

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Coperta:
FABER STUDIO

Redactor:
RALUCA HURDUC

Dtp:
OFELIA COȘMAN

Corectură:
EUGENIA ȚARĂLUNGĂ, ROXANA SAMOILESCU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
SATIR, VIRGINIA

Terapia familiei / Virginia Satir ; trad.:
Cristian Constantinescu. - București : Editura Trei, 2011
Bibliogr.
ISBN 978-973-707-482-9

I. Constantinescu, Cristian (trad.)

821.113.3-31=135.1

Titlul original: *Conjoint Family Therapy*
Autor: Virginia Satir

Copyright © 1983 by Science and Behavior Books, Inc.

Copyright © Editura Trei, 2011,
pentru ediția în limba română

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 821.113.3-31=135.1

Cuprins

7	<i>Prefață</i>
13	<i>Mulțumiri</i>
16	<i>Abrevieri</i>
17	Partea I Teoria familiei
19	Capitolul 1. De ce terapia familiei?
29	Capitolul 2. Stima scăzută de sine și alegerea partenerului
35	Capitolul 3. Alteritate și neînțelegeri
48	Capitolul 4. Factori de stres care afectează familia modernă
60	Capitolul 5. Dezamăgirea maritală și consecințele ei pentru copil
89	Capitolul 6. Lucrurile de care au toți copiii nevoie pentru a avea stimă de sine
106	Capitolul 7. Triunghiul familial: o scurtă digresiune
119	Partea a II-a Teoria Comunicării
121	Capitolul 8. Comunicarea: Un proces de oferire și de primire a informației

139	Capitolul 9. Comunicarea: Un proces verbal și nonverbal de formulare a cererilor de către receptor
165	Partea a III-a Teoria și practica terapiei
167	Capitolul 10. Concepte ale terapiei
195	Capitolul 11. Începând tratamentul
204	Capitolul 12. Utilizarea unei cronologii a vieții de familie
246	Capitolul 13. Includerea copiilor în terapia familiei
284	Capitolul 14. Rolul și tehnica terapeutului
314	Capitolul 15. Integrând modele și discipline
335	Partea a IV-a Când întâlnesc o persoană
361	Partea a V-a Implicând sistemul mai mare
377	<i>Nota autorului</i>
381	<i>Bibliografie</i>

Prefață

Bine ați venit la cea de-a treia ediție a *Terapiei Familiei*. Această ediție este în același timp o revizuire și un vehicul pentru material nou. Părțile de la I la a III-a (cartea originală) sunt în mare nemodificate, cu excepția capitolului 12, „Utilizarea unei cronologii a vieții de familie” — care a fost extins și ușor modificat — și a capitolului 15, „Integrând modele și discipline”, care a fost adus la zi.

Partea a IV-a se prezintă cu două noi capitole. Primul, „Când întâlnesc o persoană”, este o descriere subiectivă a interviului meu inițial cu o familie. Capitolul răspunde multor întrebări care mi se pun adeseori, și cred că terapeuții îl vor găsi foarte interesant. Acest capitol de asemenea face trecerea către recenta mea carte, *Arta de a făuri oameni*. Atitudinile și patternurile de comunicare pe care le descriu în *Arta de a făuri oameni* joacă un rol important în percepția mea inițială asupra acestei familii. Recunoașterea acestor posturi de comunicare mă ajută să realizez exerciții și intervenții adecvate. Odată ce membrii familiei sunt conștienți de posturile lor, au deschis ușa către schimbare.

Al doilea capitol nou descrie o nouă dimensiune în experiența mea cu terapia familiei. La fel cum această carte a crescut la origine din ideea, pe atunci revoluționară, că indivizii ar fi putut fi tratați în prezența familiilor lor, „Implicând sistemul mai mare”



CAPITOLUL 1

De ce terapia familiei?

1. Terapeuții familiei tratează cu durerea familiei.
 - a. Când o persoană dintr-o familie (pacientul) are dureri care apar sub forma simptomelor, toți membrii familiei simt această durere într-un anume fel.
 - b. Mulți terapeuți au considerat că este mai util să numească membrul familiei care are simptomul „pacientul identificat” sau „P.I.”, decât să se alăture familiei numindu-l „cel bolnav”, sau „cel care este diferit”, sau „cel care este de vină.”
 - c. Asta pentru că terapeutul vede simptomele pacientului identificat ca având o funcționare în familie, la fel de bine ca o funcționare individuală.
2. Studii numeroase au arătat că familia se comportă ca și cum ar fi o unitate. În 1954, Jackson a introdus termenul de „homeostază familială” pentru a se referi la acest comportament (39).
 - a. Conform teoriei homeostazei familiale, familia acționează pentru a realiza un echilibru în relații.
 - b. Membrii familiei ajută la păstrarea acestui echilibru în mod deschis sau în mod implicit.

- c. Patternurile de comunicare familiale repetitive, circulare și predictibile dezvăluie acest echilibru.
 - d. Când echilibrul familiei este precar, membrii acesteia fac mult efort pentru a menține acest echilibru.
3. Relația maritală influențează caracterul homeostazei familiale.
- a. Relația maritală este axa în jurul căreia se formează toate celelalte relații familiale. Partenerii sunt „arhitecții” familiei.
 - b. O relație maritală în suferință tinde să producă un parentaj disfuncțional.
4. Pacientul identificat este membrul familiei cel mai vizibil afectat de relația maritală în suferință și cel mai expus la parentajul disfuncțional.
- a. Simptomele sale sunt un „SOS” privind durerea părinților lui și dezechilibrul familial rezultat.
 - b. Simptomele sale sunt un mesaj că el își distorsionează propria dezvoltare, ca rezultat al încercării de a ameliora și absorbi durerea părinților săi.
5. Multe abordări terapeutice sunt numite „terapie de familie”, dar diferă de definiția care va fi prezentată aici, din moment ce ele sunt orientate în primul rând către membrii familiei ca indivizi și mai puțin către familia ca unitate. De exemplu:
- a. Fiecare membru al familiei poate avea propriul său terapeut.
 - b. Sau membrii familiei pot împărți același terapeut, dar terapeutul se întâlnește cu fiecare membru separat.

- c. Sau pacientul poate avea un terapeut care, ocazional, consultă alți membri ai familiei „pentru binele” pacientului.
6. Un număr în continuă creștere de observații clinice a dus la concluzia că terapia familiei trebuie orientată către familie ca întreg. Această convingere era inițial susținută de observații care arătau cum răspundeau membrii familiei la tratamentul individual al unui membru al familiei etichetat ca „schizofrenic”. Dar studii ulterioare au arătat că familiile cu un membru delincvent răspund în moduri similare la tratamentul individual al acestui membru. În ambele cazuri s-a constatat că:
- a. Alți membri ai familiei au interferat cu, au încercat să devină parte din, sau au sabotat tratamentul individual al membrului „bolnav”, ca și cum familia ar fi avut o miză în boala sa.
 - b. Pacientul spitalizat sau închis s-a simțit mai rău sau a regresat după o vizită a membrilor familiei, ca și cum interacțiunea familială ar fi avut o legătură directă cu simptomele lui.
 - c. Starea altor membri ai familiei s-a înrăutățit de îndată ce starea pacientului s-a îmbunătățit, de parcă boala unuia dintre membrii familiei ar fi fost esențială pentru modul de funcționare al familiei.
7. Aceste observații au condus mulți psihiatri și cercetători orientați asupra individului să reevalueze și să pună sub semnul întrebării câteva ipoteze (109, 110, 114, 140, 142).

- a. Au observat că, atunci când pacientul era privit ca victimă a familiei sale, era foarte ușor să te supraidentifici cu el și să-l supraprotejezi, trecând cu vederea faptul că:
 - Pacienții sunt și ei adepții victimizării unui alt membru al familiei.
 - Pacienții ajută în perpetuarea rolului lor de bolnavi, diferiți sau de vinovați.
- b. Au observat cât de multă încredere era acordată transferului, pentru a produce schimbarea.
 - Și totuși, poate mult din așa-zisul transfer al pacientului era de fapt o reacție adecvată la comportamentul terapeutului în cadrul situației terapeutice nereale și noninteractive.
 - În plus, erau mai multe șanse ca situația terapeutică să perpetueze patologia, în loc să prezinte o nouă stare a lucrurilor care să introducă dubii în ceea ce privește percepțiile.
 - Dacă unele dintre comportamentele pacientului au reprezentat un transfer (adică, felul său caracteristic de a relaționa cu mama sau cu tatăl său), de ce nu ar trebui ca terapeutul să îl ajute pe pacient să trateze cu familia în mod mult mai direct, văzându-i împreună, atât pe pacient cât și pe familia sa?
- c. Au observat că terapeutul tindea să fie mai interesat de viața fantasmatică a pacientului decât de viața sa reală. Dar chiar dacă era interesat de viața reală a pacientului, atâta timp cât el vedea doar pacientul în terapie, trebuia să se încreadă în versiunea acestuia asupra acelei vieți și să încerce să ghicească ce se petrece în viața sa.

- d. Au observat că, încercând să schimbe modul de funcționare al unui membru al familiei, ei încercau de fapt să schimbe modul de funcționare al întregii familii.
 - Acest fapt pune sarcina de agent de schimbare a familiei pe umerii pacientului în exclusivitate, în loc de a o pune pe umerii tuturor membrilor familiei.
 - Pacientul era deja membrul familiei care încerca să schimbe modul de funcționare al familiei, deci, atunci când a fost solicitat să-și intensifice eforturile, a primit critici și mai intense din partea familiei. Aceasta l-a făcut să se simtă și mai împovărat și mai puțin capabil.
8. Pe lângă toate aceste observații, odată ce terapeuții au început să trateze familiile împreună, au fost aduse la lumină alte aspecte ale vieții de familie care produceau simptome care, în mare măsură, fuseseră trecute cu vederea. Alți investigatori ai interacțiunilor familiale au făcut descoperiri similare. După cum spune Warren Brodey, partenerii acționează diferit cu frățiorul normal și cu frățiorul care prezintă simptome (27).

„....Părinții, aflați în prezența frățiorului «normal» sunt capabili să relaționeze cu o libertate, flexibilitate și larghețe a conștiinței greu de crezut, luând în considerare limitările care există în relația dintre părinți atunci când se implică în relația cu frățiorul care prezintă simptome. Modurile patologice de relaționare par să fie focalizate în relația cu membrul care prezintă simptome. Ne întrebăm cum de s-a ajuns aici.”

9. Dar acei psihiatri care au devenit din ce în ce mai devotați terapiei familiei nu au fost primii care au recunoscut natura interpersonală a bolii mentale. Sullivan și Fromm-Reichmann, împreună cu mulți alți psihiatri, psihologi și lucrători în asistența socială, au făcut pionierat în această zonă de explorare. Mișcarea pentru Îndrumarea Copilului (The Child Guidance Movement) a fost o altă dezvoltare importantă, care a ajutat la întreruperea tradiției de a selecta numai un membru al familiei pentru tratament (41).

a. Terapeuții din Îndrumarea Copilului au inclus în tratament atât mama cât și copilul, chiar dacă încă au avut tendința de a se întâlni cu mama și copilul în ședințe de tratament separate.

b. De asemenea, ei au recunoscut din ce în ce mai mult importanța includerii tatălui în terapie, deși au observat că era greu de abordat și, în general, au eșuat în a-l angaja în procesul terapeutic.

— Terapeuții au arătat că tatăl simțea că grija părintească era mai degrabă sarcina soției lui decât sarcina lui; dacă copilul dădea semne de tulburare, soția era cea care trebuia abordată.

— Terapeuții din Îndrumarea Copilului, fiind oricum orientați spre relația mamă-copil, au înclinat să fie de acord cu raționamentul tatălui, astfel încât nu au putut să îl convingă cu ușurință de faptul că rolul lui în familie este important pentru sănătatea copilului său.

— Clinicile de Îndrumarea Copilului au rămas axate în principal pe maternaj (*mothering*), chiar dacă au

recunoscut tot mai mult importanța paternajului (*fathering*). Și, chiar dacă au introdus sau nu tatăl în gândirea lor, au continuat să-și concentreze atenția pe soț și soție ca părinți ai copilului și mai puțin ca parteneri unul pentru celălalt. Și totuși, a fost menționat în mod repetat cât de critic afectează relația maritală parentajul. Murray Bowen scrie, spre exemplu (25):

Observația izbitoare a fost că, atunci când părinții erau apropiați emoțional și investeau mai mult unul în celălalt decât oricare dintre ei în pacient, pacientul se simțea mai bine. Când *oricare* părinte investea emoțional mai mult în pacient decât în celălalt părinte, pacientul, imediat și în mod automat, regresa. Când părinții erau emoțional apropiați, nu puteau greși în modul de a „gestiona” pacientul. Pacientul răspundea bine la fermitate, permisivitate, pedeapsă, „discuții” sau orice altă abordare de administrare. Când părinții erau „divorțați emoțional”, orice „abordare de gestionare” se dovedea în mod egal un eșec.

10. Terapeuții familiei și-au dat seama că este mai ușor să cointerezeze soțul în terapia familiei decât în terapia individuală. Asta este pentru că terapeutul familiei este el însuși convins că amândoi arhitecții familiei trebuie să fie prezenți.

a. De îndată ce terapeutul îl convinge pe soț că este esențial în procesul terapeutic și că nimeni nu poate vorbi pentru el sau nu îi poate lua locul în terapie *sau* în viața de familie, el intră pregătit în terapie.