração e idealização de cada um. Progressivamente, a maior intimidade, a revelação e exploração *desmascaram* falhas e cada um tenta *manipular* o outro no sentido de o modificar de acordo com as suas expectativas e desejos. Finalmente, na fase de resolução cada um tenta adaptar-se à realidade do outro, estabelece-se como que um contrato, consciente ou não, e inicia-se o desenvolvimento de uma relação permanente.

Estes estádios das relações amorosas são os mais frequentes. No entanto, é de salientar que variam em função do desenvolvimento de cada elemento dessa relação amorosa.

Os tipos de amor também variam em função do desenvolvimento do *ego* dos indivíduos na medida em que, a níveis inferiores, as suas necessidades de protecção, dependência e recompensa imediata implicam, necessariamente, uma relação que as possa satisfazer.

Assim, o tipo de amor é diferente com o desenrolar da relação, isto é, no seu início não será plausível que cada um dê sem esperar ser recompensado, o que caracterizaria indivíduos num estágio de desenvolvimento do ego autónomo ou integrativo.

A maioria dos casais funciona a um nível conformista, tendem a ter relações baseadas em regras e os problemas surgem sempre que essas regras não se adaptam; na medida em que eles não são sensíveis, ou não têm consciência, das necessidades internas, desejos e conflitos que motivam o comportamento, têm dificuldades em lidar com o problema. Nestes casais o amor é avaliado em função do explícito, não sendo capazes de empatia e de analisar o comportamento do outro em diferentes alternativas.

4. Perspectivas teóricas e de intervenção nas relações de casal

4.1. Perspectivas psicodinâmicas

Freud diferenciava entre amor analítico ou de vinculação, isto é, um amor que foi alimentado e protegido, e um amor narcísico que é um amor ao que a própria pessoa é, foi ou gostaria de ser. O narcisismo primário existente em cada um de nós pode, em alguns casos, dominar a natureza da escolha do objecto de amor.

Freud, ao falar de relações de amor, enfatiza os aspectos sexuais do Édipo, os seus conflitos, sob o medo da castração, parcialmente resolvido com a identificação com o pai do mesmo sexo, a formação do superego, e o estabelecimento do tabu do incesto em relação ao pai do sexo oposto. Posteriormente, Klein refere que não é apenas o medo da castração que faz a criança renunciar aos pais como objectos sexuais, mas também o desejo activo de amar e a capacidade progressiva de tolerar a frustração que a capacita para deixar os pais terem a sua criatividade e de ela própria se tornar criativa.

No pensamento kleiniano, o casal torna-se um objecto interno, fazendo parte de um processo evolutivo que é influenciado pelos pais actuais e pelas vicissitudes do amor, ódio, culpa e outros sentimentos reparadores, cujo objecto não é apenas um dos pais mas especificamente a ligação entre eles.

Uma das características muitas vezes criticada nas teorias psicodinâmicas é, por um lado, o seu determinismo e, por outro, a confinação ao intrapsíquico. No entanto, a dicotomia entre o intrapsíquico e o interpessoal, entre o mundo interior e o exterior é mais aparente do que real e frequentemente exagerada. Principalmente quando falamos de casal, não podemos esquecer que o interpessoal é a exteriorização de imagens e fantasias do intrapsíquico.

Estas perspectivas referem que uma das consequências da *identificação projectiva* é que o indivíduo se relaciona com o objecto de amor, não como uma pessoa separada com as suas características específicas, mas como se se relacionasse consigo próprio. Um indivíduo numa relação de intimidade, inconscientemente influencia, pode ignorar aspectos do(a) companheiro(a) que não estão de acordo com a sua projecção, ou persuadi-lo(a) a exercer esse papel.

Numa relação de casal, estar apaixonado pode ser um dos principais exemplos de transferência, a receptividade mútua e aceitação, as projecções transferenciais de cada elemento podem constituir a atracção e vinculação de cada um e, assim, o conhecimento mútuo. Assim cada um depende e é o produto da intrusão de processos de projecção do outro.

Uma outra questão valorizada pelas perspectivas psicodinâmicas é a relação entre *intimidade* e *separação*. Todos os casais numa relação lutam entre a intimidade e a separação. Eles têm que encontrar formas de estar emocionalmente próximos, terem uma relação sexualmente satisfatória, terem prazer de estar juntos como um par e, ao mesmo tempo, terem o sentimento seguro de serem uma pessoa, fundamentalmente diferente do outro, com sentimentos e pensamentos separados. É nesta área que muitos casais têm problemas, vivendo uma grande ansiedade no dar ao outro uma existência separada ou ser ele próprio uma pessoa separada, sentindo, muitas vezes, que são apenas uma pessoa na relação e, mesmo, uma grande confusão entre quem pensa e sente o quê.

Estes casais têm a capacidade cognitiva de se verem a si e ao outro como pessoas separadas; no entanto, a um nível emocional, sentir que o outro é diferente e, portanto, separado pode ser experienciado como persecutório. Esta experiência de ansiedade face à separação pode acontecer em situações de violência ou abuso sexual em que a identificação projectiva tem como função reduzir a ansiedade. Estes casais estão juntos não para formar uma relação mas para a evitar, porque uma relação implica duas pessoas separadas e eles não toleram a separação.

Na medida em que a existência do outro como uma realidade psíquica é negada, é vivido um sentimento de *fusão*, que impossibilita uma relação de intimidade. Assim, numa perspectiva psicodinâmica, a escolha de um parceiro teria subjacente características do *ego* não aceites que, ao serem reconhecidas no outro, têm uma função de auto-protecção. Mesmo quando a nível emocional é permitido aceitar as diferenças e reconhecê-las como tal, pode permanecer a necessidade de projecção de aspectos do *self* no outro para o controlar ou para proteger a sua fantasia de ser um objecto separado.

Uma das áreas de investigação segundo este modelo é, sem dúvida, a compreensão de variáveis associadas à escolha de um companheiro(a). Os indivíduos, consciente ou

inconscientemente, escolhem cônjuges que satisfaçam necessidades narcísicas, isto é, que preencham elementos do *eu ideal* não atingidos. O casal tem como que um *contrato* implícito de continuar a satisfazer estas necessidades ao longo do casamento. _

A relação entre *complementaridade e satisfação* conjugal foi, pois, objecto de estudo. De uma forma geral, os resultados não encontram qualquer evidência para esta associação e, pelo contrário, apontam para uma relação positiva da *similaridade* com a satisfação conjugal.

Uma outra preocupação psicodinâmica na compreensão das relações conjugais é a importância dada ao *desenvolvimento psicosexual* dos dois cônjuges. Muito particularmente, as ligações com a família de origem, como aspectos das relações primárias de objecto são manifestadas na relação conjugal. A investigação nesta área é mais recente, constatando a importância das relações infantis para o desenvolvimento de relações românticas na idade adulta. -

Um outro princípio que emerge implicitamente da teoria psicodinâmica é que os níveis de *neuroticismo* dos cônjuges interferem negativamente na sua relação. Sem dúvida que a investigação neste domínio é vasta e constata que neuroticismo, impulsividade, instabilidade emocional, irritabilidade e constructos similares estão associados a relações conjugais disfuncionais. Os mecanismos como estes factores influenciam o ajustamento conjugal não são ainda claros.

As perspectivas mais clássicas orientadas para o "*insight*" enfatizam a importância dos *conflitos inconscientes* e os *problemas desenvolvimentais* que são projectados no cônjuge. O papel do psicoterapeuta é compreender este processo que está a contribuir para o conflito conjugal. Ao centrar-se apenas num elemento da díade, está a criar uma falsa dicotomia, na medida em que ao ajudar um dos membros a adquirir "*insight*" em relação à sua história desenvolvimental, as mudanças aí conseguidas vão interferir na relação conjugal e não vão, necessariamente, contribuir para a resolução dos conflitos, podendo mesmo aumentar as dificuldades de comunicação.

Estas perspectivas parecem, sem dúvida, ser um contributo importante para o desenvolvimento da psicoterapia conjugal. No entanto, os estudos de avaliação deste modelo de intervenção não evidenciam mudanças significativas ao nível da comunicação e da satisfação conjugal. Contudo, os resultados já são significativamente positivos quando este modelo de intervenção introduz técnicas mais directivas.

É de salientar a importância dada por estas perspectivas ao desenvolvimento do indivíduo para a compreensão das dificuldades conjugais, por isso, salientarem a importância da psicoterapia individual. As técnicas usadas enfatizam a interpretação e a clarificação, podendo ainda incluir instruções sobre escuta e empatia, assim como a modificação de

padrões de comunicação disruptivos. Não há, porém, uma focalização sistemática no treino de competências de comunicação.

4.2. Perspectiva da aprendizagem social

O modelo da aprendizagem social no domínio conjugal é mais um conjunto de resultados empíricos do que uma teoria específica e é constituída por componentes de ordem comportamental, cognitiva e mesmo afectiva.

A componente *comportamental* desenvolve um modelo de *reforços* para a compreensão das relações conjugais. Os casais disfuncionais tendem a ter poucas actividades recreativas em conjunto e o tempo que passam juntos é avaliado negativamente. Os reforços negativos parecem predominar nestas interacções.

A comunicação no casal tem sido objecto de inúmeros estudos e, frequentemente, tem sido analisada em função do *conteúdo e do processo*, constatando que ambos são preditivos da disfuncionalidade do casal. O conteúdo refere-se à expressão verbal ("*self-disclosure*" e *resolução de conflitos*), enquanto que o processo envolve todos os outros aspectos da interacção incluindo a situação e componentes analógicos e digitais (*empatia, clareza, trocas, frequência, estilo, valência*).

Os padrões de comunicação na resolução de problemas são particularmente valorizados. Os casais disfuncionais tendem a comportamentos negativos de interacção em reciprocidade, isto é, cada elemento do casal emite, num *processo de contingências*, respostas negativas à emissão do outro. Um outro padrão de interacção frequentemente associado à disfuncionalidade conjugal está relacionado com a *desigualdade de poder* na relação, o que tendencialmente leva a uma luta constante entre os cônjuges por esse poder.

Para a melhor compreensão deste processo de interacção, foram introduzidas componentes *cognitivas* (*atenção selectiva, atribuições e expectativas*). Constata-se que cônjuges disfuncionais tendem a interpretar negativamente os comportamentos do outro e a desqualificar os aspectos positivos; as percepções e inferências do comportamento do outro podem contribuir para a disfuncionalidade conjugal. O cônjuge pode não violar os "standards" de como se deve comportar, mas o seu comportamento pode ser percebido ou interpretado como inconsistente com o que dá prazer ao(á) companheiro(a), o que leva à insatisfação.

A preocupação com a dimensão *afectiva* na satisfação conjugal advém da constatação que as mudanças comportamentais só por si não melhoravam a relação, do reconhecimento que as componentes afectivas (verbais ou não) da comunicação são os melhores indicadores da qualidade da relação e, finalmente, da referência pelos casais de que o amor é o valor mais

importante no casamento. Os padrões de interação nos casais disfuncionais tendem a ser de defesa, obstinação e retraimento.

O modelo comportamental é, sem dúvida, o mais utilizado e avaliado. A função do psicoterapeuta é contribuir para mudar as formas como um cônjuge requer a atenção do outro e aumentar as trocas positivas na relação. Assim, após a avaliação do problema, passa-se à especificação dos comportamentos desejáveis e, finalmente, à definição de estratégias de intervenção que produzam mudança. Estas três tarefas devem ser realizadas com a colaboração e consentimento do casal.

A psicoterapia conjugal numa perspectiva de aprendizagem social foi progressivamente sofrendo mudanças que, com o decorrer das necessidades clínicas, se tornaram pertinentes. Assim, técnicas centradas na reestruturação cognitiva e na afectividade bem como o "insight", foram introduzidos na psicoterapia conjugal. A incorporação de técnicas da "Gestalt" e das psicoterapias centradas no cliente foi outra via de desenvolvimento, valorizando a identificação de vulnerabilidades, medos e ressentimentos não expressos que contribuem para ciclos de interação negativa. Estas intervenções parecem ter resultados semelhantes às comportamentalistas; no entanto, os casais referem uma maior intimidade.

4.3. Perspectivas sistémicas

O princípio básico do modelo sistémico é que todas as partes componentes do sistema estão interligadas e, portanto, o conflito conjugal é o produto do sistema total e não o resultado de problemas de um ou outro cônjuge. Na medida em que cada cônjuge é portador de uma história e de uma família que traz para o casamento, e simultaneamente faz parte e é produto de uma nova família, é nesta confluência que surge a disfuncionalidade conjugal. Um factor considerado interveniente na disfuncionalidade conjugal é o "*double bind*" recíproco. Cada cônjuge usa um "*programa oficial*" (pedido) que não está de acordo com o seu "*mapa mundo*" (a sua história pessoal, expectativas). A disfunção conjugal oferece aos cônjuges um meio de colocar um conflito interno distante de si próprio, experienciando esse "*double bind*" como imposto do exterior.

A integração de componentes dos modelos comportamentalistas, sistémicos e psicodinâmicos é também uma realidade em que as estratégias variam em função da complexidade e dos valores interpretativos/estratégicos. A intervenção inclui técnicas de avaliação de cognições e emoções, interpretação, modelagem interpretativa, paradoxo e confrontação individual.

As perspectivas sistémicas utilizam, frequentemente, não apenas a análise multigeracional para a compreensão do problema actual como também intervêm nos diferentes elementos (avós, pais e filhos), mesmo que o pedido de ajuda tenha sido formulado apenas pelo casal. Se um dos objectivos da psicoterapia conjugal é promover o desenvolvimento dos cônjuges

no sentido de os tornar capazes de recriar construtiva e autonomamente a sua relação, a interferência de outros subsistemas na terapia poderá diluir as fronteiras necessárias à conquista-dessa autonomia.

4.4.Perspectivas desenvolvimentais

Inspirados na psicologia social, Hazan e Shaver definiram estilos de vinculação nas relações amorosas nos jovens e nos adultos, definidos à semelhança dos propostos para as crianças (seguro ansioso-ambivalente e evitante). Nas relações românticas adultas são preconizadas quatro fases idênticas às das crianças. Assim, o período de prévinculação, na criança, corresponderia no adulto à atracção, ao *flirt*; o período de construção da vinculação corresponde no adulto ao apaixonar-se; a fase da vinculação seria a da consolidação do amor no adulto; à fase em que a criança dirige as suas atenções para os pares, no adulto acontece uma transformação semelhante isto é, vive o dia a dia.

Nesta linha de investigação surge K. Bartolomew que operacionalizou a representação interna (*internal working models*) das relações de proximidade que, segundo Bowlby, são estruturas cognitivo afectivas que incorporam e integram representações mentais da visão do seu *self* como competente e amável (i.e. o modelo do *self*), e expectativas de disponibilidade e confiança nas pessoas significativas que constituem o mundo social (modelo do outro). Assim Bartolomew propõe uma estrutura bidimensional dos modelos do *self* e do *outro*, de cujo cruzamento resultariam quatro estilos de vinculação (seguro, preocupado, desinvestido e amedrontado). A autora refere a necessidade de perceber a interacção destes modelos, na medida em que se influenciam mutuamente (é na interacção com os outros que construo o meu *self*, e este regula por sua vez a minha interacção).

Estas duas linhas de investigação têm sido alvo de inúmeras investigações, verificando-se uma correlação entre os estilos de vinculação aos pais e aos pares e a satisfação nas relações amorosas. A teoria da vinculação e a investigação realizada nesta perspectiva permitem-nos perceber como as interacções com o meio estão proximamente associadas ao desenvolvimento do indivíduo ao longo do ciclo vital.

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson tem subjacente um princípio *epigenético*, que também reconhece a importância da interacção dos contextos (proximais e distais) e o indivíduo em desenvolvimento.

A transição psicossocial para a idade adulta acontece com a construção de um sentido de identidade, o que permite a aquisição de um sentido de intimidade, não esquecendo que as diferentes tarefas de desenvolvimento da mais simples à mais complexa, num processo de co-ocorrência e influência, embora cada uma delas tenha o seu momento de plenitude, contribuem para o seu desenvolvimento.

Tendo em conta este princípio processual de desenvolvimento, o balanço confiança/desconfiança básica constituiria a primeira configuração da relação do indivíduo com os outros e consigo próprio. À medida que o desenvolvimento acontece, estas relações vão-se complexificando, atingindo a sua maturidade no sexto estágio – intimidade/isolamento. Deste ponto de vista os seus limites num espectro seriam o isolamento por um lado e a fusão, pelo outro, e entre os dois extremos encontraríamos diferentes formas de intimidade.

Uma questão frequentemente debatida, particularmente no que se relaciona com as diferenças de género é como o sentido de identidade numa pessoa pode organizar a intimidade e, noutra, a intimidade ser a precursora da identidade. Esta questão só encontra resposta se analisarmos a construção das duas tarefas num processo dialético em desenvolvimento ao longo do ciclo vital.

Esta ideia foi operacionalizada por *Orlofsky et al.*, definindo diferentes estatutos de intimidade: *intimidade, pré-intimidade, esteriotipia, pseudo-intimidade e isolamento*. A investigação neste domínio só nos permite perceber diferenças individuais sobre a forma como os sujeitos estão a lidar com a intimidade, mas não nos informa da dinâmica relacional entre duas pessoas eventualmente em estatutos de intimidade diferentes, sendo que a divergência (ou não emparelhamento) possam estar, pelo menos parcialmente, na origem de alguns conflitos.

4.5. Proposta integrativa e desenvolvimental da intimidade

Tendo em conta os aspectos comuns entre diferentes modelos e, muito particularmente o da vinculação e do desenvolvimento psicossocial é ainda apresentada uma perspectiva integrativa do desenvolvimento da intimidade .

Um aspecto comum a diferentes teorias é o de que o indivíduo ao longo do seu desenvolvimento acumula experiências sobre as quais constroi um quadro de referência mediador de significados que funciona como um fio condutor que serve de base a outros desenvolvimentos. Nesta perspectiva, a intimidade ocorre sempre em sistemas existentes, que realçam, contrapõem ou colidem com outros pré-existentes.

Por isso, quando o nosso objectivo é promover a intimidade, não é possível esquecer o seu núcleo, isto é o seu contexto relacional, presente e passado, porque só este nos permite a compreensão da forma como o indivíduo lida consigo próprio e com o outro, isto é, a intimidade. É da análise destes constructos internos e da forma como eles funcionam na relação, manifestando-se através de comportamentos de manutenção, evitamento ou compensação, bem como a dinâmica relacional destes esquemas individuais, que é possível aumentar o auto-conhecimento individual e relacional e, desta forma, cada elemento do casal ter um papel mais activo na construção de mudanças para a promoção da intimidade.

Assim, apresentam-se os diferentes estádios do desenvolvimento psicossocial: *confiança básica/ desconfiança, autonomia/ vergonha, dúvida, iniciativa/ culpa, indústria/inferioridade, identidade/ difusão, intimidade/ isolamento*, salientando como, num processo de acomodação e assimilação, os padrões interiorizados em relação a si e ao outro e a si com o outro, podem ser *mantidos, evitados, compensados, ou reconstruídos* em função da qualidade de novas experiências.

Assim é importante rever a história individual e relacional para identificar padrões existentes e como estes realçam, colidem ou negam outros pré-existentes. A psicoterapia deverá funcionar como uma base segura que permita a activação destes padrões, a análise de filtros interpretativos, a confrontação com a validade e a viabilidade dos mesmos, bem como a construção de outros significados que permitam formas de funcionamento mais construtivas.

O objectivo principal da psicoterapia conjugal é ajudar o casal a reconstruir a sua relação de uma forma mais satisfatória. Nesta intervenção, independentemente do modelo teórico em que o psicólogo se apoie, deve cumprir quatro tarefas: desenvolver uma relação positiva com o casal; adoptar uma rede de referência que lhe permita compreender as causas dos conflitos conjugais, adoptar técnicas que promovam a mudança no casal e, fundamentalmente, criar um espaço que permita ao casal reconhecer a liberdade de opções face ao futuro da relação.

De uma forma geral, poder-se-ia dizer que as semelhanças são mais do que as diferenças entre as diferentes perspectivas; todas elas enfatizam, mais ou menos, a importância da história de cada elemento da díade, o desenvolvimento da relação e os contratos implícitos e explícitos dessa relação; mas um ponto, sem dúvida alguma, é comum a todas elas: a relevância atribuída à comunicação do casal. Embora de uma forma geral constatem que as dificuldades da relação conjugal predominam em consequência de acontecimentos de vida normativos ou não, isto parece ser esquecido na discussão da intervenção psicoterapêutica.

Os problemas são sinal de crescimento e mudança, mas isto implica que o casal seja capaz de mudar padrões e regras subjacentes à relação. O crescimento segue um processo de diferenciação e integração; quando a diferenciação ou individuação ocorre numa das partes esse elemento está mais centrado em si próprio e na sua autonomia, o que necessariamente tem implicações na relação. A questão básica da relação conjugal é a dialéctica do conflito entre autonomia/intimidade para a continuação da relação: a reciprocidade deve prevalecer sem detrimento da autonomia para manutenção da intimidade

5. Aulas Práticas

Neste módulo, as aulas práticas têm como objectivo integrar os conhecimentos das aulas teóricas usando para o efeito discussão de casos gravados em video e simulação de situações. São ainda abordados as seguintes questões:

5.1. Avaliação das relações conjugais

A avaliação é importante quer para o psicólogo quer para o casal na medida em que permite delinear o curso do processo de intervenção. Embora isto seja claro para o psicólogo, o mesmo não acontece, por vezes, com o casal. É necessário, então, especificar que a avaliação é uma parte integrante e necessária da intervenção psicológica.

Os meios de avaliação são de vária ordem, desde questionários (*self-report*), entrevistas semi-estruturadas, listas de auto-observação, até às observações feitas por técnicos em laboratório e, finalmente, o método mais frequentemente utilizado, a entrevista clínica.

5.1.1. A entrevista

O objectivo mais desejável da primeira entrevista não é apenas recolher informação, mas criar um primeiro momento de mudança psicoterapêutica. A informação surge no decorrer da psicoterapia e não necessariamente no primeiro contacto.

O conteúdo da entrevista inicial tem como objectivo a história desenvolvimental da relação, obtida através de um conjunto de questões abertas colocadas ao casal. A focalização na história redirige a atenção do casal para períodos em que a sua relação era mais positiva, criando-lhes, assim, uma nova imagem menos provocadora de ansiedade. A história desenvolvimental é, ainda, importante para o delinear de hipóteses de trabalho, o que envolve informação dificilmente obtida por outras fontes.

5.2. Programas de educação psicológica para o desenvolvimento conjugal

Nas últimas duas décadas surgiram programas de aquisição de competências dirigidos a casais, cujo objectivo principal é o crescimento e enriquecimento do casal e da relação, através de uma acção mais promotora do que remediativa.

A tendência generalizada para só recorrer a uma ajuda exterior quando o problema está instalado é mais evidente e natural nos jovens namorados na medida em que não conseguem imaginar que no seu futuro casamento possa haver problemas.

Muitas vezes o casal sabe o que fazer mas não como fazer; por isso, experienciar uma situação de aprendizagem de competências que o ajude a confrontar-se com situações actuais ou futuras é, sem dúvida, uma forma de evitar que situações de disfuncionalidade surjam.

Os programas existentes são dirigidos aos períodos pré-matrimonial, neo-matrimonial e matrimonial, sendo estes últimos os mais numerosos.

Estes programas, uns mais humanistas outros mais comportamentalistas, têm algumas *características comuns*: (a) existência de um contrato de duração; (b) tópicos específicos a serem trabalhados; (c) meio de aquisição de competências não necessariamente orientadas para mudar a estrutura básica da relação do casal; (d) os objectivos do treino de competências são fundamentalmente educativos e orientados para o enriquecimento da relação; (e) destinados a situações que ainda não são problemáticas, e, se o são, não atingiram ainda o âmbito disfuncional ou psicopatológico, onde só a psicoterapia é eficaz e são (f) geralmente, estruturados.

Os programas apresentados são os mais frequentemente referidos na literatura e aqueles cujos resultados de avaliação são considerados mais positivos. O último programa é apresentado aos alunos pelo facto de ter sido elaborado e implementado em Portugal.

Os *Strutured Enrichement Programs For Couples and Families* (L' Abate & Weinstein 1987); *Minnesota Couples Communication Program* (Miller et al, 1976); *Marital Relationship Enhancement* (Guernsey, 1977); *Programa de Promoção de Competências de Comunicação em jovens casais* (Costa, M.E. 1987).

É esperado que os alunos tomem uma posição crítica sobre estes programas e sejam capazes de delinear propostas de educação psicológica para o desenvolvimento das relações de casal.

5.3. Discussão de um filme

É ainda apresentado e discutido o filme *Who is afraid of Virginia Woolf* de Mike Nichols

6. Bibliografia

ANDERSON, P.A & GUERRERO, L.K. (1998) *Handbook of communication and emotion: Research theory applications and contexts*. U.S.A: Academic Press

*BAUCOM, D. H. & EPSTEIN, N. (1990). *Cognitive-Behavioral Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

**BARTOLOMEW, K.(1990) Avoidance of intimacy. An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*,7, 147-178.

- *BRADBURY, T. N. FINCHAM, F. D. (1990). Attributions in marriage: review and critique. *Psychological Bulletin*, 107, 3-33.
- CANARY, D. J. & DINDIA K. (1998). *Sex-differences and similarities in communication*. London: L.E.A.
- COSTA, M. E. (1987). Promoção de competências de comunicação num grupo de jovens casais. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 3, 127-132.
- *COSTA, M. E. (1994). *Divórcio, monoparentalidade e recasamento. Intervenção Psicológica em transições familiares*. Porto: Asa, 34-41.
- **COSTA, M. E. (1996). A intimidade à procura de um psicoterapeuta. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 5-11.
- *COYNE, J. C. (1990). Concepts for understanding marriage and developing techniques of marital therapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 185-194.
- DERLEGA, V. J. (1984). *Communication, intimacy, and close relationships*. Orlando: Academic Press.
- DUCK, S. (Ed) (1997). *Handbook of personal relationships*. New York: J. Wiley & Sons.
- *ELKAIM, M. D., (1986). A systemic approach to couple therapy. *Family Process*, 25, 35-42.
- FEENEY, J. A. & NOLLER, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology* 58, 281-291.
- FINCHAM, F. D., BRADBURY, T. N., & BEACH, S. R. H. (1990). To arrive where we began: A reappraisal of cognition in marriage in marital therapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 167-184.
- FISHBANE, M. D. (1998). I, thou, and we: A dialogical approach to couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 1, 41-58.
- **FOWERS, B. (1998). Psychology and the good marriage. *American Behavior Scientist*, 41, 4, 516-541.
- *GOTTMAN, J. M. (1998). Psychology and the study of marital process. *Annual Rev. Of Psychology*, 49, 169-197.
- GUERNEY, B. G. J. (1977). *Relationship enhancement: Skill training programs for therapy, problem prevention and enrichment*. San Francisco: Jossey Bass.
- *GUIDANO, V. & DODET MARIZIO, (1996) Terapia cognitivo sistémico-processual de la pareja. *Revista de Psicoterapia*, VII, 28, 45-57.
- HINDE, R. A. (1997). *Relationships. A dialectical perspective*. U.K.: Psychology Press.
- **HOLMES, J. (1996). *Attachment, intimacy, autonomy. Using attachment theory in adult psychotherapy*. London: Jason Aronson Inc. Cap 1.
- HOROWITZ, L. ROSENBERG, S. & BARTHOLOMEW, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 61, 4, 549-560.
- **JACOBSON, N. S. & HOLTZWORTH-MUNROE, A. (1986). Marital therapy: a social learning-cognitive perspective. In N. S. JACOBSON & A. S. GURMAN (1986). *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York; Guilford, 29-70.

JACOBSON, N. S., ELWOOD R. W. & DALLAS M., (1981). Assessment of marital dysfunction. In D. Barlow, *Behavioral Assessment of Adult Disorders*. New York: The Guilford Press.

**JOSSELYN, R. (1996). *The space between us. Exploring the dimensions of human relationships*. London: Sage Publications.

**L'ABATE, L. & WEINSTEIN (1987). *Structured enrichment programs for couples and families*. New York: Brunner/Mazel, pp. 55-157.

L'ABATE, L. (1981). Skill training programs for couples and families. In A. S. Gurman & D. P. Kriskern. *Handbook of Family Therapy*, 2.^a ed. New York: Brunner/Mazel, 631-662..

LAURENCE, J. P. BARRET, L. F. & PIETROMONACO, P. R. (Eds) (1998). Intimacy as an interpersonal process: the importance of self disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 5, 1238-1251.

**LEMAIRE, J. G. (1979). *Le couple, sa vie sa mort*, Paris: Payot.

LINDHOLM, CH. (1998). Love and structure. *Theory, Culture & Society*, 15, 243-263.

*MARGOLIN, G. (1987). Marital therapy: a cognitive-behavioral-affective approach in N. S. Jacobson (Ed). *Psycho-therapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*, New York: Guilford, 232-785.

*MATOS, P.M. & COSTA, M.E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 45-54.

MURRAY, S.L., HOLDES J. G. & GRIFFIN D. W. (1996). The benefits of positive illusions: idealization and the construction of satisfaction in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1, 79-98.

**NADELSON, C. C. & PAOLINO, T. J. (1978). Marital Therapy from a psychoanalytic perspective. In T. J. Paolino & B. S. Macrady (Eds). *Marriage and marital therapy. Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives*, New York: Brunner/Mazel, 89-164.

NARCISO, I. & COSTA, M. E. (1996). Amores perfeitos, mas não satisfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

O'LEARY, K. D. & SMITH D. A. (1991). Marital interactions. *Annual Review of Psychology*, 42, 191-212.

*O'LEARY, K. D., & TURKEWITZ, H. (1978). Marital therapy from a behavioral perspective. In T. J. See Paolino & B. S. McCrady (Eds). *Marriage and marital therapy. Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives*. N. Y. Brunner, Mazel, 240-297.

*OLIVAR, R. R. (1996). Comunicación de calidad en la pareja y en las relaciones interpersonales. *Revista de Psicoterapia*, VII, 28, 9-27.

OLSON, H. & KLEIM, D. (1985). Selecting behavioral marital interventions: an algorithm for matching couples and treatments, *Psychotherapy*, 22, 213-216.

**ONNIS, L. et al. (1996). La historia de calimero: un enfoque trigeracional en terapia de pareja. *Revista de Psicoterapia*, VII, 28, 59-70.

*PAUL, E. L. & WHITE, P. K. (1990). The development of intimate relationships in late adolescence. *Adolescence*, 98, 373-400.

- **PRAGER, K. J. (1995). *The psychology of intimacy*. New York: The Guilford Press.
- *RASKIN, P. M. (1985). The application of identity status and intimacy status research to counseling with couples. *Psychotherapy*, 22, 201-212.
- **ROGERS, E. L., MILLAR E. & BAVELAS J. B. (1995). Methods for analyzing marital conflict discourse: Implications of a systems approach. *Family Process*, 24, 175-187.
- RUSZCZYNSKI, S. & FISHER, J. (1995). *Intrusiveness and intimacy in the couple*. London: Karnac Books.
- SAGER, C. (1986). *Marriage contracts and couple therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- *SAGER, C. J. (1981). Couples Therapy and marriage contracts. In A. S. Gurman & D.P. Kniskern, (Eds) *Handbook of family therapy*. 2.^a ed New York: Brunner/Mazel, 85-132.
- SHANE M., SHANE, E. & GALES, M. (1997). *Intimate attachments. Toward a new self psychology*. New York: The Guilford Press.
- SIMPSON, J. A., RHOLES, S.W. & PHILLIPS, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 5, 899-914
- SIMPSON, J. A, & RHOLES, S.W. (1998). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- STEIL, J. M. (1997). *Marital equality. Its relationship to the well-being of husbands and wives*. London: Sage publications.
- STERNBERG, R. HOJJAT, M. (1997). *Satisfaction in close relationships*. N.Y: The Guilford Press.
- **STERNBERG, R. J. (1999). *Cupidos arrow. The Course of Love through time*. Cambridge: University Press.
- STUART, R. (1980). *Helping couples change*. New York: Guilford Press.
- TENENBAUM, S. (1998). *Bien vivre sa vie de couple*. Paris: InterEditions.
- TZENG, O.C.S. (1993). *Measurement of love intimate relations. Theories, scales, and applications for love development, maintenance, and dissolution*. London: Prager.

Terceiro Capítulo

CONSULTA PSICOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO SEXUAL

0. Objectivos

1. Caracterização e desenvolvimento da sexualidade

- 1.1. Desenvolvimento psicosexual. Factores desenvolvimentais do comportamento sexual
- 1.2. Sexualidade/genitalidade
- 1.3. Sexualidade nas relações conjugais: objectivos, mitos e factores de satisfação

2. Psicoterapia sexual

- 2.1. Abordagem histórica. Contribuição dos diferentes modelos explicativos: psicanalítico, comportamentalista, cognitivista, racional-emotivo e organicista.
- 2.2. Etiologia das disfunções sexuais.

3. Disfunções sexuais

- 3.1. Definição e caracterização das disfunções da fase orgasmática, de excitação, do desejo e outras disfunções.
- 3.2. Estratégias de mudança. Princípios gerais e específicos a cada disfunção sexual.

4. Problemáticas da identidade sexual

- 4.1. Definição e caracterização das perturbações de identidade de género, de escolha de objecto e de papel sexual.
- 4.2. Psicoterapia no transsexualismo, nas parafilias, na homossexualidade.

5. Abusos sexuais

- 5.1. Definição e caracterização dos abusos sexuais
- 5.2. Variações das percepções de abuso sexual e consequente comportamento de abuso.
- 5.3. Resposta pós-traumática e consequências psicológicas a longo prazo
- 5.4. Intervenção psicológica nos abusos sexuais
- 5.5. Violação
 - 5.5.1. *Consequências da violação*
 - 5.5.2. *Intervenção psicológica em casos de violação*
- 5.6. Incesto.
 - 5.6.1. *Intervenção psicológica nos casos de incesto.*

6. Educação psicológica para o desenvolvimento psicosexual

- 6.1. Perspectiva histórica
- 6.2. Intervenção psicológica para o desenvolvimento psicosexual

7. Aulas Práticas

- 7.1. Avaliação do relacionamento sexual
 - 7.1.1. *Entrevista: objectivos, método e processo*
 - 7.1.2. *Outras actividades. Discussão de um filme.*

8. Bibliografia

0.Objectivos:

(1) ser capaz de contextualizar o desenvolvimento psicosexual no desenvolvimento psicológico ao longo do ciclo vital;

(2) compreender o processo de construção da identidade e intimidade, assim como as suas implicações para o desenvolvimento psicológico do indivíduo;

(3) dominar as técnicas de avaliação do relacionamento sexual e a sua inserção no processo de psicoterapia;

(4) conhecer os diferentes modelos que contribuíram para o desenvolvimento da intervenção psicológica na sexualidade;

(5) compreender a complexidade de factores etiológicos das disfunções sexuais;

(6) caracterizar as diferentes disfunções sexuais;

(7) contextualizar a disfuncionalidade sexual numa perspectiva relacional e desenvolvimental;

(8) dominar os princípios gerais estratégicos para promover a mudança nas disfunções sexuais;

(9) conhecer os diferentes modelos de intervenção e fazer a sua síntese pessoal para intervir nas disfunções sexuais;

(10) ser capaz de definir objectivos, estratégias e processos em função do problema e do cliente;

(11) compreender conceitos como: identidade de género, escolha de objecto e papel sexual;

(12) saber definir, caracterizar e avaliar as problemáticas da identidade sexual;

(13) conhecer as diferentes perspectivas etiológicas das perturbações de identidade sexual;

(14) compreender a relação sistémica e desenvolvimental das diferentes problemáticas;

(15) conhecer as diferentes estratégias de intervenção nestas perturbações segundo os diferentes modelos explicativos;

(16) ser capaz de adaptar nestas circunstâncias os seus conhecimentos aos diferentes clientes, definindo objectivos, estratégias e processos;

____ (17) ser capaz de definir estratégias, objectivos e processos de intervenção psicoterapêutica junto de indivíduos com uma orientação sexual egossintónica;

(18) saber definir e caracterizar os abusos sexuais;

(19) compreender as consequências psicológicas dos abusos sexuais, no indivíduo e na família;

(20) ser capaz de identificar situações de risco de abuso sexual;

(21) conhecer as estratégias de intervenção para as diferentes situações de abuso sexual;

(22) ser capaz de, em casos de abuso sexual, definir objectivos, estratégias e processos adequados a cada história individual e familiar;

(23) ter uma posição crítica sobre a validade dos programas de educação sexual;

(24) perceber a educação para o desenvolvimento psicosexual na interacção com os outros e nos contextos de vida ao longo da ciclo vital.

1. Caracterização e desenvolvimento psicosssexual

1.1. Desenvolvimento psicosssexual

Se encararmos a sexualidade como uma força vital que influencia e é influenciada por todas as nossas vivências, como uma realidade multidimensional que engloba factores biológicos, psicossociais, históricos, culturais e éticos, conjugados entre si numa dinâmica adaptativa ao longo do desenvolvimento do indivíduo, como uma forma de comunicação, percebemos a sua complexidade.

Tendo isto como base essencial para a compreensão do comportamento sexual, é nosso objectivo recordar questões desenvolvimentais já abordadas em disciplinas anteriores (Psicologia do Desenvolvimento e Modelos de Personalidade e de Intervenção Psicológica I: Psicodinâmicos e Humanistas) de forma a demonstrar a multidimensionalidade que a caracteriza.

É evidente que não são apenas os adultos, mas também as crianças e os adolescentes, que têm interesses sexuais e exprimem a sua sexualidade através das suas condutas. Desde o nascimento até à morte o indivíduo tem capacidade fisiológica e psicológica para obter prazer. Do ponto de vista sexual, desde o nascimento é atribuída à criança uma *identidade sexual* (menino ou menina), sendo-lhe a partir de então atribuído um determinado *papel sexual* de acordo com a sua identidade. É num contexto relacional com os seus significativos que a criança desperta para o prazer de tocar e de ser tocada, de olhar e de ser olhada, de comunicar, constituindo-se os alicerces para o seu desenvolvimento psicosssexual.

Com o alargar das suas relações sociais, com as mudanças psicofisiológicas (controlo esfinteriano) e o desenvolvimento cognitivo e afectivo, a criança vai lidar de uma forma mais positiva ou negativa com as imposições sociais cada vez mais exigentes. A sua curiosidade é imensa, quer em relação ao seu corpo, quer em relação ao de outros iguais ou adultos, descobrindo as diferenças anatómicas. A sua moral é heterónoma e os modelos que lhe são oferecidos para identificação e imitação é que lhe permitirão progressivamente integrar constructos sexuais.

Progressivamente a criança toma consciência da invariabilidade da sua identidade sexual, integra os estereótipos de papéis sexuais que lhe são oferecidos (moral sexual dos adultos), aumenta a sua curiosidade sexual e inicia jogos sexuais (fase genital). A puberdade surge, então, marcada por mudanças biofisiológicas importantes, tornando agora possível a reprodução.

Agora na adolescência, o indivíduo confronta-se com o culminar da construção da sua identidade sexual, integrando sentimentos, necessidades e desejos (pulsões sexuais e a sua satisfação), por forma a dar-lhes sentido e coerência. Embora muitos adolescentes não sejam sexualmente activos, têm *comportamentos sexuais*, como as fantasias eróticas, poluções nocturnas e a masturbação, que funcionam como fonte de prazer e satisfação das suas necessidades sexuais. Estes, ainda, uma oportunidade para o adolescente reconhecer as suas necessidades e preferências sexuais, contribuindo desta forma para a construção de uma identidade sexual.

Assim, a sexualidade é construída em função de cinco factores com inúmeros componentes: (1) *história familiar* (atitudes e aceitação parental, responsabilidades familiares, mitos sexuais, orientação de carreira); (2) *características de personalidade* (auto-imagem, auto-estima, imagem corporal, sentimentos de culpa, religiosidade, *locus* de controlo, raciocínio moral, autoritarismo); (3) *contexto social* (grupo de pares, identidade de género, idade, raça, educação, mitos sexuais); (4) *interacção dos três factores* (família, personalidade e contexto); (5) *relação do casal* (investimento, igualdade, afectividade, acordos consensuais, *dating*, processo desenvolvimental da relação de intimidade).

Estes componentes têm sido objecto de investigação e parecem influenciar o comportamento sexual dos jovens adultos.

1.2 Sexualidade / genitalidade

A *sexualidade* é frequentemente (quer ao nível do senso comum, quer mesmo científico) reduzida à *genitalidade*, isto é, ao acto sexual em sentido restrito. No entanto, a sexualidade é composta por múltiplos elementos além da genitalidade. A sexualidade numa relação é um processo dinâmico em que factores individuais e da relação (comunicação, afectividade, intimidade, resolução de problemas, investimentos, lazer, percepção dos problemas, energia sexual, entre outros) jogam um papel importante para a sua vivência positiva.

O ser humano está preparado para a reprodução, o mesmo não acontece para a sexualidade. Esta capacidade não é uma inerência ao comportamento sexual, à genitalidade, é um potencial que deve ser desenvolvido.

A sexualidade, quando vivida numa relação de intimidade, é como um processo simultaneamente de perda e de encontro de si próprio no outro, onde a autonomia, a singularidade e a partilha têm o seu auge de confluência. E isto implica uma capacidade para a interdependência, com o sentimento de que a sua integridade se mantém.

É verdade que a sexualidade implica reciprocidade, mas embora o relacionamento sexual seja um comportamento de intimidade, não é a intimidade. A sexualidade só por si não dá significado à relação. É possível ter um orgasmo e, no entanto, não haver partilha de

identidades, pode haver a resposta fisiológica inerente e, no entanto, estar desprovida de significado.

1.2. Sexualidade na relação conjugal: Objectivos, mitos, e factores de satisfação

A sexualidade no casamento tem sido mais estudada em função da sua disfuncionalidade do que do seu desenvolvimento, ou da sua interdependência com a satisfação conjugal. A *compatibilidade sexual* é grandemente determinada pelo investimento num processo de interacção com o outro a longo prazo, expressando afectividade, necessidades, desejos, gostos, numa atmosfera de confiança e carinho. Assim, a compatibilidade sexual é um processo que é determinado pelo sistema ecológico individual, diádico, familiar e mesmo social. A narrativa que cada um apresenta na relação é o produto de experiências, informações e processos educativos que muitas vezes conduzem a construções erróneas, muito distantes da realidade e conseqüentemente disfuncionais. Assim, para a compreensão da disfuncionalidade é, fundamental, situarmo-nos em diferentes níveis de causalidade que, embora mais difíceis e mais morosos, preconizam uma maior eficácia para promover uma sexualidade saudável.

Ao estudar a sexualidade discutem-se os seguintes pontos: (1) os *objectivos da sexualidade* (procriação, relacionais, prazer, um meio para o casal perceber os seus problemas relacionais); (2) *mitos da sexualidade conjugal* ("o sexo no casamento é fácil, a frequência sexual é o principal indicador da compatibilidade sexual e satisfação conjugal, as relações sexuais pouco frequentes levam a casamentos disfuncionais e a relações extraconjugais, a relação sexual e conjugal são entidades separadas", "o sexo no casamento cria intimidade", "os casamentos felizes não têm problemas sexuais", "se eu fizer tudo de acordo com os desejos do meu companheiro terei uma relação sexual conjugal satisfatória", "a sexualidade no casamento é sempre romântica, excitante e orgásmica"); (3) *factores de satisfação sexual*: de *personalidade* (e.g. identidade de género, autonomia, conflitos intrapsíquicos), de *contexto social* (e.g. desenvolvimento da relação, educação, idade, acontecimentos de vida, estado físico, obesidade, problemas hormonais, saúde em geral), *família de origem* (e.g. experiências infantis, clima emocional), *personalidade da relação* (e.g. comunicação, intimidade, mutualidade).

2. Psicoterapia sexual

2.1. Abordagem histórica. Contribuição dos diferentes modelos: psicanalítico, comportamental, cognitivista, racional emotivo e organicista

Desde há muitos anos que se verifica uma preocupação com os problemas de funcionamento sexual; no entanto, só no século vinte, são vistos numa perspectiva teórica e metodológica. A influência de Freud foi essencial para a valorização da sexualidade humana, mas o seu contributo para a compreensão da disfuncionalidade sexual tem sido alvo de críticas. Para a psicanálise, a disfuncionalidade sexual é vista como resultante de conflitos intrapsíquicos, especialmente a não resolução do complexo de Édipo e a sua reactivação na relação de transferência psicoterapêutica é o método proposto para a sua resolução. O sintoma sexual não será mais do que uma das manifestações de tarefas desenvolvimentais não resolvidas na infância ("neuroses"); tomar isto como premissa parece ser abusivo, na medida em que se encontram indivíduos ditos "neuróticos" que são capazes de responder sexualmente de forma adaptada. Contudo, a psicanálise contribuiu com conceitos que ajudam a compreender os mecanismos das perturbações do comportamento sexual: medo da castração, complexo de Édipo, agressividade, culpabilidade, autopunição e conflitos interpessoais.

As críticas da abordagem psicanalítica são numerosas, muito particularmente desde que os conhecimentos de ordem fisiológica da sexualidade se desenvolveram e outros métodos de intervenção se demonstraram mais eficazes, nomeadamente os *comportamentalistas*.

Nos anos 50 foi introduzida, uma abordagem para as disfunções sexuais numa perspectiva *comportamentalista*, considerando que as disfunções sexuais são uma resposta de ansiedade condicionada à situação sexual. Assim, os métodos propostos são: relaxamento, dessensibilização sistemática ao vivo e "in vitro". Outras técnicas foram sendo introduzidas como o treino de comportamentos, modelagem, treino de assertividade e comunicação. Estes métodos foram designados para promover competências de interacção social em indivíduos com uma sexualidade disfuncional, reduzindo concomitantemente a ansiedade social, interpessoal e sexual.

As técnicas *cognitivistas* foram desenvolvidas nos anos 60 e, subsequentemente, aplicadas ao tratamento das disfunções sexuais. Incluem a paragem de pensamento (pensamentos obsessivos no que concerne a resposta sexual), treino da atenção (dirigindo a atenção para as sensações físicas em vez da resposta sexual) e a terapia racional-emotiva com o treino de competências, educação, redução da ansiedade e reestruturação de pensamentos irracionais relativamente ao comportamento sexual.



A *intervenção médica e cirúrgica* data do princípio do século: tratamentos hormonais e cirurgia para as disfunções erécteis. No entanto, a dimensão psicológica parece ser muitas vezes esquecida.

Nos anos 70, Masters e Johnson deram o primeiro passo no sentido de desenvolver a terapia sexual como uma disciplina distinta da psicoterapia individual e conjugal e da educação sexual. O seu contributo foi importante para a compreensão da fisiologia sexual oferecendo um modelo de intervenção que é comportamentalista por excelência. Focaliza-se no casal e o seu método é limitado no tempo, directivo e dirigido para a remoção do sintoma mais do que para os conflitos inconscientes. As causas responsáveis pela disfuncionalidade são: *ansiedade de resposta, défice de informação e comunicação e o papel de espectador na actividade sexual*. O seu modelo terapêutico tem tido reconhecido sucesso; no entanto, é de referir que a população a que se dirige não é representativa, na medida em que é muito seleccionada e a intervenção ocorre em situação residencial, numa clínica.

Helen Kaplan, aceitando esta orientação terapêutica, deu a seguinte maior contribuição, fazendo a integração entre a terapia sexual breve e a teoria psicanalítica. Kaplan focaliza-se no comportamento sexual do casal até que a resistência à terapia surge; neste momento, sugere a introdução da psicoterapia individual orientada para o *insight*. O sucesso da sua intervenção poderá ser eventualmente menor, mas dirige-se a uma população mais diversificada e não-residencial.

Na última década, uma amalgama de diversas formas de terapia, na sua maioria com uma orientação cognitivista, deram um importante contributo para a intervenção psicológica na área sexual: terapias cognitivas, sistémicas, da comunicação, humanistas-existenciais, e da gestalt.

2.2. Etiologia das disfunções sexuais

Os factores mais frequentemente referidos são: *história da aprendizagem sexual*, isto é, as mensagens acerca da sexualidade e os comportamentos sexuais aprendidos na família de origem, assim como as *experiências sexuais prévias*; *a relação do casal*, isto é, o papel que o problema actual joga na interacção e os meios pelos quais o casal comunica; *as cognições, pensamentos atitudes* acerca do funcionamento sexual; e *factores de ordem física*.

No entanto, a grande maioria das intervenções preconizadas são essencialmente tecnicistas, valorizando o aqui e agora (comportamentos e cognições), o que nos parece uma visão muito linear da disfuncionalidade sexual cujo resultado é eventualmente apenas a funcionalidade. Isto é, defendemos a necessidade de nos situarmos numa perspectiva desenvolvimental sistémica, em que temos um casal composto por dois indivíduos com

identidades e histórias de vida próprias, mas não o seu somatório, com um auto-conhecimento organizado sobre o qual constroem activamente a sua identidade relacional e que interpretam o mundo à luz dessa organização específica. A sexualidade acontece na relação destas duas realidades e para a qual não basta estar preparado desenvolvimentalmente; mas é importante que a dinâmica relacional permita a sua actualização e, neste sentido, cada elemento da relação deve ser visto como um todo bio-psico-social, em que a sexualidade acontece e é construída nesta dinâmica interactiva.

3. Disfunções sexuais

3.1. Definição e caracterização

(a) *Disfunções na fase do desejo* : inibição do desejo sexual; aversão sexual.

(b) *Disfunções da fase de excitação*: diminuição subjectiva ou fisiológica da excitação na mulher; disfunção erétil no homem.

(c) *Disfunções da fase orgasmática*: disfunção orgasmática geral na mulher; disfunção orgasmática situacional na mulher; ejaculação prematura no homem; incapacidade ejaculatória.

(d) *Outras disfunções*: vaginismo funcional; dispareunia funcional.

3.2. Estratégias de mudança. Princípios gerais e específicos a cada disfunção sexual

Alguns princípios gerais, os mais referidos na literatura, podem ser delineados. Saliente-se, no entanto, a singularidade de cada caso. Estes princípios têm como objectivo promover a mudança cognitivo-afectiva, comportamental e psicofisiológica, enfatizando os seguintes pontos: responsabilidade mútua; redução da ansiedade de resposta; informação sexual; mudança de atitudes; promoção da comunicação; mudança de papéis sexuais e de estilos de vida disfuncionais; mudança de sistemas disruptivos e melhoramente da relação; exame médico; mudança do comportamento sexual através de técnicas específicas de acordo com o tipo de problema.

Há quatro componentes essenciais de intervenção na *inibição do desejo sexual*: (1) experimentação e consciencialização sensorial (focus sensoriais, fantasia, reconhecimento corporal, verbalização de sentimentos); (2) *insight* (interpretação, reformulação, reflexão empática, conceptualização de questões relativas à família de origem); (3) *reestruturação cognitiva* (diálogo interior, crenças irracionais, desenvolvimento de estratégias para lidar com as emoções em vez de as evitar); (4) *intervenções comportamentais* (focus sensoriais, treino de comportamentos, treino assertivo, comunicação, os dias de namoro, resolução de problemas, redução do *stress*, fantasias).

Nas disfunções ligadas à *fase de excitação*, a intervenção focaliza-se essencialmente na necessidade de criar um ambiente de relaxamento, não exigente e sensual. Os focos sensoriais com o objectivo de valorizar o sensual e não o sexual, a proibição de tocar os órgãos genitais, de penetração e orgasmo, eliminam a pressão de resposta adequada. Todo o processo psicoterapêutico se apoia na aproximação progressiva sem exigência, facilitando ao casal a consciencialização do prazer e do desejo através de diferentes formas de estimulação.

Nas *disfunções orgasmáticas*, nomeadamente na ejaculação prematura, a técnica mais frequentemente utilizada é a estimulação até ao momento da inevitabilidade da ejaculação (técnica de Semans e o "squeeze"). Na incapacidade de *ejaculação* ou controlo ejaculatório excessivo, a intervenção focaliza-se numa sucessão progressiva de exercícios de estimulação com o objectivo de redução da ansiedade à cerca da resposta sexual.

Nas *disfunções orgasmáticas* da mulher é fundamental que esta conheça o seu corpo e as formas de estimulação que melhor lhe permitem uma resposta sexual adequada. A informação pode ser uma componente psicoterapêutica importante.

No *vaginismo*, a intervenção focaliza-se essencialmente no uso gradual de dilatadores e relaxamento muscular. Na *disparêunia*, na medida em que se trata de uma situação de medo à dor, as técnicas de redução da ansiedade, focos sensoriais e um ambiente não exigente, são privilegiados.

4. Problemáticas da identidade sexual

Neste ponto são abordadas as questões ligadas à preferência e identidade sexuais: heterossexualidade, homossexualidade, parafilias, travestismo e o transsexualismo. O psicólogo é confrontado com dois tipos de pedido em relação a estas questões: quando um indivíduo não está seguro ou se sente mal com a sua identidade sexual, e quando os homossexuais, parafilicos e transsexuais não estão em conflito acerca da sua orientação sexual.

4.1. Definição e caracterização das perturbações de identidade de género, de escolha de objecto e de papel sexual

De uma forma simplista, a *homossexualidade* é uma variação do comportamento sexual que se define pela atracção sexual em relação a indivíduos do mesmo sexo, quer em fantasia quer realmente, quando há possibilidade de escolha.

As *parafilias* caracterizam-se por impulsos sexuais intensos e fantasias sexualmente excitantes que geralmente podem envolver objectos não humanos, sofrimento ou

humilhação do indivíduo ou do seu parceiro, crianças ou outros sem o seu consentimento (feiticismo, travestismo, sadismo, masoquismo, exibicionismo, voyeurismo, frotteurismo, pedofiliã, zoofilia, escatologia telefónica, necrofilia, etc.).

O *transsexualismo* ocorre quando o sentido subjectivo de género no indivíduo é diferente da sua anatomia biológica, o que o leva a tentar viver socialmente de acordo com a sua escolha e a procurar os procedimentos necessários para a sua reavaliação sexual.

Estas definições são, no entanto, simplistas na medida em que diferentes situações têm frequentemente as mesmas manifestações clínicas. Por exemplo, quer os homossexuais quer os transsexuais podem sentir-se atraídos por indivíduos do mesmo sexo, e o transsexual e o travestista podem sentir ambos prazer sexual ao vestirem roupas femininas. No entanto, o transsexual tem uma *identidade de género* dissonante com o género anatómico; no homossexual, a sua *escolha de objecto* é do mesmo sexo e no travestista, o seu *papel sexual* é culturalmente inapropriado para o seu género.

4.2. Psicoterapia

Nas situações de orientação sexual, o principal objectivo da intervenção psicológica é desenvolver uma atitude construtiva para lidar com as condições reais e evitar objectivos irrealistas. Embora as mudanças de orientação sexual sejam difíceis, são possíveis em algumas situações, desde que exista motivação para tal. Podemos referir três causas ou formas de orientação sexual que determinam a possibilidade de mudança. Quando a orientação sexual é *situacional*, isto é, quando o comportamento é forçado pelas circunstâncias e não por uma escolha. Quando é *desenvolvimental*, isto é, a criança escolhe uma orientação sexual que lhe é intrinsecamente recompensadora e auto-afirmativa. A terceira forma, frequentemente reconhecida como *endógena*, podendo ser mais o resultado de factores neurológicos e bioquímicos do que de uma escolha pessoal, já não passível de mudança.

O *transsexualismo* caracteriza-se por (1) incongruência de identidade sexual com o sexo anatómico, de causalidade não psicótica; (2) essa incongruência pode ser precoce e mantém-se ao longo da vida; se tardia, aparece secundariamente a um processo evolutivo de outra perturbação sexual; (3) o indivíduo evita desempenhar o seu papel sexual em consonância com o seu sexo anatómico, mas sim com a sua identidade; (4) persiste um desejo eminente de modificação anatómica pela cirurgia e civilmente; (5) tudo isto acompanhado de sofrimento psicológico, até serem atingidos os seus objectivos.

Em relação à etiologia, é evidente uma integração complexa de factores biológicos, psicológicos e sociais, ao longo do desenvolvimento da identidade de género. A *perspectiva psicanalítica* refere que a neurose e a perversão surgem como mecanismos de defesa contra a angústia da castração e estes indivíduos pedem essa castração. O transsexual

procura na fusão com a mãe, adoptando o seu género, a defesa compensatória e altamente regressiva da psicose. Outros autores referem o transexualismo como um extremo da homossexualidade ou ainda a sua negação pela fuga à heterossexualidade, representada pela desejada mutilação corporal. As *perspectivas orgânicas* referem a existência de défices de androgénios pré-natais, perturbações electroencefalográficas e alterações cromossómicas. Finalmente, os *comportamentalistas* enfatizam a aprendizagem de uma identidade de género. É de salientar que os casos de transsexualismo são raros no sexo feminino.

As abordagens *dinâmicas da psicologia*, quer individuais quer em grupo, parecem ser parcialmente eficazes, restringindo-se essencialmente a casos de transsexualismo secundário. A intervenção mais utilizada e, aparentemente com mais sucesso, é a cirurgia e a hormonoterapia. No entanto, o apoio psicoterapêutico, pré e pós operatório, parece ser fundamental.

As *parafilias* definem-se por três características: preocupação excessiva com o erotismo e excitação, uma pressão a agir em função da fantasia erótica, disfunção sexual envolvendo desejo, excitação ou orgasmo no acto sexual convencional. As parafilias são também uma perturbação de auto-regulação caracterizada por um distanciamento entre aspirações pessoais e comportamentais e caracterizam-se por uma diminuição da capacidade de amar. A sua nosologia complica-se na medida em que muitos problemas sexuais estão associados e muitas vezes se confundem e, simultaneamente elas próprias manifestam variações, quer de identidade de género quer de objecto de escolha. As parafilias parecem ter, ainda, uma função defensiva em relação às recordações da relação parental, da instabilidade da sua identidade sexual, de sentimentos disfóricos e, finalmente, da adaptação às exigências da vida.

Os métodos mais referenciados na literatura, ainda que criticáveis, para a intervenção nas parafilias são os *comportamentalistas* que definem como principais objectivos: a redução da excitação e comportamentos parafilicos (terapias aversivas, sensibilização em imaginação ou saciação, alteração dos padrões de fantasia, recondicionamento orgásmico, autocontrolo, paragem de pensamento); melhoria da excitação e comportamento heterossexual (dessensibilização sistemática, exposição a estímulos heterossexuais por substituição gradual, por associação ou exposição, reforços positivos); promoção de competências sociais (inoculação do stress, exposição gradual, *role-playing* e auto-avaliação); correcção de eventuais dificuldades de ordem sexual (educação sexual, focos sensoriais e técnicas adequadas à problemática); integração social e estilo de vida (trabalho, habitação, amigos e tempos livres).

A *homossexualidade* é considerada pela perspectiva psicanalítica clássica como uma perversão ou uma doença: "aversão a mulheres", "narcisismo", sedução e dependência do pai. Como modelo de intervenção individual ou em grupo, as referências na literatura são

poucas e a sua eficácia não tem sido reconhecida. Teorias mais recentes têm focado sobretudo determinantes pré-edipianos.

Os modelos de *aprendizagem social* consideram a homossexualidade como produto de uma série de reforços desde a infância (aprendizagem vicariante, associada e "sympathetic", valorizam a importância das fantasias na actividade sexual, como reforçadoras, bem como da ansiedade provocada pelo sexo oposto.

As teorias *orgânicas*, por sua vez, constataam factores hereditários e bioquímicos (exposição pré-natal a hormonas exógenas, efeito estrogénico, stress pré-natal, morfologia cerebral.etc). associados à homossexualidade. No entanto, parece não haver factores causais específicos do comportamento homossexual, sendo provável a convergência de factores genéticos, endócrinos e de aprendizagem, aqui os mais valorizados.

As teorias *desenvolvimentais* referem estádios de desenvolvimento de uma identidade homossexual positiva. São apresentados os modelos de Cass: *confusão, comparação, tolerância, aceitação, orgulho e síntese de identidade*; e de Troiden: *sensibilização, confusão, o assumir e investimento*.

A psicoterapia com homossexuais que desejam uma reorientação sexual deve inicialmente ser individual e focalizar-se na história psicosssexual e na avaliação de competências sociais e sexuais do indivíduo. O psicólogo centra-se na permissão, informação, redução da ansiedade e desenvolvimento de competências sociais heterossexuais, reestruturação de valores e alteração da codificação selectiva do *feed-back* do meio que tem implicações ao nível da auto-estima. Num segundo momento, a intervenção utiliza a relação como veículo de mudança e consiste na confrontação e diminuição da ansiedade em situações heterossexuais (exposição e neutralização em que os medos e as componentes de intimidade são trabalhadas). Num terceiro momento de psicoterapia intensiva, centrada na resposta sexual, os focos sensoriais facilitam a compreensão de factores que interferem com a relação heterossexual, através de uma exposição progressiva à situação ansiógena, permitindo ao indivíduo um sentido de controle.

A centralização nas dificuldades de intimidade, conceptualizando os diferentes níveis e catalizando a compreensão das atitudes disfuncionais para melhor desenvolver respostas alternativas, assim como no discurso interno — sentimentos, auto-controle e monitorização de comportamentos — são componentes essenciais na intervenção psicológica na homossexualidade.

A intervenção psicológica junto de indivíduos com um sentido de identidade homossexual envolve respeitar e aceitar a sua orientação e definir estratégias de acordo com o problema que apresentam. (homofobia e culpa interiorizada, identidade pessoal e sexual negativa, conflitos com a família, dificuldades de relacionamento, disfunções sexuais...)

A família é uma área de intervenção que não pode ser negligenciada. Esta questão é abordada segundo duas vertentes: por um lado, a forma como os pais lidam com a homossexualidade do(a) filho(a); por outro,—as famílias em que um dos cônjuges é homossexual.

Os pais, quando tomam conhecimento da homossexualidade dos filhos, sentem-se culpados e responsáveis, o que os leva muitas vezes a isolar-se socialmente. Outro tipo de sentimentos frequentes são a raiva, confusão e a recusa de aceitar este filho, que passa a ser um estranho. O psicólogo poderá ajudar estas famílias a exprimir os seus sentimentos, a lidar com os estigmas sociais de forma a permitir uma relação positiva e construtiva no sistema familiar. Muitas vezes, o homossexual resiste activamente e nega a sua homossexualidade, vivenciando um conflito permanente entre o bom/mau sem possibilidades de partilhar estes sentimentos com a família.

Na medida em que um homossexual também tem necessidade de uma relação íntima, e porque as expectativas sociais têm uma influência poderosa, muitos homens e mulheres homossexuais acabam por casar (e mesmo por terem filhos), com conhecimento prévio do parceiro ou não, o que frequentemente leva mais tarde ao divórcio. Como consequência disto, o homossexual fica cada vez mais isolado, perdendo mesmo muitas vezes a possibilidade de ver os filhos. No entanto, parece que as crianças tendem a aceitar melhor a homossexualidade do que os adolescentes, e as raparigas melhor do que os rapazes. Contudo, quando os pais referem aos filhos a sua homossexualidade, parece tornar a sua relação mais próxima.

O psicólogo tem também um trabalho importante a realizar com estas famílias, facilitando a comunicação e o estabelecimento de uma relação saudável independentemente da separação.

Ser homossexual não é incompatível com o desejo de ser pai ou mãe; aliás, a incidência da inseminação artificial tem aumentado entre homossexuais. Das implicações disto no desenvolvimento dos filhos sabe-se muito pouco; no entanto, parece que os filhos de homossexuais não parecem ter mais problemas do que os dos heterossexuais. Questões como a construção da identidade e definição de papéis sexuais nestas famílias continuam de pé.

5. Abusos sexuais

Este ponto é essencialmente dirigido para a problemática da vítima e não do abusador, sendo este último, objecto de estudo noutras disciplinas relativas ao comportamento desviante

5.1. Definição e caracterização dos abusos sexuais

O conhecimento da realidade do abuso sexual é um processo complexo em virtude, por um lado, da presença de múltiplas variáveis de cariz relacional e sociocultural e, por outro, das carências teóricas, multiplicidade conceptual e falhas metodológicas ao nível da investigação. Apesar da falta de consenso em termos da sua definição, consideram-se *abusos sexuais* a participação de crianças ou adolescentes, dependentes ou imaturos, em actividades sexuais que não compreendem completamente e que englobam: a exposição e estimulação sexual sem contacto; o tocar, beijar, acariciar os órgãos genitais da criança pelo adulto e/ou do adulto pela criança; relações sexuais orais, anais ou vaginais e, a pornografia. Consideram-se, ainda, abuso sexual as actividades com adolescentes e adultos que não as desejam e, no entanto, não conseguem defender-se.

A discrepância entre incidência real e oficial do abuso sexual deve-se, essencialmente, ao facto de a maioria das situações de abuso sexual não serem participadas judicialmente pelas seguintes razões: (1) os adultos têm dificuldade em acreditar no que aconteceu; (2) os adultos tendem a acreditar que os assaltantes são perturbados mentalmente e, portanto, devem estar sob protecção hospitalar e não sob protecção do sistema judicial; (3) receiam que as crianças fiquem traumatizadas com os processos judiciais; (3) receiam que as crianças não sejam testemunhas suficientes.

As crianças, muitas vezes, mesmo por conselho dos pais, guardam segredo. Quando se verificam mudanças de comportamento, a hipótese de um abuso sexual não deve ser desprezada. Há formas de fazer perguntas sem, no entanto, abordar o problema directamente; só o facto de conseguirem revelar o seu segredo é, já para a vítima, fonte de segurança.

5.2. Variações das percepções de abuso sexual e conseqüente comportamento abusivo.

Segundo a investigação, o grupo de maior risco de abuso parece ser o sexo feminino. Para a explicação deste facto são feitas leituras em função de grelhas de referência: *socialização do papel sexual* (os comportamentos abusivos são reflexo da continuação do comportamento tradicional dependente dos papéis sexuais); *atribuição defensiva* (tendência dos homens a culpabilizarem a vítima, como mecanismo de auto-protecção); *as dificuldades de comunicação entre géneros* (resistência - consistente, inconsistente - o não que quer dizer sim); *a atractividade física* (quer do abusador quer do abusado); *o tipo de coerção*; *as diferenças de género no comportamento sexual* (duplo padrão).

5.3. Resposta pós-traumática e consequências psicológicas a longo prazo

As *consequências psicológicas posteriores* dependem essencialmente da severidade do abuso sexual, do apoio que a vítima recebe e das atribuições feitas. As mais frequentes são: inibição, irritabilidade, perturbações do sono e alimentares, dificuldades de concentração, humor depressivo, evitamento de estímulos, auto-responsabilização, sobrevalorização dos acontecimentos, pensamentos e sentimentos disfuncionais.

Quanto às *consequências psicológicas a longo prazo* a nível sexual são frequentes: o vaginismo; a disfunção sexual geral pela recordação repetitiva do acontecimento; ansiedade, culpabilidade e desvalorização no que concerne a sexualidade. A nível geral do *comportamento* pode-se verificar: uma maior independência ao nível relacional; tendência à depressão e consequentes tentativas de suicídio e consumo de álcool; uma maior multiplicidade de experiências sexuais; perturbações ao nível alimentar; medo dos homens e uma maior tendência a futuros acontecimentos semelhantes.

5.4. Intervenção psicológica nos abusos sexuais

A intervenção nestas situações deve ser dirigida não só à vítima, mas também aos pais (quando se trata de crianças ou adolescentes), num processo paralelo de continuidade.

Em relação às vítimas, algumas estratégias gerais podem ser identificadas: (1) compreensão de sentimentos e significados; (2) identificação de mecanismos de defesa (acomodação, dissociação); (3) recordação da situação por meios verbais, "role playing" ou jogo; (4) avaliação cognitiva e emocional da experiência (muitas vezes, as pessoas significativas querem que a vítima ultrapasse rapidamente o problema, não facilitando a expressão emocional); reestruturações cognitivas dos pensamentos actuais assim como das emoções e atribuições que estão associadas; (5) dessensibilização sistemática como facilitadora da aceitação da experiência; (6) desenvolvimento de estratégias para lidar com situações potenciais; (7) integração da experiência

A intervenção junto dos pais têm os seguintes objectivos: (1) reconhecimento da sua responsabilidade em proteger os filhos; (2) lidar com sentimentos de culpa, raiva e vergonha ligados ao acontecimento; (3) ajudar os pais a apoiar a vítima durante o período agudo após o acontecimento; (4) ajudar os pais como principais intervenientes no desenvolvimento da criança na resolução do trauma; (4) ensinar os pais a discriminar entre desenvolvimento normal e consequência do abuso sexual; (5) desenvolver uma relação positiva entre pais e filhos. Esta intervenção pode ser efectuada em grupo ou individualmente.

Numa perspectiva de prevenção é fundamental trabalhar com os pais no sentido de desenvolverem uma atitude educativa, flexível, aberta e construtiva com os filhos, muito particularmente no que concerne à sexualidade e às relações com os outros, e de

compreenderem o significado de regras educacionais absurdas (ex. as crianças devem sempre obedecer aos adultos).

5.5. Violação

É um acontecimento altamente ameaçador, uma situação de *stress* aguda que deriva num síndrome comportamental, somático e psíquico.

Os adultos e adolescentes também não participam judicialmente por medo da comunicação social, de represálias e da não compreensão por parte das pessoas significativas.

No que respeita a violação de adultos e adolescentes, a sociedade tem alguns mitos que geram esta situação: (1) a violação é impossível, se a mulher lutar; (2) as mulheres fantasiam desejar ser violadas; (3) a mulher provoca a violação através de comportamentos ousados, roupas, andando na rua até tarde etc. pelo que só as más mulheres é que são violadas; (4) as mulheres acusam os homens de violação para os controlar e ofender; (5) a maior parte das denúncias de violação são falsas.

Os mitos em relação ao violador são: (1) o violador está perturbado mentalmente (o que de facto só se verifica em 2% dos casos); (2) os violadores têm necessidade de contacto físico e sexual, sendo o crime provocado por um impulso incontrolável (no entanto, constata-se que 50% dos casos são planeados e 93% têm uma vida sexual e psicológica normal); (3) os violadores são sempre estranhos (o que se verifica apenas em metade das situações); (4) as violações acontecem por um conflito de raças (ora pode-se constatar violência sexual com pessoas da mesma raça).

5.5.1. Consequências da violação

A resposta à violação pode ser sistematizada em três fases: fase aguda, de reorganização e efeitos a longo prazo.

A *fase aguda* está relacionada com o medo e a desorganização de vida do violado. Os estados de agitação, sentimentos de humilhação, culpa, vergonha, auto-acusação, de indignidade, tristeza e medo de uma nova violação, choque, descrença e negação são frequentes. Os sintomas físicos além dos ferimentos e ulcerações, a tensão muscular que provoca dores de cabeça, cansaço, irritabilidade intestinal, náuseas, dores de estômago, perturbações do sono e de apetite, são algumas das possíveis respostas. É de salientar que estes sintomas estão frequentemente associados à área de ataque.

Na *fase de reorganização*, o indivíduo começa a ganhar control e um sentido de poder e a sintomatologia começa a desaparecer; no entanto, isto varia em função da personalidade da pessoa e da violência da experiência e de factores mórbidos pré-traumáticos.

Nos *efeitos a longo prazo*, pode constatar-se: um aumento das tentativas em assegurar a sua segurança assim como da família; diminuição do funcionamento no trabalho, em casa ou na escola; as perturbações do sono persistem, com sonhos intensos sobre o acontecimento traumático (função catártica); o aparecimento de medos e fobias, muito particularmente no que concerne à actividade sexual.

5.5.2. *Intervenção psicológica em situações de violação*

Numa perspectiva *psicodinâmica* os objectivos são os seguintes: formação de uma aliança terapêutica, identificação e interpretação das defesas, análise do conflito em relação à agressão, análise das características psicológicas preexistentes, análise das reacções à contratransferência e incrementar o contacto com instituições sociais.

Numa perspectiva *comportamental-cognitiva*, a intervenção tem como objectivos: facilitar a expressão de pensamentos, sentimentos e atribuições; modificar esses pensamentos, sentimentos e atribuições disfuncionais; tomar consciência de mecanismos inapropriados (papel do agressor, negar...) confrontação com o agressor; identificar o que espera e quer do agressor; contacto com as pessoas em geral; retomar as actividades profissionais, escolares e sociais (assertividade, autocontrolo, relaxamento, dessensibilização "in vitro" ou ao vivo); intervenção ao nível da sexualidade (comportamento sexual sem exigência, masturbação, paragem de pensamento, técnica de discriminação); abandonar o papel de vítima (resolução de problemas).

5.6. **Incesto**

O incesto é frequentemente analisado como um sintoma de uma relação conjugal disfuncional (relações de dependência, expectativas não verbalizadas, frustração, necessidades imaturas). A indiferença da esposa, frustrada em relação ao seu companheiro, leva a filha a assumir o papel da mãe. As diferentes tentativas da filha de se afastar do pai que, progressivamente, está mais dependente dela, leva muitas vezes ao conhecimento do exterior. Estas famílias vivem isoladas socialmente por escolha ou intimidação. O incesto é ainda uma problemática das famílias de recasamento, quer entre padrasto e filha quer mesmo entre irmãos; no entanto, nestas situações deve-se falar em *incesto psicológico*. --- --

A severidade dos sintomas que derivam das experiências de incesto dependem do tipo de actividade sexual, da idade, do tipo de coerção empregue e da reacção da comunidade quando o incesto é descoberto. No entanto, os sintomas mais frequentes são: isolamento dos pares, comportamentos de sedução, perturbações ao nível da identidade sexual, pseudomaturidade que cai por terra quando sob *stress*, revelando mecanismos infantis para lidar com as situações.

5.6.1. *Intervenção psicológica nos casos de incesto*

A problemática do incesto deve ser analisada numa perspectiva sistémica; no entanto, a intervenção familiar no sentido tradicional não parece ser o método ideal. A terapia familiar pode ser eficaz, após intervenção individual com os seus membros. A intervenção psicológica em famílias de incesto deve ser multicomponente, isto é, psicoterapia individual para o agressor e para a vítima, terapia de casal e terapia familiar.

Independentemente do modelo teórico, a intervenção junto da vítima tem como objectivo a catarse emocional e a normalização das reacções à situação (agressividade, autocontrolo, autoestima, luto, autonomia, relação com os pares). Quando o objectivo é o agressor, a intervenção deverá centrar-se no autoconhecimento, autoestima, identidade, confiança básica, autonomia e intimidade, mecanismos de defesa (projectão, identificação, passagem ao acto). A relação do casal deve também ser trabalhada no sentido da construção de uma relação adulta e satisfatória para ambos. Finalmente, a redefinição de papéis dos subsistemas, a promoção da interacção familiar, a identificação de coligações disfuncionais é o objectivo da intervenção na família.

6. Educação psicológica para o desenvolvimento psicosexual

6.1. Perspectiva histórica

A educação sexual surge como resposta a preocupações como: a vivência de uma sexualidade satisfatória e adequada; gravidezes não desejadas; as doenças venéreas e, actualmente, a sida. Inicialmente os programas de educação sexual estavam essencialmente orientados para uma perspectiva biológica, referindo-se a questões relacionadas com a reprodução e dirigiam-se a grupos mais ou menos organizados. Posteriormente, passaram a incluir a compreensão da sexualidade, esta mudança deve-se ao progressivo conhecimento do desenvolvimento psicosexual e do funcionamento sexual humano. O pressuposto básico é que o conhecimento, só por si, provoca mudanças de comportamento.

Os programas de educação sexual começaram a surgir essencialmente destinados a alunos de escolas secundárias e universitárias, considerando-se então que, ao nível elementar, seriam desnecessários, na medida em que nestas idades não há relações sexuais; e decorrem nas escolas ou noutras instituições comunitárias. Algumas questões têm sido levantadas acerca da qualificação dos educadores, do conteúdo dos programas e à influência dos valores.

As resistências à educação sexual têm como pressuposto que a informação promove a actividade sexual, o que na realidade não se verifica, na medida em que o desconhecimento

não evita a actividade sexual. Isto é, a informação não promove o comportamento sexual, mas a falta de informação não o evita.

A educação sexual deverá, segundo uma perspectiva desenvolvimental, ter como objectivo primordial facilitar ao adolescente a tomada de decisão consciente e responsável face à sua sexualidade. Esta tarefa só será conseguida se a informação contida nos programas de educação sexual for adequada ao nível do desenvolvimento dos indivíduos.

A questão primordial é, no entanto, se a intervenção numa perspectiva educacional, no sentido mais restrito do termo, através de programas específicos em que a informação é o objectivo principal, promove o desenvolvimento psicosssexual dos sujeitos.

6.2. Intervenção psicológica para o desenvolvimento psicosssexual

Este ponto é, essencialmente, desenvolvido nas aulas práticas, nas aulas teóricas são apresentados apenas linhas gerais que permitam a uma reflexão mais aprofundada nas aulas práticas.

O desenvolvimento psicosssexual ocorre ao longo do ciclo vital, na interacção com os outros, nos contextos de vida em que cada um se desenvolve: na família, na escola, com os pares, "mass media", etc. Se, é considerado que o resultado desta interacção não é adequada, então será necessário uma intervenção intencionalizada neste processo de desenvolvimento que está a decorrer. Não se trata, pois, de acrescentar qualquer coisa, mas de intervir no que está a acontecer e provocar a mudança.

Segundo esta perspectiva, é fundamental que o psicólogo se focalize na qualidade das interacções ao longo do ciclo vital. Trata-se pois de proporcionar experiências novas e diferentes, assim como de promover a sua articulação e integração. Neste processo é evidente que os elementos informativos devem estar presentes, mas não como algo que é acrescentado mas que faz parte da própria relação.

Neste contexto, não tem sentido falar-se de educação sexual mas de promoção da desenvolvimento psicológico em que a escola, a família, os pares, os *mass media* e a comunidade em geral têm um contributo importante a dar.

A intervenção junto de pais e professores como os principais catalisadores do desenvolvimento psicológico dos jovens deve ser privilegiada, tendo em vista a promoção da relação e de experiências de vida de qualidade diferente. Quando nos propomos intervir directamente junto dos jovens, o objectivo é possibilitar, quer em grupo quer individualmente, a integração das diferentes experiências que possibilite a construção da sua sexualidade.

Se defendemos que a sexualidade se insere num processo mais vasto de desenvolvimento, não faz sentido continuar a falar de educação sexual, mas de educação para a sexualidade ou de educação para os afectos. A sexualidade não se ensina, mas aprende-se ao longo da vida em confrontação com diferentes experiências. E isto acontece num contexto relacional positivo desde o nascimento até à morte em que não há dissociação entre o corpo e os afectos. Aprender um comportamento sexual e afectivo responsável é como aprender a ler e a escrever: é um processo contínuo de descoberta e de integração e é essa continuidade que consolida o aprendido.

Neste sentido, a intervenção para a educação sexualizada deverá primordialmente incidir nos responsáveis pelos processos de socialização: a família e a escola.

7- Aulas práticas

7.1. Avaliação do relacionamento sexual

7.1.1. Entrevista: objectivos método e processo

Muitos casais têm, inicialmente, dificuldade em falar abertamente da sua sexualidade, devendo, por isso, o psicólogo estar sensível às defesas e inibições existentes e oferecer um contexto de compreensão, disponibilidade e empatia. Embora o objectivo primordial não seja a recolha de informação mas o estabelecimento de uma relação psicoterapêutica e a desdramatização dos problemas, alguns pontos devem ser considerados: (1) *informação geral* (tempo da relação, número de filhos, condições de habitação, trabalho, etc.); (2) *natureza e desenvolvimento das dificuldades actuais* incluindo as tentativas de resolução assim como as hipóteses colocadas sobre a sua etiologia; (3) *descrição objectiva do seu relacionamento actual* (frequência das relações, gratificação sexual e não apenas genital); (4) *história psicosexual* de cada elemento do casal (atitudes sexuais e comportamentos dos pais ou figuras significativas, fontes e conteúdos da informação sexual, experiências precoces, homo ou heterossexuais, descoberta da sua sexualidade, experiências sexuais na adolescência, valores, mitos, contracepção, papéis sexuais, contexto, sentimentos e continuidade da primeira relação sexual, outras relações significativas); (5) impressões individuais da *qualidade da relação*, (comunicação, mutualidade, tempos de lazer, estilos de vida); (6) *motivação* individual e do casal para a intervenção psicológica; (7) *saúde física* (história médica, medicação; exclusão de causas orgânicas); (8) *método contraceptivo*.

7.1.2. Outras actividades

Com o objectivo de perceberem as diferentes percepções sobre a violência sexual, os alunos são confrontados com os cenários de Hutchinson *et al.* (1994), bem como os cenários de recusa/resistência de DeSouza e Hutz, (1996).

Quando os casos em acompanhamento são paradigmáticos destas problemáticas são discutidos em grande grupo, quando não existem, são discutidos casos gravados em video e, finalmente, são realizadas situações de *role playing* que permitam ao aluno confrontar-se com a complexidade destas problemáticas.

São, ainda, analisados diferentes programas de educação sexual e os alunos deverão, em conjunto com o docente, reflectir e propor formas de intervenção numa perspectiva desenvolvimental.

Bibliografia

1. Desenvolvimento psicosexual e disfunções sexuais

*ALLEN, G. F., ALBUQUERQUE, A., & NUNES, J. S. (1987). Sexologia em Portugal. 1.º vol. *A sexologia clínica*. Lisboa: Texto Editora, 198-330.

**BAGAROZZI, D. A. (1987). Marital/family developmental theory as a context for understanding and treating inhibited sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13, 276-285.

BAUMAN, Z. (1998). On post-modern uses of sex. *Theory, Culture & Society*, 15, (3-1), 19-33

CAGGIANO, L. (1987). Psicopatologia de la vida sexual: Las disfunciones sexuales masculinas. *Revista de Psicoanálisis*, 44, 525-542.

**CARD, J. J. (1993). *Handbook of adolescent sexuality and pregnancy*. New York: Sage Publications.

CARROLL, J. L. & BAGLEY, D. H. (1990). Evaluation of sexual satisfaction in partners of men experiencing erectile failure. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 16, 70-78.

*COSTA, M. E. (1998). Disfunções sexuais na mulher, *IV Jornadas de Clínica Geral de Gaia*. (policopiado).

**COSTA, M. E. & OLIVEIRA J. (1998). Atitudes and values about sexuality in a sample of portuguese adolescents. *The 6th Biennial Conference of the EARA*. (policopiado)

*COSTA, M. E. (1998). Amor com amor se (a) paga. *I Encontro Luso Americano*. Maia (policopiado).

*COSTA, M. E. (1998) *Novos encontros de amor*. Porto: Edinter.

DUMAS, D. (1997). *Sons, lovers, and fathers. Understanding male sexuality*. London: J. Aronson inc.

**FEATHERSTONE, M. (1998). Love and erotism. An introduction. *Theory, Culture & Society*, 15, (3-1), 19-13.

**FRIEDMAN, J. M. & CHERNEN L. (1987). *Sexual disfuncion*. In L. Michelson & L. M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders*, N. Y.: The Guilford Press, 442-469.

GERRARD, M., BREDA, C., GIBBONS, & F. X. (1990). Gender effects in couples's sexual decision making and contraceptive use. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 449-469.

**HITE SHERE (1994). *The Hite report on the Family*. New York: Grove Press.

HOGAN, D. R. (1978). The effectiveness of sex therapy: A review of the literature. In J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press.

**KAPLAN, H. (1974). *The new sex therapy*. New York Brunner/Mazel.

KAPLAN, J. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.

KAPLAN, H. S.(1988). Intimacy disorders and sexual panic states. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 14, 1.

*KAPLAN, H. S., (s/d). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Lisboa: Edições sexo e não só.

KINSEY, A. C., POMEROY, W. B., MARTIN, C. W., & GEBHARD, P. H. (1952). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders.

**L'ABATE, L., HEWITT, D. (1988). Toward a classification of sex and sexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 14, 29-39.

LoPICCOLO, J., & FRIEDMAN, J. M. (1985). Sex therapy: An integrative model. In S. J. Lynn & J. P. Gurshe (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods*. Columbus, OH: Bell and Howel.

LoPICCOLO, J. (1985). Diagnosis and treatment of male sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 215-232.

*LoPICCOLO, J. & STOCK, W. E., (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158-167.

**MASTERS, W. H., & JOHNSON, V. E. (1984). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.

MASTERS, W. H., & JOHNSON, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.

*MOHR, D. C. & BEUTLER, L. E. (1990). Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review*, 19, 123-150.

**MOORE, S. & ROSENDAL, D. (1993). *Sexuality in adolescence*. New York: Routledge

MORRIS, L. A. (1997). *The male heterosexual. Lust his loins, sin in his soul*. London: Sage Pub.

**NARCISO, I., COSTA, M.E., & A. PEREIRA, A (1998). Sexualidades conturbadas: a importância das cognições, dos afectos e dos comportamentos. *IV Congresso Europeu de Sexologia Clínica*. Lisboa (policopiado).

OLIVER, M. B. & HYDE, J. S. (1993). Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 29-51.

*RUSSEL, L. (1990). Sex and couples therapy: A method of treatment to enhance physical and emotional intimacy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 16, 111-124.

**SCHNARCH, D. M. (1991) *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. New York.: Norton & Company.

SIERRA, C. J. (1991). Disfunciones sexuales. In G. Buela-Casal & V. E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*: Madrid. Siglo Veintiuro, 143-184.

**WEISFELD. G. (1999). *Evolutionary principles of human adolescents*. New York: Basic Books. cap. 9, 10-13.

*WOODY, J. D. (1989). The reality of an integrative sex therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 15, 62-73.

2. Problemáticas da identidade sexual

*ALBUQUERQUE, A. (1987). Homossexualidade. In F. Allen Gomes, Albuquerque A. & J. S. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal, 1. Sexologia clínica*. Lisboa, Texto Editora, 181-197.

- ALMEIDA, M. V. (1995). O pior gene. *O Público* (5/11/1995), 19.
- BAILEY, J. M., WILLERMAN, L. & PARK, C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1089-1096.
- BAILEY, J.M. MILLER, J. S. & WILLERMAN, L. (1993). Maternally rated childhood gender nonconformity in homosexuals and heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 5, 461-469.
- **BAILEY, J. M. & PILLARD, R. C. (1995). Genetics of human sexual orientation. *Annual Review of Sex Research*, 6, 126-156.
- BANCROFT, J. (1994). Homosexual orientation. The search for a biological basis. *British Journal of Psychiatry*, 164, 437-440.
- *BAPTISTA, A. (1987). As parafilias, In F. Allen Gomes, Albuquerque A., & J. S. Nunes. (Eds.), *Sexologia em Portugal*, 1. *Sexologia clínica*. Lisboa, Texto Editora, 159-180.
- BOZETT, F.W. & SUSSMAN, M. B. (1990). Homosexuality and family relations: views and research issues. *Marriage and Family therapy* 14, 3/4, 1-8.
- BROWN, J. C. (1983). Paraphilias: Sadoomasochism, fetishism, transvestism and transsexuality. *British Journal of Psychiatric*, 143, 227-231.
- BROWNING, C. (1987). Therapeutic issues and intervention strategies with young adult lesbian clients: A developmental approach. Special Issue: Psychotherapy with homosexual men and women: Integrated identity approaches for clinical practice. *Journal of Homosexuality*, 14, 45-52.
- BROWNING, C., REYNOLDS, A. L., & DWORKIN, S. H. (1991). Affirmative Psychotherapy of lesbian women. *The Counseling Psychologist*, 2, 157-176.
- BYNE, W. (1994). The biological evidence challenged. *Scientific American*, 270, 5, 26-31.
- *CASS, V. C.(1990). The implications of homosexual identity formation for the Kinsey model and scale of sexual preference. In S.A McWhirter, et al (Eds) *Homosexuality/heterosexuality: concepts of sexual orientation*. N.Y.: The Oxford U.Press.
- DIAMOND, M. (1996). Prenatal predisposition and the clinical management of some pediatric conditions. *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 22, 3, 139-147.
- DIAMOND, M. (1996). Response: considerations for sex assignment. *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 22, 3, 161-174.

- FASSINGER, R. E. (1991). The hidden minority: Issues and challenges in working with lesbian women and gay men. *The Counseling Psychologist*, 19, 157-176
- FRIEDMAN, R. C. (1988). *Male homosexuality. A contemporary psychoanalytic perspective*. Yale University Press, New Haven and London.
- **GEORGE, K. D., & BEHRENDT, A. E. (1987). Therapy for male couples experiencing relationship problems and sexual problems. Special Issue: Psychotherapy with homosexual men and women. *Journal of Homosexuality*, 14, 77-88.
- HAMER, D.H. *et al.* (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and the sexual male orientation. *Science*, 261, 321-327..
- HINES, M. & COLLAER, M. L. (1994). Gonadal hormones and sexual differentiation of human behavior: developments from research on endocrine syndromes and studies of brain structure. *Annual Review of Sex Research*, 4, 1-48.
- HU, S. *et al.* (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome Xq 28 in males but not in females. *Nature Genetics*, 11, 248-256.
- KILMANN, P. R., *et al.* (1982). The treatment of sexual paraphilias: A review of the outcome research. *Journal of Sex Research*, 18, 193-252.
- *LEVINE, S. B., RISEN, C. B., & ALTHOF, S. E., (1990). Essay on the diagnosis and nature of paraphilia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 16, 89-102.
- **LIEF, H. I., & KAPLAN, H. S. (1986). Ego-dystonic homosexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 12, 259-266.
- **MASTERS, W. H., & JOHNSON, V. E. (1979). *Homosexuality in perspective* Boston: Little, Brawn Company.
- *MENEZES I. & COSTA, M.E. (1992). Amor entre iguais: a psicoterapia da diferença. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 8, 78-84.
- MONEY, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 37 years. *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 3, 163-177.
- *NUNES, J. S. (1987). Alterações da identidade sexual (transsexualismo), in F. Allen Gomes, Albuquerque A., & J. S. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal, 1. Sexologia clínica*. Lisboa, Texto Editora, 135-138.
- POOL, R. (1993). Evidence for homosexuality gene. *Science*, 261, 5119, 291-292.

**SCHWARTZ, M. F. & MASTERS, W. H. (1983). Conceptual factors in the treatment of paraphilias: A preliminary report. *Journal of Sex Marital Therapy*, 9, 3-18.

*SILVA, E., ALVES, L. & COSTA, M. E (1996). A orientação sexual: uma abordagem exploratória. *III Jornadas de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos*. Porto (policopiado).

*TROIDEN, R. R. (1988). Homosexual identity development. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 105-113.

WEGESIN, D. J. (1998). A neuropsychologic profil of homosexual and heterosexual men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 6, 91-108.

3. Abusos sexuais

*ALAMEDA, A. (1998). *Les 7 péchés familiaux*. Paris: Odile Jacob. (Cap.5)

*ALEXANDER, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 60, 2, 185-195.

BARRET, M. J., TREPPER, T. S. & FISH, L. S. (1990). Feminist-informed family therapy for the treatment of intrafamily child sexual abuse. *Journal of Family Psychology*, 4, 151-166.

*BEITCHMAN, J.H.(1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 1, 101-118.

BJÖRKQVIST, K. (1994). Sexual differences in physical, verbal, and indirect aggression: A review of recent research. *Sex Roles*, 30, 3 /4.

BYERS, E. S. (1996). How well does the traditional sexual script explain sexual coercion? Review of a program of research. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 8, 7-25.

BURGESS, A. W. & HOLMSTROM, L. L. (1987). Adaptative strategies and recovery from rape. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crises. An integrated approach*. N. Y.: Plenum Press, 353-366.

*CAHILL, C., LLWELYN, S. P., & PEARSON C. (1991). Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: A review. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 1-12.

**DAVENPORT, D. (1991). The functions of anger and forgiveness: Guidelines for psychotherapy with victims. *Psychotherapy*, 28, 140-145.

**DAVIS, N. (1989). The use of therapeutic stories in the treatment of abused children. Special Issue: Childhood sexual abuse. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, 18-23.

*FRIEDMAN, S. R. (1990). What is child sexual abuse? *Journal of Clinical Psychology*, 46, 372-375.

*HAAKEN, J.& SCHALPS, A. (1991). Incest resolution therapy and the objectification of sexual abuse. *Psychotherapy*, 28, 39-47.

**HOKE, S. L., SYKES, C.& WINN, M. (1989). Systemic/strategic interventions targeting denial in the incestuous family. Special Issue: Childhood sexual abuse. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, 44-51.

KATZ, R. C. HANNON, R. & WHITTEN, L. (1996). Effects of gender and situation on the perception of sexual harassment. *Sex Roles*, 34, 1/2, 35-42.

KOLKO, D. J. (1987). Treatment of child sexual abuse: Programs, progress, and prospects. *Journal of Family Violence*, 1, 303-318.

LINDAHL, M. W., (1988). Letters to tammy: A technique useful in the treatment of a sexually abused child. *Child Abuse and Neglect*, 12, 417-420.

MALTZ, W., (1988). Identifying and treating the sexual repercussions of incest: A couples therapy approach. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 14, 1421-69.

**MORGAN, M.(1998) *How to interview sexual abuse victims*. London: Sage Pub.

MYNATT, C. R., ALLGEIER, E. R., (1990). Risk factors, self-attributions, and adjustment problems among victims of sexual coercion. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 130-153.

**ROSE, D. S. (1991). A model for psychodynamic psychotherapy with the rape victim. *Psychotherapy*, 28, 85-95.

SEMONSKY, M. R. & ROSENFELD, L. B. (1994). Perceptions of sexual violations: denying a kiss. *Sex Roles*, 30, 7/8.

SHAPIRO, J. P. (1991). Interviewing children about psychological issues associated with sexual abuse. *Psychotherapy*, 28, 55-66.

SHOTLAND, R. L. & GOODSTEIN, L. (1995). Sexual precedence reduces the perceived legitimacy of sexual refusal: An examination of attributions concerning date rape and consensual sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 756-764.

SIEGEL, D.R.& ROMIG, C. A. (1988). Treatment of adult survivors of childhood sexual assault: Imagery within a systemic framework. *American Journal of Family Therapy*, 16, 229-242.

WHISTON, S. K. (1981). Counseling sexual assault victims: A loss model. *The Personnel and Guidance Journal*, 59, 363-369.

**WOLFE, D.A et al. (1997) *Child abuse. New directions in prevention and treatment across the lifespan*. London: Sage Pub.

4. Educação psicológica para o desenvolvimento psicosexual

BUNDY, M. L., & WHITE, P. (1990). Parents as sexuality educators: A parent training program. *Journal of Counseling & Development*, 68, 321-323.

*COSTA, M. E. (1998). *Novos encontros de amor*. Porto: Edinter.

DENSON, D. R. et al (1993). Factors That influence HIV/AIDS instruction in schools. *Adolescence*, 28, 309-314.

LOPEZ, S.F. & FUERTES, A (1993). *Para compreender la sexualidad*. Pamplona: E.V.D.

* MELCHERT, T.& BURNETT, K. F. (1990). Attitudes, knowledge, and sexual behavior of high-risk adolescents: Implications for counseling and sexuality education. *Journal of Counseling & Development*, 68, 293-298.

**PACHECO, J. & GAMITO, L.(1993). *O sexo é de todas as idades*. Lisboa: Caminho.

**PIPHER M. (1995). *Reviving Ophelia. Saving the selves of Adolescence girls*. New York: Ballantines Books cap.11.

*MOORE, S. & ROSENDAL, D. (1993). *Sexuality in adolescence*. New York: Routledge.

*SANDERS, P. & SWINDEN (1991). *Knowing me, Knowing you: strategies for sex education in the primary school*. Cambs.

*SOARES, I., & CAMPOS, B. P. (1986). Educação sexual e desenvolvimento psicosexual. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 71-79.

*VILAR, D. (1987). Aprendizagem sexual e educação sexual. In F. Allen Gomes, A. Albuquerque, & J. S. Nunes, (Eds.). *Sexologia em Portugal, 2. Sexualidade e cultura*. Lisboa: Texto Editora, 175-179.

Quarto capítulo

**CONSULTA PSICOLÓGICA
E DESENVOLVIMENTO PARENTAL**

0. Objectivos

1. Maternidade/paternidade ao longo do ciclo vital

- 1.1. A gravidez
- 1.2. O bebé imaginário: morte péri-natal ou malformação do bebé
- 1.3. Intervenção psicológica durante a gravidez
- 1.4. A transição para a maternidade/paternidade

2. Consulta psicológica parental

- 2.1. Objectivos gerais e actividades da educação psicológica parental
- 2.2. Programas da educação psicológica parental segundo as perspectivas: comportamentalista, adleriana, humanista, psicanalítica, construtivista, ecológica, da análise transaccional e ecléticas
- 2.3. Consultadoria

3. Aulas práticas

3.1. Avaliação das características e processo da maternidade/paternidade

- 3.1.1. *A entrevista*
- 3.1.2. *Instrumentos de avaliação*

4. Bibliografia

0. Objectivos

- (1) contextualizar a maternidade/paternidade numa perspectiva de ciclo vital;
- (2) compreender a maternidade/paternidade como uma transição de vida;
- (3) compreender os processos de luto em relação ao bebé imaginado;
- (4) analisar as relações pais-filhos ao longo do ciclo vital como um processo de influências bidireccionais;
- (5) caracterizar os múltiplos factores intervenientes na diferenciação das práticas educativas;
- (6) dominar a utilização de técnicas de avaliação das características e processo da maternidade/paternidade;
- (7) ser capaz de integrar o processo de avaliação na consulta psicológica parental;
- (8) conhecer os objectivos e actividades gerais da educação psicológica parental;
- (9) analisar os programas de educação psicológica parental segundo diferentes perspectivas;
- (10) desenvolver a sua própria síntese de forma a ser capaz de elaborar, implementar e avaliar um programa de educação psicológica parental;
- (11) compreender a importância da consultadoria junto de pais na consulta psicológica de crianças e adolescentes;
- (12) contextualizar a maternidade/paternidade no desenvolvimento psicológico dos adolescentes;
- (13) compreender as consequências e características da maternidade/paternidade na adolescência;
- (14) conhecer as diferentes propostas de intervenção psicológica junto de grávidas adolescentes;
- (15) ser capaz de utilizar os conhecimentos para definir objectivos, estratégias e processos psicoterapêuticos adaptados à especificidade de cada caso.

1. Maternidade/paternidade ao longo do ciclo vital

Ao analisar a maternidade/paternidade numa perspectiva de ciclo vital, alguns pontos são considerados: (1) os factores sócio-culturais e económicos que rodeiam o nascimento de um filho mudaram nas últimas duas décadas; (2) a circularidade das relações é mais valorizada, isto é, os cônjuges influenciam-se mutuamente e o filho afecta poderosamente os pais; (3) tornar-se pai implica novos papéis e, provavelmente, mudanças ao nível das relações conjugais; (4) a maternidade/ paternidade como uma experiência qualitativamente diferente é uma tarefa desenvolvimental.

De uma forma geral, os indivíduos chegam a um ponto das suas vidas e colocam, quer implícita quer explicitamente, a possibilidade de ter um filho, o que pode resultar de motivações pessoais (in)conscientes, ou de pressões familiares e sociais. Como introdução a este tema são abordadas a transição para a maternidade/paternidade e as suas implicações (gravidez e parto): mudanças ao nível dos investimentos, muito particularmente para a mulher; a reorganização de vida no sentido de satisfazer os pedidos da criança e, ainda, a reformulação das relações com a família de origem e com a comunidade. Muitos estudos têm sido realizados com o objectivo de perceber como os pais influenciam o desenvolvimento dos filhos; no entanto, pouco sabemos sobre o modo como os filhos interferem na vida dos pais ou como a família, no conjunto dos seus membros, funciona num sistema de influências recíprocas que muda ao longo do tempo. É objectivo desta primeira parte compreender os pedidos, satisfações, "stress" e recompensas associadas à maternidade/paternidade em diferentes circunstâncias.

O nascimento de um filho e o seu processo tem implicações importantes na forma como esta transição é vivenciada. Quando um filho é planeado e desejado pelo casal, parece haver uma maior consciencialização, participação e gratificação para ambos. O envolvimento activo do pai na gravidez e no parto parece ter consequências positivas, não só na forma como a experiência é vivenciada, como também na qualidade dos comportamentos parentais (e.g. tocar mais o bebé, assumir-se mais como pai).

A importância dada às relações precoces, quer tradicionalmente pela teoria psicanalítica quer mais recentemente pelas teorias etológicas da vinculação, considerando que o desenvolvimento precoce determina, ou pelo menos tem implicações no desenvolvimento posterior, foi de certa forma minimizada pelas teorias do ciclo vital salientando que o indivíduo está aberto ao desenvolvimento ao longo da sua vida, isto é, embora as práticas parentais influenciem o desenvolvimento precoce, não determinam o funcionamento futuro.

1.1. A gravidez

A gravidez enquanto acontecimento de vida pode suscitar a revisão das experiências precoces. Uma vez que a gravidez é considerada como um momento em que a mulher experiencia uma variedade de sensações, fantasias e esperanças, é esperado teoricamente que mulheres com um estilo de vinculação segura encarem e sintam a gravidez como um processo positivo e com um grau elevado de integração e coerência da identidade pessoal. Contrariamente, as mulheres inseguras mostram um maior risco de perturbações psicológicas e *stress* psicossomático durante a gravidez, com consequências ao nível da relação com o feto/bebé.

A ligação pais/filho tem o seu início aquando da decisão da gravidez e continua ao longo do ciclo vital numa partilha mútua. A existência de um *período sensitivo*, durante o qual o contacto pais/filho seria fundamental para o desenvolvimento desta ligação, não foi confirmada por outros autores que, no entanto, apontam para as consequências negativas, quer para os pais quer para os filhos, da separação precoce.

Embora inúmera investigação se tenha debruçado sobre variáveis associadas à constituição de um *vinculo afectivo* (diferenciação entre o *self* e o feto, interacção com o feto, atribuição de características e intenções do feto, *role-taking*) ao longo da gravidez, continua a não existir um modelo processual da gravidez.

Ao longo do processo gravídico, a mulher vai passar por muitos medos e ansiedades, tem que incorporar o feto como parte do seu esquema corporal e acostumar-se a diferentes ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos. A gravidez funciona como um elo de ligação entre duas gerações, assumindo um significado emocional muito grande, não só para os pais como para toda a família. Por tudo isto, as famílias de grávidas experienciam um grau de *stress*, antecipação e mudança envolvendo as fronteiras, as relações intrapessoais bem como as interpessoais e mesmo intrafamiliares.

De facto, a gravidez parece ser um estado facilitador do aparecimento de fantasmas e fantasias e tudo aquilo a que a grávida tem que se adaptar pode ser fantasiado: alterações fisiológicas; mudanças na sua corporalidade; mudanças de expectativas e interacções com os pais, marido e outros significativos; conflito aberto e mensagens cobertas acerca da maternidade; medos, incertezas, sentimentos ambivalentes, reacções e preocupações; sentimentos de vulnerabilidade, perda de autonomia e dependência.

Mas a gravidez não diz apenas respeito à mulher; no entanto, o envolvimento do pai neste processo parece ser, ainda, controlado pela mulher. Parecem existir três fases no envolvimento dos pais durante a gravidez: a do *anúncio* (a gravidez não é ainda muito sentida), uma fase de *moratória* (apesar de um ajustamento à realidade, o seu envolvimento emocional é ainda pequeno) e finalmente a *fase de focagem* (as mudanças corporais da

mulher, ele vive a sua própria experiência de gravidez, redefinindo-se a si próprio e ao mundo em termos de uma paternidade futura).

1.2. O bebé imaginário

Durante a gravidez, o *bebé imaginário* faz parte da mãe e da família e tem o seu lugar no equilíbrio interpessoal que se constitui na família. Após o nascimento, os bebés entram mais ou menos facilmente no sistema familiar, porém, durante a gravidez ele constroi o seu espaço pela imaginação e fantasia, que permite a antevisão do futuro. As fantasias parecem também mudar ao longo da gestação, tornando-se progressivamente mais objectivas e centradas mais no parto que se aproxima.

Apesar dos medos e preocupações acerca do filho que vai nascer, ele é fantasiado, com características específicas. Quando o filho real é diferente do fantasiado, como o nascimento de um filho com mal formações, implica por parte dos pais uma adaptação à nova realidade e o luto do filho imaginário.

A morte de crianças com idades inferiores a um ano são ainda muito frequentes no nosso País. A sua patogénese não é clara, embora as infecções virais e os problemas de parto pareçam ter uma forte contribuição. O nascimento de crianças com malformações é também frequente. Ambas as situações envolvem a perda do bebé real ou imaginário e, conseqüentemente, sofrimento emocional e ajustamentos psicológicos, individuais e familiares, o que muitas vezes exige intervenção psicológica.

Vários factores contribuem para a *difficuldade de resolução destes lutos*: (1) as características psicológicas únicas da perda; (2) a ligação emocional complexa desenvolvida pelos pais expectantes; (3) o estado psicobiológico em que a perda ocorre; (4) o significado sociocultural da perda; (5) a situação ocorre sem ser esperada e frequentemente sem uma explicação plausível para o facto, o que desencadeia nos pais sentimentos de culpa e vergonha; (6) em caso de morte implica por vezes investigação legal; (7) na medida em que nem sempre um novo irmão é desejado, quando este morre ou nasce com uma malformação, os sentimentos de culpa são frequentes na fratria; (8) frequentemente, verifica-se um afastamento entre o casal, quer a nível sexual, por medo de outra gravidez e a repetição da experiência, quer relacional, acentuando sentimentos de dor, de raiva e criando culpabilidade recíprocas.

A intervenção nesta área implica duas vertentes: (1) criar condições que facilitem a iniciação do processo de luto do bebé real e/ou imaginário; focalisa-se na *instituição hospitalar* e nos técnicos que nela trabalham, através de actividades de consultadoria psicológica no sentido de uma maior informação sobre o processo de luto, para uma melhor compreensão dos sentimentos vivenciados neste processo, para a percepção da necessidade dos pais reterem imagens e, portanto, permitirem o contacto com o filho morto, o que facilita a não

negação da morte e, finalmente, para a consciencialização da necessidade de darem respostas concretas sobre as causas, no sentido de minimizar a culpabilidade dos pais e família.

(2) facilitar a realização do processo de luto; dirigida à díade *parental* e à *fratria*, o que frequentemente implica uma psicoterapia quer *individual* quer de *casal* e ainda *familiar*. As gravidezes do luto são muito frequentes como forma de substituição do filho perdido ou imaginado. A intervenção psicoterapêutica neste caso é essencial, na medida em que o futuro filho do luto corre riscos de ordem psicológica importantes. Em caso de malformações, este processo é acrescentado, ainda, de uma intervenção de consultadoria psicológica, no sentido de ajudar esta família a lidar com o filho que tem características específicas e a utilizar redes e recursos de apoio.

Os objectivos gerais da intervenção psicológica nestas situações são facilitar aos diferentes membros da família a resolução das tarefas do processo de luto, a aceitação da realidade da perda, a experiência de dor pela perda, lidando com sentimentos expressos ou latentes, o reajustar-se ao meio, identificando as dificuldades inerentes e, finalmente, ser capaz de fazer novos investimentos, isto é, uma nova gravidez.

Diferentes modelos do luto são desenvolvidos (Lindmann, Kubler-Ross, Schneider, Parkes, Raphael & Nunn). Independentemente do modelo teórico subjacente, podemos definir princípios e procedimentos gerais da intervenção psicológica em situação de luto:

(1) Facilitar a actualização da morte do filho real ou imaginado, através de uma escuta empática e activa, encorajando o cliente a falar da perda;

(2) Incentivar o(a) cliente a exprimir, aceitar e lidar com sentimentos ligados à perda: raiva, culpa, ansiedade, tristeza e abandono; por vezes, o contacto com outras famílias que passaram por situações similares, permite-lhes a partilha de experiências, o que torna os seus sentimentos mais aceitáveis e facilita a desculpabilização;

(3) Ajudar o(a) cliente a viver com a perda e a utilizar recursos das redes sociais de apoio. Aqui o psicoterapeuta poderá servir-se de técnicas como a resolução de problemas, tendo como princípio básico o não tomar decisões importantes, como, por exemplo, voltar a engravidar de imediato;

(4) Facilitar o desinvestimento emocional em relação ao filho perdido, o que lhe permitirá pensar, eventualmente, numa nova gravidez, mas, fundamentalmente, investir em diferentes áreas da sua vida;

(5) Dar tempo para a resolução do luto, o que implica, muitas vezes, um trabalho com a família que não compreende a necessidade deste tempo e considera que a solução é a imediata substituição;

(6) Interpretar o que é um comportamento normal de luto para uma maior tranquilização do cliente e da família;

(7) Reconhecer as diferenças individuais, isto é, marido e mulher podem não ter o mesmo tipo de resposta à perda, o que não significa diferentes sentimentos;

(8) Lidar com as resistências ao luto, quer por parte dos pais quer dos irmãos;

(9) Fornecer apoio continuado, quer em consultas de *follow up* quer pela integração em grupos de apoio;

(10) Identificar lutos disfuncionais, intensos, prolongados ou mascarados por sintomas somáticos ou comportamentais, isto é: (a) diagnosticar a não existência de doença física (por exemplo, a dificuldade de engravidar de novo); (b) definir um contrato em que o cliente aceita reviver a perda; (c) reviver a perda; (d) avaliar qual das tarefas do processo de luto não foi realizada; (e) lidar com os afectos ou ausência destes, estimulados pela rememoração; (d) identificar eventuais objectos de ligação ou transitivos e o seu significado; (e) promover a consciência do carácter decisivo da perda; (f) lidar com a fantasia do final do luto; (g) ajudar o cliente a aceitar o final do luto.

1.3. Intervenção psicológica durante a gravidez.

A intervenção psicológica com grávidas nos primeiros tempos da maternidade passa pela consulta em situações de risco quer para a mãe quer para o filho. Por vezes a vivência, aceitação e adaptação à gravidez é dificultada por factores de ordem diversa, como já foi referido. Contudo, a maioria das vezes o pedido de ajuda está relacionado com os seguintes aspectos; a perda prévia d e um filho; existência de uma criança com deficiência; primiparidade antes dos 17 e depois dos 38 anos; problemas médicos em que a criança possa ser afectada; maternidade singular; temas que serão abordados posteriormente.

1.4. A transição para a maternidade/paternidade

O parto por cesariana tem aumentado significativamente nos últimos anos, o que levanta a questão de saber se a experiência da maternidade/paternidade é diferente, na medida em que a mãe está medicada e o pai não pode participar activamente no processo de parto. As opiniões são diversas no que respeita à relação pais/filho; no entanto, parece ter consequências positivas no que respeita à relação do casal. Saliente-se, contudo, que factores socioculturais parecem interferir nestes processos.²

² A Depressão pós- parto é abordada na cadeira de Consulta Psicológica e Desenvolvimento da Personalidade, também do 4º ano e específica da área de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos, pelo que não é objecto de estudo nesta disciplina

O nascimento de um filho implica importantes mudanças no sistema familiar e nas suas relações com o mundo exterior; embora se trate de uma *transição esperada e normativa*, não deixa de ser fonte de *stress*. É evidente que pai e mãe experienciam esta transição de formas diversas com níveis de *stress* diferente mas, de facto, é o sistema familiar que é pressionado e que tem de se reorganizar para se adaptar à nova situação. A adaptação à transição implica um processo de descentração, tendo de admitir novas responsabilidades e de aceitar a imprevisibilidade da sua nova condição.

As crenças parentais, o fenómeno de bidireccionalidade de efeitos entre pais e filhos ao longo do ciclo vital, a reciprocidade de funções conjugais/parentais e a influência de factores indirectos, são os elementos base para a compreensão do processo desenvolvimental da maternidade/paternidade.

As crenças sobre a forma como um pai deve desempenhar as suas funções, bem como sobre o que é esperado de um filho (desenvolvimento, comportamento, papéis, sucesso...) estão associadas a inúmeros factores de ordem pessoal (história de vida, personalidade, nível socio-cultural, estatuto socio-económico, trabalho...) de ordem relacional (relação conjugal e parental e características da criança) de ordem social (estereótipos,...)

Sabemos, por exemplo, que no período da adolescência as relações pais-filhos são frequentemente de grande tensão. Para a sua compreensão devemos ter conta não só as mudanças desenvolvimentais do adolescente mas também as dos pais, que estão tipicamente na idade dos trinta/quarenta e, provavelmente, a vivenciar um período de crise relacionada com os seus objectivos de vida, satisfação no trabalho, alterações nas relações conjugais e mudanças de ordem física. Um conjunto de questões não resolvidas, quer por parte dos pais quer dos filhos, podem ser factores que contribuem para estas relações de tensão.

No entanto outra questão se coloca; que factores contribuem para a diferenciação das práticas parentais? Para esta diferenciação parece contribuir um sistema de factores distintos mas interrelacionados: *recursos psicológicos, características da criança e fontes contextuais de stress e apoio*. A intervenção nesta área tem pois como objectivo promover a competência dos pais para utilizar construtivamente este sistema de factores.

A relação conjugal na transição para a maternidade/paternidade sofre mudanças, obrigando à construção de alianças quer emocionais quer instrumentais (de cooperação, de colisão, desordenadas e *stressantes*), o que muitas vezes é sentido como uma forma de diminuição da sua intimidade. Por outro lado, esta transição reforça uma desigualdade de poderes, em que cada um tende a ganhar ou a perder força de acordo com os papéis que eles assumem. Estas mudanças necessitam de ser (re)negociadas, não só, ao longo do desenvolvimento da sua relação, mas também com o crescimento dos filhos e com o nascimento de outros.

2. Consulta psicológica parental

Nesta parte são apresentados aos alunos os diferentes modos de intervenção, quer numa perspectiva de educação psicológica dirigida a grupos de pais, quer de consultadoria intervindo junto dos pais com o objectivo de solucionar algum problema respeitante ao filho. A intervenção é, ainda, sistematizada em função dos racionais teóricos que lhe estão subjacentes, do grupo étário a que se destinam e dos seus objectivos.

2.1. Objectivos gerais e actividades da educação psicológica parental

Os programas de educação parental podem cobrir uma variedade de conteúdos, desde os cuidados de saúde até ao desenvolvimento da criança. A análise de diferentes programas revela que a informação, o desenvolvimento de diferentes competências, a promoção do auto-conhecimento e a resolução de problemas são as áreas de eleição.

Os programas que valorizam a *informação* factual e teórica acerca do desenvolvimento da criança, da interacção com os pares ou das práticas educativas, entre outros, têm como objectivo geral fornecer conhecimentos sobre diferentes assuntos que são auxiliares importantes para os pais no exercício das suas funções parentais. No entanto, a transmissão de informação é insuficiente quando o objectivo é a mudança comportamental dos pais; para isto, é necessário aprender como fazer e, nesse sentido os programas valorizam o *treino de competências* diversas. Um terceiro domínio que é objectivo dos programas para pais é o desenvolvimento do *auto-conhecimento*, isto é, facilitar a compreensão de como a sua educação, ligações à família de origem, valores, motivações e conflitos influenciam as práticas educativas. Um outro domínio diz respeito à *resolução de problemas* em diferentes situações desenvolvimentais, o que implica componentes como a identificação do problema, determinar a responsabilidade no problema, explorar alternativas de acção, antecipar consequências, definir e implementar um plano e, finalmente, avaliar os resultados. Finalmente, programas que têm como objectivo o desenvolvimento de *competências para lidar com o stress*, muito particularmente quando se trata de situações do âmbito psicopatológico.

A articulação de variáveis, como o peso a dar a cada uma destas áreas, a composição do grupo e a natureza de valores a serem transmitidos, são factores essenciais para o desenvolvimento de programas para a educação de pais. O psicólogo na implementação destes programas assume mais um papel didático, de apoio e de consultor mais do que, estritamente, psicoterapêutico

A definição dos *objectivos* e *conteúdo* do programa deve ter em conta a composição do grupo a que se destina, na medida em que as questões que se levantam aos pais com filhos em idades pré-escolares são necessariamente diferentes das dos pais com filhos

adolescentes ou em idade escolar. O nível sócio-económico e cultural é ainda outra variável a ter em conta na organização do grupo e definição de objectivos e conteúdos. Num grupo com um nível sócio-cultural baixo, a transmissão de informação não será tão eficaz como o treino de competências, por exemplo. Uma outra questão fundamental é a avaliação dos valores inerentes ao programa para que não entrem em choque com os valores existentes no grupo a que se destina.

Estas são algumas questões abordadas nas aulas teóricas que têm como objectivo dar uma panorâmica geral aos alunos sobre construção e implementação de um programa para a educação psicológica de pais. Esta informação é complementada pela exemplificação de diferentes programas e pela elaboração de um programa nas aulas práticas.

2.2. Programas de educação psicológica parental

Uma grande variedade de programas têm sido desenvolvidos nos últimos anos, diferindo no seu racional teórico, conteúdo e métodos. Nos programas segundo uma perspectiva *comportamentalista*, os pais são ensinados a utilizar de uma forma eficaz estímulos antecedentes e consequentes para alterar respostas comportamentais dos filhos. A ideia subjacente a estes programas é que os pais tendem mais a utilizar técnicas de reforço negativo, as quais levam à permanência de comportamentos não desejáveis.

Numa perspectiva *Adleriana*, os programas enfatizam a importância do processo de socialização na família, e têm como objectivo o encorajamento para a construção de uma relação positiva. O comportamento da criança é interpretado como uma forma de chamar a atenção, ganhar poder ou vingar-se. As estratégias utilizadas são a escuta reflexiva, técnicas de resolução de problemas e a utilização do "eu" na transmissão de mensagens. A avaliação destes programas revela-nos mudanças positivas quer ao nível do comportamento da criança quer do auto-conceito, atitudes e comportamento dos pais.

Um outro grupo de programas situa-se numa perspectiva *humanista*, rogeriana, dando relevo às relações pais-filhos. Neste sentido, para promover o desenvolvimento e crescimento das crianças, os pais devem criar uma atmosfera de empatia, congruência, genuinidade e respeito incondicional. Assim, os objectivos destes programas são o desenvolvimento de competências de comunicação (silêncios, questões abertas, escuta activa e mensagens em "eu"), de expressão de sentimentos e de resolução de problemas.

A educação parental numa perspectiva *psicanalítica* está mais orientada para o desenvolvimento do auto-conhecimento e do funcionamento intrapsíquico dos pais.

Os programas desenvolvidos segundo uma perspectiva *construtivista* apoiam-se na necessidade de alterar a forma como os pais constroem o desenvolvimento da criança e salientam o seu papel neste processo. Os pais deverão ser capazes de reconhecer as

diferenças entre os constructos dos adultos e os das crianças, sendo estes o foco da interação e não os comportamentos. Assim, os objectivos destes programas são: desenvolver nos pais a tomada de consciência das suas crenças e das das crianças, assim como o efeito daquelas nos comportamentos; a construção de relações pais/filhos num processo de partilha; como ensinar às crianças crenças apropriadas e, finalmente, desenvolver nos pais competências de resolução de problemas.

Segundo o modelo *ecológico*, os programas de intervenção apoiam-se em três pressupostos básicos: o indivíduo é uma entidade dinâmica que se vai desenvolvendo e reestruturando o meio em que vive; a interacção individuo-meio é bidireccional; o ambiente ecológico é considerado como um conjunto de estruturas seriadas, cada uma das quais está inserida na seguinte e que se interrelacionam e influenciam.

A *análise transaccional* debruça-se sobre o modo como as interacções sociais interferem no desenvolvimento da personalidade e determinam estilos de vida. Os objectivos gerais destes programas são: facilitar aos pais a aprendizagem sobre eles próprios; como resolver problemas imediatos da família; fornecer um modelo para identificar necessidades pessoais e necessidades dos outros.

Outros programas foram desenvolvidos utilizando técnicas de diferentes perspectivas: *Family Structured Enrichment* (L'Abate & Weinstein, 1987); *Parent Child Relationship Enhancement* (Coulfal & Brock, 1983).

2.3. Consultadoria

A intervenção numa perspectiva de consultadoria diz respeito essencialmente ao trabalho efectuado pelo psicólogo junto dos pais e que visa a resolução de um problema considerado, *a priori*, do filho.

Os modelos mais destacados neste âmbito são os *humanistas* (rogerianos e analíticos), *comportamentalistas* e *da aprendizagem social*. Embora as estratégias e técnicas de intervenção variem em função do modelo teórico em que nos situamos, é nosso objectivo fornecer aos alunos um modelo eclético como paradigma de intervenção nesta área.

Ao nível da *comunicação*, centramo-nos no discurso dos pais, espontâneo ou induzido por questões formuladas pelo psicólogo, verbal ou não, que eles têm com os filhos nas diferentes situações de vida, assim como sobre os sentimentos e representações subjacentes a essas interacções. Muitas vezes, as condições do *meio* são estímulos de manutenção de comportamentos, neste sentido é necessário identificar os efeitos dos diferentes contextos de vida (família, escola, grupo de pares, comunidade) e as mudanças a implementar, usando os seus recursos de uma forma mais eficaz para a resolução do problema.

Aquilo que denominamos mudanças a promover nos pais abrange questões como a compreensão e a consciencialização do desenvolvimento da criança, das suas expectativas em relação aos filhos, das relações com a família de origem, das práticas educativas, do seu diálogo interior e *locus de controlo*, da relação conjugal, da capacidade de resolução de problemas, das relações com o exterior (trabalho, amigos e comunidade) e estilo de vida.

As mudanças a promover no filho passam pela definição clara do problema, do seu significado, do objectivo de mudança e sua manutenção.

Embora estas áreas de intervenção sejam apresentadas de uma forma sistematizada, salienta-se a necessidade de nos situarmos na sua interrelação e, portanto, na multicausalidade dos problemas.

3. Maternidade/paternidade na adolescência

3.1. Características e consequências

A adolescência é um período de transição para a idade adulta em que inúmeras mudanças desenvolvimentais têm lugar. Embora se verifique uma variação grande em termos maturacionais, questões relativas à sexualidade, dependência/autonomia, aceitação pelos pares, sentido de competência, definição de valores e construção da identidade são comuns aos adolescentes. A maternidade/paternidade neste período implica que os adolescentes tenham de lidar com tarefas adultas para as quais não estão ainda, em termos desenvolvimentais, preparados. Este conflito desenvolvimental reside na confrontação com uma gravidez não planeada, o que pode implicar dependência dos pais, na mesma altura em que o adolescente luta pela sua independência, com a necessidade de assumir um papel de mãe/pai e simultaneamente a necessidade de que tratem e cuidem deles. Quando os papéis parentais têm de ser assumidos neste período, as necessidades dos adolescentes entram em conflito com as necessidades do bebé e os requisitos que o novo papel lhes exige. Esta descontinuidade no ciclo vital familiar pode ser considerada como uma *crise* ou transição como uma oportunidade de crescimento para a família, se esta conseguir desenvolver respostas adaptativas à nova situação.

A grande maioria das adolescentes grávidas vê-se na necessidade de abandonar a escola, muitas delas foram vítimas de abusos sexuais, vivenciam um síndrome de fracasso perante a incapacidade de prolongarem a sua adolescência como os outros da sua idade, parecem ter um estilo de vinculação inseguro aos pais e aos pares e, simultaneamente, são confrontadas com a dificuldade de assumirem o seu papel de mães responsáveis.

3.2. Transição para a maternidade/paternidade

Ao examinarmos a transição para a maternidade/paternidade na adolescência, apresentamos um modelo heurístico em que são analisados *factores* que podem contribuir para uma gravidez na adolescência, para a reacção a essa gravidez e para a decisão de casar, abortar, continuar a gravidez, ficar com o filho ou dar para adopção, assim como para o impacto que essa gravidez pode ter na família, no grupo de pares, na criança e nos adolescentes. Esses factores são: as *características familiares, individuais, do casal adolescente, do grupo dos pares, do meio e sócio-económicos*.

3.3. O filho de pais adolescentes

Numa revisão da literatura, verifica-se que os filhos de adolescentes tendem a ter mais problemas desenvolvimentais do que outras crianças. Para a análise desta questão, situamo-nos num modelo de causalidade complexo. Para a compreensão destes défices, múltiplas variáveis devem ser tidas em conta: *idade da mãe, nível sócio-económico, preparação pré-natal, indicadores neurológicos, físicos e comportamentais* aquando do nascimento, *atitudes maternas, temperamento da criança, estimulação do meio e a qualidade da interacção mãe-filho*.

3.4. Intervenção psicológica

A intervenção nesta área deverá incidir sobre os seguintes tópicos: (1) relações com os pais (participar aos pais o estado gravídico, lidar com as expectativas); (2) sentimentos em relação ao corpo; (3) pensamentos, sentimentos e reacções à gravidez; (4) compreender e lidar com diferentes estados de humor; (5) tomar decisões em relação a si própria e ao bebé; (6) planeamento familiar; (7) competências parentais; (8) sexualidade e relações; (9) casamento; (10) compreender o desenvolvimento do bebé, (11) expectativas em relação ao desenvolvimento e comportamento do bebé; (12) relações com o pai da criança; (13) viver independente; (14) resolver conflitos; (15) resolver problemas; (16) negociar acordos, (17) resolver questões financeiras, (18) planos para o futuro (escola, trabalho).

Alguns esforços têm sido feitos no sentido de *prevenir* a gravidez na adolescência através de programas que valorizam a educação sexual e a informação sobre a contracepção, mudança de atitudes acerca do envolvimento sexual precoce, fornecimento de métodos contraceptivos e criação de serviços de planeamento familiar. De uma forma geral, estes esforços não têm sido bem sucedidos e são de difícil avaliação, embora seja reconhecido que os adolescentes dispõem de uma maior informação sobre a sexualidade e contracepção, o que permite concluir que o problema da gravidez na adolescência não é apenas uma questão de falta de conhecimentos e meios, mas o resultado de um conjunto complexo de factores que devem estar presentes quando nos propomos intervir nesta área.

Quando uma adolescente fica grávida, é confrontada com um conjunto de problemas que muitas vezes a levam a pedir ajuda. O psicólogo deve ser capaz de uma escuta atenta, de exploração de sentimentos, de avaliação das capacidades dos adolescentes tomarem uma decisão em relação à prossecução da gravidez e de analisar as diferentes alternativas e recursos. Deve ainda preparar a adolescente para a crise emocional precipitada pela confirmação da gravidez, pelo conhecimento dos outros, pela necessidade de tomar decisões em relação ao filho, pela experiência do trabalho de parto e, finalmente, pela inevitabilidade de reavaliar e redefinir os seus projectos de vida. O ajustamento psicossocial individual e familiar é o objectivo primordial da consulta psicológica nesta área

No *período pós decisão* de manutenção da gravidez, a intervenção deve focalizar-se em quatro áreas: *médica, educativa, social e psicológica* e poderá ter a sua implementação em instituições como hospitais, escolas e serviços sociais. Alguns programas com objectivos específicos têm sido desenvolvidos.

Os programas para pais adolescentes são ainda muito recentes e, portanto, não podemos avaliar a sua eficácia. Estes programas têm como objectivo primário a promoção do investimento e apoio paternal.

Uma outra área de intervenção vem no sentido de promover condições desenvolvimentais apropriadas para os filhos de adolescentes. Dois tipos de programas foram desenvolvidos; aqueles que visam directamente o desenvolvimento cognitivo e social dos filhos através da educação parental, e aqueles que podem indirectamente beneficiar os filhos, proporcionando-lhes meios mais estimulantes e mais oportunidades educacionais, através do melhoramento das condições de vida dos pais.

3.5. Características gerais dos programas da educação psicológica

- (1) Prevenção de uma nova gravidez, educação sexual, desenvolvimento de competências sociais, emocionais, de resolução de problemas e de tomada de decisão;
- (2) Aquisição de atitudes parentais positivas e competências necessárias para responder às necessidades físicas, sócio-emocionais, intelectuais e desenvolvimentais da criança;
- (3) Uma intervenção continuada, isto é, que tenha o seu início no período pré-natal e prossiga no pós-parto, o que encoraja a manutenção e aquisição de competências parentais e reforça as atitudes de mudança;
- (4) O desenvolvimento de projectos e investimentos realistas para as suas vidas

4. Aulas Práticas

Além da análise e discussão de casos em atendimento realizam-se situações de *role playing* no sentido de desenvolver competências de consulta nesta área.

4.1. Avaliação das características e processos da maternidade/paternidade

Desde os anos trinta que uma grande variedade de instrumentos de avaliação das características e processos de maternidade/paternidade tem sido desenvolvida: questionários, entrevistas e instrumentos de observação. Na medida em que estes instrumentos são o veículo da investigação e da intervenção, é fundamental que os alunos tenham conhecimento de alguns deles.

Os instrumentos documentam um conjunto de conceitos e variáveis que têm sido estudados no âmbito da maternidade/paternidade: cognição social e comportamento parental, relações pais/filhos, ajustamento à maternidade/paternidade, satisfação parental e ambiente em casa.

4.1.1. A entrevista

A entrevista inicial tem mais como objectivo o estabelecimento de uma relação que permita a recolha de informação necessária à compreensão do problema sem que os pais se sintam ameaçados. Muitas vezes esta entrevista tem momentos diferentes dirigindo-se, quer ao subsistema parental, quer conjugal, quer eventualmente ao filial. A história desenvolvimental da criança, as relações parentais, conjugais, fraternais, com a família alargada, com o exterior e o estilo de vida são alguns dos pontos abordados para a melhor compreensão do problema, embora não necessariamente num primeiro contacto. As questões são abertas, permitindo que a informação aconteça de uma forma espontânea, embora, por vezes, seja necessário a clarificação de pontos mais específicos. Desde o primeiro contacto, procura-se que o processo de consulta tenha o seu início, isto é, os pais e ou filho deverão sentir que o seu problema é solucionável e que eles são os principais intervenientes nessa mudança.

Esta entrevista é ainda trabalhada para as situações específicas de gravidez adolescente ou não em que questões como a apreensão, indecisão, incredulidade, ambivalência, apoios, vergonha são tidas em conta.

São ainda discutidas situações dilemáticas com que o psicólogo se confronta: o segredo profissional quando se trata de crianças e adolescentes; como estabelecer a ponte entre pais e filhos, a tomada de decisão sobre uma gravidez; questões legais e éticas etc.

5. Bibliografia

AMMANTI, M. *et al* (1992) Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13, 2, 167-182.

**ALAMÉDA, A. (1998). *Les 7 péchés familiaux*. Paris: Odile Jacob.

*BARROS, L. (1993) Crenças Parentais: Modelos explicativos e de intervenção clínica. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9, 49-66

**BELSKY, J. & VONDRA, J. (1985). Characteristics, consequences, and determinants of parenting. In Luciano L'Abate. *The Handbook of Family Psychology and Therapy*. Chicago: Dorsey Press, 523-556.

BERNAZZANI, O. *et al*. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 4, 391-402.

**BIRNS B. & HAY, D.F. (1988). *The different faces of motherhood*. N.Y.: Plenum Press.

**BISCAIA, J. & SÁ, E. (1997). A gravidez no pensamento das mães. Contributo para uma estratégia de avaliação da gravidez através do desenho. In E. Sá (Ed), *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.

CORREIA, M. J., & ALVES, M. J., (1990). Gravidez na adolescência: O nascimento de uma consulta e de um programa de intervenção. *Análise Psicológica*, 4, 429-434.

CRANLEY, M.S. (1993). The origins of the mother-child relationship A review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 12, 2/3, 39-51.

**DALY, K. (1994). Adolescent perceptions of adoption-implications for resolving an unplanned pregnancy. *Youth and Society*, 25, 3, 330-350.

DOWNEY, G., & COYNE, J. C. (1990). Children of depressed parents. An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

**ENTWISLE, D. R. (1985). Becoming a parent. In Luciano L'Abate. (Ed.). *The Handbook of Family psychology and therapy*. Chicago: Dorsey Press, 557-585.

FELDMAN, S. S., WENTZEL, K. R., WEINBERGER, D. A., & MUNSON J. A. (1990). Marital satisfaction of parents of preadolescent boys and its relationship to family and child functioning. *Journal of Family Psychology*, 4, 213-234.

*FERREIRA, L. M. *et al.* (1990). O luto por morte perinatal e/ou malformação do bebê. *Análise Psicológica*, 4, 399-403.

FERREIRA, M. & COSTA, M.E. (1998). Representação da relação de vinculação com pais e pares e gravidez na adolescência. (policopiado)

* FINE, J. M. (1989). *The second handbook on parent education-contemporary perspectives*. N. Y.: Academic Press..

FIVAZ- DEPEURSINGE, E. & CORBOZ-WARNERY, A. (1999). *The primary triangle*. New York: Basic Books.

*FURSTENBERG, F. F., BROOKS-GUNN, J., & CHASE-LANDSDALE L. (1989). Teenaged pregnancy and childbearing. *American Psychologist*, 44, 313-320.

GOODNOW, J. J., & COLLIN, W. A. (1990). *Development according to parents. The nature, sources and consequences of parent's ideas*. London: LawrenceErlbaum

**GORDON, C. (1996). Adolescent decision making: a broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 31, 123, 561-584..

*HARDY, B. S. (1988). Adolescent parenthood. Crisis for males and females. In J. Sandoval (Ed.), *Crisis counseling, intervention, and prevention in the schools*. London: Lawrence Erlbaum, 205-217.

HARRIMAN, L. C. (1993). Personal and marital changes accompanying parenthood. *Family Relations*, 32, 387-394.

*HARVEY, J. H. & MILLER, E. D. (1998). Toward a psychology of loss. *Psychological Science*, 9, 6, 429-434

**HINDE R.A. & HINDE, J.S. (1990). *Relationships within families*. Oxford: Clarendon Press

*KINDLON, D. & THOMPSON, M. (1999). *Raising Cain. Protecting the emotional life of boys*. New York: Ballantine Books. Cap. 6 e 5.

KLAUS, M. H., & KENNEL, J. H. (1983). *Parent-infant bonding*. St. Louis: Mosby.

*KENNEL, J. H. & KLAUS, M. H. (1993). Parent counseling. In R.A. Knuppel & J.E. Drukker (Eds), *High-risk pregnancy: A team approach*. Philadelphia: Saunders.

* L'ABATE, L., & WEINSTEIN, S. E. (1987). *Structured enrichment programs for couples and families*. N. Y.: Brunner/Mazel.

**LEVI, K. N. BLATT, S. J. & SHAVER, P.R. (1998). Attachment styles and parental representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 2, 407-419.

LOPES, J.S. (1997). Luto e gravidez. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de século.

**LUSTER, T. & OKAGAKI, L. (1993). *Parenting. An ecological perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass. Pub.

*MANCUSO, J. C. & HANDIN, K. H. (1983). Prompting parents toward constructivist caregiving practices. In I. E. Siegel & L. M. Laosa. (Eds), *Changing Families*, New York: Plenum Press, 167-203.

**MAY, K. A. (1986). Three phases of father involvement in pregnancy. In R.H. Moos (Ed), *Coping with life crises*. New York: Plenum Press.

*MERRIL, M. A. (1989). Teenage pregnancy and parenthood education. In Marvin J. Fine. *The second handbook on parent education*. New York: Academic Press, 173-195.

MILLER, S.A. (1995). Parents' attributions for their children's behavior. *Child Development*, 66, 1557-1584.

MORELAND, J. R., SCHEWBEL, A. I., BECK, S., & WELL, R. (1982). Parents as therapists: A review of the behavior therapy parent training literature 1975 to 1981. *Behavior Modification*, 6, 250-276.

MORGAN, C. *et al.* (1995). Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Adolescence*, 30, 118, 277-289

*MUSITU, G., (1991). Modelo ecológico de intervenção psicológica para o desenvolvimento humano. (Policopiado), 1-34.

**ROMIG, C.H. A. & THOMPSON, J. G. (1988). Teenage pregnancy: A family systems approach. *American Journal of Family Therapy*, 16, 133-143.

**ROBINSON, B. (1988). *Teenage fathers*. Lexington, MA: Lexington Books.

**ROOSA, M. W., FITZGERALD, H. E., & MARY, C. (1985). Teenage parenting delayed parenting, and childlessness. In Luciano L'Abate *The handbook of family psychology and therapy*. Chicago: The Dorsey Press, 623-659.

*SILVA, M. O. (1992). *A gravidez na adolescência. Relevância clínica da intervenção pré-natal*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina.

SLADE, A. & COHEN, L.J. (1996). The process of parenting and the remembrance of things past. *Infant Mental Health Journal*, 17, 3, 217-238.

**STERN, D. N. & BRUSCHWEILER-STERN, N. (1999). *The birth of a mother*. New York.

*VALE, D. & COSTA, M.E. (1994/95). Consulta psicológica parental para problemas de comportamento: Estudo de casos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 79-104.

TUBMAN, J. G. & LERNER, R. M. (1994). Affective experiences of parents and their children from adolescence to young adulthood: Stability and affective experiences. *Journal of Adolescence*, 17, 81-98.

*WORDEN, W. J. (1982) *Grief Counseling and Grief Therapy*. N.York: Tavistock.

Quinto Capítulo

**CONSULTA PSICOLÓGICA
EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR**

0.Objectivos

1.Contextualização da violência familiar

2.Violência parental

2.1. Definição

2.2. Características dos pais abusadores

2.3. Características das crianças

2.4. Padrões de educação da criança e competências parentais

2.5. Consequências do maltrato infantil

3.Intervenção Psicológica

3.1. Junto de pais e famílias

3.2. Junto de crianças

4.Violência conjugal

4.1.Definição/investigação

4.2.Dinâmica do abuso

4.3 Intervenção psicológica junto de vítimas e agressores

5. Aulas Práticas

6. Bibliografia

0.Objectivos

- (1) Compreender a dificuldade em delimitar o conceito de violência parental;
- (2) Perceber a multidimensionalidade do maltrato infantil;
- (3) Ser capaz de, despistar situações de maltrato;
- (4) Reconhecer como necessidade primária a segurança física e psicológica da vítima e como é difícil avaliar o que é melhor para a criança;
- (5) Reflectir a necessidade de se situar numa perspectiva ecológica para avaliação do problema;
- (6) Perceber a necessidade de ser criativo nas formas de avaliação do problema, adaptando à idade da criança;
- (7) Perceber a necessidade de intervenção em múltiplos sistemas;
- (8) Dirimir em função da especificidade do caso que objecto e que estratégias de intervenção privilegiar;
- (9) Perceber a complexidade de análise das situações de violência conjugal;
- (10) Reflectir sobre a necessidade de se situar numa perspectiva ecológica para avaliação do problema;
- (11) Compreender as dificuldades de intervenção nesta problemática;
- (12) Perceber que a prevenção passa pela promoção de competências de convivência com os outros e da necessidade de a contextualizar numa perspectiva multissistémica de influências.

1. Contextualização da violência familiar

O nascimento de um filho exige a redefinição de papéis no seio da família com o inerente estabelecimento de fronteiras entre o subsistema conjugal já existente e o parental recentemente criado ou recriado. O nascimento de um filho e a adaptação contínua ao seu crescimento implica por parte dos pais uma redefinição constante das suas funções, bem como uma articulação satisfatória entre os papéis e funções parentais e conjugais, na medida em que as exigências de um sistema e outro se sobrepõem. Se acrescentarmos a isto, o facto de este filho não ter sido desejado e planeado ou ter surgido apenas para o mero preenchimento de um vazio latente, o exercício das funções parentais é frequentemente acompanhado de *stress* e angústia, se não mesmo de *negligência* e *hostilidade*.

A complexidade destas mudanças estruturais da família podem conduzir, por um lado, à *disfuncionalidade conjugal* e, por outro, afectar as *relações pais-filho* ao longo do ciclo de vida. Sendo os pais os principais catalisadores do desenvolvimento de um filho, este é condicionado, não apenas, pela forma como os pais vivem as suas funções parentais mas também as conjugais.

Não queremos com isto dizer que neste processo as relações de influência são unidireccionais na medida em que a criança não é um ser passivo, mas detentora de uma individualidade própria, com características específicas, que pensa, age, reage, e por isso é um agente activo na dinâmica relacional familiar. Para compreender a dinâmica relacional familiar é preciso ter em conta todos os elementos que dela fazem parte, a sua interacção, bem como as influências recíprocas no desenvolvimento dos seus membros.

No entanto, a família como espaço privilegiado de desenvolvimento, nem sempre assume formas promotoras do mesmo. Isto é, pressupõe-se que a família seja um contexto de amor, carinho, protecção; no entanto a família revela, ora implícita, ora explicitamente, dinâmicas que se apoiam por vezes, não nestes pressupostos que lhe são socialmente atribuídos mas, no medo, hostilidade e violência.

A *violência familiar* não pode ser analisada sem ter em conta um conjunto de valores, crenças, estilos de vida, sistema socio-político, características de uma cultura e época. A sua expressão e o significado que lhe é atribuído é claramente influenciado por estes factores, sendo por isso muitas vezes difícil de operacionalizar o que se entende por um comportamento de violência, variando este de acordo com a sua intencionalidade e com o significado que lhe é atribuído num contexto relacional.

Apesar de nos encontrarmos no final do século vinte, a violência familiar é ainda um problema actual. E é na família, onde se esperaria um contexto de amor e protecção, onde a criança desfrutaria de uma qualidade de vida promotora do seu desenvolvimento, que vamos encontrar mais abuso infantil quer de uma forma directa quer indirecta. Isto é, muitas vezes a vitimação da criança acontece, não porque é o objecto directo dessa violência mas porque sofre a violência que ocorre entre os seus pais. Apesar desta realidade constrangedora e das suas consequências no desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental da criança, só recentemente tem sido objecto de estudo. Diferentes factores podem ser referidos como justificativos do facto, no entanto, o principal parece estar ligado à ideia prevalecte de que o que se passa na família pertence ao foro privado e, portanto, investigar neste domínio não ser acessível, restando para isso os casos clínicos cujo resultado da violência é observável e não passível de ser negada. Ao contrário da violência "criminal", a doméstica ou familiar tem sido de certa forma ignorada pelos vários organismos políticos e sociais ao longo dos tempos. Aquilo que é classificado como crime fora das portas do contexto familiar, passa a ser designado como ofensa menor ou distúrbio doméstico, se ocorre intraportas, na privacidade e unidade familiar.

A literatura e a análise da realidade confronta-nos com algumas contradições que tornam esta problemática complexa. Isto é, se por um lado nos deparamos com um discurso social anti-violência familiar, com uma maior responsabilização social através da criação de instituições às vítimas da violência familiar, por outro, quando se pretende estudar o problema deparamos com inúmeras lacunas, limitando-se o seu conhecimento a meras explicações descritivas que não estruturam um modelo conceptual consistente.

Apesar do esforço de se verificarem algumas mudanças quer ao nível do discurso vigente quer ao nível comportamental, não podemos negar que o sistema familiar se caracteriza por um sistema patriarcal, em que o pai é detentor do poder, em que os papéis são definidos tradicionalmente e com atitudes e crenças face às estratégias de educação ainda conservadoras. As interacções familiares baseiam-se em relações de poder e controlo, seja do marido relativamente à esposa, seja destes em relação à criança. O uso da força continua a ser uma resposta normativa e eficaz, socialmente aceite, de comunicação e interacção entre os diferentes elementos que constituem a família

Se a violência é uma forma de comunicação em que um indivíduo funciona como emissor (agressor) e outro como receptor (vítima), sendo difícil determinar quem é um ou quem é o outro, e consequentemente isolar estes elementos de um contexto mais alargado que é a dinâmica relacional familiar e desta com o meio, quer no sentido mais restrito quer no mais abrangente em que se insere, qualquer análise sectorial é com certeza uma limitação para a compreensão desta problemática. No entanto, investigação predominante acaba por analisar apenas a relação agressor/ vítima, em que o primeiro é frequentemente o homem e

os segundos as mulheres e as crianças, desta forma, não nos foi possível fugir a esta organização ainda que lacunar.

2. Violência parental

2.1. Definição

Definir violência parental, maltrato infantil ou abuso infantil é tão complexo quanto controverso e mesmo relativo. Diferentes definições podem surgir em diferentes sociedades, culturas, organizações e consequentemente investigadores. Reportando-nos à violência parental, a violência é dirigida às crianças e compreende todo o acto dos pais, familiares ou outros que lesionem os direitos e necessidades da criança relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor, intelectual, moral e afectivo.

O aumento de consciência e preocupação com o maltrato infantil tem sido acompanhado, por um lado, pela necessidade de definição e expansão do conceito e, por outro, à proliferação da investigação, no sentido de perceber as consequências desta no desenvolvimento psicológico das vítimas. Quer razões de investigação, de intervenção, quer legais levam à necessidade de critérios de definição objectivos. Sem esquecer, no entanto, que tem de ser examinado no seu contexto cultural, na medida em que, os actos que são vistos como abusivos representam práticas idiossincráticas.

Neste sentido, toda as definições têm uma natureza relativa, tendo em conta as diferenças históricas e culturais nas crenças sobre a prestação de cuidados aceitáveis e abusivos. Assim, numa tentativa de uniformizar as diversas definições de maltrato são referidos diferentes tipos de abuso aplicados às crianças: abuso físico, negligência, abuso sexual, abuso psicológico ou emocional.

O *abuso físico* refere-se a qualquer acto intencional perpetrado por um pai ou educador, causando ou não danos físicos, quer tendo ou não como objectivo a disciplina. O abuso físico muitas vezes associado à punição corporal – causar uma experiência de dor na criança frequentemente usada como um método disciplinar, isto é corrigir ou controlar o comportamento (golpes com instrumentos ou com as mãos, bater com objectos, produzir queimaduras intencionalmente, pontapés, fechar ou amarrar a criança estrangulamento, asfixia, fazer feridas com objectos cortantes, envenenamento).

A *negligência*, por sua vez, caracteriza-se por um padrão crónico de privação de necessidades que caberia aos pais e educadores satisfazer. São exemplos disto uma supervisão inadequada, alimentação e vestuário insuficientes ou inadequados, falta de apoio médico e de higiene, permissão de comportamentos arriscados e perigosos para a

tornou-se necessário uma compreensão da interacção de variáveis a múltiplos níveis, como as características dos pais e da criança, interacções pais-filhos, relações conjugais e familiares e outras variáveis contextuais.

2.2. Características dos pais abusadores

De uma forma geral, relativamente às características psicológicas dos pais abusivos em comparação com outros pais, podemos dizer que emergem diferenças quer ao nível comportamental quer cognitivo-comportamental. Nestas diferenças são de salientar a baixa tolerância à frustração e expressão inapropriada de raiva aos estímulos provocatórios da criança independentemente da sua génese, um maior isolamento social e conseqüente falta de redes sociais de apoio, quer este aconteça para esconder do exterior a violência intrafamiliar, quer como característica intrapsíquica do indivíduo abusador. As competências parentais são inconsistentes, não estimulantes, inflexíveis, ineficazes. Os pais são insensíveis às características específicas da criança bem como das situações, demonstram dificuldades de comunicação, não definem regras, interagem pouco com a criança, utilizam pouco os reforços positivos e são altamente punitivos. Além disto e, em muitos casos por desconhecimento, demonstram expectativas irrealistas em relação aos seus filhos; consideram o comportamento destes como muito *stressante*; descrevem-se como sendo inadequados ou incompetentes no seu papel parental.

Quer as das características psicológicas dos pais abusadores, bem como as características do ambiente (*stress*) têm de ser vistas apenas como predisposições (tendência para o abuso) e não como corolário. Um outro factor de risco (ainda que não haja consenso) de maltrato infantil parece estar associado à maternidade adolescente. A investigação refere que estas adolescentes têm comportamentos de parentalidade menos adequados e, tal como muitas mães que maltratam, têm expectativas irrealistas do desenvolvimento da criança, não estão conscientes das necessidades dos seus filhos e acreditam no valor da punição física.

2.3. Características da criança

Apesar de na maioria das vezes ouvirmos os pais justificarem os seus comportamentos através das características das crianças, a perspectiva unidireccional tem sido dominante; em que o comportamento dos pais influenciaria o da criança. A isto talvez não seja alheio o poder inquestionável dos pais, em que a sua adultez e conhecimento lhes conferia o direito de posse e conseqüentemente determinístico no desenvolvimento do seu filho. Por sua vez, a criança vista como desprovida de poder, dependente dos pais a sua contribuição para a dinâmica relacional familiar parecia ter pouco peso. No entanto, na medida em que a criança tem vida e interage com os diferentes elementos da família não pode ser esquecida para a compreensão da violência parental. De facto, há uma evidência considerável de que

as características da criança também podem afectar o comportamento parental. O modo como os pais respondem à criança pode estar directamente relacionado com as características mentais, físicas ou comportamentais desta, algumas das quais podem ser congénitas ou relacionadas com *handicaps* desenvolvimentais e outras aprendidas.

Vários estudos que investigam os efeitos da criança nos adultos têm descoberto padrões de comportamento problemáticos que podem elicitar respostas parentais negativas. Por exemplo, o nível de actividade e agressividade de uma criança são um enorme risco para reacções punitivas severas por parte dos seus pais, baseado num processo de escalada recíproca de trocas aversivas entre o pai e a criança.

2.4. Padrões de educação da criança e competências parentais

Uma variedade de défices parentais contribui para o desenvolvimento do comportamento abusivo e negligente, ao limitar a capacidade dos pais para controlar o comportamento do seu filho, bem como o seu próprio comportamento. Os défices de competência parental podem ser encontrados em áreas, tais como lidar com a criança e interacção pais-filhos, cuidar da criança, controle da raiva e da activação e resolução de problemas. A incapacidade para resolver problemas relacionados com a parentalidade e outros aspectos do quotidiano de vida é hipotetizada como resultando em frustração e conduzindo a um comportamento parental problemático, tal como o abuso físico ou negligência.

Segundo uma perspectiva desenvolvimental, o abuso físico é visto como sendo um dos pólos de um *continuum* do comportamento parental, cujo outro polo é composto por comportamentos parentais que produzem resultados positivos na criança. Nesta perspectiva, os pais, eficazes são vistos como encarando as interacções com os seus filhos através de esquemas sensíveis, têm percepções exactas das capacidades dos seus filhos, assim como do papel que devem desempenhar para estimular a criança em termos desenvolvimentais. Por outro lado, os pais abusivos têm expectativas irrealistas, percebendo as crianças como possuindo todas as competências dos adultos, o que faz com que considerem os seus filhos mais responsáveis pelos seus acidentes e comportamentos.

Como *síntese*, de uma forma geral são apontadas pela investigação os seguintes pontos: a) processos interpretativos inadaptados, incluindo expectativas irrealistas da criança, défice de competências de resolução de problemas e interpretações negativas do comportamento da criança; b) estratégias parentais pobres (centradas na criança, centradas nos pais), c) baixo controle dos impulsos; d) falta de competências para lidar com o *stress*; e) défices de competências sociais e conseqüente falta de redes de apoio; f) locus de controlo externo; g) uso de drogas; h) *stress* familiar.

2.5. Consequências do maltrato infantil

As vítimas de maltrato infantil representam uma porção significativa da população psiquiátrica infantil. A investigação indica que o funcionamento cognitivo, afectivo, interpessoal e socio-comportamental de crianças e adultos reflecte a experiência precoce de maltrato.

Este efeito tem sido demonstrado nas áreas da inteligência, da realização académica, da linguagem, e de competências de *coping*. Assim, parecem evidentes as dificuldades de aprendizagem, a construção de uma imagem negativa de si e dos outros, as dificuldades de integração social, os problemas de identidade, a expressividade emocional embotada ou limitada, os níveis elevados de vergonha e culpa, o evitamento de relações de proximidade emocional, a pseudo-maturidade, o narcisismo, a auto ou hetero agressividade, as dificuldades ao nível sexual, o consumo de drogas, os comportamentos de fuga, o *stress*, a depressão, os sintomas dissociativos e níveis elevados de ansiedade.

As crianças têm necessidade de negar o maltrato para preservar a imagem da família e, esta negação parece contribuir significativamente para o desenvolvimento destas dificuldades. Uma outra consequência, frequentemente referida, é a reprodução destes comportamentos parentais em relação aos seus futuros filhos, perpetuando desta forma, um ciclo de violência. No entanto, sabemos as limitações da investigação quando utilizam análises retrospectivas. Estas hipóteses são, essencialmente, apoiadas pelas teorias da aprendizagem social e da vinculação.

3. Intervenção psicológica

3.1. Junto de pais e famílias

Apesar das sérias consequências do maltrato infantil salientadas por numerosos autores, pouco se tem desenvolvido no sentido de propostas de intervenção específicas para esta problemática. Saliente-se, no entanto, a importância de nos situarmos numa perspectiva ecológica, segundo a qual a natureza da intervenção implica, para cada caso, o conhecimento prévio da contribuição relativa de cada um dos múltiplos factores que para ele contribuem. É, pois, importante que a intervenção, reconhecendo a natureza multidimensional do maltrato infantil, evite, sempre que possível, todas as medidas que impliquem a institucionalização e a separação da criança do seu ambiente familiar e se dirija à neutralização de todos os processos perturbadores do desenvolvimento psicossocial da criança, mediante a melhoria e o fortalecimento do seu contexto familiar e social.

O tipo de intervenção a implementar decorre de uma avaliação precisa, não só em relação ao *tipo de violência*, bem como de variáveis *individuais e contextuais* dos implicados.

Sem deixar de reconhecer a importância dos factores individuais, tem-se constatado que a intervenção centrada no indivíduo não apresenta resultados de eficácia, o que deu origem a novos modelos conceptuais que reconhecem a necessidade de alargar o seu objecto de análise e enfatizam a interdependência de variáveis familiares, comunitárias e culturais para a compreensão e intervenção no maltrato. Tendo em conta a multideterminação e multidimensionalidade do maltrato infantil, a intervenção pode centrar-se em qualquer dos sistemas implicados ou mesmo na sua combinação.

A *nível individual*, são de salientar os seguintes focos de intervenção: diminuição da ansiedade, produção de alternativas para lidar com a frustração, promoção do auto-controlo, utilização de métodos para diminuir impulsos agressivos, identificar crenças irracionais sobre si próprio, sobre a criança e/ou o meio, história e experiências vida, modelos internos do *self* e do outro.

O modelo ecológico pressupõe que os indivíduos estão imersos em sistemas múltiplos, ecologicamente conectados, com influências directas e indirectas no comportamento, o que implica que os problemas devam ser compreendidos dentro do seu contexto sistémico.

Assim, a intervenção pode incidir, ainda, sobre o *subsistema parental* com base na educação parental individual ou em grupo, através de abordagens cognitivo-comportamentais, no sentido da aquisição e modificação das competências parentais para o cuidado e desenvolvimento da criança. Alguns objectivos deste tipo de intervenção consistem na promoção do uso de reforços positivos contingentes, promoção de técnicas de disciplina não punitiva, na necessidade de consistência parental, na abordagem dos efeitos negativos dos métodos punitivos de disciplina, no desenvolvimento de interacções pais-filho mais positivas. Neste sentido, os programas têm como finalidade a reestruturação sistemática da dinâmica relacional da família. É importante salientar que a educação parental em grupo aumenta os sistemas de apoio parental, diminui o isolamento social e oferece um *feedback* imediato dos seus semelhantes em relação à resolução de problemas de comportamento.

Finalmente o alvo de intervenção pode ser o *sistema familiar* e a intervenção deve incidir em duas áreas primordiais: as relações diádicas e os padrões de relação familiar. O conhecimento e a análise da história familiar dá-nos indicadores da sua estrutura organizacional e do seu funcionamento, tais como: violência familiar, conflitos conjugais e/ou familiares, relações pai(s) filho(s), violência como método disciplinar, acontecimentos stressantes e a forma como lidaram com eles, e entre outros.

Separada ou conjuntamente com a consulta psicológica individual, e de casal, a familiar constitui uma modalidade de intervenção importante, no sentido da clarificação de papéis e

responsabilidades, promoção de competências de comunicação (escuta, empatia, clarificação...), resolução de conflitos e problemas.

3.2. Junto de crianças

Muitas vezes a criança chega à consulta devido a problemas de baixo rendimento escolar, a comportamentos atípicos (medos, ansiedade, agressividade, isolamento...), sendo a situação de maltrato só identificada posteriormente. No entanto, outros indícios de ocorrência de violência podem incluir ferimentos, queimaduras e hematomas inexplicáveis, a tentativa de os ocultar e a relutância da criança em ir para casa após as aulas.

Durante a fase de avaliação é necessário entender o que está a acontecer ou o que aconteceu, como está a lidar com a situação, as suas atribuições e a gravidade da situação. Isto só é possível numa relação segura e as estratégias de avaliação deverão ser adaptadas à idade da criança (jogos, desenhos, ou mesmo a verbalização).

A intervenção junto de crianças pode ser desenvolvida em situação de crise ou após os acontecimentos de maltrato. De uma forma geral, são de destacar os seguintes objectivos: a primeira condição é criar condições de segurança que permita a reconstrução de uma imagem positiva de si e dos outros. A intervenção deve ser facilitadora da catarse, trabalhar sentimentos de abandono, medo, culpa, o sentido de vítima, facilitar a sua integração social, diminuindo o isolamento, desenvolver a capacidade de controlo sobre os acontecimentos de vida, promovendo a capacidade de recurso a redes sociais de apoio.

A intervenção em grupo pode, ainda, ter algumas vantagens, muito particularmente no que respeita o isolamento, a desconfiança nos outros, a negação do problema ou a percepção da sua situação como única, podem ser factores importantes para a adopção deste tipo de modalidade de intervenção.

4. Violência conjugal

4.1. Definição / investigação

A violência conjugal é analisada, na esmagadora maioria dos estudos, partindo do princípio de que os homens são os agressores e as mulheres vítimas. Muitas das dificuldades associadas ao estudo da violência conjugal, prendem-se, em primeiro lugar, com a ambiguidade ou imprecisão do conceito; com o facto de os estudos se revelarem inconclusivos ou mesmo contraditórios. Saliente-se, aliás, que estes constrangimentos se revelam também no domínio da intervenção.

De uma forma genérica, podemos dizer que a violência conjugal é o uso da força física, verbal ou emocional, e a intimidação durante um determinado período de tempo. As diversas definições de violência conjugal inscrevem-se nos vários modelos explicativos da sua génese. Assim, existem os modelos centrados na patologia do agressor e /ou da vítima;

centrados nos factores de natureza sociológica, onde situamos desde questões estruturais, às perspectivas feministas ou à teoria da aprendizagem social; modelos centrados nas abordagens psicodinâmicas com especial incidência na teoria da vinculação e centrados nas perspectivas sistémicas ou ainda o modelo circumplexo de Olson.

Teorias centradas no agressor e/ou vítima. – apontam como primeira causa da violência factores de patologia individual como o alcoolismo, as perturbações da personalidade, stress, desemprego, ciúme, desigualdade de status social, isolamento social, mecanismos de coping disfuncionais (muitas vezes usados pelas vítimas o que pode contribuir para a perpetuação da violência) e finalmente em relação às vítimas é, frequentemente, associada uma estrutura depressiva. No entanto, os estudos não são conclusivos no sentido de nos fornecerem um perfil psicológico e socio-cultural das vítimas e dos agressores.

Teorias psicodinâmicas – estas teorias continuam a realçar características individuais, como o narcisismo, a história de agressões na sua infância. As mulheres agredidas seriam, por sua vez, masoquistas e/ou foram expostas a agressões na infância.

As *teorias da vinculação* constataam que a os comportamentos violentos podem significar protestos face à figura de vinculação, sendo eventualmente precipitados pela existência de ameaças de separação(ou antecipando-as). Assim, os indivíduos com estilos de vinculação ansiosos terão maior probabilidade de ser abusivos.

Teorias da aprendizagem social segundo estas teorias, o facto de ter sido exposto (como vítima ou como observador) a alguma violência seria a condição suficiente para ser violento. No entanto, a investigação não parece confirmar este padrão.

Frequentemente as mulheres batidas são encaradas com uma certa suspeição, se permanecem na relação são encaradas como masoquistas ou acusadas como provocadoras do comportamento agressivo. No entanto, a mulher parece usar estratégias de sobrevivência, abandonando e retomando a relação num processo interior. A decisão de abandonar a relação abusiva parece estar associada a impedimentos de ordem psicológica, abandono aprendido e ao medo de ficar só, sem apoios pessoais e comunitários (teoria da troca) e, finalmente, um deixar e largar, o que permite testar os recursos internos e externos para a autonomia.

4.2. Dinâmica do abuso

Walker refere o ciclo da violência: tensão, ocorrência de episódios violentos e fase de reconciliação ou de lua de mel. Congruente com esta teoria, poderá estar o facto de apenas uma minoria de mulheres colocarem os maridos em tribunal.

A fase do aumento de tensão é normalmente caracterizada, por parte do agressor, por comportamentos de insulto, provocações que despoletam respostas mais ou menos funcionais por parte da vítima (negação, medo, antecipação da violência) levando frequentemente a comportamentos em escalada. No acto de violência, a vítima tende a desculpabilizar o outro, acusando-se a si própria de não ter conseguido controlar a situação. Finalmente, na fase de lua de mel, o agressor torna-se ternurento, pedindo desculpa e fazendo promessas de não voltar a acontecer. Este período tem durações variáveis, tendendo, com a progressiva escalada de violência, a desaparecer.

Dutton e Painter referem que estas relações se caracterizam por uma ligação simbiótica de poder, amor e violência, i.é, ligações emocionalmente fortes são condições de insegurança dependência e conseqüente abuso. Assim, aponta cinco razões para a manutenção destas relações: a dependência da mulher pela sua segurança e dos filhos, medo de retaliações em relação a ela e aos filhos, a esperança baseada em sucessivas promessas de mudança, a vergonha associada a estas situações, as avaliações de outros a quem, eventualmente pede ajuda.

4.3. Intervenção junto de vítimas e de agressores

Intervir na problemática da violência conjugal exige uma identificação e compreensão prévia de toda uma dinâmica relacional, subjacente a cada situação, o que implica a análise da interacção de diferentes sistemas (individual, familiar e social) nos quais a disfuncionalidade se contextualiza. O comportamento violento resulta da combinação de complexos processos internos, muitas vezes inconscientes, com a influência de factores externos (sociais, económicos, políticos, religiosos e culturais).

Tendo em conta a tendência generalizada de culpar o agressor numa análise linear de causa-efeito, é fundamental que, num processo de avaliação, o psicólogo considere a complexidade de factores intervenientes neste processo, no sentido de eleger necessidades e prioridades de intervenção. Visando uma compreensão mais adequada da realidade do casal, há que considerar as características de cada um dos elementos, o significado da sua actuação, a função de uma comunicação violenta, a complexidade dos actos e as suas características (circunstâncias que os precedem, a sua natureza, extensão e gravidade, e as respostas de cada um dos elementos durante e, imediatamente, após a agressão).

Se o trabalho em equipas multidisciplinares é importante em muitas áreas de intervenção, ele é essencial quando nos deparamos com situações de violência. Muitas vezes um plano

de *escape/segurança* pode ser uma prioridade. Assim é fundamental, face à história de violência relatada, ajudar a vítima na construção de um plano de acção, a partir do qual se possa proteger ou ajudar o agressor na construção de comportamentos alternativos, reduzindo a probabilidade de ocorrência de abuso.

Se, por um lado, há clientes com a necessidade de ajuda essencialmente psicoterapêutica, por outro, há aqueles em que é essencial aliar a esta, outro tipo de apoios, nomeadamente legais, sociais ou ainda o recurso a fármacos.

Tendo em conta a complexidade de factores envolvidos, é fundamental analisar as vantagens/desvantagens de determinadas opções de intervenção. Neste sentido, se em certos casos a intervenção de casal é possível e necessária, noutros casos deverá privilegiar-se a intervenção individual, em grupo, ou mesmo familiar.

Algumas linhas de acção parecem ser essenciais: sistema de crenças, significados e estereótipos existentes sobre o abuso, transformação de padrões de funcionamento assente numa luta de poderes de onde emerge o comportamento abusivo, analisar a dinâmica do abuso e desenvolver estratégias para quebrar o ciclo vicioso, trabalhar ao nível da comunicação, reconhecimento e negociação de conflitos numa dinâmica relacional, identificação de sentimentos e emoções, identificação e alteração de padrões de manutenção destes comportamentos, promover a satisfação conjugal nas suas várias vertentes (sexual, educação dos filhos, relações com o exterior ...).

No entanto, é de salientar que estas estratégias poderão ser eficazes quando estamos perante um casal, cuja violência é moderada e que ambos estão motivados para a mudança. Porém, quando o agressor se caracteriza por um padrão comportamental de “grande” violência, a intervenção de casal poderá ser contraproducente, quer pela dificuldade da vítima em abordar, de forma realista, as situações de agressão na presença do conjuge, quer pela dificuldade deste em reconhecer e aceitar a sua responsabilidade pessoal perante outros. Além disso, esta situação pode promover situações de conflito posteriores, fora do contexto terapêutico.

Dada a imprevisibilidade e incontrabilidade destas situações, uma intervenção individual, pelo menos numa fase inicial do processo, com cada um dos conjuges pode revelar-se mais adequada.

Uma outra modalidade de intervenção, frequentemente referida na literatura é a integração em *grupos de ajuda* cujas vantagens apontadas são: redução do isolamento social, alargamento das redes sociais de apoio, partilha de experiências, promoção de competências de comunicação alternativas, canalização construtiva da sua expressão emocional.

Quando o pedido de ajuda parte da vítima isoladamente, a intervenção deverá ser dirigida para a forma como ela está a lidar com a situação e ao significado que lhe atribui, para encontrar alternativas à sua vivência actual, a catarse emocional, o luto da imagem idealizada do companheiro(a) e da relação, a promoção de redes sociais de apoio, o abandono do papel de vítima, analisar sentimentos de culpabilidade, perceber a sua história desenvolvimental (modelos do *self* e do outro), expectativas sobre a continuidade da relação. Muitas vezes, a única alternativa é a separação.

5. Aulas Práticas

Apresentação e discussão de casos em atendimento ou de casos gravados em video.

Discussão sobre formas de prevenção da violência familiar. Treino de entrevistas em situações simuladas.

São ainda colocadas em debate situações dilemáticas com que o psicólogo se confronta quando confrontado com situações de violência familiar: segredo profissional, questões legais e éticas, a segurança dos clientes, os apoios legais...

Bibliografia-Violência parental

*AZAR, S. T. & SIEGEL, B.R. (1990). Behavioral treatment of child abuse: A development perspective. *Behavior Modification*, 14, 3, 279-300.

**AZAR, S. T. *et al.* (1998). Cognitive-behavioral group work and physical child abuse: Intervention and prevention. In STROIBER, K. C. (Ed) *et al. Handbook of group intervention for and families* (pp. 376-400). U.S.A: Allyn & Bacon.

ALAMÉDA, A. (1998). *Les 7 Péchés Familiaux*. Paris: Editions Odile Jacob (cap 3).

BROWN, S. L. (1991). *Counseling Victims of Violence*. U.S.A: AACD.

**COSTA, M. E. & OLIVEIRA J. (1999). Perception d'Acceptation – Rejet de Parents et Enfants. VII Congreso Internacional de Education Familiar (policopiado).

CYRULNIK, B. (1999). *Un Merveilleux Malheur*. Paris: Editions Odile Jacob.

- *DONOHUE, B. *et al.* (1998). An ecobehavioral approach to child maltreatment. In V.B. VAN HASSELT & M. HERSEN (Eds). *Handbook of psychological treatment protocols for children and adolescents*. (pp. 279 – 356). N.J.: Mahwah.
- ÉTHIER, L. S., LACHARITÉ, C. & COUTURE, G. (1995). Childhood adversity, parental stress & depression of negligent mothers. *Child Abuse & Neglect*, 19, 5, 619-632).
- HOLTZWORTH-MUNROE, A., SMUTZLER, & STUART, G.L. (1998). Demand and withdraw communication among couples experiencing husband violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 5, 731-743.
- GOLDBERG, W. A., GREENBERG, E. & NAGEL, S. K. (1996). Employment and achievements: mothers work involvement in relation to children's achievement and mothers parenting behaviors. *Child Development*, 67, 1512-1527.
- GOLDNER, V. (1998). The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process*, 37, 3, 263-321.
- *GOUGH, D. (1996). Defining the problem. *Child Abuse & Neglect*, 20, 11, 993-1002.
- HERMAN, J. L. & HARVEY, M. R. (1997). Adult memories of childhood trauma: A naturalistic clinical study. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 4, 557-571.
- HOLDEN, E. W. & BANEZ, G. A. (1996). Child abuse potential parentig stress within maltreating families. *Journal of Family Violence*, 11, 1.
- **KINARD, E. M. (1998). Classifying type of child maltreatment: Does the source of information make a difference? *Journal of Family Violence*, 13, 1, 105-112.
- **KINDLON, D. & THOMPSON, M. (1999). *Raising Cain. Protecting the emotional life of boys*. Canada: Ballatine Books.
- MCNEAL, C. & AMATO, P.R. (1998). Parents marital violence: long-term consequences for children. *Journal of Family Issues*, 19, 2, 123-139.
- MEEZAN, W. & O'KEEFE, M. (1998). Multifamily group therapy: Impact on family functioning and child behavior. *Families in Society*, 79, 1, 32-44.
- MOORE, T. E. & PEPLER, D. J. (1998). Correlates of adjustment in children at risk. In G. W. HOLDEN & D. J. PEPLER, (Eds) *et al. Children exposed to marital violence: Theory*

research, and applied issues. (pp. 157-184). Washington: American Psychological Association.

**MUSITU, G. & GUTIERREZ, M. (1990). Parent's educational practices and socialization. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 13-23.

NAVARRO, M. C. G. (1997). Intervencion psicologica en un centro de acogida de menores. *Apuntes de Psicologia*, 49-50, 183-199.

NICHOLAS, K. B. & BIEBER, S. (1994). Perceptions of mothers and fathers abuse and supportive behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 18, 2, 167-178.

RETIEF, Y. & BEA, C. (1997). Conscious empowerment therapy: a model for counseling adult survivors of childhood abuse. *Transactional Analysis Journal*, 27, 1, 42-48.

SALAMON, M. J. (1998). Parents who continue to abuse. *Clinical Gerontologist*, 18, 3, 60-63.

STYRON, T. & JANOFF-BULMAN, R. (1997). Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression and conflict resolution. *Child Abuse and Neglect*, 21, 10, 1015-1023.

TALBOT, N. L. *et al.* (1998). Women's safety in recovery: Group therapy for patients with a history of childhood sexual abuse. *Psychiatric Services*, 49, 2, 213-217.

TYMCHUK, A. J. (1998). Addressing current and planning for future ethical issues in child maltreatment research: Professional and policy ethical decision making. In J. R. LUTZKER, (Ed) *et al. Handbook of child abuse research and treatment. Issues in clinical child psychology.* (pp. 543-560), New York: Plenum Press.

Bibliografia- Violência conjugal

*ALDARONDO, E. & STRAUS, M.A. (1994). Screening for physical violence in couple therapy: Methodological, practical, and ethical considerations. *Family Process*, 33, 425-439.

ALDARONDO, E. & SUGARMAN, D.B. (1996). Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 5, 1010-1019.

**ANDREWS, A. B. (1994). Developing community systems for the primary prevention of family violence. *Family and Community Health*, 16, 4, 1-9.

- BEM-DAVID, S. (1993). The two facets of female violence: the public and the domestic domains. *Journal of Family Violence*, 8, 4, 345-359.
- BICEHOUSE, T. & HAWKER, L. (1993). Degrees of games: an application to the understanding of domestic violence. *Transactional Analysis Journal*, 23, 4, 195-200.
- *BOOKWALA, J. & ZDANIUK, B. (1998). Adult attachment styles and aggressive behavior within dating relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15 (2), 175-190.
- **CARDEN, A. D. (1994). Wife abuse and wife abuser: review and recommendations. *The Counseling Psychologist*, 22, 539-582.
- *DELL, P.F. (1989). Violence and the systemic view: the problem of power. *Family Process*, 28, 1-14.
- *DOUMAS, D. Margolin, G. & John, R.S. (1994). The intergenerational transmission of aggression across three generations. *Journal of Family Violence*, 9, 2, 157-175.
- *DUARTE, C. & COSTA, M.E. (submetido a publicação). Violência familiar.
- DUTTON, D. G. Saunders, K. Starzomski, A. & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 15, 1367-1386.
- *DUTTON, M. A. (1996). Battered women's strategic response to violence: The role of context. In J.L. Edleson, & Z.C. Eisikovits, (Eds.), *Future interventions with battered women and their families*. London: Sage Publications.
- *EDLESON, J.L. (1996). Controversy and change in batterer's programs. In J.L. Edleson, & Z. C. Eisikovits, (Eds.), *Future interventions with battered women and their families*. London: Sage Publications.
- EISIKOVITS, Z.C. & Buchbinder, E. (1996). Toward a phenomenological intervention with violence in intimate relationships. In J.L. Edleson, & Z.C. Eisikovits, (Eds.), *Future interventions with battered women and their families*. London: Sage Publications.
- **EMERY, R.E. & Laumann-Billings, L. (1998). An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships. Toward differentiating maltreatment and violence. *American Psychologist*. 53, 2, 121.135.
- FERREIRA DA SILVA, L. (1995). *Entre marido e mulher alguém meta a colher*. À Bolina Editores, Lda.

GARY, L. T. & Schechter, S. (1990). A framework for understanding and empowering battered women. In M. B. Strauss, (Ed.), *Abuse and victimization across the life span*. London: The Johns Hopkins University Press.

GELLES, R.L. (1993). Constraints against family violence: How well to they work? Special issue: The impact of arrest on domestic assault. *American Behavioral Scientist*, 36, 5, 575-586.

*GLASS, D.D. (1995). *All my fault: why women don't leave abusive men*. London: Virago Press.

HEISI, L.L. (1996). Violence against women: global organizing for change. In J.L. Edleson, & Z. C. Eisikovits, (Eds), *Future interventions with battered women and their families*. London: Sage Publications.

**HENDERSON, A . J.Z., Bartholomew, K., Dutton, D.G. (in press). He loves me; he loves me not; attachment and separation resolution of abused women. *Journal of Family Violence*.

KESNER, J.E., JULLIAN, T. & Mc KENRY, P. C. (1997). Application of attachment theory to male violence toward female intimates. *Journal of Family Violence*, 12, 2, 211-228

*LLOYD, S.A . (1990). Conflict types strategies in violent marriages. *Journal of Family Violence*, 5, 4, 269-284.

MCCLOSKEY, L., FIGUEIREDO, A . J., KOSS, M.P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66(5), 1239-1261.

O'LEARY, K. D., VIVIAN, D. & MALONE, J. (1992). Assessment of psysical aggression against women on marriage: The need for multimodal assessment. *Behavioral Assessment*, 14 (1), 5-14.

PISTOLE, M. & TARRANT, N. (1993). Attachment style and aggression in male batterers. *Family Therapy* .20, 3, 165-173.

SERRA, P. (1993). Physical violence in the couple relationship: a contribution toward the analysis of the context. *Family Process*, 32, 3, 21-33.

*SHAMAI, M. (1996). Couple therapy with battered women and abusive men: does it have a future?In J. L. Edleson, & Z.C. Eisikovits, (Eds.), *Future Interventions with battered women and their families*. London: Sage Publications.

*SPRENKLE, D.H. (Ed.) (1992). Violence: the dark side of the family (special issue). *Journal of Marital and Family Therapy*, 18..

SUGARMAN, D.B. & FRANKEL, S.L. (1996). Patriarchal ideology and wife-assault. A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 11, 1, 13-40.

*WALKER, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.

WILE, D.B. (1993). *After the fight. Using your disagreements to build a stronger relationship*. New York: The Guilford Press.

WILSON, C. (1998). Are battered women responsible for protection of their children in domestic violent cases? *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 2, 289-293.

Sexto Capítulo

CONSULTA PSICOLÓGICA FAMILIAR EM SITUAÇÕES NÃO “TRADICIONAIS”

1. Divórcio

1.1. Caracterização e contextualização do divórcio

1.2. Factores desencadeadores do divórcio

1.3. O processo de divórcio: Modelos explicativos do processo de divórcio

1.4. Intervenção psicológica no divórcio

2. Famílias de recasamento

2.1. Definição e caracterização

2.2. Famílias de recasamento ao longo do ciclo vital

2.2.1. *Problemas que dificultam a adaptação dos filhos ao recasamento*

2.3. Psicoterapia nas famílias de recasamento

2.3.1 *Psicoterapia no sistema conjugal*

3. Aulas práticas

4. Bibliografia

0. Objectivos:

- (1) contextualizar o divórcio como uma transição de vida;
- (2) perceber os múltiplos factores desencadeadores do divórcio;
- (3) compreender os diferentes modelos explicativos do divórcio;
- (4) integrar os conhecimentos adquiridos para a avaliação e elaboração de planos de intervenção psicológica em situações de divórcio, tendo em conta o estágio ou vivência específica de cada cliente;
- (5) contextualizar o recasamento num processo histórico de vida anterior: casamentos anteriores, filhos, monoparentalidade, etc.;
- (6) compreender as soluções adaptativas das famílias de recasamento;
- (7) discutir os factores intervenientes na disfuncionalidade das famílias de recasamento;
- (8) compreender os diferentes estádios de desenvolvimento das famílias de recasamento e a necessidade de adaptar as estratégias de intervenção psicológica ao processo em curso.

1. Divórcio

1.1. Caracterização e contextualização do divórcio

A experiência do divórcio é frequentemente referida como uma fonte *psicológica* de *stress*, na medida em que, tratando-se de uma perda, provoca uma ferida narcísica desencadeadora de sentimentos de pessoa não-amada e não-amável.

Como origens de *stress*, salientam-se as mudanças das circunstâncias de vida que ocorrem em função da ruptura relacional. Para o homem há, frequentemente, a mudança de residência, a separação em relação aos filhos e a adaptação a uma nova vida sem uma companheira. A mulher, por sua vez, tem de desempenhar, simultaneamente, o papel maternal e paternal e, em função dos valores vigentes, vive um maior isolamento social. Um outro factor de "stress" para ambos é ainda a mudança ao nível do poder económico de cada um.

O divórcio é uma experiência individual traumática que ocorre em diferentes estádios, numa sequência e intensidade variável. A dor e a confusão são intensas, tanto mais que a sociedade não está equipada para lidar com a situação, havendo poucos rituais, cerimónias e referências disponíveis para facilitar cada acontecimento que marca esta transição e os sentimentos que a acompanham. Mesmo quando a ruptura é desejada e esperada, ainda que inicialmente seja experienciada uma sensação de alívio, é sempre uma transição de vida que implica um processo de luto e a readaptação à nova situação.

Em suma, para além das perturbações emocionais provocadas, o divórcio exige reorganizações pessoais; umas e outras podem justificar o recurso a um apoio psicológico. Antes de abordar tal intervenção será oportuno referir os factores desencadeadores do divórcio e os modelos relativos ao processo psicológico que este implica.

1.2. Factores desencadeadores do divórcio

Da múltipla investigação realizada neste domínio, podemos salientar alguns dos factores mais frequentemente referidos como possíveis desencadeadores do divórcio: A disfuncionalidade das famílias de origem, muitas vezes associada a perturbações mentais (alcoolismo, agressividade, abusos sexuais...), é um deles. Estas famílias caracterizam-se pela incapacidade de criar condições para o desenvolvimento da confiança básica e da individuação dos seus membros, a vida no contexto familiar não é satisfatória nem fonte de segurança e crescimento e o casamento surge, muitas vezes, como fuga a esta situação. É no contexto relacional do casamento que estes indivíduos perpetuam as relações anteriormente existentes na família de origem (dependência, insegurança, agressividade...).

As expectativas pré-conjugais são um outro factor apontado como possível desencadeador de divórcio; quer porque as expectativas são demasiado elevadas, não tendo em conta elementos da realidade, quer porque as expectativas dos dois são divergentes, isto é, o que um espera do casamento não é necessariamente o mesmo que o outro. A relação foi, assim, construída na base de contratos implícitos que só através da progressiva erosão da relação mostram a sua divergência e são frequentemente explicitados através de acusações mútuas.

Na sociedade actual, em que a comunicação e o prazer são mais valorizados, o casal torna-se mais exigente em termos relacionais, o que implica uma maior necessidade de manifestações de amor, de expressão de sentimentos e de prazer, o que nem sempre está em conformidade com os padrões relacionais aprendidos e, quando finalmente a relação se torna insatisfatória, os indivíduos mais facilmente apelam para o divórcio.

As mudanças sociais e económicas criaram a necessidade de alterar os papéis na estrutura familiar, para o que a maioria dos indivíduos não estava preparada. Este conflito entre necessidades e valores é também fonte de insatisfação conjugal, na medida em que a sociedade actual exige que a mulher trabalhe e esta, por sua vez, procura mais a sua realização profissional e social, o que não está em conformidade com a definição pré-existente dos papéis masculinos e femininos na família e no exterior.

Os problemas psicológicos individuais e as perturbações patológicas da personalidade são também frequentemente factores desencadeadores do divórcio. As interacções disfuncionais quer como produto de uma erosão da comunicação do casal e do descontentamento em diversas áreas (sexual, gestão familiar, lazer, filhos...), quer como resultado de situações mais patológicas (sodomismo, dominância/submissão...) são desencadeadoras de descontentamento e conseqüentemente de ruptura. O nascimento de filhos ou de demasiados filhos, com a conseqüente redução de liberdade, principalmente quando não foram desejados e planeados por ambos os cônjuges, assim como o nascimento de filhos deficientes ou a sua morte, com as conseqüentes culpabilidade e acusação, podem contribuir para a dissolução conjugal. A perda de emprego de um dos cônjuges, principalmente se for o marido, ou o facto de a mulher auferir um vencimento superior, na medida em que os papéis passarem a estar em dissonância com os seus valores (o homem deve ser o detentor do poder económico na família), poderão ser também fonte de conflito e insatisfação. Quando o desenvolvimento do sistema conjugal não ocorre ao mesmo nível em cada membro, seja porque um funciona a um nível inferior, seja porque a direcção desenvolvimental em diferentes pontos do ciclo vital é diferente, as perturbações e conflitos relacionais surgem e as estratégias de resolução adoptadas por cada um estão necessariamente em dissonância. Finalmente, o envolvimento numa relação extra-conjugal

e a morte ou saída de um elemento da família que funcionava como mantenedor da relação conjugal, são outros factores passíveis de desencadear um processo de divórcio.

A realidade actual da vida familiar obriga a reflectir sobre a necessidade de criar condições para que o divórcio não seja um acontecimento de vida bloqueador de desenvolvimento. Para isso, é fundamental perceber quais os processos psicológicos inerentes ao divórcio para melhor contribuir no sentido de um apoio psicossocial eficaz. A família, apesar das suas mudanças estruturais, continua a ser a fonte de apoio emocional mais importante para o crescimento dos seus elementos, mas para que isto aconteça é urgente redimensionar conceitos e valores que não se adaptam mais à nova realidade.

1.3. O processo de divórcio: Modelos explicativos

Embora cada divórcio seja um caso e cada pessoa divorciada seja única, podem ser sistematizados alguns padrões gerais sobre o modo como esta transição se processa e como as pessoas lidam com ela. Vários são os autores que apresentam modelos relativos aos estádios do processo de divórcio, assim com às tarefas e sentimentos subjacentes.

O divórcio, como uma experiência pessoal traumática e um fenómeno social com uma magnitude crescente, é apresentado por Bonhannan em seis momentos que podem ocorrer numa sequência variável e com intensidades diferentes: (1) divórcio emocional; (2) divórcio legal; (3) divórcio económico; (4) divórcio co-parental; (5) divórcio comunitário e (6) divórcio psicológico.

O *divórcio emocional* caracteriza-se pela consciência crescente por parte dos cônjuges de sentimentos de descontentamento e insatisfação; de que o casamento se está a deteriorar e o nível de confiança a diminuir; os dois focalizam a sua atenção especialmente nos aspectos negativos da relação e tornam-se hiper-críticos; um dos elementos do casal pode colocar a hipótese de divórcio ou separação se a relação não melhorar. Nesta fase, há possibilidade de reverter o processo se o casal procurar apoio psicoterapêutico e se para ele estiver realmente motivado. Se, no entanto, o divórcio emocional permanecer, o casal experimenta a dor que acompanha a perda de um anterior objecto de amor e, continuando a viver juntos, a rejeição diária agudiza-se pela consciência crescente de não ser desejado. Por vezes, apesar do descontentamento, a actividade sexual permanece quer por hábito ou atracção, quer por descrença na separação ou por esperança em reactivar o amor, quer pela necessidade de proximidade que a hipótese de separação, justamente, faz despoletar. O *divórcio legal*, tal como o termo indica, implica um processo judicial e conseqüentemente uma decisão que se torna pública. As suas repercussões são diferentes de acordo com as modalidades: litigioso ou de comum acordo; no primeiro caso, a ideia de culpa está presente e é declarada.

O *divórcio económico* refere-se à partilha de bens e à atribuição de pensões alimentares, processo frequentemente muito conflituoso.

O *divórcio co-parental* é o problema da custódia dos filhos; embora os cônjuges se divorciem um do outro não o fazem da sua relação parental; no entanto, a dissolução conjugal vai interferir nesta relação. A decisão sobre a custódia dos filhos e o respectivo processo tem implicações importantes para o bem estar destes. Cada vez mais os pais apelam para a custódia conjunta, o que permite a ambos terem acesso igual à criança. Este acordo pode tomar diferentes formas; implica, no entanto, uma grande maturidade de ambos os pais e a não existência de conflitos residuais.

O *divórcio comunitário* é o problema da solidão. Quando o casamento se dissolve, os amigos gravitam na direcção de um ou de outro; na medida em que na maioria dos casos os amigos eram outros casais, as relações tornam-se frequentemente menos íntimas. Assim, o indivíduo divorciado passa por um período transitório em que se sente só e como não pertencendo nem ao grupo dos solteiros nem dos casados.

O *divórcio psicológico* implica a confrontação e resolução das questões de autonomia, diferenciação, reconstrução da identidade e auto-responsabilização. A resolução final ocorre, quando o indivíduo atinge uma compreensão da razão porque se casou, dos factores que o levaram a escolher o companheiro(a), das dificuldades intrapsíquicas não resolvidas que contribuíram para a discórdia conjugal e da combinação de factores que conduziram ao divórcio.

Um outro modelo é apresentado por Kessler que identifica sete estádios num contínuo desde o reconhecimento da discórdia conjugal até à separação e divórcio: (1) desilusão; (2) erosão; (3) separação/desvinculação; (4) separação física; (5) luto; (6) segunda adolescência e (7) readaptação.

A *desilusão* acerca da viabilidade e da vitalidade da relação faz emergir um crescente desconforto e dúvidas em relação aos sentimentos e ao facto de viverem juntos. Quando estes sentimentos não são verbalizados, a relação passa ao estágio seguinte.

A *erosão* acontece na medida em que esta insatisfação, manifestada de uma forma aberta ou coberta, verbal ou não verbal (críticas, agressões, evitamentos...), se torna permanente. Muitos casais permanecem neste estágio durante muitos anos, com prováveis breves interlúdios e uma vaga mas contínua esperança de que a relação irá melhorar. Mantêm-se juntos porque não gostam da ideia do divórcio, não querem aceitar que a relação já não tem significado nem desistir do sonho de viverem sempre felizes; têm medo de magoar a família de origem que terá dificuldade em compreender, sentem-se obrigados a manter a família unida pelos filhos, ou finalmente, têm medo da solidão e dos problemas consequentes do divórcio.

A *separação/desvinculação* impõe-se cada vez mais pela saturação e um ou ambos os cônjuges desviam as suas energias e investimentos para o trabalho, ou para outra pessoa (filho ou amante); este mecanismo de triangulação é mais uma tentativa para reequilibrar uma frágil relação diádica.

A *separação física* verifica-se quando a situação se torna insuportável, e é uma forma clara de formalizar o conflito, excepto quando feito com ameaças para intimidar o outro. Embora o mais frequente seja o homem abandonar a casa, actualmente verifica-se um aumento significativo de mulheres que o fazem como uma forma de afirmação da sua autonomia, o que, no entanto, dependendo das circunstâncias, pode ter implicações legais importantes.

O *luto*, que advém do sentimento de perda de uma relação, de um(a) amigo(a), de uma figura de apoio da família, do cônjuge, dos filhos, da casa...; independentemente da tensão existente o sentimento de perda está sempre presente. Quando um dos cônjuges sente a decisão como inesperada, associam-se sentimentos de rejeição e de abandono.

A *segunda adolescência*, é assim referido, pelo sentimento de ter rejuvenescido e caracteriza-se por uma exploração de necessidades e interesses, pela necessidade de fazer coisas novas, de fazer novos amigos e reavaliar os antigos. Muitos indivíduos sentem, neste período, necessidade de validar a sua sexualidade e de provar que são atraentes e amáveis; por isso, para compensar o tempo perdido, procuram diferentes relações sem, no entanto, investirem em nenhuma, tornando-se mais selectivos, no entanto, à medida que a sua auto-estima melhora. Outros, por sua vez, sentem falta da intimidade da família e procuram o mais rapidamente possível a sua substituição.

A *readaptação* implica a integração da experiência e a construção de uma nova identidade. O indivíduo recuperou da perda, reconquistou a sua auto-estima e sente-se capaz de lidar com o presente e o futuro, sendo agora possível investir numa nova relação.

No modelo de compreensão do processo de divórcio desenvolvido por Kaslow, são valorizados essencialmente os sentimentos e tarefas de cada um de três estádios: (1) pré-divórcio; (2) divórcio; (3) pós-divórcio.

No *pré-divórcio*, período de deliberação, o casal vivencia sentimentos de desilusão, insatisfação e alienação; confronta-se, discute, procura ajuda ou nega. Numa segunda fase, parecem prevalecer os sentimentos de angústia, a ambivalência, o choque, o vazio, o caos, a inadequação e a diminuição da auto-estima; o casal separa-se física e emocionalmente ou faz de conta que está tudo bem, ou, ainda, procura recuperar o afecto.

No estádio do *divórcio* são frequentes os períodos de litígio, sentimentos de depressão, zanga, auto-piedade, desespero, afastamento, e, então, o casal discute, ameaça e inicia o trabalho de luto. Após esta fase, os sentimentos de confusão, fúria, tristeza, solidão e alívio surgem no início do processo legal com decisões sobre aspectos económicos, custódia dos filhos e com a participação aos familiares e amigos.

No período *pós-divórcio*, começam a verificar-se sentimentos de optimismo, reequilíbrio, resignação, excitação, curiosidade ou arrependimento. É neste período que cada membro do casal tem de finalizar o divórcio e reconstruir a sua estabilidade, sentir-se auto-confiante, independente e autónomo o que permite a ressíntese da sua identidade, condições necessárias para terminar o divórcio psicológico e procurar novos investimentos.

As perspectivas sistémicas (*Kantor & Vickers*) referem um desenvolvimento normal, evolutivo ou transformador relacional, em que as mudanças estruturais vão acontecendo progressivamente. Reconhecem ao sistema conjugal a capacidade de reencontrar estabilidade e recuperar o seu carácter e unidade após períodos de desequilíbrio, desenvolvendo a capacidade de reconhecer, tolerar e responder a elementos que desafiam a sua estrutura existente, reconstruindo-se progressivamente sobre e a partir dos elementos da crise.

As crises do sistema que dão origem ao divórcio não conseguem reatingir estabilidade e, na maioria dos casos, percorrem um curso regressivo que pode ser conceptualizado em diversos estádios: (1) o desequilíbrio cíclico torna-se dominante, aumentado de frequência e duração; (2) um novo elemento é introduzido (um amante que é descoberto, agressão física...) que, pelo seu significado, desempenha um papel chave, tomando lugar no sistema e mantendo-o num certo descontrolo; (3) uma vez o novo elemento instalado, este mantém o sistema sob "stress" e ambas as partes alimentam o seu potencial mantendo um estado de desequilíbrio dinâmico; (4) o sistema atinge um nível crítico de perturbação; embora este varie quanto aos critérios internos, é geralmente alto para um dos membros que apela a mecanismos de finalização (separação física, distanciamento); o outro, em princípio, responde a esse apelo; (5) começa quando um ou ambos os membros defendem o elemento perturbador, ou simplesmente recusam isolá-lo, de forma a provocar alívio da dor e da pressão provocada por este funcionamento perturbador do equilíbrio; os indivíduos falam agora de uma decisão que parece formalizar o divórcio; neste estádio, a capacidade de reestruturação está consideravelmente diminuída e qualquer tipo de intervenção nesse sentido será perfeitamente ineficaz.

O desenvolvimento de comportamentos sintomáticos (doente designado) pode ser uma falsa alternativa, em que os sintomas disfarçam a natureza da crise, distraíndo o sistema do desequilíbrio; o psicoterapeuta deve tentar colocar o sistema em contacto com a sua verdadeira crise desenvolvimental, expondo-o a um ambiente criativo e de suporte. O divórcio é uma forma radical de transformação do sistema e, de certo modo, pode ser considerada como uma alternativa à negação da crise subjacente.

Um *modelo diádico* do divórcio é proposto por Hackney & Bernard com base no pressuposto de que, embora ambos os cônjuges estejam a percorrer o mesmo caminho, encontram-se frequentemente em pontos diferentes no processo. Este modelo refere quatro níveis de experiência no processo de divórcio que não seguem necessariamente uma ordem específica nem são irreversíveis. Estes níveis de experiência podem mesmo acontecer nos diferentes momentos de ajustamento ao divórcio, e o impacto de um deles pode retardar o processo por um curto ou longo período de tempo. Os quatro níveis (indecisão, emoção, realidade e renovação) implicam por parte do psicólogo estratégias específicas.

O divórcio implica, sem dúvida, inúmeras decisões que contribuem para a resolução final. No entanto, o casal passa por um período de *indecisão*, marcado essencialmente pela ponderação dos diferentes factores que estão implicados (filhos, casa, mudança de vida, perda de uma relação...). O ideal é que esta indecisão estivesse apenas presente antes da iniciação do processo legal; contudo, prevalece muitas vezes para além deste período e mesmo após o término do divórcio, especificamente em datas mais significativas como, por exemplo, o Natal ou datas de aniversários.

Um outro nível de experiência está associado às *emoções* vividas neste processo, o que explica o aspecto dramático que frequentemente lhe é associado, com sentimentos de raiva, culpa, tristeza em relação ao passado e medo em relação ao futuro. A forma como cada elemento lida com as emoções tem a ver com características individuais, embora tenha repercussões no outro e no processo de divórcio.

Quando o indivíduo é capaz de se acomodar e fazer planos realistas, de se centrar no presente e no futuro mais do que no passado, pode dizer-se que entrou no nível da *realidade*. Na medida em que o divórcio implica mudanças importantes ao nível funcional, individual e familiar, este nível é importante para alicerçar o ajustamento ao divórcio.

O último nível, o da *renovação*, tal como o termo indica, implica o sentimento não só de conseguir ultrapassar as dificuldades de ser autónomo, mas ainda de ter terminado psiquicamente o processo de divórcio.

A justaposição e reversibilidade destes níveis de experiência, assim como a possibilidade de cada membro do casal se situar a níveis diferentes, é o que caracteriza a complexidade do processo de divórcio. Se, por exemplo, um dos elementos do casal permanecer no nível emocional, vai lidar com as tarefas do realismo com alguma dificuldade, interferindo mesmo com o outro elemento que eventualmente passou para o período de renovação; os contactos necessários entre ex-conjuges por causa dos filhos podem tornar-se conflituosos, dada a interferência do nível emocional.

De facto, o processo de divórcio não é linear, isto é, a forma como cada indivíduo lida com as tarefas inerentes a esta transição está sujeita a avanços, recuos e justaposições que têm a ver com a interrelação de características individuais (desenvolvimento da personalidade), da relação e familiares. Neste contexto, o processo de divórcio poderá ser definido tendo em conta vários aspectos. Para começar, a consciência individual ou diádica de que algo está mal na relação; é neste período que, dada a indecisão do que será melhor, o casal ou um dos elementos, funciona de uma forma ambígua e ambivalente, dificultando a comunicação e aumentando o conflito (hoje funciona como se o divórcio fosse a única alternativa...amanhã como se reconstruir a relação fosse o seu objectivo). Com o decorrer

desta situação desgastante o conflito é alargado à família, tornando-a conhecedora e procurando alianças, o que, frequentemente, dificulta o desenvolvimento de atitudes ajustadas, na medida em que esta interfere essencialmente ao nível emocional.

A decisão do divórcio, conjunta ou não, ocorre frequentemente num clima emocional intenso, com sentimentos de fracasso, culpabilidade, perda, raiva..., em que outros elementos da família são introduzidos. Quando a família toma consciência e aceita a decisão, é um passo importante para o início do processo legal, na medida em que pode ter um papel importante como um facilitador do realismo no processo de separação e da construção de estratégias funcionais de adaptação. Quando a família não aceita e procura um bode expiatório, intensifica o conflito que normalmente se arrasta ao longo do processo legal. É neste contexto que é definido um culpado e uma vítima e, portanto, todos (família e amigos) têm de decidir a qual dos dois elementos do casal prestar solidariedade; esta situação torna-se tanto mais problemática quando isto é implicitamente pedido aos filhos.

A reorganização de vida de cada um dos elementos do casal vai depender da forma como cada um lidou psicologicamente com este processo. O mesmo se diga relativamente aos filhos e à família, na medida em que a reorganização tem que acontecer a nível familiar.

Em suma, o trabalho de luto que está inerente a esta transição de vida não é apenas uma tarefa do casal ou dos filhos, mas também da família e acontece na confluência de factores individuais, do casal, familiares, sociais e do próprio processo.

1.4. Intervenção psicológica no divórcio

Ao delinear estratégias de intervenção é fundamental ter em conta o estágio do processo de divórcio bem como as emoções e as necessidades de mudança dos clientes neste processo. Os modelos de intervenção mais frequentemente sugeridos vão desde a psicoterapia individual, de casal, de grupo, familiar e de mediação estruturada. Não sendo nosso objectivo validar a sua eficácia tentaremos referir como cada uma destas estratégias pode ser utilizada em função do momento em que nos propomos intervir.

Muitas vezes os casais procuram ajuda numa fase de indecisão. Nesta situação o psicólogo deve promover, numa perspectiva reflexiva, a consciencialização do problema, o seu significado, as alternativas de solução e a responsabilização de ambos na decisão que vão tomar e na sua implementação. O problema agrava-se, no entanto, quando um revela indecisão e o outro não. O pedido mais frequente nestas situações vai no sentido de que o psicólogo colmate os seus insucessos de comunicação, demonstrando ao outro como a relação já não tem significado. Nestas circunstâncias, o psicólogo tem que avaliar a situação e decidir que tipo de contrato realizar e conseqüentemente que intervenção melhor se adequa a este casal: psicoterapia de casal ou de divórcio.

Alguns autores referem que o psicoterapeuta deve receber separadamente o casal ajudando cada um a atingir os seus objectivos. Nesta perspectiva, em que ambos estão a receber apoio em sentidos opostos, isto é, um para terminar e outro para continuar a relação, o processo psicoterapêutico funciona como um jogo em que uma das partes vai ganhar, o que parece acentuar as dificuldades de negociação e comunicação entre os cônjuges e o psicólogo acaba por funcionar fantasmagoricamente como o árbitro e a sua neutralidade é posta em causa.

Outros referem que se deve propor ao casal, para avaliar a relação e as mudanças a implementar no sentido da sua manutenção. Esta tentativa tem como objectivo ajudar o casal a analisar as questões da relação, conjuntamente com o psicoterapeuta, numa perspectiva diferente, o que facilitará uma decisão mais fácil e conjunta. Isto é, a intervenção do psicólogo deve ir no sentido de uma psicoterapia conjugal, independentemente do resultado final (reconstruir a relação ou o divórcio). Esta perspectiva parece ter algumas vantagens desde que o processo seja negociado previamente com o casal e aceite por ambas as partes e que o papel do psicoterapeuta seja bem definido como não interveniente na decisão; no entanto, nesta situação, um dos elementos pode fazer boicote ao processo e, portanto, permanecer-se num impasse. O facto de o casal ser recebido em conjunto e a intervenção se propor analisar a relação numa perspectiva diferente da deles, diminuindo assim a ressonância emocional existente, parecem ser as vantagens mais significativas desta estratégia, não sendo contudo tão positivo propor como objectivo a manutenção da relação. Se a intervenção for dirigida aos padrões de comunicação verbal e não verbal, isto é ao conteúdo (*self disclosure* e resolução de conflitos) e ao processo (empatia, clareza, trocas, frequência, estilo e valência) da resolução de problemas, e à compreensão de componentes cognitivas como a atenção selectiva, as atribuições e expectativas, criam-se as condições básicas necessárias para que o casal possa analisar conjuntamente os seus problemas e encontrar as alternativas que considere mais adequadas.

Mesmo quando ambos os cônjuges estão indecisos, a tarefa é também difícil. Uma vez considerada a hipótese do divórcio, é óbvio que há problemas conjugais importantes e que tal como em qualquer outro sistema disfuncional há resistência à mudança em qualquer sentido. Na análise do problema, o casal tende a rigidificar posições, considerando o outro como o único responsável do problema, o que transforma o trabalho do psicoterapeuta frustrante. Este processo torna-se tanto mais complexo quando esta indecisão é oscilante e, por vezes, mesmo divergente (hoje ambos referem querer o divórcio, amanhã um quer e outro não...). Para este tipo de situações a utilização do ritual dias pares/dias ímpares é proposta por Selvini *et al* (1984); este ritual consiste na proposta ao casal de funcionar nos dias pares como se fossem continuar a viver juntos e nos dias ímpares como se fossem separados.

Uma vez analisadas as oportunidades de considerar alternativas, a decisão do divórcio pode ser válida e adequada. Muitas vezes, o casal tem dificuldade em aceitar uma análise da sua disfuncionalidade e, portanto, a sua agressividade é deslocada para o seu mensageiro.

No período *pré-divórcio*, são frequentemente usadas intervenções junto do casal no sentido de que tomem consciência do seu papel no problema e da necessidade de ambos participarem na decisão que vão tomar, bem como na sua implementação. Outros autores propõem que as sessões devem ser dirigidas a cada elemento do casal, conjuntamente com elementos da família de origem. Esta intervenção intergeracional tem como objectivo implicar construtivamente toda a família no processo e pressupõe que a crise conjugal é o resultado da confluência de estilos de interacção. Esta perspectiva, além de ser frequentemente difícil de realizar, parece alargar os problemas conjugais para além dos limites das fronteiras que definem o sub-sistema, implicando outros elementos nas questões que dizem respeito unicamente ao casal. Além disso, é possível usar uma perspectiva sistémica sem a família estar necessariamente presente. A intervenção em grupo é ainda uma estratégia recomendada para este período em que os outros casais funcionam como auxiliares terapêuticos e facilitam uma maior compreensão dos conflitos e de si próprios. Estes grupos podem ter ainda componentes educativas.

No período de *divórcio*, o psicoterapeuta deverá ajudar a lidar com sentimentos de fracasso e raiva e a utilizar a experiência construtivamente, quer entre os cônjuges quer com os outros envolvidos. A mediação estruturada (utilização de uma outra pessoa que funciona como mediador entre o casal para a resolução de questões de ordem prática) é uma estratégia frequentemente utilizada no sentido de ajudar o casal a resolver um conjunto de questões através da negociação. O psicoterapeuta e o mediador, numa atitude empática e de apoio, ajudam a clarificar necessidades e valores promovendo a tomada de consciência, encorajando a expressão de sentimentos e explorando ambivalências.

Uma intervenção mais dirigida para a separação psíquica é uma outra proposta de intervenção que se apoia essencialmente em estratégias como intervenções reflexiva (expressão e clarificação de sentimentos, auto-responsabilização na decisão), contextuais (reconhecimento das mudanças que a separação implica) e substantivas (facilitar a implementação da decisão), quer com o casal quer com cada cônjuge separadamente, incluindo ainda possíveis contactos com outros elementos da família. As perspectivas racional emotiva e comportamentalista enfatizam a necessidade de modificar pensamentos irracionais e padrões de comportamentos, controlo de sentimentos e de acções. São de referir ainda as intervenções segundo o modelo de intervenção em situação de crise, facilitando a compreensão dos conflitos pessoais e conjugais, assim como a reorganização da estrutura de personalidade. Saliente-se, também, a importância

complementar do grupo que pode ser catalizador da racionalidade, de competências de resolução de problemas e da redefinição de papéis.

No período *pós-divórcio*, a intervenção incide essencialmente, no facilitar a aceitação do fim da relação, no desenvolvimento de relações saudáveis entre ex-cônjuges, no ajustamento emocional e cognitivo, no apoio social e na reorganização geral da vida familiar e individual. As estratégias propostas vão desde a psicoterapia familiar com a família de origem, ou apenas com a nuclear, ou ainda, individual ou em grupo; no entanto, a definição de estratégias implica uma avaliação de como o processo de luto da relação anterior foi vivenciado para que sejam adaptadas às necessidades específicas dos clientes.

As emoções associadas ao divórcio estão directamente relacionadas com o tipo de ligação e das figuras significativas disponíveis. Quanto maior for o investimento e a ambiguidade relacional (incerteza de reconciliação) e menor for o apoio social, maior necessariamente será o *stress*. Os sentimentos de amor, raiva, tristeza e medo são cíclicos, frequentes e com diferentes graus de intensidade. A maior tarefa para aceitação das novas circunstâncias passa pela integração destes sentimentos aparentemente discrepantes, o que implica que estas emoções se tornem debilitantes e portanto disfuncionais. Esta disfuncionalidade pode mesmo tomar formas, aliás frequentes, de agressão física, verbal e psicológica:

Neste contexto, é fundamental trabalhar estas emoções no sentido da promoção do autocontrolo comportamental, o que implica muitas vezes a necessidade de o psicoterapeuta antecipar a análise do processo emocional, o que facilita expressão de emoções e sentimentos e conseqüentemente diminui a intensidade da carga emocional.

O funcionamento ao nível emocional diminui a capacidade de ser racional, o que justifica de certa forma a utilização de mitos e de meias verdades que tendem a tornar o divórcio catastrófico. O psicoterapeuta deve estar preparado para ouvir estes mitos como indicadores das emoções que lhes estão associados, isto é, não é a questão lógica do mito que está em causa, mas o seu significado comunicacional. É neste momento do processo psicoterapêutico que muitas vezes o casal abandona a intervenção, dando-a como terminada, na medida em que vieram num período de indecisão, e, quando fica definido que o casamento está acabado, parece já não ter sentido a psicoterapia. No entanto, as questões mais ligadas à implementação da decisão ainda estão para surgir, e que, dada a carga emocional que lhes é inerente, são frequentemente desencadeadoras de conflito e tensão, o que dificulta a negociação .

Questões como custódia dos filhos, divisão de bens, definição de responsabilidades e regras de funcionamento fazem parte da implementação do divórcio e, na maioria das

vezes, as ambivalências emocionais são descarregadas na discussão destes problemas. A carga emocional é muitas vezes aumentada pela interferência da família nestas decisões. A função do psicólogo é exactamente ajudar o cliente a lidar com estas emoções de uma forma mais construtiva. O espaço da consulta pode ser o lugar onde estes assuntos são verbalizados, facilitando assim a libertação de afectos, que poderão dificultar a negociação. O trabalho sobre a realidade implica ainda facilitar a construção de novos padrões de funcionalidade, isto é, como lidar com o isolamento e redefinir as relações com a família alargada e amigos. A este nível a intervenção em grupo pode ser positiva, mas só quando as questões emocionais não estão a interferir nesta funcionalidade. A intervenção em grupo tem mais uma função educativa: socialização, monoparentalidade, carreira, aspectos legais, questões financeiras, casa, pontos que a consulta individual tende a não valorizar e que, no entanto, são fundamentais em termos de reestruturação de vida.

Neste momento é importante não esquecermos que nem sempre o que é verbalizado coincide com o interiorizado, o que implica a clarificação de regras, o tornar explícito o que está implícito, a verbalização das expectativas. A falta de clareza, neste período, pode ser desencadeadora de *stress* e disfuncionalidade no futuro, dando aos filhos o papel de transmissores e clarificadores. O processo de mediação neste período é importante como facilitador da comunicação e, portanto, clarificador de expectativas e normas.

As pessoas lidam com as situações de divórcio de formas diversas. Umhas tendem a lidar com as questões do divórcio como lidam com outras questões da sua vida, de forma pragmática e lógica valorizando apenas as questões do dia a dia (realidade), ultrapassando tudo o que se relacione com as emoções e sentimentos, o que dificulta o processo de luto inerente ao termo da relação. Outras, por sua vez, mais emotivas ou de famílias muito fechadas, tendem a responder utilizando essencialmente respostas emocionais, o que também dificulta a passagem ao estágio da realidade.

Quanto maior for a definição do *self* em termos do sistema familiar, mais difícil a mudança introduzida pelo divórcio (identidade vicariante), isto é, a aceitação de si próprio e a reestruturação de uma nova identidade.

Embora as mudanças cognitivas e emocionais sejam importantes, a assunção de novos papéis, fora e dentro da família, são o princípio básico para a necessidade de redefinição de si próprio(a). A mudança do tipo de relação implica mudanças ao nível interpessoal e intrapsíquico. A negociação de novas relações, a redefinição de regras implícitas e explícitas são talvez as tarefas básicas quer intra quer inter subsistemas. O objectivo do psicoterapeuta é encorajar o cliente a confrontar-se consigo próprio, a melhorar o seu autoconhecimento no sentido de se tornar mais competente e seguro, criar condições para que esta experiência seja fonte de crescimento psicológico e possibilite a reconstrução da sua identidade.

O *terminus* da relação psicoterapêutica deve ser gradual fazendo sentir que as mudanças ocorridas dependem exclusivamente da competência do(a) cliente e que a função do psicólogo não é mais do que a de catalizador.

2. Famílias de recasamento

Desde sempre as famílias de recasamento foram uma realidade: a maioria surgia no seguimento da morte de um dos cônjuges, situação que hoje acontece, ainda mais frequentemente, dada a maior longevidade dos indivíduos. Contudo, o seu número aumentou significativamente nas últimas décadas, devido ao aumento significativo de divórcios, o que lhe confere já um estatuto na caracterização da estrutura familiar. A dissolução do casamento por divórcio confere a estas famílias características específicas, com as quais, apesar das mudanças sociais, religiosas e legais, os indivíduos, em geral, não estão preparados para lidar de uma forma construtiva.

A especificidade destas famílias é evidente na dificuldade encontrada para as designarmos. Apesar do termo "recasamento" significar repetir o casamento, o que de facto não acontece pois há uma nova e diferente relação, o de "família reconstituída" também não parece ideal na medida em que é constituída uma nova família que mantém, no entanto, laços com a anterior. Porque nenhum dos dois é satisfatório, optou-se pelo "recasamento" por ser o mais usado na literatura.

De uma forma geral associa-se às famílias de recasamento uma imagem negativa de complexidade, confusão, caos, culpa, ciúme..., na medida em que a família nuclear continua a ser valorizada como o modelo ideal. Isto é claro até nas histórias infantis em que a imagem do padrasto ou madrasta é sempre um figura feia e má. Estes estereótipos interiorizados necessariamente influenciam negativamente a forma como os diferentes membros da família vão lidar com o recasamento. É fundamental que os psicoterapeutas que trabalham com estas famílias estejam conscientes desta imagem para não se deixarem arrastar por ela.

A maioria da investigação não apoia estes pressupostos e o trabalho com estas famílias mostra que urge alterar tal representação e admitir até que a sua complexidade pode ser enriquecedora e não necessariamente negativa para os seus membros. Este capítulo propõe-se analisar a especificidade destas famílias, as suas normas, tarefas e necessidades psicoterapêuticas.

2.1. Definição e caracterização das famílias de recasamento

As famílias de recasamento surgem pelo casamento ou união de facto de dois companheiros em que um ou ambos foram previamente casados e se divorciaram ou enviuvaram, com ou sem filhos que o(s) visitam ou residem com eles. O casal e os filhos (residentes ou não) constituem o sistema da família de recasamento; o sistema metafamiliar inclui, os ex-cônjuges, os pais, sogros, tios e outros com influências significativas no sistema familiar. Para que um indivíduo viva neste sistema familiar alargado, o sentido de pertença pode ser ilusório e a sua experiência só pode ser compreendida quando se analisa a unidade familiar e o sistema metafamiliar. *Saguer et al* utilizam, para descrever esta rede, o conceito de supra-sistema de recasamento, composto por diferentes subsistemas, que são ao mesmo tempo sistemas por direito próprio, mas subsistemas na relação com o supra-sistema, o que não pode ser ignorado quando se analisa as famílias de recasamento.

Estas famílias caracterizam-se pela existência de um casal adulto, mas em que um dos pais biológicos está ausente, por uma relação anterior ao recasamento, de um padrasto ou madrasta que não estão legalmente ou por sangue relacionados com os enteados, de filhos que são, frequentemente, membros de mais do que uma casa e por último, de membros que sofreram mais ou menos recentemente a perda de uma relação primária e têm necessidade de se readaptarem, quer ao nível sistémico quer individual. Os filhos sofrem apenas o resultado de um processo de decisão dos adultos que, muitas vezes, não entendem e não podem controlar.

As famílias de recasamento implicam novos papéis, relações e fronteiras complexas, ambíguas e conflictuosas, o que, naturalmente, desencadeia sentimentos intensos de conflito ou a negação destes. Assim, construir um sistema familiar de recasamento satisfatório é um processo complexo e criativo, na medida em que os seus membros têm de lidar simultaneamente com as definições históricas de família, com padrões de perda e separação da família de origem, do primeiro casamento ou de família monoparental. Isto é, a nova família tem de se confrontar com as mudanças estruturais inerentes e, ao mesmo tempo, fazer com que o novo sistema desenvolva tarefas e responsabilidades características do ciclo vital familiar e individual. Neste contexto, alguns autores referem as famílias de recasamento como famílias em transição e que as suas necessidades e problemas resultam dos conflitos inerentes aos factores que caracterizam esta transição.

Visher e Visher referem características específicas das famílias de recasamento e as tarefas que lhes são inerentes. Assim, toda a família de recasamento tem o seu início após diferentes perdas e mudanças o que implica ser capaz de lidar com elas. A incongruência desenvolvimental ao nível individual, conjugal e familiar de onde advém a necessidade de negociação de diferentes necessidades. As crianças e adultos vêm para a nova situação com expectativas da família anterior, o que requer a definição de novas tradições. A relação

entre pais e filhos é anterior à do casamento, a entrada de um novo elemento (padrasto ou madrasta) ou mais (filhos do novo cônjuge) exige a construção de novas relações e o desenvolvimento de uma relação conjugal sólida. O pai ou mãe biológica continuam a existir, criando a necessidade de alianças entre os pais no sentido de darem continuidade ao seu papel parental. Os filhos são muitas vezes membros de duas casas, pelo que é necessário aceitar a continuidade que facilite a integração. A definição das relações legais e sociais entre padrasto ou madrasta e enteados é ambígua ou inexistente, o que requer a sua definição.

As famílias de recasamento podem ser caracterizadas segundo os seguintes parâmetros: estrutura, objectivos, tarefas e dinâmica relacional.

A *estrutura* do sistema familiar é composta por dois adultos e um ou mais filhos apenas de um dos elementos do casal; as tarefas parentais são partilhadas com o ex-cônjuge, excepto nas situações de viuvez; a relação pais-filhos é anterior à relação conjugal; pelo menos dois membros fazem parte de outro sistema familiar (pai/mãe biológicos e filho(a)); quando há filhos de mais do que um casamento, vários sistemas familiares estão representados; é um sistema relativamente aberto, na medida em que há necessariamente permeabilidade a outros membros; a identidade familiar torna-se difusa na medida em que os seus membros estão ligados por laços legais, biológicos ou meramente espaciais; o número de elementos significativos aumenta, o que pode ser vivido de uma forma positiva, negativa ou mesmo ambivalente

Os *objectivos* das famílias de recasamento são semelhantes aos das famílias nucleares, diferenciando-se apenas na influência clara da experiência anterior. O ter filhos desta nova relação nem sempre faz parte dos planos de um ou ambos os membros do casal, dada a existência de filhos de outra relação.

As *tarefas* são também semelhantes às das famílias nucleares; no entanto, a consolidação do casamento e a preparação para os papéis parentais são muitas vezes dificultadas pela existência de uma família anterior, pela frequente disparidade de fases do ciclo vital em que cada cônjuge se situa (solteiro, casado), pela passagem de uma relação pai-filho para outra pai-filho-cônjuge, pela competição entre padrasto ou madrasta e enteados, por conflitos de lealdade para com o cônjuge e os filhos e finalmente pelo ciúme da relação anterior. Estes factores dificultam a aquisição de uma identidade de família que a legitime.

As *relações* e os laços nestas famílias têm como alicerce, muitas vezes, a insegurança, quer pelo medo de uma nova perda ou fracasso, quer pela partilha de investimentos e de determinados elementos mais funcionais (dinheiro, educação e anos dos filhos...) com o outro sistema, quer ainda pela frequente não aceitação do recasamento pela família alargada. Estes factores contribuem para a necessidade de aprenderem a viver com um conjunto de incertezas e inseguranças, o que é esclarecedor do *stress* que frequentemente

as caracteriza. Este varia, no entanto, em função do ênfase dado a um ou a outro factor, assim como das suas implicações e da natureza e papel do apoio social.

As relações subsequentes a um divórcio são frequentemente consideradas instáveis e por isso, com uma percentagem elevada de divórcios. Alguns factores têm sido apresentados no sentido de explicar tal instabilidade. Entre estes são de salientar: as perturbações da personalidade, os conflitos entre filhos e padastros ou madastras, o alargamento das relações do sistema familiar e a ausência de normas.

As características de personalidade, que já contribuíram, eventualmente, para a dissolução do(s) casamento(s) anterior(es) podem contribuir para a disfuncionalidade da família de recasamento. A experiência prévia de divórcio leva, muitas vezes, à aceitação deste divórcio como solução de conflitos, sendo a nova relação iniciada nesta pré-disposição o que é um mau princípio; na medida em que o recasamento, implica o luto de uma relação anterior e de uma rede de relações, o seu sucesso vai depender da forma como este processo psicológico de luto for feito, desempenhando as características de personalidade e o tempo decorrido entre um e outro acontecimento um papel fundamental nesse sentido.

Os conflitos entre filhos e padastros ou madrastras não são mais do que o deslocamento da hostilidade em relação aos pais biológicos. Os filhos experimentam, em simultâneo, sentimentos negativos e positivos face ao recasamento, o que desencadeia conflitos; estes não são apenas consequência da dissolução da família biológica e da formação da nova família, mas estão inerentes ao processo de desenvolvimento da criança. Estes sentimentos ambivalentes não são unidireccionais, isto é, o padastro ou madrastra muitas vezes desloca, para o enteado(a) a sua insegurança e ciúme da relação anterior do seu companheiro(a).

Explicações *estruturais* referem como factor potencial de *stress* o alargamento das relações do sistema familiar e, conseqüentemente, do número de coligações e de papéis possíveis. Esta complexidade estrutural familiar está ligada à diferenciação e réplica de papéis (filho passa a ter dois pais, duas mães etc.), assim como ao aumento do número de pedidos. Explicações *culturais* valorizam a *ausência de normas*, de guias culturais, para a estruturação destas famílias, como, por exemplo quem faz parte, quem são os parentes. Mas o problema torna-se mais complicado quando é necessário dar um estatuto a esses elementos (tios, tias...). As pessoas, de uma forma geral, aceitam mas têm, no entanto, dificuldade em assumir esse estatuto. Nestas famílias verifica-se ainda uma confusão linguística e normativa; a própria palavra recasamento (voltar a casar) implica o terminus de uma relação anterior, que na situação de divórcio não termina de facto. Além disso, é preciso definir como chamar a determinados elementos novos na família, como se chama ao padastro e ao pai do padastro, por exemplo. As famílias de recasamento acabam por importar conceitos, crenças, e normas da família nuclear, esquecendo-se das suas

características específicas, o que necessariamente implica uma difusão de identidade e aumento das inseguranças e incertezas.

Neste contexto, poderíamos quase dizer que o recasamento é uma instituição incompleta, sem limites e fronteiras, caracterizada pela presença ausente de outros elementos do(s) casamento(s) anterior(es), o que implica uma abertura para o exterior nem sempre bem conseguida. O que entra e o que sai não está controlado, a partilha de normas e de regras com o exterior ou o antagonismo e rivalidade com as mesmas são causa, muitas vezes, de dificuldades na definição de poder e de hierarquias (ligação de sangue/ligação pela lei/não ligação). Isto implica que as relações conjugais entrem frequentemente em choque com as relações parentais, não sendo fácil definir quais as prioritárias.

De uma forma geral, podemos dizer que as famílias de recasamento têm efectivamente uma estrutura complexa com características específicas que são efectivamente desencadeadoras de "stress" e que a sua integração demora, por vezes, anos. As famílias de recasamento podem ter uma variedade de padrões de relação com a família anterior, o que exige criatividade e flexibilidade ao longo do tempo. Muitas vezes, os filhos não têm qualquer contacto com os pais biológicos (por decisão ou por morte), mas quando isto não acontece a permeabilidade de relações é necessária, o que implica uma menor coesão comparativamente com as famílias nucleares ou monoparentais. A não existência de uma história comum faz com que as relações entre enteados e padrasto ou madrasta não sejam sólidas e baseada na compreensão: a sua avaliação apoia-se essencialmente no que acontece em cada momento e as expectativas e normas são frequentemente irrealistas; os conflitos de lealdade são frequentes o que é agudizado pela falta de definição do papel do padrasto ou madrasta.

2.2. As famílias de recasamento ao longo do ciclo vital

A complexidade destas famílias de recasamento, em que cada sistema forma uma minicultura cuja relação entre si pode ser tão alienante, torna a própria intervenção e definição de objectivos, por vezes, difícil e implica, prioritariamente, a compreensão deste modelo familiar bem como das suas soluções adaptativas.

Numa perspectiva de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, as famílias de recasamento constituem-se passando por diferentes estádios que vão desde a resolução das perdas inerentes à relação anterior, à entrada numa nova relação, conceptualizando e planificando o novo casamento. Nesta reconstituição da família correspondem a cada elemento, tarefas específicas: divórcio construtivo e co-parental, luto pela perda da família pré-divórcio, modificação da estrutura monoparental, investimento nos novos membros da família como fontes primárias de gratificação emocional, reestruturação de papéis, regras e valores familiares, estabelecimento de uma nova relação com o ex-cônjuge, desenvolvimento de

rituais de coesão e definição de regras de relacionamento. Cada um destes estádio faz parte de um ciclo, num processo de transição, em que as suas tarefas devem ser cumpridas no momento próprio e as soluções adoptadas nos estádios iniciais vão afectar os padrões subsequentes para lidar com a transição, como pontos de vulnerabilidade nos estádios seguintes.

O *processo* de recasamento é diferente e, provavelmente, mais complicado do que o do primeiro casamento, na medida em que há interferências, do primeiro no segundo, das quais se podem salientar: a experiência psicológica anterior criou um conjunto de expectativas e hábitos, que importados ou não para a nova relação, tendem a servir de termo de comparação; o "imprinting" à primeira relação, a necessidade de manter contactos com o ex-cônjuge, principalmente quando há filhos; o primeiro e o segundo casamento ocorreram em momentos desenvolvimentais diferentes, o que torna a experiência distinta, e as razões que levaram ao segundo casamento podem não ser as mesmas em relação ao primeiro; finalmente, o primeiro e o segundo casamento foram realizados em momentos diferentes e necessariamente com modelos culturais diferentes, pelo que o processo de recasamento implica apelar para a redefinição de padrões relacionais de acordo com os modelos actuais.

2.3. Problemas que dificultam a adaptação dos filhos ao recasamento

Diferentes variáveis podem facilitar ou dificultar a adaptação dos filhos ao recasamento. Entre estas variáveis salienta-se, desde logo, o seu desenvolvimento psicológico e capacidade para lidar com as mudanças e conflitos; indivíduos com idades inferiores a cinco anos ou superiores a dezoito parecem lidar mais facilmente com esta situação. Quanto mais ambígua for a forma como os pais fizeram o luto da relação, maior será a dificuldade da criança em fazer o luto da família inicial e adaptar-se à nova situação. Se no período de parentalidade singular se estabeleceu uma forte ligação, esta dificulta a entrada de um novo elemento neste sistema. Assim o período que medeia entre o divórcio e o recasamento parece ser uma variável importante, isto é, que não seja tão longo que dificulte a mudança, nem demasiado curto que torne difícil a resolução do luto.

Os filhos parecem reagir mais ao recasamento do pai ou da mãe com quem vivem do que em relação àqueles que visitam. As relações tornam-se, no entanto, mais complexas quando o novo(a) companheiro também tem filhos que visitam ou vivem com o casal. A relação hostil entre os pais biológicos dificulta, também, significativamente a adaptação dos filhos na medida em que, quer estes aceitem ou não o novo casamento, estão concertada em discordância com um dos pais. O mesmo ocorre, quando as expectativas dos filhos, no que respeita à relação com o padrasto ou madrasta (mãe ou pai, amigo(a)), não estão em conformidade com o comportamento e expectativas destes. A existência de outras crianças com idades semelhantes pode ser facilitadora ("estamos todos no mesmo barco"), mas

também pode dificultar se há competição em relação à atenção dada pelos adultos e existem diferentes níveis de sucesso escolar ou económico. A divergência de valores culturais, religiosos e socioeconómicos dificultam a interiorização de regras que funcionem como rede de referência para os seus comportamentos. Finalmente, o apoio e aceitação do recasamento pelo supra-sistema permite que os filhos estejam livres para novas ligações. Um outro factor importante está ligado aos medos ou fantasias de incesto vividos pelos filhos, o que dificulta o seu relacionamento com o padrasto ou madrasta; estes medos ou fantasias são muitas vezes reforçados pelo exterior, dada a significância destes acontecimentos.

2.4. Psicoterapia nas famílias de recasamento

Na medida que as famílias de recasamento se caracterizam por estar a passar por um processo de transição, o objectivo primordial e lato da intervenção psicológica será promover competências para lidar com as mudanças nas relações e na estrutura familiares. Isto implica revisão e reorganização de expectativas, normas e significados que estão inerentes ao conceito de família. É importante que a nova família crie um novo sistema de valores, cognições e de significados das experiências e do mundo.

O intervir junto de famílias de recasamento implica que o psicoterapeuta tenha uma formação e experiência em psicoterapia individual e de grupo, conjugal ou familiar, assim como de diferentes modelos teóricos: a perspectiva sistémica que lhe permite compreender a dinâmica familiar, a psicanalítica, a dinâmica individual e as suas relações com a familiar e a da aprendizagem social e comportamentalista para modificar padrões de comunicação disfuncionais.

Dada a natureza destas famílias e os valores que nelas estão implicados, é fundamental que o psicoterapeuta esteja consciente da sua história, para ser capaz de lidar com a intensidade dos conflitos e a desorganização destes sistemas e de se movimentar dentro e fora das diferentes partes do sistema. Neste sentido, diferentes formas de intervenção psicológica podem ser necessárias incluindo uma psicoterapia do supra-sistema, com o casal, os filhos, individual, ou ainda o recurso a grupos de apoio, à consultadoria e à educação psicológica.

A avaliação do problema deve ser feita ao nível do supra-sistema, dos diferentes subsistemas e individual, tendo em conta as respectivas necessidades contextualizadas no ciclo vital, a forma como cada indivíduo está no seu mundo intrapsíquico, bem como as suas características sociais (redes de apoio, religião, nível económico e cultural, papéis sexuais) e características biológicas. Esta avaliação tem como objectivos desenvolver alianças com os diferentes membros do suprasistema envolvidos no problema, compreender a forma como percebem a situação, estabelecer objectivos específicos não só

para cada elemento, mas também para os diferentes sistemas e para o supra-sistema, criar hipóteses acerca do problema e, finalmente, iniciar um plano de acção psicoterapêutica.

Segundo Stuart *et. al.*, desde o primeiro momento de intervenção todo o supra-sistema, incluindo avós e outros parentes considerados significativos, deveria ser trabalhado, seguindo-se encontros com os diferentes subgrupos. Contudo, se o problema disser respeito apenas ao casal, apenas este é recebido; só quando o(s) filho(s) estão envolvidos é que o grupo alargado será o objecto de intervenção, pelo menos inicialmente. Quando a intervenção recai sobre os diferentes subgrupos, cada um deles tem um terapeuta próprio que, no entanto, está presente no momento de intervenção com o supra-sistema. No entanto, a intervenção com o supra-sistema implica que este esteja disponível e motivado para o processo, o que na maioria das vezes não acontece, considerando cada sistema que o problema está no outro. Após a avaliação do supra-sistema e compreensão da história desta família de recasamento, passar-se-ia em momentos diferentes à avaliação e intervenção nos diferentes subsistemas: parental, família de recasamento, casal de recasamento, individual.

Outros autores apresentam alternativas a este modelo vendo inicialmente o casal como tal e posteriormente individualmente. Quando o problema está centrado no(s) filho(s) este(s) é recebido(s) separadamente para avaliação da sua perspectiva em relação ao problema. No entanto, a intervenção é primariamente dirigida ao casal, podendo incluir outros elementos quando considerado necessário.

Visher e Visher apresentam uma proposta mais sistematizada. Sem esquecer a importância do supra-sistema e a intrincada rede de relações, consideram fundamental que a decisão de quem receber e quando receber tenha em conta um conjunto de factores: estágio emocional da família de recasamento, o foco dos problemas centrais, força do ego individual, idade das crianças, o à vontade do psicoterapeuta, e a avaliação do processo psicoterapêutico.

Numa fase inicial, os adultos fantasiam e esperam que a adaptação e o desenvolvimento de laços de amor sejam imediatos, enquanto as crianças alimentam a esperança que esta situação termine e os pais biológicos se voltem a juntar. Neste estágio, a intervenção deveria ser individual ou de casal; algum elemento da família de recasamento pode ser chamado, mas apenas por questões relativas à educação. Progressivamente, tomam consciência de que as coisas não estão a acontecer como fantasiadas e os conflitos entre os laços biológicos e os de recasamento tornam-se mais evidentes, apesar das tentativas de mostrar que está tudo bem. Neste período, a intervenção deverá ter como objectivo diminuir esta divisão e nesse sentido os encontros individuais com cada elemento do casal, ou dos filhos que eventualmente estejam com dificuldades, para que cada um possa exprimir livremente os seus sentimentos e fantasias, parece ser a estratégia mais indicada,

ainda que por vezes se verifique a necessidade de encontros com a díade conjugal. O mesmo deverá acontecer nos estádios seguintes, em que a consciência das pressões existentes, a expressão de emoções e a mobilização do outro para a mudança tamam lugar, e tudo isto acompanhado do medo de uma possível ruptura. Só no período em que o casal começa a trabalhar conjuntamente soluções para a mudança e reforça progressivamente a sua ligação, assim como com os diferentes membros da família, até à resolução final do problema é que a introdução de elementos do suprasistema, em diferentes combinações, podem ser essenciais no sentido de clarificar as mudanças inerentes à nova estrutura familiar. Assim como para facilitar a construção da identidade da família de recasamento.

Uma questão muito frequente nas famílias de rescasamento é, sem dúvida, a relação dos padrastos ou madrastas com os enteados, o que implica uma intervenção no sentido de reduzir os medos dos filhos de que a sua relação com o pai biológico irá ser perturbada pela presença de outra pessoa e de que o padrasto ou madrastra querem substituir o pai biológico sem custódia. Neste sentido, é importante facilitar a construção de uma relação mais de amigo do que de figura parental substitutiva; ajudar os membros da família a compreender o investimento duplo em relação aos filhos biológicos e aos enteados; ajudar a família a compreender que a estrutura relacional presente é mais complexa do que na situação anterior. Quando se trata de crianças mais pequenas, o recurso ao jogo, à fantasia, à escultura, ao "role-playing", quer com grupos de crianças quer individualmente ou mesmo na família, são estratégias possíveis para facilitar à criança lidar com os sentimentos inerentes à situação. No entanto, a intervenção junto dos adultos, no sentido da resolução destas questões, principalmente quando os filhos são muito pequenos, parece ser a estratégia mais adequada.

Um dos principais objectivos psicoterapêuticos é sem dúvida promover a auto-estima destas famílias, na medida em que os seus membros, confrontados com as dificuldades inerentes à situação e com a frequente falta de apoios, sentem como se mais uma vez tivessem fracassado, culpados, frustrados, abandonados...; ora, é indiscutível que um baixo auto-conceito não permite lidar de uma forma construtiva com as dificuldades, para que não estavam preparados. Muitas vezes, as expectativas irrealistas de que tudo se vai resolver rapidamente leva a este tipo de sentimentos. Neste contexto, o psicoterapeuta deverá ajudar a separar sentimentos de comportamentos, na medida em que se é difícil controlar sentimentos é mais fácil controlar comportamentos, o que permite uma comunicação mais saudável e, conseqüentemente, a oportunidade de possíveis mudanças ao nível dos sentimentos. Para a abordagem deste tipo de questões, as vantagens de uma intervenção individualizada, parecem evidentes.

Dada a complexidade destas famílias, a construção do genograma pode ser uma fonte importante de informação, dando-nos uma imagem do sistema relacional, onde os

diferentes membros estiveram e estão, quem está dentro ou fora, a direcção que eles necessitam tomar de forma a permitirem a abertura de canais de comunicação.

Na medida em que estas famílias se constituem frequentemente segundo os padrões da família nuclear, é essencial através de sugestões educativas promover um funcionamento adaptado à nova situação com expectativas realistas (normas, lealdades, poder, comportamentos...), trabalhar as histórias passadas, na medida em que, se as pessoas se sentem desconfortáveis com as recordações. O fazer a ligação entre experiências do passado, recente ou longínquo, e a situação actual é também importante, não só para facilitar o processo de luto em relação às perdas e às mudanças, mas também permitir a compreensão de como as experiências anteriores estão a interferir na actual.

A família de recasamento não é mais do que um subgrupo no supra-sistema familiar e, na medida em que, o seu funcionamento acaba por estar ligado aos outros subgrupos o que torna as decisões complicadas, principalmente quando entre os diferentes subsistemas a animosidade prevalece. Estas dificuldades levam, muitas vezes, estas famílias a sentirem-se incapazes de encontrar soluções adaptadas e a função do psicoterapeuta é facilitar estratégias de negociação de resolução de problemas e conflitos, e promover competências de comunicação. Claro que este trabalho poderá ser facilitado com a presença dos diferentes elementos implicados.

A imagem negativa das famílias de recasamento interfere nas suas relações, na medida em que os seus membros tendem a fazer interpretações dos comportamentos pela negativa; a reestruturação e redefinição dos comportamentos que medeiam as relações permitirá uma comunicação mais empática e conseqüentemente mais flexível e menos tensa.

Como já foi referido, o *stress* nestas famílias é superior ao das famílias nucleares, o que logicamente transparece nas sessões psicoterapêuticas. Neste contexto, é fundamental que o psicólogo seja capaz de reduzir essa tensão para que não atinja um extremo disfuncional, de forma a permitir um certo distânciamento emocional facilitador da objectividade.

Em suma, a psicoterapia com famílias de recasamento tem como principais objectivos facilitar a todos os membros a resolução de lutos inerentes às perdas e mudanças, negociar necessidades desenvolvimentais características dos diferentes membros da família, estabelecer novas regras, construir a sua história familiar, desenvolver novas redes de relações, criar alianças parentais, aceitar a continuidade de mudanças na composição familiar (visitas), desenvolver uma relação sólida conjugal e investir na consolidação da família apesar do pouco apoio social. A resolução bem sucedida destas tarefas promoverá a auto-estima familiar, em que as perdas são substituídas por ganhos, — a família tornou-se maior — a complexidade por riqueza e diversidade, a ambiguidade por criatividade e flexibilidade, condições necessárias para a construção sólida de uma identidade familiar.

Embora conscientes da complexidade destas famílias e da necessidade de intervir ao nível dos diferentes subsistemas e de compreender a dinâmica do supra-sistema, o sistema conjugal de recasamento deverá ser objecto de intervenção no sentido de reforçar a relação diádica. Se esta relação for suficientemente estável e positiva a tensão familiar será concerteza menor.

2.3.1. Psicoterapia no sistema conjugal

Quando o problema é definido como situando-se essencialmente no casal, as queixas mais frequentes deste são as de falta de intimidade, dificuldades de comunicação e incapacidade de resolução de conflitos e problemas, o que não os distingue, aliás, de qualquer casal. São de referir, no entanto, algumas questões que lhes são mais específicas ou frequentes. A utilização do(a) enteado(a), focalizando a atenção nos problemas de comportamento deste, para negar o problema conjugal, o que também é frequente nos primeiros casamentos, em que a pseudomutualidade e a criação de um bode expiatório são formas de lidar com o medo de um novo fracasso relacional. As queixas sistemáticas sobre as competências parentais do cônjuge, acusado de uma forma geral de benevolência porque defende o filho desautorizando o padrasto ou a madrasta, acusado(a) de rigidez; estes conflitos parecem agudizar-se mais quando o(a) filho(a) é do mesmo sexo que o padrasto ou madrasta, na medida em que haveria uma maior competição "edípiana" pelo pai ou mãe biológico(a) (o que é claro no caso anteriormente apresentado). O desejo por parte de um dos cônjuges, de ter um filho do casal, o que acontece geralmente àquele que não tem filhos do casamento anterior, principalmente quando é mulher, implica alterar contratos definidos anteriormente ao casamento ou tornar explícitos os que estavam implícitos: quando o casal não discutiu isto préviamente ou para cada um era claro este problema, ainda que de forma diversa.

Os problemas económicos são frequentes nas famílias de recasamento e conseqüentemente são fonte de conflito, não só pela diminuição na maioria dos casos de poder económico, mas também por questões tais como: "de quem é o quê" "quem dá a quem"; além disso, muitas vezes, sentimentos de culpa e de abandono em relação aos filhos não residentes, levam o pai ou mãe a compensá-los com prendas ou dinheiro. Esta atitude cria conflitos entre o casal e urge a necessidade de redefinir contratos pré-núpciais que se mostram agora inapropriados em função de factores do supra-sistema.

As relações com o(a) ex-cônjuge são, também, muitas vezes, fonte de discórdia dos casais de recasamento. Muitos factores podem estar associados, como um processo de divórcio emocional não realizado o que leva a sentimentos de ciúme, competição, culpa e questões de lealdade. A insegurança em relação ao companheiro(a) actual, desencadeia por vezes uma curiosidade mórbida em relação ao casamento anterior e a mera existência do(a) ex-cônjuge, principalmente quando não casado(a), é considerada inimiga da relação e

consequentemente fonte de conflito e ciúme. Estes conflitos agudizam-se quando transpostos para os filhos que são designados como correias de transmissão.

O modelo de intervenção no sistema conjugal deverá ser escolhido em função das necessidades dos clientes. Alguns têm necessidade de *insight* em relação aos seus problemas, outros de uma intervenção mais focalizada nas emoções e, outros ainda, de mudanças mais comportamentais. A combinação de estratégias de diferentes modelos pode ser ainda a mais adaptada para alguns clientes.

As intervenções em grupo são ainda frequentemente utilizadas com casais de recasamento, na medida em que a experiência de grupo facilita ao casal a possibilidade de se centrarem neles próprios e na sua relação. Os casais, na partilha dos seus problemas, podem constatar que não são os únicos e simultaneamente encontrar soluções para os seus problemas num processo de partilha e modelagem.

Na medida em que os problemas destes casais estão frequentemente ligados a outros sistemas do supra-sistema são ainda propostas como estratégias de intervenção a terapia familiar múltipla que adapta a intervenção em grupo à família. O grupo de famílias têm sessões semanais com uma equipe em co-terapia que catalisa e coordena a discussão dos problemas e facilita a orientação para a sua resolução.. No entanto, uma desvantagem frequentemente apontada é o facto de fazer parte deste grupo um número demasiado vasto de indivíduos e com necessidades e problemas variados, o que dificulta o trabalho psicoterapêutico.

Muitas vezes, as relações disfuncionais nas famílias de recasamento resultam ainda de problemas de adaptação à mudança e da perda de apoios das redes sociais. A psicoterapia centrada nas redes sociais de apoio é um modelo de intervenção criado com o objectivo de promover uma rede de apoio eficaz para que as famílias sejam capazes de melhor lidar com as situações de crise. A família alargada, amigos, vizinhos e outros agentes sociais são trazidos para as sessões psicoterapêuticas para ajudar a família a aprender formas de resolução dos seus problemas. A equipe psicoterapêutica mobiliza o apoio e as fontes, reforçando os laços sociais e criando novos canais de comunicação nesta unidade social alargada

Tendo em conta a frequência cada vez maior das famílias de recasamento, parece importante, mais do que propor formas de intervenção uma vez instalado o problema, criar formas de intervenção no sentido de preparar os indivíduos para esta transição como uma tarefa possível no desenvolvimento ao longo do ciclo vital, fornecendo oportunidades de novas experiências educativas que permitam questionar e desenvolver novas formas de pensar, agir e sentir em relação à família, a si próprios e ao mundo. Estes programas educativos poderão utilizar material (filmes, livros, textos, radio etc.) para discussão, que

podem ter lugar nas escolas, nos serviços de saúde, instituições religiosas, centros comunitários e em grupos de auto-ajuda.

Uma outra estratégia de intervenção poderá passar pelo desenvolvimento de programas de educação conjugal adaptados aos períodos de pré, neo e pós-recasamento.

3. Aulas práticas

Nas aulas práticas além da discussão de casos em atendimento, os alunos fazem situações de *role playing* para o desenvolvimento de competências de entrevista e de consulta com este tipo de problemáticas. Vêm ainda, sessões de consultas gravadas, o que lhes permite na sua análise articular os seus conhecimentos teóricos com a prática.

O método de avaliação sempre privilegiado é a entrevista.

3.1. Entrevista

Este processo de avaliação faz-se inicialmente com o casal, seguindo-se entrevistas individuais que nos permitem obter informações sobre sentimentos e comportamentos, actuais ou passados, não partilhados com o cônjuge. Alguns dos pontos abordados são comuns a qualquer terapia de casal (ver primeiro capítulo), outros, no entanto, são específicos destas relações: porque decidiram vir à consulta; primeiros sinais dos problemas relacionais; como se conheceram; o que é que inicialmente os atraiu; análise do período de namoro; em que circunstâncias decidiram casar-se ou viver juntos; expectativas no que respeita a relação do cônjuge com o(a) enteado(a); expectativas no que concerne à relação com o sistema familiar anterior; expectativas no que respeita as questões de responsabilidades, nomeadamente as económicas; expectativas em relação à inclusão ou exclusão de membros do supra-sistema familiar de recasamento, assim como, dos filhos sem custódia; expectativas no que concerne a proximidade/distância, autonomia/dependência no supra-sistema; diferenças de posicionamento dos cônjuges no ciclo vital, o que implica objectivos diferentes para a relação; medos conscientes ou negados de outro fracasso relacional e o conhecimento disto pelo outro cônjuge; medos de solidão ou abandono; como a relação anterior interfere na actual; diferenças ou semelhanças nos contratos individuais ou relacionais na relação presente e na passada.

Bibliografia-Divórcio

AFONSO, H., (1990). Post-divorce adjustment and parental relationship between former spouses. *IVth European conference on developmental psychology*, 27-31, (policopiado).

- ARDITTI, J. A. (1999). Rethinking relationships between divorced mothers and their children: Capitalizing on family strengths. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies* vol 48(2) 109-119.
- *BOHANNAN, P. (1973), The six stations of divorce. In: M. E. Lasswell, & T. E. Lasswell, (Eds.), *Love, Marriage and Family: A Developmental Approach*, Illinois: Scott, Foresman and Company.
- **BOOTH, A. (1999). Causes and consequences of divorce: reflections on recent research. In Ross A., Thompson, Paul, R. (ed.) et al. *The postdivorce family: children, parenting and society*. USA: Sage Publications.
- BROWN, B. B., & FOYE, M. B. (1982). Divorce as a dual transition: Interpersonal loss and role restructuring. In Vernon L. Allen & Evert van Ulliest. (Eds), *Role transition exploration and explanations*. N. Y.: Plenum Press, 315-329.
- BROWN, M. D. (1985). Creating new realities for the newly divorced: A structural-strategic approach for divorce therapy with an individual. Special Issue: Divorce therapy. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1, 101-120.
- CANEVARO, A. A. (1990). Marital crisis and the trigenerational context: A model of short-term therapy. *Contemporary Family Therapy An International Journal*, 12, 115-127.
- *COSTA, M.E. (1994). *Divórcio monoparentalidade e recasamento*. Porto: Asa.
- EMERY, R. E. (1998). *Marriage, divorce and children's adjustment*. Newbury Park: Sage Publications.
- **EMERY, R. E. (1999). Postdivorce family life for children: An overview of research and some implications for policy. In Ross A., Thompson, Paul, R. (ed.) et al. *The postdivorce family: children, parenting and society*. USA: Sage Publications.
- GANONG, L. H. & Coleman, M. (1999) *Changing families, changing responsibilities: Family obligations following divorce and remarriage*. USA: Lawrence Erlbaum associates.
- *GLASER, R. D. & BORDUIN, C. M. (1986). Models of divorce therapy: An overview. *American Journal of Psychotherapy*, 40, 233-242.
- GREBE, S. C. (1986). Mediation in separation and divorce. *Journal of Counseling and Development*, 64, 379-382.
- GREENBERG, E. & NAY, W. (1982). The intergenerational transmission of marital instability reconsidered. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 335-347.

- *HACKNEY, J.& BERNARD, J. A., (1990). Dyadic adjustment processes in divorce counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69, 134, 142.
- HETHERINGTON, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers and survivors. *Child Development*, 60, 1-14.
- HETHERINGTON, E. M. & STANLEY-HAGAN, M. (1997). The effects of divorce on fathers and their children. In M. Lamb (Ed), *The role of the father in child development*. (pp.191-211). New York: J.Wiley & Sons.
- *HETHERINGTON, E. M. & STANLEY- HAGAN, M. (1999). The adjustment of children with divorced parents: A risk and resilience perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1, 129-140.
- HUBER, C. H. (1983). Feelings of loss in response to divorce: Assessment and Intervention. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 357-361.
- ISAACS, M. B. (1982). Helping men fail: A case of a stalemated divorcing process. *Family Process*, 225-234.
- JONES, B. W. (1986). The ambivalent spouse syndrome. Special Issue: The divorce process: A handbook for clinicians. *Journal of Divorce*, 10, 57-67.
- *KANTOR, D. & VICKERS, M. I. (1983). Divorce a long the family life cycle. In J. C. Hansen & H. A. Liddle (Eds.), *Clinical implications of the family life cycle*. Rockville, Maryland Royal Turbridge wells, 78-79.
- *KASLOW, F. W. (1981). Divorce and divorce therapy. In A. S. Gurman & D. Kriskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy*. N. Y. Brunner/ Mazel.
- KELLY, G. F. (1981). Loss of loving: A cognitive therapy approach. *The Personnel and Guidance Journal*, 59, 401-404.
- KITSON, G.C., & MORGAN, L. A. (1990). The multiple consequences of divorce: A decade review. *Journal of Marriage and The Family*, 52, 913-924.
- KITSON, G.C., BABRI, K. B., ROACH, M.J., & PLACIDI, K. S. (1989). Adjustment to widowhood and divorce. A review. *Journal of Family Issues*, 10, 5-32.
- KRESSEL, K. & DEUTSCH, M. (1977). Divorce therapy: An in depth survey of therapists' views. *Family Process*, 16, 413-414.
- KRESSEL, K. (1987). Patterns of coping in divorce. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crisis*. N Y.: Plenum Press, 145-153.

- KRUK, E. (1993). Promoting co-operative parenting after separation. *Family Therapy*, 15, 3, 235-264.
- L'ABATE, L., & WEINSTEIN, (1987). *Structured enrichment programs for couples and families*. N. Y.: Brunner/Mazel, 391-400.
- LINKER, J. Stolberg, A. Green, R. (1999). Family communication as a mediator of child adjustment to divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*, Vol. 30(1-2) 83-97.
- LUND, K. L.. (1990). A feminist perspective on divorce therapy for women. *Journal of Divorce*, 13, 57-67.
- MACCCOBY, E. et al.(1993). Post divorce roles of mothers and fathers in the lives of their children. *Journal of Family Psychology* 7, 1-15.
- MASHETER, C. (1986). Divorce: Three different experience for three different families. Special Issue: The divorce process: A handbook for clinicians. *Journal of Divorce*, 10, 41-55.
- McCOLLUM, E. E. (1985). Recontacting former spouses: A further step in the divorce process. *Journal Marital and Family Therapy*, 1, 417-420.
- MORELAND, J., SCHWEBEL, A. I., FINE, M. A., & VESS, J. D. (1982). Postdivorce family therapy: Suggestions for professionals. *Professional Psychology*, 13, 639-646.
- POWER, R. (1986). Group work with emotionally attached or ambivalent spouses in process of separating, separated, or recently divorced. Special Issue: The divorce process: A handbook for clinicians. *Journal of Divorce*, 229-240.
- ROBINSON, M. (1988). Mediation with families in separation and divorce in the United Kingdom: Links with family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 16, 60-72.
- SALTS, C. J. (1985). Divorce stage theory and therapy: Therapeutic implications throughout the divorcing process. Special Issue: Divorce therapy. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1, 13-23.
- SPRENKEL, D. H. & STORM C. L. (1983). Divorce therapy outcome research: A substantive and methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 239-258.
- SUTTON, P. M. & SPRENKLE, D. H. (1985). Criteria for a constructive divorce: Theory and research to guide the practitioner. Special Issue: Divorce therapy. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1, 39-51.
- TURNER, N. W. (1985). Divorce: Dynamics of decision therapy. Special Issue: Divorce therapy. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1, 27-38.

VOLGY, S. S. & EVERETT C. A. (1985). Systemic assessment criteria for joint custody. Special Issue: Divorce therapy. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1, 85-98.

WALKER, T. R. & EHRENBERG, M. F. (1998). Na exploratory study of Young person's attachment styles and perceived reasons for parental divorce. *Journal of Adolescent Research*, 13, 3, 1-12.

WALTON, L.; Oliver, C. Griffin, C. (1999). Divorce mediation: The impact of mediation on the psychological well-being of children and parents. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 9(1), 35-46.

ZIMPFER, D. G. (1990). Groups for divorce/separation: A review. *Journal for Specialists in Group Work*, 15, 51-60.

Recasamento

*AHRONS, C. R. & Pelmuter, M.S. (1982). The relationship between former spouses; a fundamental subsystem in the marriage family: In J.C. Hansen & L. Messinger (Eds), *Therapy with remarried families*. Rockville: Aspen Publications.

**ANDERSON, E.R. et al (1999). Three dynamics of parental remarriage : Adolescent, Parent, and sibling influences. In HETHERINGTON, E.M. et al (Ed.) *Coping with divorce, single parenting, and remarriage*. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates.

BERGQUIST, B. (1984). The remarried family: An annotated bibliography, 1979-1982. *Family Process*, 23, 107-119.

BUUNK, B. P. & MUTSAERS, W. (1999). The nature of relationship between remarried individuals and former spouses and its impact on marital satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 13, 2, 165-174.

BUUNK, B. P. & MUTSAERS, W. (1999). Equity perceptions and marital satisfaction in former and current marriage: A study among the remarried. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 1, 123-132.

CHAPMAN, S. F. (1991). Attachment and adolescent adjustment to parental remarriage. *Family Relations*, 40, 232-237.

CLINGEMPEEL, W. G., BRAND, E., & IEVOLI R., (1984). "Stepfather-stepchild relationships in setpmother and stepfather families: A multimethod study". *Families Relations*, 33, 465-473.

*COSTA, M.E. (1994). *Divórcio monoparentalidade e recasamento* Porto: Asa.

CLINGEMPEEL, W. G., IEVOLI, R., & BRAND, E. (1984). Structural complexity and the quality of stepfather-stepchild relationships. *Family Process*, 23, 547-560.

**CROHN, H., SAGER, C. J., RODSTEIN, E., BROWN, H. S., WALKER, L., & BEIR, J. (1981). Understanding and treating the child in the remarried family. In I. R. Stuart & L. E. Abt (Eds.), *Children of separation and divorce: Management and treatment*. New York: Van Nostrand Reinhold.

CROSBIE, B. M. & AHRONS, C. R. (1985). From divorce to remarriage: Implications for therapy with families in transition. Special issue: Divorce therapy. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1, 121-137.

CROSBIE, B. M. & AHRONS, C. R. (1985). From divorce to remarriage: Implications for therapy with families in transition. Special issue: Divorce therapy. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1, 121-137.

EASTMAN, K. S. (1982). Foster parenthood. A nonnormative parenting arrangement. *Marriage and Family Review*, 5, 95-120.

EINSTEIN, E. (1982). *The stepfamily: Living, loving, and learning*. New York: Macmillan.

FORGATCH, M. (1987). A trait process model for family stress. In E. M. Hetherington & J. Arasteh (Eds.), *The impact of divorce, single parenting and step parenting on children*. Hillsdale, N. Y.: Erlbaum.

FURSTENBERG, F. F., & SPANIER, G. B. (1984). Remarriage and reconstituted families, in M. B. Sussman & S. K. Steinmetz (Eds.), *Handbook of marriage and the family*, N. Y.: Plenum.

FURSTENBERG, F. F. (1988). Child care after divorce and remarriage. In E. M. Hetherington & J. D. Arasteh (Eds.), *Impact on divorce, single-parenting, and stepparenting on children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 245-261.

FURSTENBERG, F. F., J. R. (1981). Remarriage and intergenerational relations. In R. Fogel, et al (Eds.), *Stability and change in the family*. N. Y.: Academic Press.

FURSTENBERG, J. R., F. F. (1982). Conjugal succession. Recentring marriage after divorce. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior*, 4. N. Y.: Academic Press.

**GAMEIRO, J. (1999) *Os meus os teus e os nossos. Novas formas de familia*. Lisboa: Terramar

- GLICK, P. C., (1980). Remarriage: Some recent changes and variations. *Journal of Family Issues*, 1, 455-579.
- HETHERINGTON, E. M. & ANDERSON, E. R. (1987). The effects of divorce and remarriage on early adolescents and their families. In M. D. Levine & E. R. McArney (Eds.), *Early adolescent transitions*, 49-67. Lexington, MA: Heath.
- HETHERINGTON, E. M. (1987). Family relations six years after divorce. In K. Pasley & M. Ihinger-Tollman (Eds.), *Remarriage and stepparenting today: Current research and theory*. New York: Guilford, 185-295.
- HETHERINGTON, E. M. (1989). Coping with family transitions. *Child Development*, 760, 1-14.
- *HETHERINGTON, E. M. (1999). Social capital and the development of youth from, divorced and remarried families. In Andrew, W. Collins et al (ed) *Relationships as developmental contexts*. N.Y: Lawrence Erlbaum Associates.
- *HETHERINGTON, E. M. et al. (1999). Stepfamilies. In M. E. Lamb, *Parenting and child development in nontraditional families*. (pp137-159) N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates.
- ISAACS, M. B. (1982). Facilitating family restructuring and linkage. In : In J.C. Hansen & L. Messinger (Eds) *Therapy with remarried families*. Rockville: Aspen Publications.
- JOLLIFF, D. (1984). The effects of parental remarriage on the development of the young child. *Early Child-Development and Care*, 13, 321-333.
- McGOLDRICK, M. (1980). Forming a remarried family. In E. A. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Garner Press.
- PRESBY, K. S. (1988). Rational emotive therapy with women in second marriages. Special Issue: Cognitive behavior therapy with women. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 6, 118-128.
- PRICE-BONHAM, S., & BALSWICK, J. O. (1980). The non-institutions: Divorce, desertion, and remarriage. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 959-972.
- RANSON, J. W., SCHLESINGER, S. & DERDEYN, A. P. (1987). A stepfamily in formation. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crises. An integrated approach*. N. Y.: Plenum Press, 169-183.
- SAGER, C., WALKER, L., BROWN, H. S., CROHN, H., & RODSTEIN. E. (1981). Improving functioning of the remarried family system. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 3-13.

SAGER, C.J., BROWN, H. S., CROHN, H., ENGEL, T., RODSTEIN, E. & WALKER, L.
(1983) *Treating remarried family*. New York: Brunner/Mazel.

**VISHER, E. B., & VISHER, J. S. (1979). *Stepfamilies: A guide to working with setpparents and setpchildren*. New York: Brunner/Mazel.

VISHER, E. B. & VISHER, J. S. (1982). *How to win as a stepfamily*. New York: Dembner Books, 1982.

VISHER, E. B. & VISHER, J. S. (1988). *Old loyalties, new ties*. New York: Brunner/Mazel.

WHITESIDE, M. F. (1982). Remarriage: A family developmental process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 59-68.

WHITESIDE, M. F. (1983). Families of remarriage: The weaving of man life cycle threads. In J. C. Hansen & H. A. Liddle (Eds.), *Clinical implications of the family life cycle*. Maryland: Aspen systems corp.