

LBRIS

We know  
books

MICHAEL P. NICHOLS

SEAN D. DAVIS

# TERAPIA DE FAMILIE

PRINCIPII DE BAZĂ APLICATE



traducerea din limba engleză de Ștefania Miclea

 ASCR  
editura

[www.ascred.ro](http://www.ascred.ro)

Cluj-Napoca 2026

Editura ASCR

<b>Prefață</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCERE Cum devenim specialiști în terapia de familie</b>	<b>21</b>
Mitul eroului	25
Un sanctuar al psihoterapiei	27
Terapia de familie versus terapia individuală	28
Puterea terapiei de familie	29
<i>Aspecte esențiale</i>	31
<i>Întrebări de evaluare</i>	31
<i>De reflectat</i>	31
<i>Lecturi recomandate</i>	32
<b>Capitolul 1 Evoluția terapiei de familie</b>	<b>33</b>
Un război nedeclarat	34
Dinamica grupurilor mici	36
Interesul privind consilierea copiilor	39
Terapia de cuplu	41
Cercetări asupra dinamicii relațiilor de familie și a etiologiei schizofreniei	42
Gregory Bateson – Palo Alto	42
Lyman Wynne – National Institute of Mental Health	45
Teoria rolurilor	46
De la cercetare la tratament: pionierii terapiei de familie	47
John Bell	47
Palo Alto	48
Murray Bowen	53
Nathan Ackerman	55
Carl Whitaker	57

Ivan Boszormenyi-Nagy	58
Salvador Minuchin	59
Alte centre de terapie de familie din primii ani	60
Epoca de aur a terapiei de familie	63
<i>Aspecte esențiale</i>	66
<i>Întrebări de evaluare</i>	69
<i>De reflectat</i>	69
<i>Lecturi recomandate</i>	69
<b>Capitolul 2 Tehnici de bază ale terapiei de familie</b>	<b>71</b>
INIȚIEREA TERAPIEI	72
Contactul inițial	72
Prima ședință	73
Prima etapă a terapiei	76
Etapa intermediară a terapiei	80
Încheierea terapiei	83
Evaluarea familiei	84
Problema prezentată	84
Recomandarea pentru terapie	86
Identificarea contextului sistemic	87
Stadiile ciclului de viață	87
Structura familiei	88
Comunicare	88
Abuzul de droguri și alcool	89
Violența domestică și abuzul sexual	90
Adulter	90
Diferențe de gen	91
Cultura	93
Dimensiunea etică	94
Terapie de familie în cazul unor probleme specifice	99
Violența domestică	100
Abuzul sexual asupra copiilor	104
<i>Aspecte esențiale</i>	107
<i>Întrebări de evaluare</i>	108
<i>De reflectat</i>	108
<i>Lecturi recomandate</i>	109

<b>Capitolul 3</b>	<b>Conceptele fundamentale ale terapiei de familie</b>	<b>111</b>
	Cibernetica	113
	Teoria sistemelor	118
	Teoria generală a sistemelor	120
	Construcționismul social	121
	Constructivismul	121
	Construcția socială a realității	123
	Teoria atașamentului	125
	Conceptele fundamentale ale terapiei de familie	129
	Contextul interpersonal	129
	Complementaritatea	130
	Cauzalitatea circulară	131
	Triunghiuri	132
	Proces/Conținut	133
	Structura familiei	134
	Ciclul de viață al familiei	136
	Narațiunile familiei	139
	Genul	140
	Cultura	141
	<i>Aspecte esențiale</i>	143
	<i>Întrebări de evaluare</i>	144
	<i>De reflectat</i>	145
	<i>Lecturi recomandate</i>	145
<b>Capitolul 4</b>	<b>Terapia Bowen a sistemelor de familie</b>	<b>147</b>
	Evoluția modelului	150
	Modelul de bază	151
	Diferențierea de sine	152
	Triunghiuri emoționale	152
	Procese emoționale multigeneraționale	154
	Separare emoțională	155
	Procesul emoțional societal	155
	Dezvoltarea normală a familiei	156
	Apariția tulburărilor de comportament	157
	Cum funcționează terapia	158

Desfășurarea terapiei	159
Evaluarea	159
Tehnici terapeutice	165
Starea actuală a modelului	175
<i>Aspecte esențiale</i>	178
<i>Întrebări de evaluare</i>	181
<i>De reflectat</i>	181
<i>Lecturi recomandate</i>	182
<b>Capitolul 5   Terapia strategică de familie</b>	<b>185</b>
Evoluția modelului	186
Modelul de bază	188
Dezvoltarea normală a familiei	192
Tulburări de comportament	193
Cum funcționează terapia	195
Desfășurarea terapiei	196
Evaluarea	196
Tehnici terapeutice	198
Starea actuală a modelului	218
<i>Aspecte esențiale</i>	221
<i>Întrebări de evaluare</i>	223
<i>De reflectat</i>	223
<i>Lecturi recomandate</i>	224
<b>Capitolul 6   Terapia structurală de familie</b>	<b>225</b>
Evoluția modelului	227
Modelul de bază	228
Dezvoltarea normală a familiei	233
Tulburări de comportament	235
Cum funcționează terapia	238
Desfășurarea terapiei	239
Evaluare	239
Tehnici terapeutice	241
Starea actuală a modelului	254
<i>Aspecte esențiale</i>	258
<i>Întrebări de evaluare</i>	259

<b>Capitolul 7    Terapia experiențială de familie</b>	<b>261</b>
Evoluția modelului	263
Modelul de bază	265
Concepte teoretice	265
Dezvoltarea normală a familiei	266
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	267
Cum funcționează terapia	268
Desfășurarea terapiei	268
Evaluare	268
Tehnici terapeutice	269
Starea actuală a modelului	289
<i>Aspecte esențiale</i>	292
<i>Întrebări de evaluare</i>	292
<i>De reflectat</i>	293
<i>Lecturi recomandate</i>	293
<b>Capitolul 8    Terapia psihanalitică de familie</b>	<b>295</b>
Evoluția modelului	297
Modelul de bază	298
Psihologia impulsului freudian	300
Psihologia sinelui	300
Teoria relațiilor de obiect	301
Dezvoltarea normală a familiei	302
Apariția tulburărilor de comportament	303
Cum funcționează terapia	307
Desfășurarea terapiei	309
Evaluare	309
Tehnici terapeutice	312
Starea actuală a modelului	322
<i>Aspecte esențiale</i>	323
<i>Întrebări de evaluare</i>	324
<i>De reflectat</i>	324
<i>Lecturi recomandate</i>	325

<b>Capitolul 9</b>	<b>Terapia cognitiv-comportamentală de familie</b>	<b>327</b>
	Evoluția modelului	328
	Modelul de bază	331
	Dezvoltarea normală a familiei	331
	Dezvoltarea tulburărilor de comportament	333
	Cum funcționează terapia	336
	Desfășurarea terapiei	338
	Trainingul comportamental al părinților	338
	Terapia comportamentală de cuplu	346
	Abordarea cognitiv-comportamentală a terapiei de familie	351
	Tratamentul disfuncțiilor sexuale	360
	Starea actuală a modelului	363
	<i>Aspecte esențiale</i>	366
	<i>Întrebări de evaluare</i>	368
	<i>De reflectat</i>	368
	<i>Lecturi recomandate</i>	369
<b>Capitolul 10</b>	<b>Terapia de familie în secolul XXI</b>	<b>371</b>
	Dispariția granițelor	373
	Postmodernism	374
	Critica feministă	375
	Terapia feministă de familie	376
	Construcționismul social și revoluția narativă	381
	Multiculturalismul	382
	Rasa	383
	Sărăcia și clasa socială	385
	Drepturile LGBTQ+	387
	Progrese în neuroștiințe	388
	Sexul și internetul	392
	Spiritualitate și religie	397
	Adaptarea terapiei la populații specifice	398
	Familii monoparentale	399
	Cupluri de homosexuali și transsexuali	403
	Servicii de asistență la domiciliu	409

Psiho-educație și terapie de familie în caz de probleme medicale	412
Psiho-educația și schizofrenia	412
Terapia de familie în caz de probleme medicale	417
Programe de creștere a calității relațiilor	418
<i>Aspecte esențiale</i>	423
<i>Întrebări de evaluare</i>	424
<i>De reflectat</i>	425
<i>Lecturi recomandate</i>	425
<b>Capitolul 11 Terapia centrată pe soluții</b>	<b>427</b>
Evoluția modelului	428
Modelul de bază	429
Dezvoltarea normală a familiei	430
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	430
Cum funcționează terapia	431
Desfășurarea terapiei	432
Evaluarea	432
Tehnici terapeutice	435
Starea actuală a modelului	451
<i>Aspecte esențiale</i>	454
<i>Întrebări de evaluare</i>	456
<i>De reflectat</i>	456
<i>Lecturi recomandate</i>	457
<b>Capitolul 12 Terapia narativă</b>	<b>459</b>
Evoluția modelului	461
Modelul de bază	462
Dezvoltarea normală a familiei	464
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	465
Cum funcționează terapia	466
Desfășurarea terapiei	469
Evaluare	469
Tehnici terapeutice	471
Starea actuală a modelului	481
<i>Aspecte esențiale</i>	485

Întrebări de evaluare	486
De reflectat	486
Lecturi recomandate	487
<b>Capitolul 13 Analiza comparativă</b>	<b>489</b>
Formulări teoretice	490
Familiile ca sisteme	490
Stabilitate și schimbare	491
Proces/Conținut	493
Modele monadice, diadice și triadice	494
Limitele	496
Dezvoltarea normală a familiei	497
Dezvoltarea tulburărilor de comportament	499
Sisteme inflexibile	499
Triunghiuri patologice	501
Desfășurarea terapiei	502
Evaluare	502
Intervenții definitorii	503
Modele integrative	507
Eclectismul	508
„Împrumutul” selectiv	508
Modele integrative special concepute	510
Terapia comunitară de familie	518
Aspecte esențiale	520
Întrebări de evaluare	524
De reflectat	525
Lecturi recomandate	525
<b>Capitolul 14 Cercetarea în domeniul terapiei de familie</b>	<b>527</b>
Începuturile cercetării în domeniul terapiei de familie	528
În căutarea unui câștigător: studii controlate randomizate	528
Căutarea consensului: meta-analiza	531
Efectele terapiei de familie în cazul anumitor grupuri	532
Rezumat	535

Cum arată în prezent cercetarea în domeniul terapiei de familie	537
Factori comuni	537
Cum are loc schimbarea: cercetări asupra proceselor și cercetări observaționale	542
Cum va arăta în viitor cercetarea în domeniul terapiei de familie	544
<i>Aspecte esențiale</i>	545
<i>Întrebări de evaluare</i>	546
<i>De reflectat</i>	546
<i>Lecturi recomandate</i>	547
<b>ANEXĂ Bibliografie selectivă</b>	<b>549</b>
<b>Glosar</b>	<b>553</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>567</b>
<b>Index</b>	<b>601</b>

## Evoluția terapiei de familie

### Idei principale

- Serviciile psihiatrice din mediul spitalicesc, teoria asupra dinamicii grupurilor, consilierea maritală și interesul privind consilierea copiilor au fost precursori ai terapiei de familie.
- Cercetările privind dinamica relațiilor de familie și schizofrenia au condus direct la dezvoltarea terapiei de familie.
- Terapia de familie a fost creată independent de către John Bell, Don Jackson și Jay Haley și, respectiv, de Nathan Ackerman și Murray Bowen.
- Școlile clasice de terapie de familie s-au dezvoltat între anii 1960-1980.

### Pe măsură ce citiți, reflectați la următoarele subiecte:

- Care dintre contribuțiile precursorilor terapiei de familie credeți că au fost cele mai utile?
- Care dintre conceptele rezultate din cercetările privind schizofrenia sunt cele mai valoroase?
- Pe care dintre pionierii terapiei de familie l-ați considera cel mai bun model de urmat?
- Care sunt unele dintre motivele pentru care părinții (în special mamele) sunt învinuiți pentru problemele copiilor lor?

În acest capitol, vom prezenta perioada premergătoare și primii ani ai terapiei de familie. Legate de acestea, există două povești interesante: una despre oameni și alta despre idei. Prima se învâрте în jurul inițiatorilor – acei nonconformiști vizionari care au refuzat să vadă viața și problemele ei ca fiind exclusiv tributare indivizilor și personalităților lor. Fără doar și poate, trecerea de la o perspectivă asupra individului la una asupra sistemului a fost revoluționară, oferind un instrument eficient pentru înțelegerea problemelor oamenilor.

A doua poveste a evoluției terapiei de familie se referă la idei. Curiozitatea fără de astâmpăr a primilor specialiști în terapia de familie i-a făcut să găsească modalități noi și ingenioase de conceptualizare a bucuriilor și necazurilor din viața de familie.

Vă așteaptă tot felul de surprize. Fiți pregătiți să reexaminați ipotezele superficiale – inclusiv aceea că terapia de familie a început ca un efort mărinimos de a sprijini instituția familiei. Adevărul este că primele întâlniri dintre terapeuții și familii au fost cât se poate de conflictuale.

## UN RĂZBOI NEDECLARAT

Deși am ajuns să ne gândim la aziluri ca la locuri în care oamenii sunt privați de libertate și supuși abuzurilor, acestea au fost construite inițial pentru a salva bolnavii mintal să nu fie închiși în podurile caselor. În consecință, cu excepția ocaziilor în care cereau achitarea notei de plată, psihiatrii din spitale au ținut familiile la distanță. Cu toate acestea, în anii 1950, două evenimente surprinzătoare au forțat terapeuții să recunoască puterea familiei de a modifica cursul tratamentului.

Terapeuții au început să observe că, de multe ori, atunci când un pacient se simțea mai bine, starea altui membru al familiei se înrăutățea, ca și cum familia *avea nevoie* ca un membru al ei să fie simptomatic. La fel ca în jocul de-a v-ați ascunselea, nu părea să conteze cine era acela, atâta timp cât cineva juca rolul respectiv. Într-unul dintre aceste cazuri, Don Jackson (1954) trata o femeie pentru depresie. Când starea a început să i se îmbunătățească, soțul ei s-a plâns că starea ei se înrăutățea. Când starea ei a devenit din ce în ce mai bună, soțul și-a pierdut locul de muncă. În cele din urmă, când femeia și-a revenit complet, soțul ei s-a sinucis. Se pare că stabilitatea acestui bărbat se baza pe faptul că avea o soție bolnavă.

Un alt aspect ciudat al permutării tulburărilor a fost acela că pacienții se simțeau adesea mai bine în spital, pentru ca apoi starea lor să se înrăutățească atunci când se întorceau acasă.

## STUDIU DE CAZ: SALVADOR MINUCHIN ȘI REVIZUIREA COMPLEXULUI LUI OEDIP

Într-un caz bizar al complexului lui Oedip, Salvador Minuchin a tratat un tânăr spitalizat de mai multe ori pentru că a încercat să își scoată ochii. Bărbatul se comporta normal în spital, dar recurgea la automutilare de fiecare dată când se întorcea acasă. Aparent, putea fi sănătos doar într-o lume nebună.

S-a dovedit că tânărul era extrem de apropiat de mama sa, o legătură care a devenit și mai strânsă în timpul celor șapte ani de absență misterioasă a tatălui său. Tatăl era dependent de jocuri de noroc și a dispărut la scurt timp după ce a fost declarat ca fiind lipsit de capacitate de exercițiu. Se zvonea că ar fi fost răpit de Mafie. Când, la fel de misterios, tatăl a reapărut, fiul său a început încercările sale bizare de automutilare. Poate voia să orbească pentru a nu-și vedea obsesia față de mamă și ura față de tată.

Această familie nu era însă nici antică, nici greacă, iar Minuchin era mai mult pragmatic decât poet. Astfel, el l-a provocat pe tată să-și protejeze fiul, prin acțiuni care o vizau direct pe soția lui, și apoi a contestat atitudinea înjositoare a bărbatului, care o făcuse pe aceasta să caute apropierea și protecția fiului ei. Terapia a fost o provocare pentru structura familiei, iar în spital Minuchin a lucrat cu personalul psihiatric pentru a-l reintroduce pe tânăr în familie, în „gura lupului”.

Minuchin l-a confruntat pe tată, spunându-i: „Ca tată al unui copil aflat în pericol, ceea ce faceți nu este destul.”

„Ce ar trebui să fac?”, a întrebat bărbatul.

„Nu știu”, a răspuns Minuchin. „Întrebați-vă fiul.” Apoi, pentru prima dată după mulți ani, tatăl și fiul au început să-și vorbească. Tocmai când subiectele de discuție erau pe punctul de a se epuiza, Minuchin le-a spus părinților: „Într-un mod ciudat, el vă spune că preferă să fie tratat ca un copil mic. Când a fost în spital, avea douăzeci și trei de ani. Acum, că s-a întors acasă, are șase ani.”

Acest caz reprezintă modul în care părinții își folosesc copiii ca tampon pentru a-i proteja de intimitate. Minuchin i-a spus potențialului Oedip: „Îți scoți ochii pentru mama ta, ca ea să aibă de ce să-și facă griji. Ești un băiat bun. Copiii buni se sacrifică pentru părinții lor.”

Famiiliile sunt parcă făcute dintr-un lipici ciudat – se întind, dar nu se desprind niciodată. Puțini au acuzat famiiliile de rea-voință absolută, însă aceste observații au avut un subînțeles plin de invidie. Povestea oficială a terapiei de familie este una a respectului față de familie, dar poate că niciunul dintre noi nu a renunțat vreodată la ideea din adolescență că familia este dușmanul libertății.

## DINAMICA GRUPURILOR MICI

Cei care au încercat pentru prima dată să trateze famiiliile au constatat că există o analogie cu grupurile mici. **Dinamica de grup** este relevantă pentru terapia de familie, deoarece viața de grup este un amestec complex de indivizi și proprietăți supraordonate ale grupului.

În 1920, William McDougall, unul dintre pionierii psihologiei sociale, a publicat *The Group Mind*, în care a descris modul în care continuitatea unui grup depinde de faptul că grupul reprezintă o idee importantă în mintea membrilor săi, de necesitatea existenței unor limite și structuri în care să poată avea loc diferențierea funcțiilor și de importanța obiceiurilor care fac previzibile relațiile.

O abordare mai științifică a dinamicii grupurilor a fost introdusă în anii 1940 de către Kurt Lewin, a cărui *teorie a câmpului* (Lewin, 1951) a ghidat o generație de cercetători și agenți ai schimbării la nivel social. Bazându-se pe școala gestaltistă a percepției, Lewin a elaborat conceptul potrivit căruia un grup este mai mult decât suma părților sale. Această proprietate transcendentă a grupurilor are o relevanță evidentă pentru specialiștii în terapia de familie, care trebuie să lucreze nu numai cu indivizii, ci și cu sistemele familiale și cu faimoasa lor rezistență la schimbare. Analizând ceea ce el a numit *echilibrul social cvasistaționar*, Lewin a subliniat că pentru schimbarea comportamentului unui grup este necesară înainte de toate „deblocarea”. Doar după ce sunt zguduite convingerile unui grup, membrii acestuia sunt dispuși să accepte schimbarea. În terapia individuală, acest proces este inițiat de experiențele supărătoare care îi determină pe oameni să caute ajutor. Odată ce persoana acceptă statutul de pacient, ea a început deja să deblocheze vechile obiceiuri. În cazul famiiliilor care vin în terapie, este o cu totul altă poveste.

Este posibil ca membrii familiei să nu fie suficient de deranjați de problemele unuia dintre ei pentru a se gândi să-și schimbe propriile

obiceiuri. În plus, membrii familiei aduc în terapie tot ce ține de familiile de origine, cu toate tradițiile și obiceiurile acestora. Prin urmare, este nevoie de un efort mai mare pentru a debloca sau „a zgudu” familiile înainte ca o schimbare reală să poată avea loc. Nevoia aceasta de „deblocare” a prefigurat preocuparea primilor specialiști în terapia de familie cu privire la perturbarea **homeostaziei** din cadrul familiei, o noțiune care a dominat terapia de familie decenii la rând.

Wilfred Bion a fost un alt cercetător al dinamicii de grup care a pus accentul pe grup ca întreg, cu propria sa dinamică și structură. Potrivit lui Bion (1948), majoritatea grupurilor sunt distrase de la sarcinile lor principale prin implicarea în tipare de *luptă-sau-fugă*, *dependentă* sau de *coalizare*. **Teoria ipotezei de bază** a lui Bion este ușor de extrapolat la terapia de familie. Astfel, unele familii ocolesc problemele serioase așa cum o pisică dă ocol unui șarpe. Altele folosesc terapia pentru a se certa la nesfârșit, fără a se gândi vreodată la un compromis, cu atât mai puțin la schimbare. Dependența se deghizează în terapie atunci când familiile permit terapeuților să le submineze autonomia în numele rezolvării de probleme. Coalizarea înseamnă că unul dintre părinți complotază cu copiii pentru a-l submina pe celălalt părinte.

Distincția dintre **proces** și **conținut** în dinamica de grup a avut un impact major și asupra terapiei de familie. Terapeuții experimentați învață să acorde atenție atât *modului* în care vorbesc membrii familiei, cât și conținutului discuțiilor lor. De pildă, o mamă i-ar putea spune fiicei ei să nu se joace cu păpuși Barbie pentru că nu ar trebui să aspire la o reprezentare a unei frumuseți lipsite de inteligență. *Conținutul* mesajului mamei este „Să ai respect față de tine”. Dar dacă mama își exprimă punctul de vedere disprețuind dorințele fiicei sale, atunci *procesul* mesajului său este „Ce simți tu nu contează.”

Din păcate, conținutul unor discuții este atât de convingător încât terapeuții se abat de la proces. Să presupunem, de exemplu, că terapeutul îi cere unui adolescent să discute cu mama lui despre faptul că el nu mai vrea să meargă la școală. Să spunem că băiatul mormăie ceva despre faptul că școala este o prostie, iar mama îi ține o prelegere despre necesitatea educației. Un terapeut care susține poziția mamei face o greșală. În ceea ce privește conținutul, mama ar putea avea dreptate: o diplomă de liceu poate fi utilă. Dar poate că, în acel moment, este mai important să îl

ajute pe băiat să învețe să vorbească în nume propriu – și pe mamă, să învețe să asculte.

*Teoria rolurilor*, explorată în literatura dedicată psihanalizei și dinamicii grupurilor, a avut importante aplicații în cercetările asupra familiilor. Așteptările legate de roluri conferă regularitate situațiilor sociale complexe.

Rolurile tind să fie stereotipizate în majoritatea grupurilor. În cartea sa *Peoplemaking*, Virginia Satir (1972) a descris roluri din familie precum „cel împăciuitor” și „cel nesuferit”. Dacă ne gândim bine, fiecare dintre noi a jucat un rol destul de previzibil în familia din care provenim. Poate că am fost „copilul cuminte”, „cu toane”, „rebelul” sau „premiantul”. Problema este că astfel de roluri pot fi greu ignorate.

Un lucru care face ca teoria rolurilor să fie atât de utilă în înțelegerea familiilor este faptul că rolurile tind să fie reciproce și complementare. Să spunem, de exemplu, că o femeie este mai nerăbdătoare să petreacă timp împreună cu prietenul ei decât este el. Poate că el ar dori să o sune de două ori pe săptămână. Dar dacă ea sună de trei ori pe săptămână, este posibil ca el să nu apuce niciodată să pună mâna pe telefon. Dacă relația lor durează, ea va juca mereu rolul celui insistent, iar el, pe cel al evitantului. Dacă luăm cazul a doi părinți, ambii își doresc să-și vadă copiii purtându-se frumos la masă. Dar, să spunem că tatăl are mai puțină răbdare – le spune să se liniștească imediat ce încep să se agite –, în timp ce soția lui așteaptă o jumătate de minut. Dacă el este cel care vorbește primul, ea s-ar putea să nu aibă niciodată ocazia să le atragă atenția copiilor. În cele din urmă, acești părinți ajung polarizați în roluri complementare de strictețe și indulgență. Această reciprocitate ajunge să fie rezistentă la schimbare, pentru că rolurile se consolidează reciproc.

De la observarea modului în care pacienții reacționează la ceilalți membri ai grupului – dintre care unii s-ar putea purta asemenea fraților sau părinților pacienților – și până la observarea interacțiunilor dintre membrii familiei nu e decât un pas. Dată fiind multitudinea de tehnici de analiză a relațiilor interpersonale elaborate specialiștii în terapia de grup, era firesc ca unii terapeuți de familie să aplice un model de terapie de grup în lucrul cu familiile. La urma urmei, ce este o familie dacă nu un grup de indivizi?

Din punct de vedere tehnic, terapiile de grup și cele de familie sunt similare: ambele sunt complexe și dinamice, mai asemănătoare cu viața

de zi cu zi decât terapia individuală. În cadrul grupurilor și al familiilor, pacienții trebuie să reacționeze la mai multe persoane, nu doar la un terapeut, iar utilizarea terapeutică a acestei interacțiuni reprezintă mecanismul suprem al schimbării în ambele contexte.

Cu toate acestea, la o analiză mai atentă, se dovedește că diferențele dintre familii și grupuri sunt atât de evidente, încât modelul terapiei de grup are doar o aplicabilitate limitată la terapia familiei. Membrii familiei au o lungă istorie și, mai important, un viitor împreună. Suntem mai în siguranță dacă ne dezvăluim în fața unor străini decât în fața membrilor propriei familii. Nu ne mai putem retrage dezvăluirile care ar fi fost mai bine să rămână secrete – o aventură încheiată cu mult timp în urmă sau faptul că unei femei îi pasă mai mult de cariera ei decât de soț. Continuitatea, angajamentul și distorsiunile comune fac ca terapia de familie să fie foarte diferită de terapia de grup.

Grupurile de terapie sunt concepute să ofere o atmosferă de înțelegere și sprijin. Acest sentiment de siguranță printre străini empatici nu poate face parte din terapia de familie, deoarece, în loc să separe terapia de un mediu stresant, mediul stresant este adus în terapie. În plus, în terapia de grup, pacienții pot avea putere și statut egale, în timp ce în familie nu poate fi vorba de egalitate democratică. Cineva trebuie să fie la conducere. În plus, membrul familiei declarat în mod oficial pacient este posibil să se simtă izolat și stigmatizat. La urma urmei, el este „problema”. Sentimentul de protecție pe care îl oferă un grup de străini plini de compasiune, cu care nu trebuie să stăm apoi la masă, nu există în terapia de familie.

## INTERESUL PRIVIND CONSILIEREA COPIILOR

Freud a fost cel care a introdus ideea că tulburările psihologice sunt consecința problemelor nerezolvate din copilărie. Alfred Adler a fost primul dintre discipolii lui Freud care a aprofundat implicațiile faptului că terapia copiilor ar putea fi cea mai eficientă modalitate de a preveni nevrozele la vârsta adultă. În acest scop, el a fondat în Viena clinici de consiliere a copiilor, unde serviciile erau destinate nu doar copiilor, ci și familiilor și profesorilor. Adler a oferit sprijin și încurajări pentru a reduce *sentimentul de inferioritate* resimțit de unii copii, astfel încât aceștia să poată adopta un stil de viață sănătos, să aibă încredere în

propria persoană și să obțină reușite în ceea ce fac, pentru că ajungeau să se simtă utili la nivel social.

Deși n-au mai rămas multe astfel de clinici după cel de-al Doilea Război Mondial, ele există acum în fiecare oraș din SUA, oferind tratament pentru problemele din perioada copilăriei și pentru factorii complecși care contribuie la acestea. Treptat, specialiștii în consilierea copiilor au ajuns la concluzia că adevăratele probleme nu sunt cele evidente – simptomele copilului –, ci mai degrabă tensiunile din familii care erau cauza acelor simptome. La început, a existat o tendință de a da vina pe părinți, în special pe mamă.

Potrivit lui David Levy (1943), principala cauză a problemelor psihologice din copilărie o reprezintă *protecția exagerată din partea mamei*. Mamele care au fost ele însele lipsite de dragoste în copilărie au devenit supraprotectoare față de copiii lor. Unele erau dominatoare, altele, prea indulgente. Copiii cu mame dominatoare erau ascultători acasă, dar nu reușeau să-și facă prieteni, în timp ce copiii cu mame indulgente erau neascultători acasă, dar se comportau frumos la școală.

În această perioadă, Frieda Fromm-Reichmann (1948) a creat unul dintre cei mai acuzatori termeni din istoria psihiatriei: **mama schizofrenogenă**. Se credea că aceste femei dominatoare, agresive și disprețuitoare, în special atunci când erau căsătorite cu bărbați pasivi, aveau un stil patologic de parenting care cauza schizofrenia.

Tendința de a da vina pe părinți, în special pe mame, pentru problemele din familie a fost o inducere în eroare la nivel evoluționist care continuă să bântuie domeniul. Cu toate acestea, acordând atenție la ceea ce se petrece între părinți și copii, Levy și Fromm-Reichmann au pregătit terenul pentru terapia de familie.

Activitatea lui John Bowlby la Clinica Tavistock a ilustrat tranziția către o abordare a familiei. Bowlby (1949) avea în terapie un adolescent și nu prea făcea progrese. Frustrat, el a decis să îi vadă împreună pe băiat și pe părinții săi. În prima jumătate a unei ședințe de două ore, copilul și părinții s-au plâns pe rând unii de ceilalți. În partea a doua a ședinței, Bowlby a interpretat ceea ce credea el că este contribuția fiecăruia la problemă. În cele din urmă, lucrând împreună, toți cei trei membri ai familiei au ajuns să fie empatici față de punctul de vedere al celuilalt.

Deși a fost impresionat de utilitatea acestei întâlniri, Bowlby a rămas fidel formatului individual. Întâlnirile la care participa întreaga

familie ar putea constitui un catalizator eficient, dar numai ca o anexă a tratamentului *adevărat*, psihoterapia individuală.

Ceea ce Bowlby a experimentat, Nathan Ackerman a dus la bun sfârșit – terapia de familie ca principală formă de tratament. După ce și-a dat seama că este necesar să înțeleagă familia pentru a diagnostica problemele, Ackerman a făcut următorul pas – terapia întregii familii. În Figura 1.1 este prezentată o analiză a lecțiilor pe care le-am învățat din primele modele ale terapiei de familie.

În cele ce urmează, vom analiza evoluțiile în paralel ale terapiei de cuplu și cercetărilor asupra schizofreniei care au dus la nașterea terapiei de familie.

## TERAPIA DE CUPLU

Timp de mulți ani, persoanele cu probleme în căsnicie au discutat cu medicii, preoții, avocații și profesorii lor. Primele centre profesionale de consiliere maritală au fost înființate în anii 1930, în Los Angeles, New York și Philadelphia (Broderick și Schrader, 1991). În același timp, deși majoritatea psihanalizatorilor au respectat interdicția lui Freud de a intra în contact cu familia unui pacient, câțiva au încălcat regulile și au experimentat terapia pentru partenerii căsătoriți.

În 1948, Bela Mittleman de la New York Psychoanalytic Institute a fost primul care a publicat o relatare despre terapia maritală în SUA. Mittleman a sugerat că cei doi soți pot fi tratați de același analist și că, văzându-i pe amândoi, devine posibilă reexaminarea percepțiilor iraționale pe care le au unul față de celălalt (Mittleman, 1948).

Între timp, în Marea Britanie, Henry Dicks și colaboratorii săi de la Clinica Tavistock au înființat un departament special de psihiatrie, Family Psychiatric Unit, unde se oferea consultanță psihologică în vederea reconcilierii, la recomandarea instanței, cuplurilor care doreau să divorțeze. (Dicks, 1964)

În 1956, Mittleman a publicat o descriere mai amănunțită a opiniilor sale privind problemele maritale și tratamentul acestora. El a descris o serie de tipare maritale complementare, inclusiv cel agresiv/submisiv și detașat/insistent. Potrivit lui Mittleman, aceste perechi neobișnuite există deoarece, în perioada în care în care își fac curte, cei doi se văd distorsionat unul pe celălalt, din cauza iluziilor pe care și le fac unul

dăspre celălalt: ea vede detașarea lui ca un semn al puterii, iar el crede că dependența ei este o dovadă de adorație.

Aproximativ în aceeași perioadă, Don Jackson și Jay Haley abordau terapia maritală în cadrul analizei procesului de comunicare. Pe măsură ce ideile lor câștigau tot mai multă importanță, domeniul terapiei de cuplu a fost absorbit de mișcarea mai amplă a terapiei de familie.

Cea mai importantă contribuție a cercetărilor asupra grupurilor la terapia de familie a fost ideea că, atunci când oamenii se reunesc într-un grup, apar procese relaționale care descriu nu numai indivizii implicați, ci și tiparele lor de interacțiune, cunoscute sub numele de *dinamica grupului*. Aplicarea terapiei de grup la familie a fost utilizată pe scară largă în anii 1960, însă astăzi ne dăm seama că familiile au caracteristici unice care nu pot fi tratate eficient cu un model de terapie de grup.

Teoreticienii în comunicare au considerat că familiile sunt sisteme orientate către obiective și au analizat interacțiunile din cadrul acestora folosind *cibernetica* și *teoria generală a sistemelor*. Practicienii s-au concentrat mai degrabă asupra *procesului* comunicării decât asupra *conținutului* acesteia. S-a considerat că mecanismele de feedback negativ (*homeostatic*) explică stabilitatea familiilor normale și inflexibilitatea celor disfuncționale. Analiza procesului de comunicare a fost atât de bine primită, încât a fost absorbită în domeniul terapiei de familie.

**Figura 1.1. Ce am învățat din primele modele ale terapiei de familie**

## CERCETĂRI ASUPRA DINAMICII RELAȚIILOR DE FAMILIE ȘI A ETIOLOGIEI SCHIZOFRENIEI

### Gregory Bateson – Palo Alto

Unul dintre grupurile care și-au revendicat cel mai vehement crearea terapiei de familie a fost cel de studiu al schizofreniei inițiat de Gregory Bateson, în Palo Alto, California. Proiectul Palo Alto a început în toamna anului 1952, când Bateson a primit un grant de cercetare pentru a studia natura comunicării. Orice comunicare, susținea Bateson (Bateson, 1951), are două niveluri diferite – *relatare* și *comandă*. Fiecare mesaj are un conținut declarat, cum ar fi, de exemplu, „Spală-te pe mâini, e ora mesei”, dar, în plus, transmite și modul în care trebuie să fie înțeles.