

COMO RESTITUIR A VOZ E A COMPETÊNCIA À CRIANÇA POR MEIO DE TERAPIA FAMILIAR

ARTIGO

HOW TO RESTORE THE VOICE AND THE COMPETENCE THROUGH FAMILY THERAPY

RESUMO: Neste trabalho, o autor sublinha a importância de envolver ativamente a criança na sessão. Descreve com amplas exemplificações clínicas como utilizar a competência relacional das crianças, que passam a se tornar uma verdadeira ponte entre as gerações. Os seus distúrbios psicológicos/psicossomáticos podem assumir um valor e um significado positivos em um contexto terapêutico voltado a valorizar os recursos da criança em lugar de tratar simplesmente dos sintomas. A criança pode ser ainda considerada uma consultora do terapeuta na terapia de casal: a sua voz, se ouvida, pode ajudar bastante os pais a buscar áreas de entendimento e de respeito recíproco.

PALAVRAS-CHAVE: criança, consultor, ponte intergeracional, competência relacional, jogos, terapia de casal.

ABSTRACT: In this paper the author outlines the importance of activating young children in family therapy. He describes through a few clinical examples how to use children's relational competence and their skills in bridging generations. His/her psychological/psychosomatic disorders could play a different role in a therapeutic context, oriented to looking for children's resources more than treating symptoms. The child can be considered a therapist's consultant in couple therapy. When invited, his voice and his sensitivity can help parents to find areas of agreement and mutual respect.

KEYWORDS: child, consultant, intergenerational bridge, relational competence, playing, couple therapy.

MAURIZIO ANDOLFI

Neuropsiquiatra Infantil, Professor Titular, Faculdade de Psicologia, Università La Sapienza de Roma. Diretor da Academia de Psicoterapia da Família de Roma.

E-mail: maurizioandolfi@accademiapsico.it

Recebido em 13 de abril de 2011.

Aprovado em 28 de abril de 2011.

O PROBLEMA DE UMA CRIANÇA É SEMPRE UM PROBLEMA FAMILIAR

Há mais de quarenta anos me ocupo de crianças em situações de dificuldade. A minha competência terapêutica enriqueceu-se ao longo dos anos observando e ouvindo crianças no contexto de suas famílias. Mas, além disso, está a dimensão humana da criança e a sua sensibilidade relacional que me acompanharam ao longo de toda a minha trajetória profissional, além da pessoal. Refletindo-me nos olhos de uma criança, sinto como se conseguisse colher a essência da vida: o amor, às vezes a tristeza, a fantasia e a transparência, além da confiança incondicional nos confrontos dos pais. Os olhos de uma criança falam e descrevem os pontos de força e de fraqueza do seu mundo afetivo.

Os seus distúrbios (sejam psicossomáticos, cognitivos ou relacionais) falam através do seu corpo ou de seus comportamentos e são o caminho para se chegar aos nós relacionais da família. “Um problema de uma criança é sempre um problema familiar”: esta máxima me acompanha desde sempre e em sua simplicidade representa uma ideia forte e clara que dá estrutura a todo o sistema do meu modo de pensar e fazer terapia. A moldura é sempre a família e a criança

é sempre o interior do quadro. Mas, então, poderemos nos perguntar para que serve uma formação específica sobre a psicologia do desenvolvimento. Para que servem profissionais especializados em questões da infância, como os psiquiatras e os psicólogos infantis? A resposta é simples: são muito úteis com a sua competência específica sobre a criança, se conseguem vê-la no interior do quadro e na moldura familiar; são danosos se pensam serem eles (e as suas instituições de diagnóstico e tratamento) a margem ao interior da qual se enquadrará a criança com o seu problema.

Na Austrália se paga ainda hoje o preço de uma opressão cultural, perpetrada pelos brancos (anglo-saxões, intolerantes e poderosos) nos confrontos das comunidades aborígenes (desde sempre impregnadas de valores familiares e espirituais próprios), através do fenômeno da geração roubada. Até os anos 1970, assistiu-se ao sistemático rapto de inúmeras crianças aborígenes que eram usurpadas de suas famílias, consideradas incapazes e primitivas, para serem “salvas e educadas” de modo apropriado, segundo o modelo anglo-saxão (Andolfi, Cavalieri, 2008).

É possível “roubar” as crianças das famílias de diversos modos, mas o mecanismo de base é sempre o mesmo: vamos substituir os pais biológicos e sua ligação afetiva com a convicção de que, diante de um problema de seu filho, os pais não terão as competências e os recursos necessários; enquanto nós, técnicos, possuímos competências e soluções para os seus filhos. Um risco ainda maior, se é excluída a margem familiar, é o de nos ligarmos afetivamente à criança em dificuldade, como se fosse nosso

filho, terminando por projetar sobre ela todo a nossa sobra do*“materno”, posicionando-nos, assim, como os “bons pais”. As instituições de tratamento sancionarão este “deslocamento” de competências.

Por anos ouvi de terapeutas de várias orientações que, para formular um diagnóstico e iniciar uma terapia para um distúrbio psicológico ou psiquiátrico infantil, era preciso pesquisar constantemente as causas no seio da família, quer na conturbada relação pai-filho ou, ainda além, em uma distorcida relação de casal, terminando, assim, por culpar os pais por tudo. Não há dúvidas de que ambas condições podem estar presentes e facilmente documentadas; nesse caso a questão é como utilizar tais informações e, além disso, como não nos deixarmos “condicionar” por dados absolutamente parciais no momento em que se quer definir um tratamento adequado, voltado a buscar recursos na história do desenvolvimento da família em vez de julgar comportamentos inadequados no momento presente. São os eventos da vida que nos falam sobre como a família se organiza ou se desorganiza sobre o plano afetivo no tempo, às vezes, à custa das gerações mais jovens.

Construir, por exemplo, modelos de “terapias paralelas” em que se trabalha separadamente com a criança-problema e se encaminha os pais a uma terapia de casal devido a suas supostas controvérsias, danosas ao crescimento saudável de uma criança, é um modo, entre muitos, de “fazer o quadro aos poucos” com a pretensão de que cabe a nós, técnicos, de “recompôr as partes”. Quanto mais especializamos o saber em inúmeros conhecimentos microscópicos de um fenômeno, mais

* Excesso (N.E.)

perdemos a ideia do conjunto e o valor holístico do tratamento.

O tratamento não pode reduzir-se à práxis, aos protocolos, aos testes, aos formulários de avaliação e eficácia de uma intervenção; nem mesmo basear-se em teorias construídas por nós, técnicos, sobre os nossos clientes no interior de debates e de pesquisas universitárias, em que as pessoas tornam-se campeãs e os dados estatísticos assumem valor absoluto, que distribuem seres humanos por categorias estereotipadas. Não é nem mesmo o recurso aos psicofármacos o melhor caminho para a solução dos crescentes distúrbios de atenção ou de hiperatividade infantil. Mas isto recai sobre o preço a ser pago pela tendência geral de medicar os eventos da vida; que não se limita obviamente às crianças, mas que, lamentavelmente, não as poupa.

A pediatria é ainda mais responsável que a psiquiatria infantil pela excessiva medicação das crianças já na primeiríssima infância; nesse sentido, é esclarecedor o recente livro *Bambini e le (troppe) medicine* (Crianças e os (muitos) remédios) de Franco De Luca (2009). Cito apenas alguns dados preocupantes sobre este fenômeno: “As crianças que com mais frequência recebem uma prescrição farmacológica são aquelas em idade inferior ou equivalente a 1 ano de vida (76%) e nesta faixa etária os medicamentos mais receitados são 5 antibióticos, 4 antiasmáticos e 1 cortisona. Estes fármacos”, diz ainda De Luca, “são prescritos primeiramente para patologias agudas das altas vias respiratórias que apareceriam com menor frequência se as crianças fossem amamentadas até o sexto mês completo e se houvesse prosseguimento, mesmo após a introdução de alimentos sólidos, da

amamentação até o segundo ano de vida, se a mãe e a criança assim decidissem. Mas sabemos bem porque a amamentação artificial é tão preponderante, se pensarmos o quanto é forte e penetrante a ação da propaganda que as multinacionais produtoras de alimentos infantis conseguiram desenvolver para orientar milhões de mulheres em todo o mundo sobre o leite artificial, com a cumplicidade de tantos pediatras e ginecologistas”. É ainda De Luca que intitula um capítulo da seguinte forma: *Ritalina, a pílula da obediência*.

Para o transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH nos baseamos no DSM-IV no qual são descritos 18 comportamentos facilmente encontráveis em qualquer criança saudável; com o adendo, porém, do advérbio *frequentemente*, um advérbio bem pouco objetivo, e com o acréscimo de uma persistência de ao menos seis meses. Assim, terminamos por “roubar da normalidade” os elementos constitutivos desse diagnóstico que, todavia, não possui qualquer base neurológica, mas é exclusivamente comportamental.

É, sem dúvida, como descrito também no artigo do Allegret (Andolfi, 2009) que, em alguns (!!!) casos, os fármacos associados a um bom trabalho de suporte familiar possam ser úteis, mas o outro lado da moeda é que nos países mais avançados (por exemplo, os Estados Unidos, a Holanda, a Austrália, países onde trabalhei por muito tempo) uma em cada quatro crianças foi diagnosticada com esse transtorno e foi feito praticamente um *screening* diagnóstico sobre todas as crianças, como se assistíssemos ao perigo de uma verdadeira “pandemia infantil”.

Gostaria de citar um caso muito pessoal, ou seja, meu próprio caso: refletindo sobre esses critérios diagnósticos posso assegurar ter sofrido, ao longo do tempo, desse transtorno durante os meus tempos de infância. A minha sorte foi ter tido pais e, sobretudo, professores que me suportaram (no sentido próprio, não na tradução atual do termo inglês *support*) e que conseguiram valorizar outros aspectos da minha personalidade, mas me considero afortunado, sobretudo, por ter crescido nos anos 1950, quando era necessário enfrentar problemas mais trágicos e vitais e quando existiam o bairro, o quintal, a rua onde se podia brincar com liberdade; “remédios” estes extraordinários e dificilmente enquadráveis em nossos manuais psiquiátricos e, lamentavelmente, há muitos anos “esgotados”.

E quem na vida não sofre de qualquer forma de uma psicopatologia? O segredo nesse caso é usá-la como mais um recurso. Talvez, o fato de ter experimentado por mim mesmo como reconhecer e utilizar de modo construtivo os meus problemas infantis me permitiu trabalhar de forma semelhante com as crianças problemáticas na terapia. Não consigo considerar seus problemas como distúrbios, mas preferencialmente como oportunidades relacionais como habilidades especiais que outras crianças não possuem.

OS RECURSOS ENCONTRAM-SE NO ÍNTIMO DO PRÓPRIO PROBLEMA DA CRIANÇA

Daí surge outro conceito-chave do meu modo de pensar e fazer terapia, amplamente descrito em tan-

tos trabalhos meus (Andolfi, Angelo, 1987; Andolfi, Haber, 1995; Andolfi *et al.*, 2007), ou seja, que os recursos encontram-se no íntimo do próprio problema da criança. Seguindo essa linha de pensamento, não há sentido em se cuidar do problema em si, mas preferencialmente compreender e se aliar ao problema da criança. Restituir competências relacionais a uma criança levada à terapia por qualquer distúrbio pessoal é o primeiro ato para construir uma cumplicidade terapêutica com ela e, através dela, com a família. Uma criança com um distúrbio regressivo, como a enurese ou a encoprese, com problemas de fobias, com a presença de desordens alimentares ou da conduta, com retardo mental ou com variadas formas de deficiência, ou com doenças como a epilepsia ou a hemofilia e assim por diante, será levada à terapia pelos pais (todas as terapias infantis são “impostas” a partir do momento que, para a criança, é impossível escolher participar ou não) e a sua postura inicial será caracterizada ora por dificuldade, ora por hostilidade ou por vergonha. Muito frequentemente, as crianças apresentam-se na sessão de acordo com as definições dadas pelos especialistas infantis encontrados antes: se foram definidas como deprimidas, comportam-se como tal; se como hiperativos, não param um só momento; comportam-se conforme o sintoma que lhes foi atribuído. Para não falar dos pais prontos a descrever com amplos detalhes a natureza do problema, o que traz de volta, na consulta, sentimentos negativos, como frustração, sensação de impotência ou de falha e, frequentemente, implícitos e profundos sentimentos de culpa.

O objetivo que sempre me impo-
nho nessa fase inicial e fundamental
do encontro é como redefinir os seus
distúrbios buscando simultanea-
mente significados relacionais. Se a
criança torna-se um sujeito ativo e
competente na consulta, será mais
fácil movimentar um senso de com-
petência mesmo entre os “grandes”.
Por meio do jogo, das metáforas, da
linguagem “como se” podem “ser
transferidos” de uma situação à outra
os significados das palavras, dos com-
portamentos, das emoções. Podem-se
transferir, por exemplo, as lágrimas
ou a profunda tristeza dos olhos de
uma menina aos olhos dos pais ou
dos avós. Ou mesmo, pode-se pegar a
parte ativa do comportamento agres-
sivo de um menino, usá-la como uma
energia especial e redirecioná-la.

Mas se tudo isso fosse verdadeiro e
documentável e se a presença da crian-
ça na sessão fosse realmente tão posi-
tiva, por que a terapia familiar sempre
sofreu de *adultocentrismo*? Por que
as teorias sistêmico-relacionais mais
sofisticadas nas suas teorizações são
baseadas no mundo adulto e em suas
formas de expressão, negligenciando a
inclusão da criança em seu campo de
observação real, como uma parte ativa
do sistema familiar e daquele terapêu-
tico? Nathan Ackerman, em tempos
bem anteriores ao das descobertas de
teorias sobre comunicação humana e
“cibernéticas”, depois de ter sido por
anos um psicanalista infantil, havia
abraçado plenamente a dimensão fa-
miliar, destacando o valor e as distor-
ções do *triângulo primário*, cunhando
em um livro histórico (Ackerman,
1958) a metáfora da “criança como
bode expiatório da família”.

Evidentemente hoje, a uma distân-
cia de mais de cinquenta anos, não uti-

lizaremos mais aquela metáfora, nem
mesmo o termo “paciente designado”,
porque ambos poderiam inserir uma
posição de quem julga nos confron-
tos dos pais; permanece, entretanto, o
fato de que historicamente a criança
esteve no centro do movimento da
terapia familiar, mas depois, à exce-
ção de importantes pioneiros como
Virginia Satir (1972), Salvador Mi-
nuchin (1976), Carl Whitaker (1989),
Jay Haley (1974), terminou por estar
mais presente na mente dos terapeu-
tas e nas suas estratégias do que na
sessão. Convocar as crianças à terapia
e dar-lhes voz e competência requer
inverter a conversação terapêutica;
transferir-se ao planeta infância junto
com os adultos da família e descobrir
outro mundo. Mas quem quer e sabe
como renunciar ao papel “sério” de
terapeuta (seriedade não raro apre-
sentada como sinônimo de respeito)
e à segurança de falar e de agir como
“adulto”, em vez de recorrer ao uso
de linguagens metafóricas e lúdicas?
O que dizer de brincar no chão com
os membros de uma família, assim
como normalmente acontece com as
crianças na casa de qualquer um de
nós? Mas, então, onde reside a com-
petência do terapeuta e que flexibili-
dade possui no transferir-se do mun-
do dos adultos àquele das crianças e
vice-versa? E depois, é sempre mais
fácil e socialmente aceitável *proteger
as crianças em dificuldade*, ao invés
de ouvi-las como parte de conflitos
e de distorções familiares. Mas em
quantas Escolas de Terapia Familiar
se ensina a trabalhar com as crian-
ças na sessão familiar? Porém, quem
trabalha com crianças em terapia fa-
miliar sabe bem que este cenário é de
longe o mais eficaz no tratamento da
psicopatologia infantil.

A CRIANÇA COMPETENTE SOBRE SUA DOENÇA

*O que é hemofilia? As crianças na cátedra**

(Marco, de nove anos, está abraçado ao pai e Dario, de sete, abraçado à mãe)

Ter.: *(para Marco e Dario)* Posso fazer uma pergunta para vocês?

Dario: *(enquanto permanecia sentado sobre as pernas da mãe se aproxima do terapeuta)* Sim.

Ter.: O que é hemofilia?

Esta pergunta nunca havia sido feita aos meninos, nem em família, nem no hospital, e nem mesmo nos encontros precedentes de terapia familiar, terapia esta concentrada sobre os comportamentos “irrefreáveis” dos meninos em casa e na escola.

Dario: *(com tom um pouco monótono de aluno ao ser questionado)* A hemofilia é uma doença... mas não é uma doença de verdade. Tipo se eu me corto...

Ter.: É ou não é uma doença? Eu preciso entender!

Dario: Não é uma doença...

Marco: *(enquanto permanecia sentado sobre as pernas do pai se aproxima do terapeuta com a parte superior do corpo)* É uma doença.

Ter.: Ah, então é uma doença. Porque eu não sei muito! Então vocês precisam me dizer se é uma doença ou não!

Dario: Sim, é uma doença... não existem todos os glóbulos que circulam no nosso corpo e se a gente se corta, o sangue não para mais.

Ter.: Não para mais...

Dario: *(balança a cabeça)*

Ter.: Então, é uma doença que se alguém sofre um cortezinho é menos séria...

Dario: É.

Ter.: Fica mais séria se alguém sofre um corte grande?

Dario: Fica...

Ter.: E se alguém não se corta nunca na vida é uma doença tranquila?

Marco: Não, mesmo se você cai, te faz mal!

Ter.: Ah... mesmo se você cai, te faz mal!

Marco: *(assente com a cabeça)*

Dario: Tipo... se a gente se distrai, de repente pode se machucar!

Ter.: Então é uma doença que requer muita prudência? Ou não?

Dario: É.

Ter.: Existem muitas doenças que limitam a liberdade... não é? Os seus pais tiveram algumas doenças que limitam a liberdade?

Marco: Não. *(balança a cabeça e escorrega das pernas da mãe até sentar no chão)*

Dario: *(balança a cabeça)* Não... não sei!

Ter.: E vocês nunca perguntaram a eles?

Marco e Dario: Não!

Ter.: Perguntem agora.

Dario: Vocês tiveram? *(viram a cabeça em direção aos pais)*

Pai: Não, eu não.

Dario: E você, mamãe?

Mãe: Não.

Dario *(olha o terapeuta e estende os braços)*

Ter.: Então, em qualquer grau, nem papai nem mamãe podem entender! Não é?

Dario: É! *(volta a sentar no colo da mãe)*

Ter.: Então, é difícil para eles entenderem... eles podem só ajudar vocês a prevenir, mas é difícil entender porque quando alguém teve uma doença que o limitou desde pequeno, entende de forma mais fá-

* Reportam-se alguns fragmentos de uma consulta familiar, cuja descrição é amplamente ilustrada no recente volume “A criança como recurso na terapia familiar (A.P.F., 2007)

cil. Ao invés disso, eles precisaram entender tudo com os livros e com a prática!

Pai: Com eles!

Dario: Ah... é!

Ter.: No fundo, foram vocês que ensinaram a eles muitas coisas...

Dario: É...

Muitas doenças debilitantes acabam por produzir no seio familiar processos de negação e uma postura de prontidão para minimizar o problema, com o resultado de a realidade ser envolta em um muro de proteção que influencia profundamente a organização afetiva da família. Neste caso, nomear a hemofilia e aprender com os meninos do que se trata, de um modo leve, mas objetivo, permite a todos liberar-se do peso do “não dito” e de descobrir o respeito pelas crianças como sujeitos de competência. Analisar os diversos aspectos permite ao terapeuta entrar nos significados que para qualquer um tem esta situação; então a doença pode se tornar uma área de competência do filho na relação com o pai, que revela os aspectos defensivos da negação e pode ativar um movimento transformador na relação afetiva.

Do muro de proteção ao compartilhamento de sofrimento

(Marco está abraçado ao pai. Dario está sentado na cadeira à direita do pai)

Ter.: O senhor aceitou que estes meninos têm uma doença?

Pai: Eu penso uma coisa, que, principalmente com ele (*indica Marco*), o primeiro impacto foi mais forte... não sei... inconscientemente era

como se eu quisesse... não desculpá-lo por isso, mas é como se, de certa forma, essa coisa dele tivesse sido também a culpada.

Ter.: Você nunca disse isso a ele?

Pai: A ele?

Ter.: É, ao Marco!

Pai: Não, claro que não!

Ter.: Agora está dizendo!

Pai: Agora estou dizendo...

Ter.: Por que está dizendo?

Pai: Ah... estou fazendo um grande esforço para dizer isso...

Mãe: (*enxuga os olhos com um lenço*)

Dario: (*se levanta da cadeira e vai sentar abraçado à mãe*)

Ter.: Obrigado! (*se levanta e dá a mão ao pai que a aperta e depois, voltando-se para Marco*) Agradeça ao papai!

Marco: (*aninhado nos braços do pai, o abraça*)

Ter.: Ele nunca te disse estas coisas...

Dario: (*se levanta das pernas da mãe e vai dar um beijo na bochecha do pai para depois voltar aos braços da mãe*)

Pai: Não é uma coisa racional... mas eu, por um momento, me bloqueava com tudo e com todos e, então, também com ele! Mas, ele era só uma vítima inconsciente dessa situação. E isso permaneceu dentro de mim.

Ter.: Um momento, preciso entender uma coisa. Então, temos aqui este menino e o senhor de algum modo sentiu que ele era culpado de quê?

Pai: Pois é, não sei... da questão em si!

Ter.: Como se ele fosse a causa...

Dario: (*volta a se sentar na cadeira*)

Pai: Não tanto da minha falha, mas do sofrimento. Eu me lembro quando ele nasceu... na sala de parto, eu estava incrivelmente feliz! O golpe que recebemos no dia seguinte...

para mim, foi uma coisa... rompeu, naquele momento, aquilo que para mim era um momento de extrema felicidade...

Marco: *(se levanta das pernas do pai e vai sentar em outra cadeira)*

Dario: *(senta abraçado ao pai)*

Ter.: O senhor aguardava o momento mais lindo e depois...

Pai: E o último golpe foi ele... *(indica Dario)* porque eu, de certa forma, também identifiquei nele essa coisa...

Ter.: Como se tivesse traído esse filho...

Pai: Em certo sentido!

Ter.: *(para a mãe)* Para a senhora também foi a mesma coisa?

Mãe: Não, o que eu mais senti foi culpa por ser eu a causa disso. Porque, na verdade, eu soube na mesma noite, mas dei a ele um dia a mais de felicidade. E depois, pode ser também que me odeie porque fui eu quem geneticamente transmitiu isso a eles... mas no subconsciente... eu não sei!

Desse segmento da consulta, fica uma sensação de grande intensidade, que permite aos pais explicitar suas vivências a respeito da doença debilitante que acometeu os filhos. O pai tem a força e a coragem de exprimir, abraçado ao filho, o seu desespero e a sua raiva por sentir, irracionalmente, que o filho, com sua doença, lhe havia tirado de repente a felicidade. É, sem dúvida, uma coisa muito pesada a ser dita a um filho, mas, nesse contexto terapêutico, assume um valor de recurso e permite uma forte intimidade entre pai e filho: o pai, definido como um “preguiçoso”, expressa uma verdade fundamental aonde o evento da doença mudou completamente a vida, os projetos, os sonhos desta família. O sentimento de perda e de dor representa o elemento que liga, mas o pai consegue dizê-lo

com tal serenidade e com tal calor que as suas palavras têm um efeito libertário e tornam-se um recurso enorme para esse filho, na medida em que pode aceitá-las e senti-las como um “presente” da parte do pai. Também a mãe exprime a sua dor pela doença, o sentimento de uma felicidade de repente perdida e o sentimento de culpa e de falha no sentir-se responsável pela doença dos filhos. O que mais salta aos olhos é ver como os filhos reagem às palavras cheias de sofrimento dos pais: abraçam-nos e acariciam, aninhando-se entre seus braços e os consolam. É como se essas revelações pesadas e dolorosas gerassem um salto de qualidade nas relações, criando um clima de grande intimidade. Esses meninos, que no cotidiano representam para os pais “cães selvagens” a serem mantidos constantemente com uma coleira, difíceis de se conviver todo o tempo, transformam-se em filhos competentes, capazes de ajudar, de confortar e de sustentar os próprios pais na recordação de um episódio tão difícil. Mesmo as coisas mais pesadas e dolorosas, se ditas em um contexto de autêntico respeito, podem se tornar grandes recursos e representar ocasiões transformadoras e de crescimento.

A criança como ponte intergeracional

A ideia de considerar a criança-problema como “trâmite” para atingir os dilemas existenciais e evolutivos da família já está presente em vários de meus trabalhos clínicos e de pesquisa (Andolfi et al., 1985, 1989) em que se destacava a importância de considerar a *criança como porta de entrada* no sistema familiar. Supúnhamos que a criança pudesse constituir o regu-

lador do processo terapêutico: uma espécie de *fio de Ariadne*, de modo a favorecer o ingresso do terapeuta no labirinto da família, mas, ao mesmo tempo, útil para ajudá-lo a sair.

No livro *La consulenza in terapia familiare* (O aconselhamento na terapia familiar) (Andolfi, Haber, 1995), há um trabalho meu intitulado “A criança como conselheira” em que se afirma que a melhor forma de coterapia é aquela em que de um lado se utilizam os conhecimentos e as experiências profissionais do terapeuta e, de outro, os recursos humanos experimentados em campo, por meio do sofrimento e da dificuldade da família, cujo porta-voz mais representativo é, sem dúvida, a criança. O modelo trigeracional permite utilizar a competência da criança na mediação entre a geração dos adultos e a dos idosos. Na verdade, nos referimos a uma mediação concreta obtida com a presença física em consulta dos personagens principais da família.

No recente volume *Il bambino come risorsa nella terapia familiare* (A criança como recurso na terapia familiar) (Andolfi *et al.*, 2007) fomos além, considerando a criança como uma ponte entre as gerações. Se for mesmo verdade que o sintoma da criança, mesmo o mais sério, pode re-vestir o valor simbólico de uma ponte entre as gerações, é também verdade que a criança sofre muitas vezes carregada de excessivos pesos e responsabilidades relacionais. É necessário perguntar, então, como é possível intervir para redistribuir pesos e competências entre os vários membros de toda a família para, assim, ajudar qualquer um desses a se reposicionar em papéis e funções mais idôneos ao crescimento sadio da família.

*A história cura**

Ter.: (*ao pai*) Qual é seu maior medo?

Pai: O meu? Agora o que sinto como mais intenso é sempre o medo do futuro.

Ter.: Medo do futuro, o que isso quer dizer?

Pai: Que as coisas não possam ir bem, medo de que possa acontecer alguma coisa com as pessoas que amo.

Ter.: Quem?

Pai: (*olhando para a mulher e as filhas*) A elas.

Ter.: Não ao senhor?

Pai: Eu me sinto seguro.

Ter.: Estes medos são recorrentes?

Pai: Em mim? Sim, acho que sim.

Ter.: Vocês tiveram qualquer perda importante? Alguém morreu repentinamente?

Pai: Meu pai, mas *fiquei feliz quando meu pai morreu!*

Ter.: Como ficou feliz, como seu pai morreu?

Pai: Meu pai sofreu um acidente quando estava no local de trabalho, dedicado a um hobby, construindo uma pequena âncora.

Ter.: Quantos anos ele tinha então?

Pai: 51 anos.

Ter.: Muito jovem.

Pai: *Muito tarde.*

Ter.: E o senhor tinha...?

Pai: 21 anos. Fiquei feliz porque meu pai era uma pessoa que causava terror em casa.

Ter.: Violento?

Pai: Agredia minha mãe, batia; meu pai era um louco, não havia justificativa porque era louco, absolutamente louco.

Ter.: O que ele fazia de louco?

Pai: O que fazia de louco? Batia, causava o terror, nos aterrorizava.

Ter.: Quem contrariava seu pai?

* Também este breve fragmento de terapia em parte é referido no livro *Il bambino come risorsa nella terapia familiare* em que é amplamente descrito o processo terapêutico.

Pai: Ninguém o contrariava, no sentido de que as suas ações...

Mãe: Você, de certo modo, tentava contrariá-lo.

Pai: Sim, era eu, mas com o que eu conseguia fazer na minha idade.

Ter.: Como?

Pai: Ficava na frente, assim (*faz um gesto, abrindo os braços e começa a chorar*).

Ter.: Entendo.

Pai: Acredito que tenha sido uma coisa muito pesada aquilo que sentiram (as meninas), mas... enfim...

Ter.: Porque é pesada, digamos que seja uma história muito, muito, dura e dolorosa.

Pai: Enfim, é uma coisa forte, né? Por outro lado, se venho aqui, preciso ser sincero, preciso dizer o que penso, preciso dizer o que sinto porque elas ouviram que fiquei feliz quando meu pai morreu e que não gostei que tenha morrido tão tarde e tudo o que foi vivido... tudo o que foi vivido... ou seja, ouviram, captaram, eu acho, de uma maneira talvez...

Mãe: Muito forte.

Pai: Muito forte.

Ter.: Mas, o muito quem mede?

Pai: O muito?

Mãe: Nós sempre quisemos evitar cada mínimo sofrimento delas.

Ter.: De qualquer forma, elas voltam para casa com uma ideia a mais; até agora, sempre culpavam o pai porque “ri sempre” sem razão: agora puderam ver que o pai, por trás da máscara do riso, é uma pessoa que cresceu em um contexto violento, sofrendo tanto na mesma idade delas, com tantos medos e vendo os outros sofrerem. Quando ela (Anita) vier reclamar aos seus pais esta noite por conta dos seus

medos de dormir sozinha, pode começar a pensar que o seu medo é pequeno e até mesmo os seus pais poderão considerá-lo pequeno, pois se, em vez disso, se torna gigante fica como se fosse uma capa que encobre tudo.

Na verdade, quase todo esse encontro gira em torno dos medos do pai, e a história do seu crescimento emerge descrita com a voz carregada de emoções e com os gestos do passado, em que a criança abria os braços para defender a mãe.

Momentos assim, nos quais os pais, aparentemente sólidos, se permitem demonstrar os próprios limites humanos, os próprios medos, inseguranças e emoções fortes constituem um forte remédio para as crianças que participam. A caçula dessa família tem 11 anos e, em seus 11 anos, tem literalmente torturado os pais, não só pelo fato de querer dormir com eles, mas também por exigir sempre que o pai vá dormir todas as noites em uma espreguiçadeira em seu quarto. Nos dias que se seguiram a esse encontro, na consulta seguinte, como veremos Anita começou a dormir sozinha.

É preciso se perguntar como ocorreu essa mudança tão repentina e milagrosa: provavelmente a possibilidade de relativizar o próprio medo diante de outro maior e mais dramático dos pais e a coragem do pai em falar de si tenham levado a menina a encontrar a força necessária para modificar os seus comportamentos dando, assim, aos pais um sinal concreto de gratidão.

Vejamos o trecho da consulta seguinte em que se fala do milagre ocorrido.

Pai: Aconteceu o milagre de Padre Pio!
Ter.: Não, não me diga, não consigo acreditar!

Mãe: Tem dormido sozinha a minha bebê.

Pai: Não só isso, mas também ouvimos durante a noite ela se levantar para fazer xixi. Falamos com ela e ela disse: “Não, não, papai, não precisa.” Apenas na noite passada, ela chamou “papai” e disse “só queria ouvir sua voz”, mas foi apenas isso.

Ter.: Há quanto tempo?

Mãe: Quase que imediatamente.

Pai: Alguns dias depois de termos vindo aqui na última vez. Nossas meninas ficaram um pouco agitadas provavelmente pela infância do papai...

Ter.: O quê?

Pai: As nossas meninas ficaram um pouco agitadas provavelmente pela infância do papai.

Ter.: Como agitadas? Não fez bem?

Pai: Fez, fez bem, pois foi uma reação positiva.

Ter.: Não acredito nisso! (*à menina*) Você sabe dizer o que fazer sobre aquilo que ouvimos na última vez?

Anita: Não sei.

Ter.: Acho que faz sentido. O que você acha? (*à irmã mais velha*) Você esperava que a princesa não fizesse mais tudo aquilo que ela fazia?

Veronica: Não.

Ter.: Acha que é um milagre passageiro ou definitivo?

Veronica: Não, é preciso ver, se ela se empenha...

Pai: (*à Veronica*) Ela também brincou muito com a irmã, muitas vezes, como não acontecia há muito tempo.

Ter.: São excepcionais estas meninas.

É interessante referir que, em uma consulta de *follow-up*, distante da con-

clusão da terapia, toda a família – pais e filhos – se lembrará de que a mudança começou na consulta em que o pai deixou de lado os olhos sombrios (que ostentava até então na consulta), deixou de sorrir e falou sobre sua tão difícil infância. E não foi apenas o medo de Anita que acabou, muitas coisas mudaram em suas relações.

A CRIANÇA COMO CONSULTORA NA TERAPIA DE CASAL

No livro *La crisi della coppia* (A crise do casal) (1999), descrevemos a importância de iniciar uma exploração dos problemas de casal através de um conhecimento profundo sobre o desenvolvimento familiar no tempo e dos recursos individuais e de grupo, ativados no curso das crises evolutivas de cada família. Isto nos levou a convocar precocemente, desde a primeira fase diagnóstica, as famílias de origem de qualquer parceiro assim como os filhos. Geralmente, a proposta que suscita maior perplexidade é o convite a um encontro conjunto com pais e irmãos, porque o passado é não raro carregado de valores negativos, como se fosse o reino das culpas e dos abandonos. A requisição de um ou mais encontros com os filhos gera, contudo, menores “resistências” por parte do casal e facilita o ouvir atento por parte de qualquer um dos pais.

Bowen (1979) afirmava que quando os casais estão não são mais capazes de interagir, reagem automaticamente e a reação anula a possibilidade de ouvir.

Como ajudar, então, o casal a se ouvir?

Quando dois adultos não sabem mais se ouvir ou dialogar, a voz que é

recebida majoritariamente é a dos filhos, porque é menos hipócrita e mais livre para exprimir pensamentos e sentimentos autênticos: *diante das palavras do parceiro, se reage; nos confrontos com as do filho, se reflete*. Estamos de acordo com Schnarch (2001), quando este afirma que nos adultos o sentimento de desconforto e de falha não nasce só porque o outro insulta, ofende e fere, mas porque se ativa um forte mecanismo projetivo recíproco, na qual prevalecem os elementos negativos e se constrói no tempo um muro de falsidade.

As crianças podem ser convidadas a participar a qualquer momento do processo terapêutico; quando se determina uma situação de impasse na terapia, as crianças podem ser de grande utilidade e oferecer aos adultos, pais e terapeutas, ótimas sugestões sobre como “derrubar o muro”.

Não raro, os filhos podem ser solicitados também na fase conclusiva ou de validação de uma terapia de casal. Consideramos útil construir um contexto de tipo escolástico, onde os papéis, entretanto, estão invertidos e as crianças “dão as notas” aos adultos a respeito dos progressos que fizeram na terapia e em casa. É surpreendente ver a seriedade e a apreensão com que os pais recebem as críticas e os comentários positivos que vêm dos seus filhos. Ao passo que é impressionante notar a capacidade inata das crianças de ir até o âmago das situações sem hipocrisia e com grande senso de equilíbrio.

Além disso, é útil que as crianças avaliem também o trabalho do terapeuta, os seus pontos fortes e as suas limitações.

O julgamento das crianças nunca é rígido: diferentemente de tantos professores, as notas dadas pelas crianças

são muito flexíveis, não se tornam rótulos sobre a pessoa; em suma, para a criança há sempre esperança: é possível passar de nota quatro para nota dez, desde que haja empenho; e, além disso, a criança está sempre disposta a indicar o caminho e a oferecer sugestões para melhorar, “sacrificando” seus sintomas e seus privilégios pelo bem comum.

Infelizmente, quando os contrastes entre o casal estão muito evidentes, a voz dos filhos é geralmente ignorada ou subestimada. Muitos terapeutas, porém, compartilham da ideia mais difundida entre os casais em dificuldade de que é melhor não envolver as crianças no “campo de batalha”.

A experiência me ensinou que esta “exclusão a fins de proteção” se funda, na verdade, sobre o não reconhecimento dos recursos dos filhos ou sobre a incapacidade de fazer uso disso, de brincar com eles e de fazer uso da sua linguagem direta. Se nós estivermos dispostos a ouvi-las, percebemos que as crianças são fontes preciosas de informações e de esperança. E são ajudadas pelas gerações dos avós, porque frequentemente, como veremos no próximo caso, os problemas mais evidentes e complexos são aqueles que existem entre os pais e as respectivas famílias de origem.

*O caso de Andrea**

Sara, uma mulher com cerca de 40 anos, se sentia muito deprimida diante da situação conjugal e do seu sentimento de inutilidade. O casal havia iniciado a terapia porque a relação há muito tempo parecia vazia e sem vida.

O terapeuta escolheu a temática da depressão como ponto de partida

* Fragmento de uma terapia presente no artigo “Il bambino come consulente” do livro *La consulenza in terapia familiare*.

de um diálogo com o filho de 9 anos, Andrea, diante dos pais. Com a ajuda do menino, o terapeuta conseguiu desancorar do casamento a temática da depressão e colocá-la em um contexto intergeracional. O filho é capaz de notar agudamente as necessidades de cuidado e sustento da mãe, jamais satisfeitas na própria família de origem e, consecutivamente, ajuda o terapeuta a mobilizar o pai pela sua extrema dependência nos confrontos da própria família.

Ter.: Para você, com quem a mamãe aprendeu a ser deprimida quando morava na casa dela?

Andrea: *(sem um momento de hesitação)* Com a vovó... em todas as fotos de família, ela nunca está sorrindo. Sempre vestia preto!

Ter.: Então, nós somos mais sortudos: é verdade que a mamãe não sorri, mas ao menos se veste com muitas cores bonitas.

Andrea: A mamãe compra sempre para mim e para o papai camisas muito bonitas.

Ter.: Mas a vovó se vestia de preto quando tinha a sua idade e fazia a escola primária?

Andrea: Não sei. Mamãe, como a vovó se vestia na escola?

Mãe: *(muito emocionada como se, em poucas palavras, tivéssemos tocado áreas muito delicadas do seu crescimento)* Minha mãe deixou de ir à escola ainda muito pequena. Não tinham dinheiro e só havia ela para ajudar os pais em uma pequena venda de frutas. Ela se levantava muito cedo de manhã e nunca tinha tempo para tomar conta de si. Não teve nem mesmo tempo de tomar conta de mim quando eu era pequena. Não me lembro se

brincava comigo quando tinha 4 ou 5 anos.

Ter.: *(ao menino)* Você sabia dessas coisas? Talvez a mamãe esteja deprimida porque, como a vovó, precisou tomar conta de todos sem ter nunca a possibilidade de ser uma “menina” e se apoiar nos ombros dos outros. Provavelmente, se veste com estas cores tão agradáveis para atrair um pouco de atenção de fora para ela, mas dentro não se sente “colorida”. Quem poderia ajudá-la a se sentir mais viva por dentro?

Andrea: Eu e, sobretudo, papai!

Ter.: Então, precisamos conseguir recarregar as baterias do casamento para reacender a luz. Mas, às vezes, é válido dar um passo para trás e tirar energia de outras fontes. Talvez nós dois possamos convidar a vovó para um encontro conosco, para ver se resta a ela alguma energia para dar à filha.

Andrea: Talvez a mamãe possa ajudá-la, se ela começar, a se vestir de maneira mais vibrante.

Ter.: *(a Andrea)* Viu como o papai se reaviva quando começamos a falar da depressão da mamãe e começamos a procurar uma nesga de luz? Papai pensa mesmo que a mamãe é o barômetro da família?

Andrea: Quando mamãe está contente, papai fica muito brincalhão, brinca comigo e nos divertimos. Mas quando ela está deprimida, fica com dor de cabeça, dorme por horas na frente da televisão ou se acomoda atrás do jornal. Parece muito velho.

Ter.: Para você, Andrea, onde papai aprendeu a ser tão dependente do humor das mulheres? Quando estava na barriga da mãe ou depois?

Andrea: *(Solta uma gargalhada e co-*

meça a cutucar o pai) Quando, papai, quando?

Ter.: Então, Andrea, você pode me ajudar de duas formas: a eliminar a depressão da mamãe e a reduzir a dependência do papai. Talvez precisemos entender como se comporta o papai quando não há mulheres por perto. Pensei em algo: não poderíamos nos ver uma vez só entre homens: você, eu, o papai, o vovô e os tios? O que acha?

Andrea: Acho que vão vir com muitos jornais. O vovô também tem muitos livros.

Ter.: E, então, você traz os seus jornais que eu trago os meus. Vamos começar com uma bela sessão de leitura. Quando tivermos terminado de ler, vamos tentar entender de que modo os homens desta família podem aprender a ter iniciativa e a confiar nos próprios sentimentos... e a mamãe vai poder descansar, repor as energias e se sentir um pouco menos obrigada a se dar, a se dar a todos.

A colaboração ativa do menino nesta sessão permitiu ao terapeuta enviar uma série de mensagens indiretas a ambos os pais como casal, mas também, de modo empático, a fazê-los se tornar “filhos”, contextualizando melhor as problemáticas da depressão (esposa) e da dependência (marido).

Essas duas “qualidades afetivas” não nasceram no interior do casamento, mas foram trazidas como herança da infância, e como modelos relacionais aprendidos nas respectivas famílias de origem.

Se for possível esvaziar o campo e retomar os laços lá onde foram interrompidos, como afirma Whitaker, será possível voltar a encontrar duas pessoas e não mais dois papéis e, en-

tão, também a relação de casal poderá voltar a ser o *nós*.

CONCLUSÕES

Ao longo de tantos anos, frequentemente fui levado por muitos colegas a observar o potencial risco de hiper-responsabilizar as crianças, colocando-as quase em uma dimensão de adultos, como se quisesse balancear a imaturidade dos pais. E considerar as crianças como coterapeutas ou consultoras é, sem dúvida, um modo de fazê-las sentir-se maiores e competentes.

Muitas vezes, falou-se na literatura sistêmico-relacional do filho parental (Minuchin, 1976) ou do filho parentificado (Selvini-Palazzoli, 2003) ou do triângulo perverso (Haley, 1974) para sublinhar o fenômeno da inversão dos papéis e dos processos de cuidado.

Também eu descrevi uma série de configurações familiares distorcidas (díades ou tríades disfuncionais), mas sempre pensei que distorções, inversões de papéis etc. devessem ser “postas em cena” na terapia, de modo a poder modificá-las, ao invés de negá-las ou minimizá-las; manter a criança em casa, para não correr o risco de expô-la, é um modo eficaz de privá-la da sua voz e da sua competência.

Pelos exemplos clínicos presentes neste trabalho, parece evidente o modo direto, claro, sistemático e não diplomático (infelizmente, hoje em dia, estamos inseridos em um contexto social do modo “politicamente correto” de afrontar temas controversos, conflitos e parcelas familiares, sintomas infantis e crises de casal em sessão). A meu ver, os elementos mais importantes para manter um papel eticamente correto são o profundo respeito pelas crianças

(como amplamente descrito em tantos trabalhos) pelo sofrimento-impotência de tantos adultos em fases críticas da vida, adultos não raro aprisionados em papéis rígidos e em roteiros e lealdades familiares antigas; e, enfim, o interesse na pesquisa desses nexos que ligam histórias de desenvolvimento que, se revisitadas na terapia, assumem um notável valor cognitivo e terapêutico.

Estou cada vez mais convicto de que as crianças, por meio de suas formas criativas e sugestivas de “psicopatologia”, trazem os pais (e as respectivas famílias) à terapia, fornecendo, assim, uma oportunidade extraordinária para todos de rever papéis e funções familiares. Resta ao terapeuta colher a mensagem implícita nos comportamentos problemáticos das crianças e permitir a qualquer um experimentar em sessão novas formas de ser e de se relacionar com os outros membros significativos da família. Em outras ocasiões (Falcucci *et al.*, 2006), falei de *terapias de casal camufladas* para descrever aquelas situações em que somente um problema com uma criança pode convencer um casal em crise a se ajudar.

A aceitação dos confrontos da criança, do seu mundo familiar e dos contextos sociais a que pertence, guia a mão e a mente do terapeuta: o jogo, a leveza, o humor e a participação emotiva da experiência terapêutica dão cor a um encontro verdadeiro e sempre imprevisível com tantas famílias em dificuldade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, N. (1958, tr. it 1968). *Psicodinâmica da vida familiar*. Torino: Bollati Boringhieri.

ANDOLFI, M. (1999). *La crisi della coppia*. Milão: Raffaello Cortina.

ANDOLFI, M., **HABER**, R. (1994 tr. It. 1995). *La consulenza in terapia familiare*. Milão: Raffaello Cortina.

ANDOLFI, M., **FALCUCCI**, M., **MASCCELLANI**, A., **SANTONA**, A., **SCIAMPLICOTTI**, F. (2007). I seminari di Maurizio Andolfi “*Il bambino come risorsa nella terapia familiare*”. Roma: A.P.F.

ANDOLFI, M., **CAVALIERI**, L. (2008). Viaggio all’interno della realtà aborigena in Australia. *Terapia Familiare*, 88.

ANDOLFI, M., **ANGELO**, C. (1987). *Tempo e mito in psicoterapia familiare*. Torino: Bollati/Boringhieri.

BOWEN, M. (1979). *Dalla famiglia all’individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Roma: Astrolabio.

DE LUCA F. (2009). *Bambini e (troppe) medicine*. Torino: Edizioni Il leone verde.

FALCUCCI, M., **MASCCELLANI**, A., **SANTONA**, A., **SCIAMPLICOTTI**, F. (2006). I seminari di Maurizio Andolfi “*La Terapia di coppia in una prospettiva trigerazionale*”. Roma: A.P.F.

HALEY, J., **HOFFMAN**, L. (1974). *Tecniche di terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.

MINUCHIN, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.

SATIR, V. (1972). *Peoplemaking*. Londres: Souvenir Press Ltd.

SCHNARCH, D. (2001). *La passione nel matrimonio*. Milão: Raffaello Cortina.

SELVINI PALAZZOLI, M., **BOSCOLO**, L., **CECCHIN**, G., **PRATA**, G. (2003). *Paradosso e controparadosso*. Milão: Raffaello Cortina.

TERAPIA FAMILIARE. *Famiglia individuo* (numero speciale), n.19, novembre 1985.

TERAPIA FAMILIARE. *Famiglia individuo e scelte cliniche* (numero spe-

ciale), n.31, A.P.F., Roma, novembre 1989.

WHITAKER, C.A. (1989 tr. It. 1990). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia.* Roma: Astrolabio.