

# O caso da dimensão olvidada ou uma introdução à Psicologia e Psicoterapia pragmáticas

ORLINDO GOUVEIA PEREIRA (\*)

O presente artigo centra-se sobre um modelo específico de terapia sistémica, que é mais comumente usado em terapia familiar, mas de modo algum limitado a este campo. Inicialmente desenvolvido em Itália e denominado «modelo pragmático elementar» (De Giacomo e Silvestri, 1981), lida necessariamente com comportamentos de comunicação interpessoal, pelo que também foi chamado «modelo dos sujeitos interactuantes» (Silvestri e De Giacomo, 1980). Por esta razão, tal modelo, constitui uma maneira nova de encarar os processos básicos em psicologia social. Permite não só interpretar e prever o comportamento diádico e grupal, mas também, fazer-nos encarar novos factores e novas questões sobre uma dimensão olvidada pela psicologia da comunicação, a pragmática.

Respeitando a cronologia do desenvolvimento do modelo, que foi pela primeira vez utilizado na Universidade de Bari, Itália, no contexto da terapia familiar, indicaremos aquilo a que prefiro chamar *Terapia por propostas comportamentais*. Só depois focaremos outros aspectos, de cariz mais psicossociológico, desenvolvidos, mais tarde, nas

universidades de Trento, Itália, e Nova de Lisboa.

O Instituto Nacional de Investigação Científica e o Consiglio Nazionale per la Ricerca, através do Acordo Cultural Luso-Italiano, suportaram as despesas de viagem e estadia dos investigadores italianos e portugueses envolvidos no trabalho que adiante se relata.

Começo com um caso clínico, intitulado ao modo dos escritores de romances policiais.

## 1. O CASO DO PSICOTERAPEUTA DISTRAÍDO

Uma das tristes realidades característica do modo de vida dos médicos portugueses e que também atinge os psiquiatras é a pluralidade do tipo de prestação de serviços. Divididos entre hospitais, «caixas», convenções, consultas subsidiadas e clínica livre, cada um tende a adoptar, em cada lugar que desempenha, um modo de actuação que tem mais a ver com os ditames da «organização» respectiva que com o saber e as convicções profissionais (O. G. Pereira, 1981). Acontece, não poucas vezes, que alguém treinado em psicoterapia — seja ela qual for — usa nas consultas hospitalares e das «caixas» proce-

---

(\*) Professor na UNL e no ISPA.

dimentos farmacológicos quase exclusivos enquanto que no consultório quase só faz psicoterapia.

Um destes psicoterapeutas «distraídos» perguntou uma vez a uma doente da «caixa» se tinha cumprido a prescrição feita na primeira consulta, acrescentando logo, com o característico modo apressado, típico destas consultas, se não era verdade que estava muito melhor. A doente, que até então se mostrara relativamente comedida, logo iniciou um rosário de lamúrias sobre a sua dor de alma, insistindo em que piorara. O médico ainda a procurou «travar» mas, a perseverança dela sobre as suas queixas depressivas, deu-lhe algum tempo para reflectir.

Recordou-se então que era psicoterapeuta... Tomando-lhe a palavra, fê-la repetir alguns dos sintomas para logo a interrogar sobre se mantinha as ideias de suicídio.

A doente só então, pareceu deter-se para dizer que nem gostava de falar em tal. Foi a vez do médico de não ceder e de proceder com pertinácia a um inquérito sistemático: desde quando tinha aquelas ideias, quando tinham sido mais insistentes, se naquele momento não o eram, qual era o procedimento que pensava utilizar se se viesse mesmo a suicidar, etc. <sup>(1)</sup>

O facies da doente foi-se desanuviando progressivamente e ela chegou mesmo a

---

<sup>(1)</sup> É importante fazer notar que quem não está familiarizado com esta manobra terapêutica, nem se tenha treinado nela sob supervisão, não a deverá tentar apenas por a ter lido aqui ou em qualquer outro lugar.

De notar, também, que, neste aspecto, psicoterapeutas das mais diversas persuasões se encontram de acordo, embora apelando para explicações diversas. Dizer a um doente depressivo que ele se encontra melhor apenas produz, de imediato, ou na próxima consulta, uma considerável piora nos sintomas referidos. Este facto, mostra também que, por mais que a depressão possa ser uma doença derivada de perturbações bioquímicas, uma parte muito considerável da sua expressão depende directamente do contexto inter-pessoal em que o doente se situa.

reconhecer que, afinal, tinha melhorado nalguns aspectos. No final, perguntou ao médico se era necessário (*sic*) continuar a tomar os medicamentos!

Duas anotações. Primeira: a consulta na sua totalidade demorou sete minutos e alguns segundos! — Não é por se ter pouco tempo que se justifica utilizar métodos terapêuticos menos eficientes.

Segunda: A manobra psicoterapêutica aqui adoptada, e adiante comentada, corresponde à *expansão de f 13*, que pode ser definida como «proposta relacional feita a partir do uso de propostas do outro e de elementos externos à relação (neste caso o conhecimento que o psicoterapeuta tem da vivência da depressão), com negação das propostas do psicoterapeuta que não sejam compartilhadas pelo doente».

Parece muito complicado. Não o é, quando nos apercebemos da estrutura lógica subjacente. Procuraremos demonstrá-lo.

## TERAPIA POR PROPOSTAS COMPORTAMENTAIS

### *Uma terapia relacional sistémica*

A *terapia por propostas comportamentais* é uma forma específica da psicoterapia relacional sistémica e, por esse facto, centra-se, fundamentalmente, sobre o processo de comunicação inter-pessoal. Como qualquer outra psicoterapia, visa modificar comportamentos anormais, disfuncionais ou indesejados, contudo, não visa os comportamentos como tais, ou em si, mas antes, o agregado estruturo-funcional que explica as regularidades do comportamento inter-pessoal. Dito de outro modo, esta terapia visa alterar «disposições comportamentais adquiridas» (Campbell, 1963) que assumem a forma de *configurações relacionais disfuncionais* vividas por pessoas e por pequenos grupos naturais, promovendo a aprendizagem de novas disposições ou configurações (estruturas de relações).

Convém examinar, ponto por ponto, as asserções apresentadas. Em primeiro lugar, uma psicoterapia diz-se relacional sempre que o seu foco de actuação não é um organismo, um sujeito psicológico, um indivíduo ou uma personalidade mas antes uma estrutura de relações. Tal estrutura torna-se aparente — é diagnosticável — no processo de comunicação inter-pessoal. Em primeiro lugar, uma terapia diz-se sistémica, quando utiliza explicitamente o conceito de «sistema aberto» da Teoria Geral dos Sistemas (L. von Bertalanfy, 1968).

Em termos muito simples a noção de sistema difere da noção matemática de conjunto, pelo facto de os seus «constituintes» (nem sempre lhes poderemos chamar «elementos») interagirem e, por esse, facto podem apresentar conformações diversas e não previsíveis a partir de um estado inicial, no espaço e no tempo. Um sistema aberto é aquele que troca matéria, energia e informação, com o meio envolvente ou contexto, através de regiões especializadas da sua «fronteira», «interfaces», a que chamamos «entrada» (input) e «saída» (output). Os fluxos de matéria, energia e informação, que entram e saem do sistema, dependem de uma «rede de comunicações» interna, a qual, além de apresentar circuitos fechados (*feed-back loops*), conduz também a «reservatórios» (em muitos casos ditos «memórias») e que são fundamentais para o sistema não ficar à total mercê dos acontecimentos do meio envolvente. Dada a limitação dos nossos conhecimentos face ao Universo, qualquer sistema que se considere é sempre um sub-sistema de um sistema mais geral e um supra-sistema de sistemas menos gerais. Por exemplo, o nosso sistema solar, é um sub-sistema de uma galáxia e um supra-sistema de, por exemplo, o sistema Terra-Lua. Não sendo possível conhecer o sistema mais complexo, ou geral, do Universo, nem o menos complexo, o estabelecimento de hierarquias de sistemas é sempre relativamente arbitrário e deve ser avaliado pelos resultados que produz.

Um ser humano é, de acordo com esta óptica, um «sistema aberto». Contudo, para certos efeitos práticos, como o presente, convém considerá-lo como um sistema de sistemas, a saber: (1) um organismo, (2) um sujeito psicológico, (3) um indivíduo e, (4) um espírito pessoal. A vantagem desta hierarquização resulta na definição de outras tantas «interfaces», cada uma das quais permite a comunicação do sistema geral (ser humano), com outros tantos sistemas hierarquizados do eco-sistema, a saber, respectivamente: (1) o meio físico e biológico, (2) o meio dos objectos (entre os quais «os outros»), (3) o meio social e (4) o meio cultural. (fig. 1).

	Sistema humano	Eco-sistema
Interfaces	Organismo Sujeito Indivíduo Espírito Pessoal	Meio biológico Objectos Sociedade Cultura

Ao contrário de todas as outras, nas quais só são relevantes os fluxos de informação, na *interface (1) «meio físico e biológico»* — «organismo», há trocas de matéria, energia e informação. Note-se que a este nível orgânico-biológico poderíamos ter esmiuçado muito mais as relações sistémicas, postulando sistemas físicos, químicos, biofísicos, bioquímicos, etc. Para os presentes propósitos, basta notar que a este nível se devem considerar casos como os de uma substância elementar, como o lítio, que altera o humor de base do sujeito-psicológico e que, a níveis mais elevados, condiciona a sua reactividade social e a sua disponibilidade cultural. Basta pensar na depressão psicótica. Por outro lado, há o fluxo específico da informação genética cujo papel relativamente ao comportamento normal e patológico tem vindo a ser sucessivamente demonstrado, ainda que mal compreendido. Note-se ainda que em termos de comportamentismo radical só esta interface é relevante quer para se estabelecer uma teoria do com-

portamento humano quer para se actuar terapêuticamente. Este reducionismo zomórfico, pode ser posto em causa tanto em termos lógicos quanto experimentais e, se for assumido em termos absolutos, limita muito as possibilidades reais de acção do terapeuta.

A *interface (2) «sujeito-objecto»* tem sido a mais reveladora no que concerne o desenvolvimento psicológico [situa-se aqui predominantemente a obra de Jean Piaget (1970)] e é necessária para se compreenderem os fenómenos cognitivos, dependentes da diferenciação eu-mundo e das imagens de cada um deles. Há certas formas de aprendizagem que só são explicáveis postulando-se este nível. Em clínica, a caracterização da configuração fundamental da vivência psicótica, carece também de uma conceptualização deste tipo, pois que ela é antes de tudo, uma perturbação da relação sujeito-objecto (realidade exterior). Uma parte considerável da investigação psicanalítica, a começar, pelas «relações de objecto», situa-se também aqui.

A *interface (3) «indivíduo-sociedade»* é multimoda e consideravelmente complexa. Ao longo da vida o indivíduo humano estabelece relações sucessivas com outros indivíduos, quer um a um — diádicas — quer no seio de grupos — grupais. Os grupos por sua vez, estabelecem relações com outros grupos — intergrupais. O comportamento social só se pode explicar tomando em conta toda esta malha de relações e as aprendizagens específicas que nela se produzem <sup>(2)</sup>, tornando-se mesmo necessário superar a visão individualista clássica. Há comportamentos individuais que só se explicam considerando a sua interacção com o grupo e há comportamentos grupais para a explicação dos quais não se requer qualquer referência específica a comportamentos individuais. Igualmente, em psicoterapia familiar se concluiu que o tratamento eficiente só se pode

alcançar tomando o comportamento familiar como um todo recusando mesmo a conceptualização de um dos seus membros ser *o doente*. O que é mais interessante é que este nível, que, *a priori*, pareceria o mais conveniente para se encarar o que, antigamente, se chamavam «neuroses» e, fundamentalmente, as «sociopatias», se revelou como o nível para se intervir sobre as psicoses (cuja perturbação de base se situa no nível anterior: sujeito-objecto).

Finalmente, a *interface*, classicamente designada pelos antropólogos de «personalidade-cultura» e a que prefiro chamar, tomando o primeiro termo do professor Barahona Fernandes, (4) «*espírito pessoal-cultura*», envolve os fenómenos mais especificamente humanos, nomeadamente o mundo de valores e da memória colectiva. A psiquiatria tem tido sempre dificuldade em lidar com este nível. K. Jaspers (1949) defende que o espírito, em si próprio, nunca adoece e Barahona Fernandes (1966) apenas aqui situa a categoria diagnóstica de «desvarios». Mesmo que não se possa falar, a este nível, de doença ou que ela só seja uma designação metafórica, é bem sabido como a cultura modela a expressão de situações psicopatológicas mesmo de base orgânica, pelo que este nível de análise e de acção não pode ser alheio às preocupações do psicoterapeuta.

Ao proceder à seriação das interfaces de relação de um ser humano, tentamos não esquecer que os subsistemas postulados não são independentes. Este problema da, digamos assim, interligação vertical, não é fácil de conceptualizar, até porque pode ser paradoxal pensar que «o sistema dos sistemas é um sistema». Falar de hierarquia de sistemas quer dizer que a conexão dos subsistemas não é reticular. Não é possível fazer precorrer a uma mensagem um circuito fechado, isto é, voltar ao ponto de partida depois de ter sido comunicada aos outros subsistemas por vias sempre diversas. Há pois, «centros de decisão» (que se devem conceber como

<sup>(2)</sup> Note-se que os grupos, que não só os indivíduos, são capazes de aprendizagem. (O. G. Pereira, *et. al.*, 1985).

«válvulas» e não como «homúnculos» que regulam os fluxos de informação quer quantitativa quer direccionalmente. Uma alteração produzida num subsistema repercutir-se-á, então, sobre os outros de acordo com uma «árvore» de canais. Se, então, a estrutura dos canais de comunicação for, predominantemente de carácter reticulado nos quatro sub-sistemas postulados e predominantemente de carácter hierárquico no sistema dos subsistemas, o paradoxo desaparece. Por outro lado, se assim for, sempre que for necessário alterar a rede de comunicações de um subsistema, qualquer actuação directa sobre a própria estrutura reticulada é ineficiente, já que a mensagem voltará ao ponto de partida, sem alterar a própria rede em que circulou. Pelo contrário, se se actuar a partir de níveis diversos, visando a árvore inter-sistémica, a probabilidade de êxito será muito superior. É por isso que dá melhores resultados no tratamento das psicoses, ou actuar na interface organismo-meio biológico (com medicamentos ou terapias físicas) ou actuar na interface indivíduo-sociedade (terapêuticas familiares relacionais) do que tentar actuar directamente na relação eu-mundo (como convencer o esquizofrénico que o seu delírio não é real?).

Relacionando-se pois, os quatro subsistemas de maneira hierárquica, há que ter em conta, pelo menos em sentido genérico, o modo habitual de articulação das suas múltiplas influências. São de reter os postulados de Barahona Fernandes (1966) sobre a prepotência da alteração biológica sobre a psíquica, desta sobre a social e desta última sobre a cultural.

A admitir-se esta visão sistémica do homem, do meio e das interfaces de comunicação, torna-se claro que é grosseiramente reducionista limitar qualquer teoria de aprendizagem e, daí, qualquer teoria da psicopatologia, tanto à aquisição de respostas ineficientes, como pretendem os comportamentistas radicais, quanto a derivá-la de alienações culturais como pretendem os

psicólogos sociais marxistas (vide: O. G. Pereira et. al., 1985). As perturbações psicopatológicas interessam todos os níveis especificados e tal como o desenvolvimento normal se faz através da aquisição de «disposições comportamentais» (Campbell, 1963) do mesmo modo se faz o patológico. Tais disposições que têm a natureza multimoda das atitudes — conceito cerne dos psicólogos sociais — terão de ser também as unidades de análise da modificação terapêutica. Simplesmente, enquanto elementos de um processo de comunicação, tais disposições comportamentais encontram expressão em termos de propostas comportamentais. (3)

---

(3) Os psicólogos sociais têm construído as atitudes de modos diversos mas todos consideram múltiplos níveis. O conceito mais comum considera componentes da atitude: cognitivo, afectivo e volitivo ou operativo. Mesmo tentando simplificar, postulando tão só os componentes cognitivo e motivacional (O. G. Pereira, 1975) a questão mantém-se, nomeadamente, quando se procuram construir instrumentos de medição, sejam eles escalas ou outros métodos.

Quando se tenta estabelecer uma teoria hierárquica da personalidade, em moldes clássicos, têm de se hierarquizar os seguintes níveis, do mais molecular ao mais molar: (1) comportamentos (2) atitudes (3) traços (4) tipos (O. G. Pereira, 1975). O grande mérito de Campbell (1963) reside em ter mostrado que no nível (2) são homólogos todos os conceitos, dispersos na literatura, que se podem englobar na designação *disposições comportamentais*, como, por exemplo: atitudes sociais, atitudes cognitivas (*Einstellungen* ou *sets*) papéis sociais, estatutos sociais, tendências, hábitos, sentimentos, motivos, esquemas sensorio-motores, conceitos semânticos, regras sintáxicas, etc. Em termos teóricos são estas *disposições comportamentais* que explicam, de modo integrativo e coerente, sequências de comportamento dirigidas para uma finalidade.

O que propomos, neste trabalho, é que, quando se considera a interacção interpessoal, há vantagem em se reduzir a análise (e a intervenção terapêutica ou outra) às propostas de comportamento que cada pessoa (ou cada grupo) faz recorrentemente às outras pessoas (ou grupos). Assumimos, assim, um reducionismo que procuramos justificar em termos pragmáticos.

## Processo de comunicação interpessoal

Embora as acções curativas exercidas em qualquer das quatro interfaces, anteriormente descritas, possam merecer o nome de terapias relacionais reserva-se, em geral, tal designação para intervenções ao nível indivíduo-sociedade. Como já se acentuou o objecto da intervenção terapêutica não é o indivíduo mas o sistema de relações que ele, ou os grupos, vivem.

Dois aspectos devem ser acentuados. Em primeiro lugar o modo de interacção predominante entre indivíduos humanos pode ser conceptualizado como um processo de comunicação. Em segundo lugar, cremos haver vantagem em se encarar tal processo de comunicação como constituído por uma troca continuada de propostas comportamentais.

Deve ainda ser acentuado, à partida, que esquemas conceptuais de comunicação unidireccional não servem para esta análise e, igualmente, que é irrelevante, ou mesmo errado, pensar em termos de causalidade linear. <sup>(4)</sup>

<sup>(4)</sup> Um processo de comunicação (C) é uma troca ou permuta de *mensagens* (M) entre um *emissor* (E) e um *receptor* (R) ( $C=C(E, R)$ ) através de um *canal* de comunicação, cujo elemento primordial é o meio que torna possível o transporte das mensagens. O *meio* varia, por exemplo, quando a comunicação é verbal, visual, etc. O *canal* tem uma *capacidade limitada* (não pode transportar mais do que um certo fluxo de unidades de informação) e tem sempre ruído (r) (fonte de perturbação que altera obrigatoriamente a mensagem emitida, daí  $m_R \neq m_E$ ;  $m_R = m_E + r$ ). Quando numa comunicação, o transporte da mensagem se faz apenas num sentido, diz-se que é *unilateral* (ex: emissão de rádio); se se faz nos dois sentidos diz-se que é *bilateral* (ex: diálogo).

O objecto da comunicação é partilhar informações. Para que isso possa suceder é necessário que emissor e receptor partilhem uma *linguagem*. Esta é constituída, para cada um deles, por um reportório de *signos* (elementos com significado, estudados pela Semiótica e Semântica) e por um *sistema de regras* que preside à organização dos signos (e que é estudado pela Sintaxe) na mensagem.

A comunicação só é possível se existir uma parte

Os processos de comunicação interpessoal devem ser concebidos como cadeias de trocas de mensagens, cujo princípio e cujo fim são indetermináveis. Qualquer marcação temporal do processo é arbitrária. (Bateson, 1972).

Tomemos como exemplo, uma discussão entre marido e mulher. O leitor pode atribuir o «ele» ou «ela» a A ou a B, a seu bel-prazer:

A — Como é que tu pudeste fazer-me uma coisa destas?

B — Se eu o fiz é porque tu me tinhas feito aquilo que muito bem sabes.

A — Isso é o que tu dizes e isso mostra que não te lembras que já antes me tinhas feito o mesmo.

B — Ah, sim? E não te estás a esquecer que a tua mãe...

Podia ter começado antes ou depois. — Como todos sabem, este tipo de conversas tende a repetir-se. — Além disso, as referências justificativas <sup>(5)</sup> de um deles podiam ter

comum entre o reportório do emissor ( $Rep_E$ ), e o reportório do receptor ( $Rep_R$ ) isto é, se

$$Rep_E \cap Rep_R \neq \emptyset$$

isto é, se a intersecção entre os dois reportórios for um conjunto não vazio.

É através da classificação dos signos que se formam os reportórios (lógica das classes) e através da combinação dos signos que se geram proposições ou orações (cálculo proposicional). O cálculo proposicional pretende estabelecer a verdade ou falsidade das proposições independentemente do seu conteúdo. Este cálculo tem afinidades formais com o modelo pragmático adiante discutido.

A Pragmática, é o último aspecto do processo de comunicação a considerar. Equivale a perguntar: para que se comunica? Isto é, pretende-se saber qual o efeito da mensagem no receptor.

(Nesta nota não se utilizaram as noções de código, de fonte e de alvo da mensagem, por uma questão de simplificação).

<sup>(5)</sup> Em Psicologia Social distingue-se causa e razão dos acontecimentos interpessoais. *Causa* é a explicação dada pelo psicólogo através do uso do método científico. *Razão* é a explicação dada por um dos intervenientes no acontecimento e, normalmente, é uma

ido muito mais longe em termos de antepassado... É fácil provar que trocas de frases deste tipo tenderão a repetir-se no futuro (até quando?) e que é quase certo que já se produziram no passado (desde quando?) Há quem lhe chame «jogo de surdos». — Trata-se de facto de um jogo, pelo menos, na acepção de «passatempo». Mas, é mais do que isso e por esta configuração relacional ser repetitiva e inconsequente, podemos dizer que ele é *disfuncional*.

*Esclareçamos alguns pontos: Em primeiro lugar, ao falarmos de configuração disfuncional, usamos o substantivo como tradução de Gestalt, implicando o que a Gestaltpsychologie queria implicar relativamente à percepção: a configuração é, em larga medida, uma propriedade da mente do observador. Neste caso, o psicólogo ou psicoterapeuta isolam um segmento de uma cadeia de troca de mensagens entre marido e mulher. Se o isolam é porque notam repetição. Esta não é de conteúdos mas da forma de interagir* <sup>(6)</sup>. De propósito isolaram-se quatro frases de modo a não se perceber aquilo a que marido e mulher se referiam. Ele podia ter saído com alguém sem ela saber; ela podia ter comprado um vestido dispendioso;

---

justificação do seu próprio comportamento. Causa e razão raramente coincidem.

Uma das causas porque as razões são tão invocadas em psicoterapia é porque os psicoterapeutas tendem a raciocinar em termos de «causalidade linear» e desse modo raramente descobrem causas válidas e fiáveis.

<sup>(6)</sup> É evidente que tanto nas relações marido-mulher, como nas relações pais-filhos, como ainda nas de qualquer grupo natural, ocorrem frequentemente repetições de conteúdos. Diz-se até que as pessoas «repisam o mesmo assunto». Tais repetições de tema podem ser interessantes e significativas e, como tal, são de considerar pelo psicoterapeuta. Contudo, a repetição de formas específicas de relação, comuns aos mais diversos conteúdos revelam algo de muito mais profundamente aprendido e que só muito raramente é (ou pode ser) consciencializado pelos intervinientes. Se se preferir tal linguagem, poderemos dizer que as configurações disfuncionais são fundamentalmente inconscientes.

ele ou ela podiam ter desautorizado o outro perante um filho, etc., etc. É pois, uma estrutura de relação, uma determinada forma, que se repete independentemente do conteúdo específico — tema de conversa — que «aparentemente» gerou a própria troca de frases. É fácil de ver que uma vez estabelecida uma destas estruturas de relação ela tenderá a ser repetida para conteúdos diversos do original (insista-se que este é indeterminável) e tanto mais tenderá a ser repetida no futuro quanto mais foi repetida no passado. Dito de outro modo, a *lei do exercício* de Thorndicke aplica-se aqui, (embora deva ser dito que, tanto quanto posso saber, Thorndicke e os comportamentistas que o seguiram, aplicavam a lei a conteúdos específicos).

Em segundo lugar tomemos o adjectivo *disfuncional*. Por analogia como a Fisiopatologia, usamo-lo como significando alteração detectável e mantida de um programa organísmico. Só que, para o aplicarmos a uma relação diádica, neste caso do casal, teremos de especificar o critério de detecção, pois que ele não pode ser tão linear como um parâmetro quantitativo (ex: Ph, PCO<sub>2</sub>, etc.) de um processo homeostático (mesmo que corrigido por factores de desenvolvimento). Tal critério só é válido parcialmente a nível da interface «organismo-meio biológico». Para além das metáforas possíveis ou habituais (ex: a libido freudiana), os outros níveis de relação são mais eficientemente descritos postulando-se critérios próprios. Assim, enquanto que a interface «sujeito-objecto» requer critérios económicos (de optimização do tratamento da informação), a interface «indivíduo-sociedade» rege-se por critérios políticos (de domínio-submissão, ou seja, de jogo de poder).

Há ampla evidência experimental que demonstra a vantagem de se conceptualizarem as relações sujeito-objecto em termos económicos. O paradigma do processamento da informação aplicada às situações de atenção selectiva leva a previsões muito satisfa-

tórias do comportamento do observador, impossíveis de atingir de outro modo. Basta postular que o observador usa em cada acto perceptivo toda a informação disponível, reduzindo conseqüentemente o conjunto de tais actos ao mínimo possível [comportamento económico de optimização. (O. G. Pereira, 1975)].

No que se refere à interface «indivíduo-sociedade» é evidente como o problema do poder é ubíquo em Sociologia, Antropologia, Direito e Ciências Políticas. Passar-se-à o mesmo em Psicologia Social, afinal, o micro-cosmo empírico de referência de tais ciências, mesmo quando mais viradas para a sua vertente normativa? Cremos que sim. Contudo, há que explicá-lo, uma vez que são de antecipar as mais fortes reacções se nos limitarmos a dizer aos psiquiatras que eles usam ou, mesmo, devem usar, critérios políticos para fazerem os seus diagnósticos e, sobretudo, para actuarem terapêuticamente.

Quando aqui falamos em critérios políticos não falamos, evidentemente, de política partidária ou de diferendos ideológicos (os quais, aliás, têm muito mais a ver com a interface «espírito pessoal-cultura») mas sim dos processos de influência interpessoal, das relações de domínio-submissão entre pessoas, das questões do exercício da autoridade e do conseqüente desempenho de papéis e apresentação de estatutos sociais.

A este nível, então, a configuração da relação daquele casal, atrás descrita, pode ser entendível como mera forma de perpetuar a própria continuação da sua relação dentro do mesmo estatuto social que até aí têm tido. Será evidente que esta é apenas uma interpretação, entre muitas possíveis, mas uma que é muito frequente.

Tal configuração de relação diz-se disfuncional, sempre que, em termos simples, os membros do casal se sintam infelizes, humilhados ou «encurralados» na própria relação e usem tal configuração como método prevalectante de a manterem. Deve ser evidente, que os membros do casal não estabe-

lecem conscientemente qualquer ligação entre tal configuração formal e os seus sentimentos e, também, que esta maneira de definir relação disfuncional é meramente indicativa. Na realidade, para se diagnosticar uma relação disfuncional é necessário considerar pelo menos, duas interfaces relacionais. Este caso para ser analisado carece que especifiquemos os critérios a utilizar pelo psicoterapeuta no nível «espírito pessoal-cultura».

Numa primeira abordagem, tal interface tem a ver com o mundo dos valores. Daí que os critérios a utilizar se possam chamar, genericamente, filosóficos. Estamos a lidar com valores epistemológicos, estéticos, metafísicos, éticos e religiosos, mas não tanto de uma maneira crítica como de uma maneira utópica. Trata-se de projectos de vida, individuais ou grupais que tendem para uma harmonia progressiva dos valores referidos que passa por uma certa tolerância da ambigüidade, da ignorância e das contradições.

Então, quando um casal, em vez de progredir um entendimento positivo e valorativo, tende inconscientemente, para a mera manutenção da sua face social e o faz predominantemente através de jogos repetitivos de trocas de afrontamentos inconseqüentes, dizemos que ele vive uma relação disfuncional.

O que é importante no que acabamos de dizer é centração dominante num nível de relação. (Um outro caso frequente é a da mera relação sexual, isto é, a predominância da interface organismo-meio biológico), com apagamento progressivo das trocas nos outros níveis.

Se insistirmos tanto sobre esta questão da *configuração disfuncional* é porque é esta forma de relação aquela com que lida mais directamente a terapia relacional. O que a terapia visa é, então, interromper este ciclo vicioso, mas para o fazer não se pode limitar a este nível de actuação sob pena de repetir o erro típico do doente mental, nesta instância, entendido como indivíduo.

Pode manter-se que a origem dos sintomas psiquiátricos é sempre esta: a incapacidade de funcionar a mais que um nível lógico. É por isso, que, por exemplo, os doentes esquizofrénicos que não poucas vezes se tornam cómicos são incapazes de compreender o humor. É que este exige que a comunicação se situe, pelo menos, a dois níveis, enquanto que o primeiro resulta simplesmente da confusão dos níveis (incapacidade de os discriminar).

### PROPOSTAS COMPORTAMENTAIS

«Os anos da minha vida e a progressiva experiência que ela me tem proporcionado, tanto no campo profissional como fora dele, tem arreigado em mim a convicção de que a maneira mais útil de lidar com o comportamento interpessoal é considerá-lo como uma troca ilimitada (sem princípio e fim discerníveis) de propostas comportamentais» (7). Cada pessoa está sempre a dizer às outras aquilo que quer que elas façam e as outras a responder dizendo aquilo que elas querem que a primeira faça. Julgo que é este o sentido da definição de Psicologia Social dada por G. Bateson (1972) quando disse que era o estudo da reacção das pessoas à reacção das outras pessoas.

Note-se que Bateson não fala de acção — reacção, mas de reacção — reacção. Não basta substituir o esquema comportamentista inicial  $E \rightarrow R$  por  $E \rightleftarrows R$ , é necessário escrever  $R_a(E) \rightleftarrows R_b(E)$ . Bateson, aliás, trata de modo insuperável a questão das cadeias de comunicação interpessoal e intui muito claramente a incapacidade de se marcarem limites, que não arbitrários nas cadeias de comunicação interpessoal.

(7) Devo confessar que o que mais contribuiu para esta minha convicção não foi tanto a experiência como psiquiatra, nem a investigação como psicólogo, mas, antes de mais, a experiência clínica com os doentes físicos e seus familiares. Aliás, tal experiência foi comentada em O. G. Pereira (1981), nesta revista.

Naquilo que pretendemos aqui insistir é na natureza pragmática de comunicação interpessoal.

A teoria da comunicação considera geralmente três capítulos: a sintaxe, a semântica e a pragmática.

A sintaxe é, usualmente, definida como o conjunto de regras que numa determinada linguagem permite construir mensagens correctas.

A semântica é o conjunto de significações que as mensagens correctas assumem contemporaneamente para o receptor e para o emissor.

A pragmática é o conjunto de efeitos que a mensagem produz no receptor.

Em termos relacionais podemos dizer que enquanto a sintaxe tem a ver com as relações entre signos, a semântica tem a ver com a relação entre signos e objectos e a pragmática tem a ver com a relação entre signo e sujeito.

Até certo ponto e de modo apenas denotativo, pode manter-se que as terapêuticas comportamentistas comuns se movem, fundamentalmente, no domínio sintáctico, que a psicanálise privilegia a relação semântica e que a terapia relacional é, fundamentalmente, pragmática (8).

Quando dizemos que a comunicação interpessoal é, fundamentalmente, uma troca de propostas comportamentais, não estamos só a privilegiar a vertente pragmática da comunicação, porque esta relaciona signo e sujeito, mas a tentar realçar o aspecto duplamente pragmático das trocas de mensagens entre seres humanos. Dito de outro modo, a comunicação entre seres humanos são respostas por propostas comportamentais a respostas por propostas comportamentais.

Tudo parece começar com o choro do recém-nascido. Ele produz aquilo que H. S.

(8) De referir que De Giacomo e Silvestri (1981) escolheram para designação da sua forma de conceber a terapia familiar a de «modelo pragmático elementar».

Sullivan (1954) chama a «situação-do-mamilo-na-boca». O reflexo de sucção assegura o início do aleitamento.

Neste momento primacial há evidente interação mas ainda não há verdadeira comunicação, na acepção semântica, pois não há partilha de significados pela mãe e pelo filho. Contudo, pragmaticamente, a mãe reage à proposta do filho — choro — com a resposta mamilo.

Tal como o reflexo de sucção se aperfeiçoa por aprendizagens sucessivas (e sabe-se bem, a importância que Piaget atribui a este «nascimento da inteligência»), a partir de certo momento o bebé aprende a chorar para provocar reacções na mãe. Também é verdade que a própria mãe faz propostas ao bebé, facultando-lhe, por exemplo, o mamilo, «à hora da mamada», sem que o bebé tenha chorado.

A relação de troca de propostas começa assim a estruturar-se e não mais abandonará qualquer ser humano no domínio da vida social.

Até mesmo quando eu digo a alguém «Bom dia» trata-se indubitavelmente de lhe propôr que, pelo menos, me responda «Bom dia». Se o outro o não faz, tal comportamento é igualmente uma proposta para que, naquele momento, o nosso relacionamento cesse.

Encarar os processos de comunicação humana deste modo tem consequências imediatas em psiquiatria, desde colocar a nova luz a «razão» pela qual os doentes, ou alguém por eles, nos procuram, até ao entendimento de que todo o sintoma é uma proposta e mais, que todas as nossas acções, mesmo quando não lhe damos significado terapêutico, continuam a ser propostas comportamentais para o doente ou para o grupo com que lidamos.

Convém, então examinar, a esta luz toda a actividade terapêutica. Tal exame requer, para poder guiar a nossa acção de forma eficiente, um certo formalismo.

Se eu propuzer a alguém seja o que for, a outra pessoa tanto pode aceitar (1) ou rejeitar (0) a minha proposta.

Uma vez que não é possível marcar um início para uma relação, qualquer pessoa *A*, num dado momento ( $T_k$ ) poderá estar ou na situação 0 ou na situação 1. Reduzindo a análise a duas pessoas, a segunda *B* responderá também ou 0 ou 1. Após esta troca elementar de informação, no momento seguinte ( $T_k + 1$ ), a pessoa *A*, possui novas propostas ou 0 ou 1 e, por isso, (porque se modificou) a designamos *A'*.

É fácil de verificar que há oito possibilidades de interação elementar (troca de um único *bit* de informação):

	TK		TK+1
	A	B	A'
0	0	0	0
1	0	0	1
2	0	1	0
3	0	1	1
4	1	0	0
5	1	0	1
6	1	1	0
7	1	1	1

Total 8

Repare-se que as combinações de partida (*A*, *B*) são quatro: 0, 0/0, 1/1, 0 e 1'1 e que as respostas de *A'* são sempre ou 0 ou 1.

Se considerarmos as respostas 1 (aceitação) às quatro combinações descritas, podemos definir quatro coordenadas que nos permitem ordenar estatisticamente as tendências de resposta de cada sujeito, dado um tempo suficiente de observação:

A coordenada  $U_1$  será o número de casos em que  $A_{k+1}$  responde 1 à combinação  $A_k$  (0)  $B_k$  (0) a dividir pelo número total de casos em que se verificou  $A_k$  (0)  $B_k$  (0), isto é:

$$U_1 = \frac{n \langle 0,0,1 \rangle}{n \langle 0,0,0 \rangle + n \langle 0,0,1 \rangle}$$

Do mesmo modo:

$$U_2 = \frac{n \langle 0,1,1 \rangle}{n \langle 0,1,0 \rangle + n \langle 0,1,1 \rangle}$$

$$U_3 = \frac{n \langle 1,0,1 \rangle}{n \langle 1,0,0 \rangle + n \langle 1,0,1 \rangle}$$

$$U_4 = \frac{n \langle 1,1,1 \rangle}{n \langle 1,1,0 \rangle + n \langle 1,1,1 \rangle}$$

Para se verificar, de algum modo, o que estas fórmulas traduzem, convém iniciar a exposição não pela coordenada  $U_1$  mas sim pela coordenada  $U_4$ . Neste caso nós observamos as respostas do sujeito  $A'_{k+1}$  à combinação  $A_k(1)$ ,  $B_k(1)$ , durante um intervalo de tempo suficientemente longo. Isto é, contamos as vezes que o sujeito reitera a sua própria proposta positiva sempre que ele e o outro concordaram nessa mesma proposta positiva anteriormente e dividimos esse número pelo número total de vezes que a combinação  $A_k(1)$ ,  $B_k(1)$  ocorreu.

Em termos psicológicos a sequência de propostas  $A_k(1)$ ,  $B_k(1)$ ,  $A'_k(1)$  ou, mais simplesmente  $\langle 1,1,1 \rangle$  é relativamente trivial e não oferece dificuldades, pois se eu proponho algo e tu aceitas a minha proposta propondo o mesmo, é «natural», que eu continue a propôr o que propuz. Por exemplo, nós encontramos-nos, eu digo «vamos ao cinema», tu respondes, «boa ideia, vamos ao cinema», é «natural» que eu diga «então, vamos ao cinema». Contudo, a experiência mostra que, em certos casos, a partir de uma

concordância de propostas (1,1) se verifica que um dos sujeitos ( $A'$ ) rejeita a sua própria proposta que até teve a concordância do outro. Daí que, a coordenada  $U_4$  ou coordenada da interação, tal com todas as outras, seja um quociente com valores entre 0 e 1.

Na coordenada  $U_3$ , ou coordenada da conservação, consideramos no numerador os casos em que o indivíduo ( $A'$ ) reitera a sua própria proposta anterior ( $A$ ), embora o outro ( $B$ ) a recuse.

Na coordenada  $U_2$ , ou coordenada da submissão, consideramos em numerador os casos em que o indivíduo ( $A'$ ) muda a sua proposta anterior negativa, aceitando a proposta que o outro lhe faz.

Finalmente, na coordenada  $U_1$  ou coordenada da evasão, consideramos no numerador os casos em que o indivíduo ( $A'$ ) passa a aceitar uma proposta que ele e outro tinham rejeitado. Na medida em que uma proposta positiva surge após duas propostas negativas, podemos aceitar que esta coordenada aponta para uma «fuga» aos ditames da relação. Há evidência empírica de que esta coordenada é alta nas pessoas criativas ou nas que estão afectadas de psicoses. Este último caso é sobretudo verdade quando, coincidentemente, a coordenada  $U_4$  é baixa.

Como sugere esta última referência, qualquer pessoa com experiência suficiente de vida (e não se tendo em conta quem é o seu interlocutor) tende a assumir valores característicos para cada coordenada. Isto sugere que, a experiência relacional tende a convergir em aprendizagem de respostas-tipo face às combinações de propostas interpessoais. Na realidade há 16 possibilidades de respostas-tipo, a que De Giacomo e Silvestri (1981) chamam funções e anti-funções. (Fig. 2).

Uma vez calculadas as coordenadas, as funções e anti-funções calculam-se do seguinte modo:

FIGURA 2

A' (k+1)

A <sub>(k)</sub>	B <sub>k</sub>	f0	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f8	f9	f10	f11	f12	f13	f14	f15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1

funções

anti-funções

$$p(f0) = (1-U1).(1-U2).(1-U3).(1-U4)$$

$$p(f1) = (1-U1).(1-U2).(1-U3).U4$$

$$p(f2) = (1-U1).(1-U2).U3.(1-U4)$$

$$p(f3) = (1-U1).(1-U2).U3.U4$$

$$p(f4) = (1-U1).U2.(1-U3).(1-U4)$$

$$p(f5) = (1-U1).U2.(1-U3).U4$$

$$p(f6) = (1-U1).U2.U3.(1-U4)$$

$$p(f7) = (1-U1).U2.U3.U4$$

$$p(f8) = U1.(1-U2).(1-U3).(1-U4)$$

$$p(f9) = U1.(1-U2).(1-U3).U4$$

$$p(f10) = 1.(1-U2).U3.(1-U4)$$

$$p(f11) = U1.(1-U2).U3.U4$$

$$p(f12) = U1.U2.(1-U3).(1-U4)$$

$$p(f13) = U1.U2.(1-U3).U4$$

$$p(f14) = U1.U2.U3.(1-U4)$$

$$p(f15) = U1.U2.U3.U4$$

O significado psicológico destas respostas tipo é fácil de discernir se se atentar na fig. 2. Começemos com f3.

Neste caso a pessoa é consistente com as suas 4 propostas iniciais. Isto é, a pessoa mantém o que propôs independentemente das propostas do outro.

Estatisticamente esta resposta-tipo ou função é a mais frequente numa população de sujeitos normais. Aliás, é fácil de entrever que esta forma sistemática de responder às outras pessoas é de grande importância para o próprio sujeito, uma vez que assegura a

consistência do seu próprio comportamento<sup>(9)</sup>.

Note-se, desde já, que esta função f3 se encontra, com valores baixos em sujeitos esquizofrénicos.

Tomando outro exemplo, f5, se se voltar a reparar na fig. 2, verifica-se facilmente que A' (k+1), substitui as suas propostas A<sub>(k)</sub>, pelas propostas do outro, B<sub>k</sub>. Isto é o que se passa sempre que uma pessoa se submete inteiramente aos ditames do outro. De modo mais ligeiro, podemos dizer que esta é a função típica do «yes man» das organizações.

Passando agora a f0, verificamos que a pessoa recusa toda e qualquer proposta independentemente de ter sido formulada por si ou pelo outro. Estatisticamente, verifica-se que esta função é anormalmente alta nos casos de depressão.

De Giacomo e Silvestri designam f8 a f15 por anti-funções. Querem assim acentuar o facto de haver uma resposta sistemática positiva (1) à combinação (0,0) relacionando

<sup>(9)</sup> Evitamos aqui exprimirmo-nos em termos semânticos. Se o fizéssemos, é fácil de ver que, diríamos que esta função assegura a identidade do eu perante si próprio ou a manutenção do seu próprio «mundo» pelo sujeito em causa.

Vale talvez avançar, num plano mais epistemológico, que qualquer sistema aberto para se manter «como tal» tem de usar esta função de comunicação em valores percentualmente altos. Seria interessante dispor de dados a nível biológico e sociológico para examinar esta conjectura.

estas propostas (muito mais raras que as f0 a f7, nos normais) com a criatividade, o humor e a perturbação mental.

Se repararmos no significado de f10 verificamos que o sujeito, independentemente das suas próprias propostas, opta por se opor às propostas do outro. É o que chamamos, em linguagem vulgar, «um espírito de contradição».

f12, por seu lado, é a resposta-tipo que mais se associa ao auto-sacrifício, pois que o sujeito, independentemente das propostas do outro, opta por se opor às suas próprias propostas.

Finalmente, e para só ilustrarmos alguns exemplos, f15 corresponde ao sujeito que aceita sistematicamente qualquer proposta independentemente das suas propostas prévias bem como das do outro. Esta função torna-se anormalmente alta nos esquizofrénicos crónicos (Pereira e Ferreira, 1984).

Há métodos empíricos que permitem determinar as distribuições de frequência quer das coordenadas quer das funções, para um determinado indivíduo, num determinado momento e relativamente a um certo interlocutor. É também possível, estatisticamente, determinar aquelas duas distribuições para o interlocutor-tipo ou médio. Neste último caso tais distribuições podem ser consideradas paralelas às que se obtêm com testes de personalidade. [Aliás, estudos de correlação múltipla mostram valores altos positivos entre as duas ordens de dados (Ferreira, 1985)].

Tanto para a distribuição das coordenadas como para a das funções se podem estabelecer padrões médios ou normais e desviados ou anormais.

Quando um psicoterapeuta relacional se encontra perante um doente e consegue determinar (a seguir veremos como) a sua distribuição tipo, pode assumir-se, com certo simplismo que a sua missão terapêutica consiste em fazer com que o doente volte a aprender a responder às outras pessoas de acordo com a distribuição normal.

Para alcançar este desiderato podem utilizar-se dois métodos que aliás se baseiam na mesma lógica: (1) ou se lida com a distribuição das coordenadas, (2) ou se lida com a distribuição das funções.

É consideravelmente mais simples e já está mais experimentado, o método de lidar com a distribuição das funções. Ainda neste caso se podem seguir duas estratégias:

- a) Considerar o conjunto da distribuição.
- b) Considerar as funções mais afectadas, isto é, com maiores desvios da normalidade.

Para actuar de acordo com a primeira estratégia é necessário dispor de meios de computação automática em tempo real. Uma vez que a base lógica é a mesma, ilustraremos a segunda estratégia (2-b) para chegarmos ao algoritmo geral da terapia relacional.

Como se disse, f3 tende a ser anormalmente baixo nos doentes esquizofrénicos. Num certo momento a estratégia do terapeuta poderá ser tentar fazer com que o doente aumente a frequência das respostas f3.

Suponhamos que o doente dá uma frequência suficiente resposta f4. Se assim for o terapeuta poderá, aumentar f3 no doente, utilizando, ele próprio, sistematicamente a resposta f7.

Vejamos como.

Passamos a designar o doente por  $P$  e o terapeuta por  $T$  assim definimos as duas funções f4 de  $P$  e f7 de  $T$ . Consideramos os instantes  $K$ ,  $K+1$  e  $K+2$ .

		f4		
	Pk	Tk	P(k+1)	
	0	0	0	
*	0	1	1	
	1	0	0	**
	1	1	0	**

f7

Tk	Pk	Tk+1
0	0	0
0	1	1
1	0	1
1	1	1

\*\*  
\*\*

Uma vez que o doente (P) está a usar f4, verificamos que ele só dá uma resposta positiva (1) quando previamente dera uma resposta negativa (0) e o terapeuta dera uma resposta positiva (1) \*.

Dado que no instante seguinte K+1 tal combinação só surge nos casos indicados por \*\*, só neles o doente (P) irá dar uma resposta positiva(1).

Pk	Tk	Pk+1	Tk+1	Pk+2
0	0	0	0	0
0	1	1	1	0
1	0	0	1	1
1	1	0	1	1

Verifica-se, pois, que a resposta final P(k+2) corresponde a f3.

Pk	Tk	Pk+2
0	0	0
0	1	0
1	0	1
1	1	1

Se usarmos a mesma lógica para cada uma das combinações das 16 funções, podemos construir uma tabela com os 256 resultados possíveis (Lefons, 1977), (Fig. 3).

Esta *tabela dos paradoxos* é o modelo de base da terapia por propostas comportamentais. Usa-se facilmente.

Começamos por detectar no doente, quer através de testes apropriados, quer através da relação clínica, a função mais perturbada. Suponhamos que é f4. Procuramos f4 na linha superior da tabela (relativa ao paciente). Descendo agora pela coluna assim determinada procuramos o ponto em que está f3. Aí vemos na horizontal qual é a função que na coluna da esquerda, deve ser usada pelo terapeuta. É f7.

A partir daqui, começamos a utilizar sistematicamente f7 sempre que o doente produz f4.

Como é que isto se faz? Notemos o que se disse anteriormente: é mais eficiente actuar através de uma interface que não aquela que diz respeito ao nível em que a aprendizagem se produziu. Neste caso, em que, como em todas as psicoses, está predominantemente afectada a interface sujeito-objecto poderíamos optar pela organismo-meio biológico usando, por exemplo, neurolépticos. Em terapêutica relacional escolhe-se geral-

FIGURA 3 — Tabela dos paradoxos

fa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
fb																
0	0	0	2	3	0	0	6	7	7	6	15	15	3	2	15	15
1	0	1	2	3	1	1	7	7	6	7	14	15	3	3	15	15
2	0	0	0	3	2	2	4	7	5	4	13	15	3	2	13	15
3	0	1	0	3	3	3	5	7	4	5	12	15	3	3	13	15
4	0	0	2	3	0	4	2	7	3	2	11	11	3	6	11	15
5	0	1	2	3	1	5	3	7	2	3	10	11	3	7	11	15
6	0	0	0	3	2	6	0	7	1	0	9	11	3	6	9	15
7	0	1	0	3	3	7	1	7	0	1	8	11	3	7	9	15
8	0	0	2	3	8	8	14	15	7	14	7	15	3	10	7	15
9	0	1	2	3	9	9	15	15	6	15	6	15	3	11	7	15
10	0	0	0	3	10	10	12	15	5	12	5	15	3	10	5	15
11	0	1	0	3	11	11	13	15	4	13	4	15	3	11	5	15
12	0	0	2	3	8	12	10	15	3	10	3	11	3	14	3	15
13	0	1	2	3	9	13	11	15	2	11	2	11	3	15	3	15
14	0	0	0	3	10	14	8	15	1	8	1	11	3	14	1	15
15	0	1	0	3	11	15	9	15	0	9	0	11	3	15	1	15

(\*) Lefons, E. et. al., 1977.

mente a interface indivíduo-sociedade, mas é necessário «traduzir» cada função em termos de linguagem (própria da cultura em causa).

Para o exemplo em causa:

Sempre que o doente diz qualquer coisa como «se o Sr. Dr. (o meu pai, a minha mãe, etc.) quer que eu faça isso. Vamos a isso. Mas é lá consigo. A responsabilidade é sua (dele, dela, etc.)» (0,1,0,0 = f4) o terapeuta responderá «É bom verificar que cada um de nós tem alguma coisa a propor e que podemos trabalhar juntos» (0,1,1,1).<sup>(10)</sup>

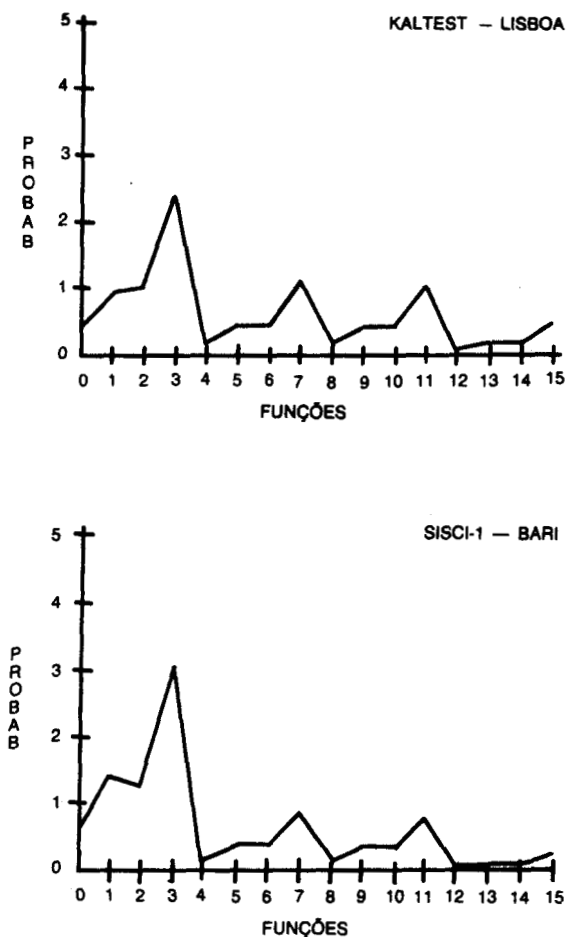
Com suficiente repetição aumenta-se o número de vezes em que o doente se torna totalmente independente das propostas do terapeuta (f3). Já se vê por que a tabela da fig. 3 é chamada «dos paradoxos»! É aliás uma ideia generalizada entre os terapeutas familiares que só através de intervenções paradoxais é possível modificar, de facto, o comportamento relacional.

De modo geral, na relação diádica com doentes esquizofrénicos usa f3 e f12 e em menor grau f5 (De Giacomo, com. pess. 1985). Contudo, a prática clínica, mostra claramente que é pouco eficiente a terapêutica individual nestes doentes e que as manobras decisivas, mesmo em terapia familiar, devem ser empreendidas não directamente pelo terapeuta mas sim através da colaboração dos pais (Vide caso 2). Seja quem for que aplique sistematicamente certas funções às funções do doente é importante, contudo, ter em conta que em caso algum se deverá favorecer o aumento da frequência das anti-

<sup>(10)</sup> Repare-se no modo «inesperado» como a resposta é dada. De facto o que o doente disse é irritante e no comum dos mortais produz uma resposta à letra! A resposta paradoxal que o terapeuta dá só poderia ser deduzida deste modelo. Nem mesmo quando os terapeutas familiares usam a conotação positiva, a usam para frases do doente como a referida.

FIGURA 4

Comparação das distribuições obtidas em populações normais em Bari (Itália), com o SISCI-I, e em Lisboa, com o KALTEST, (Ferreira, 1984)



-funções (f8 a f15). Procuramos assim, combinar dois efeitos: aumentar a frequência de f3 e diminuir as frequências de todas as anti-funções.

Na depressão procede-se de modo algo diverso. Como se viu a propósito do caso 1 a manobra terapêutica chama-se, em termos comuns, «expansão» de f13, apenas, porque corresponde, como que, a um assédio que o psicoterapeuta faz ao mundo do doente, penetrando nele e acentuando todo o seu desespero e melancolia, bem como a visão negativa do exterior, ao mesmo tempo que, e isto é essencial, apaga completamente o seu próprio mundo em todos aqueles aspec-

tos em que nada tem a ver com o doente (1,1,0,1). Pretende-se assim baixar a frequência de propostas f13 <sup>(1)</sup> pelo doente (e também de f0, f1, f4, f5, f8, f9 e f12, que têm todas em comum a ausência de propostas do próprio: —, —,0, —, isto é, a característica pragmática da depressão. Como se disse, nestes doentes verificam-se, estatisticamente, valores anormalmente altos de f0 (0,0,0,0) o que, evidentemente torna difícil a comunicação. Assim o terapeuta deve estar atento para aproveitar ocasiões como aquelas, raras, em que o doente produz f13, isto é, está disposto a aceitar seja o que for menos o que lhe é próprio. Então paradoxalmente, usa-se a mesma função para recolocar as propostas (por ex., de suicídio) do doente no primeiro plano. Aliás — pense-se na questão, no estrito plano pragmático — por que razão um doente revela ao médico (ou às outras pessoas) os seus planos de suicídio? Não será por que, por vezes, não recebe dos outros as outras propostas adequadas que se suicida mesmo? Note-se que as contra propostas da família e do médico devem ser diferentes. Por isso, em terapia familiar, a família é instruída sobre o modo como deve lidar com o doente: É muito importante, como complemento do trabalho do terapeuta, que os familiares não o tentem sossegar, descansar, consolar, etc., e dizer coisas como «não penses nisso», «há-de passar» etc., ou então «o que precisas é de ter força de vontade»...

Em resumo, o raciocínio terapêutico faz-se sempre de acordo com o mesmo algoritmo, a tabela dos paradoxos, tendo em conta a posição da pessoa que deve intervir — psicoterapeuta ou outro — e, não obstante poder surgir a nossos hábitos semânticos como muito variável.

---

<sup>(1)</sup> Deve ter-se em atenção que configuracionalmente quando se fala de f13 do doente para f13 do terapeuta, há como que uma troca de posição dos mundos próprios.

O caso seguinte ilustra uma situação excepcional mas particularmente demonstrativa.

## 2. O CASO DA CLIENTE DESCONHECIDA

Fui procurado um dia, no meu consultório, por um casal já idoso que me deu conta das suas preocupações: A sua filha de 34 anos de idade, que voltara a viver com eles desde há sete meses, altura em que deixara o marido, não sabiam exactamente porquê, mas em situação litigiosa, começara a manifestar nos últimos dois meses sintomas preocupantes. Quando regressara a casa vinha muito irritável e tinham estranhado que ela, que era até então muito apegada à filha de 7 anos, a entregara quase totalmente aos cuidados da avó. Tinham atribuído tais comportamentos à separação do marido, assunto sobre o qual se recusava a falar, e não se haviam preocupado grandemente. Aliás, por intervenção do pai, a filha voltara a ocupar um lugar público que abandonara na altura do casamento. Através dos amigos que tinha na repartição em causa, o pai soubera que a filha andava muito nervosa e irritável tratando, por vezes, as outras pessoas com rispidez. Embora, isto contrastasse com o seu carácter anterior, ainda não fora este estado de coisas que os alertara. Contudo há cerca de dois meses, uma noite, ao regressarem a casa encontraram a filha de gatas na casa de banho como quem procura qualquer coisa e a neta chorando copiosamente à porta e quase em pânico. Embora a filha tivesse tentado disfarçar de imediato, uma palavra, que deixara escapar, deixou-lhe a convicção de que procurava microfones ocultos!

O que me contaram a seguir, com episódios de crises mais ou menos intensas, mas denunciando um claro agravamento, é tão típico do desenvolvimento de um delírio

paranóide que me dispense de o relatar aqui. O pai que era culto, cedo suspeitou que a sua filha apresentava sinais de esquizofrenia. Tentou então convencê-la repetidamente, a ir a um médico, mas ela recusara-se obstinadamente. Um pouco em desespero, tinham convidado um amigo íntimo que era psiquiatra, para que lá fosse a casa a fim de a poder observar disfarçadamente, mas a filha, logo que o viu, desculpou-se de imediato, dizendo que tinha de sair de casa e estivera ausente, não sabiam onde, três dias.

A concluir os pais perguntaram-me se eu os poderia ajudar, de algum modo, fazendo com que a filha viesse a uma consulta, ou se não seria possível interná-la à força, etc., já que era evidente, para eles, que só com um tratamento haveria esperança de alguma melhoria.

Após um inquérito minucioso com o qual me certifiquei do valor facial das afirmações dos pais sobre a recusa da filha em vir à consulta, calei-me por uns momentos.

Ambos permaneceram também calados. Pude observá-los bem. Davam de si a imagem de pais de um doente esquizofrénico que os terapeutas familiares tão bem conhecem: pessoas frias, rígidas no seu comportamento, mas ligadas por uma aliança indissolúvel. Disse alguém, com razão, que os pais dos esquizofrénicos constituem os casais em que é menos provável verificar-se o divórcio ou separação. Mas, como também, alguém disse, se ambos estão fortemente ligados, estão-no «de costas» um para o outro.

Terminado o silêncio, eu disse: — Julgo que posso tentar ajudá-los, mas, o que vou dizer vai de certo surpreendê-los. O que vos vou propor não é de modo algum o que esperariam que eu propuzesse.

Uma nova pausa permitiu avaliar o comedimento da atitude expectante que se gerou. Continuei: — Julgo que estão dispostos a passar dificuldades e a fazer sacrifícios para ajudar a vossa filha.

Sendo esta uma manobra frequente em terapia familiar é fácil antecipar, e assim sucedeu, que os pais fazem neste ponto os mais solenes protestos de estarem dispostos «a tudo» para ajudar o filho doente.

É também igualmente sabido que quando o médico avança propostas concretas, a atitude muda e são levantadas as mais triviais dificuldades para as executarem em conformidade com as instruções.

— Se o que eu estou a pensar estiver certo e se vós estiverdes, realmente, dispostos a colaborar, então, talvez não seja necessário que a vossa filha venha à consulta. Isto é, o que eu vos proponho é que vós ambos sejais os terapeutas da vossa filha.

O que eu estava a pensar era em duas técnicas de tratamento familiar da esquizofrenia que, embora de fundamento diverso, nesse momento me pareciam particularmente convergentes no modo e no objectivo. Uma delas vira-a aplicar, em Milão, a Mara Pallazoli Selvini (com. pess. 1984). Trata-se do que chama a «prescrição invariável» para a esquizofrenia. Como o nome indica, propõem-se sempre o mesmo aos pais: Que desapareçam de casa, por períodos sucessivamente mais longos, deixando apenas um bilhete escrito dizendo o dia e a hora em que é suposto regressarem. Devem ir para um local onde não seja possível ao filho doente, a outro, ou a qualquer familiar ou amigo, contactá-los. A outra técnica é a usada por De Giacomo e colaboradores, na Universidade de Bari, deriva do modelo aqui discutido e consiste em instruir os pais, em sessões sucessivas de terapia, só com eles, que passem a aparecer a todos os familiares como que «unidos de corpo e alma» [trata-se de fixar as propostas no domínio exterior à relação — contexto — de modo a diminuir a frequência das antifunções (f8 a f15) e a produzir aumentos de f3 no doente].

É fácil de antecipar que qualquer destas técnicas produzem em qualquer díade uma reacção de estranheza e de dúvida, quanto mais em pais de esquizofrénicos, cujo tipo

de relação se delineou, simplisticamente, acima. O grande trabalho do terapeuta consiste em, através de sessões repetidas, levá-los a executarem tais propostas. Quando isso começa a acontecer, os doentes esquizofrénicos, nomeadamente os reactivos, começam a melhorar sintomaticamente e o comportamento da fratria e da própria família a encaminhar-se para um modo menos disfuncional.

No caso em apreço pareceu-me mais exequível a técnica da prescrição invariável e foi nesse sentido a minha proposta. Como antecipara, os pais tudo tentaram para que lhes desse outra solução, um dos argumentos invocados sendo a sua preocupação com a neta que assim ficaria totalmente entregue aos cuidados da mãe doente. Mantive-me intransigente (f3) até que eles prometeram que, pelo menos, iam tentar (f5).

Na segunda consulta os pais vieram-me relatar, um pouco surpreendidos, que pelo menos a filha não piorara.

Tendo-lhes perguntado se afinal algo de mau tinha sucedido à neta, sorriram friamente e admitiram que não.

Estabelecemos assim uma base para continuar. Ao fim de mais seis sessões, espaçadas de três semanas e em que o período de ausência já atingia mais do que três dias consecutivos, declaram-me que já não havia quaisquer sinais de delírio e que o comportamento da filha era, agora, «relativamente normal».

Na vez seguinte, vieram-me dizer que a filha lhes dissera que aceitava o tratamento psiquiátrico desde que fosse com alguém que eles não conhecessem.

Segundo o seu relato, tinham dito à filha que escolhesse ela o psiquiatra, o que acontecera, tendo este iniciado um tratamento farmacológico (com neurolépticos e tranquilizantes). Disse-lhes que tal tratamento era desejável e que achava bem que a filha o prosseguisse. <sup>(12)</sup>

<sup>(12)</sup> De acordo com a visão sistémica exposta, tanto o grupo de De Giacomo como o nosso (mas ao con-

Devo dizer que me restam algumas dúvidas se as coisas se passaram tal como eles relataram, isto é, se não houve, de facto, qualquer iniciativa sua neste novo tratamento da filha.

Perguntaram-me, então, se achava «ainda necessário» que continuassem com as suas «escapadas». Disse-lhes que sim. Soube, algum tempo depois, quando novamente me procuraram, que a filha se tinha reconciliado com o marido e que tinha ido viver para casa dele, continuando a ir de mês a mês à consulta psiquiátrica.

— Um *happy ending*? — Perguntei eu.

— Talvez sim talvez não — Disse a mãe com inusitada rapidez — Sabe, Sr. Dr., as coisas entre eles nunca correram muito bem, o meu genro é muito mole e a minha filha devia...

Interrompia-a com certa brusquidão e as minhas palavras finais foram ditas com muito ênfase: — Minha senhora, é absolutamente essencial que ambos não interfiram, no mínimo, na vida do casal. Quero dizer, que contrariamente ao que é hábito nas famílias portuguesas, o vosso comportamento deve ser de disponibilidade mas de distanciamento. É sobretudo muito importante que a sua neta, aconteça o que acontecer, não sirva de pretexto a qualquer intervenção sua.

Levantei-me da cadeira, e despedi-me de imediato. Não me voltaram a procurar até hoje. <sup>(13)</sup>

---

trário da maioria dos terapeutas familiares), não vê incompatibilidade entre os dois tipos de tratamentos.

<sup>(13)</sup> Devo salientar que, em meu entender, este caso é relativamente único, embora paradigmático, pelo que não recomendo a repetição desta manobra específica que, aliás, pode ser controversa sob o ponto de vista deontológico. Devo acrescentar que utilizei uma variação da técnica Selvini — Pallazoli, por minha conta e risco (uso a expressão intencionalmente). Tratou-se de estabelecer uma «escala irregular» relativamente aos momentos em que os pais se deveriam ausentar, com base em princípios Skinnerianos.

### *Aplicações terapêuticas*

A aproximação terapêutica aqui exposta tem inúmeras aplicações já suficientemente experimentadas em casos que, classicamente, se ligam aos diagnósticos de anorexia mental, agorafobia, colite ulcerosa, doença histérica, depressões e esquizofrenias. Pode aplicar-se também a sintomas isolados como, por exemplo, à insónia (De Giacomo, 1986).

É importante fazer notar que ao contrário de outras terapias relacionais, este modelo terapêutico não se aplica, necessariamente nem exclusivamente à terapia familiar. Pode e deve aplicar-se de igual modo, à terapia do casal ou à terapia individual, embora se reconheça vantagem em que se inicie, sempre que possível com uma sessão em que devem estar presentes todos os familiares que vivem sob o mesmo tecto. Isto é, por exemplo, típico dos casos envolvendo um doente esquizofrénico em que, no início, se começa com toda a família para logo se passar a trabalhar apenas com os pais, na manobra de aparentarem estar unidos de corpo e alma.

Por outro lado, este modelo pode ser aplicado em situações, tradicionalmente, não ligados à clínica médica, como seja a intervenção em empresas e outras organizações complexas.

Nesta última situação, igualmente, tanto se pode utilizar com grupos de trabalho como com indivíduos isolados, em geral com quadros. Neste domínio C. Pinto Ferreira (1984) utilizou o modelo para criar uma «teoria normativa da liderança», na sua dissertação de mestrado em Gestão. Um desenvolvimento recente, proposto por Silvestri (1984) permite calcular as distâncias no acordo sempre que se conhecem as funções predominantemente usadas por cada uma das partes envolvidas.

### *Métodos de medição*

Para se utilizar em psicoterapia (bem como noutras circunstâncias) um modelo

como o presente é necessário dispor de métodos de medição, já que é extremamente difícil reconhecer as regularidades da pragmática sob multiplicidade riquíssima do conteúdo das frases que as pessoas trocam entre si. Estamos tão habituados a funcionar a nível semântico que até só damos porque existe uma sintaxe subjacente quando ela é violada!

Mesmo de psicoterapeutas muito treinados neste método, o mais que se pode esperar é que detectem as funções mais afectadas, nunca que consigam visualizar uma distribuição de dezasseis funções.

Para resolver este problema a equipa da Universidade de Bari criou os testes SISCO — I, II e III e em Portugal foi criado o «Teste relacional de padrões caleidoscópios em computador», KALTEST (Pereira e Ferreira, 1984).

Os testes italianos utilizam estímulos ambíguos semelhantes aos do teste Rorschach, nomeadamente, 90 figuras do teste de Holtzman.

No teste de português, procuramos criar estímulos mais despidos de conteúdo e por isso escolhemos figuras caleidoscópicas geradas em computador e apresentadas em vídeo.

Em qualquer dos casos, no primeiro momento, o sujeito aprecia a série de 90 figuras pronunciando-se a propósito de cada uma delas apenas se aceita ou rejeita (1 ou 0). No segundo momento, o psicólogo que administra o teste, diz ao sujeito que a partir daquele momento lhe vai mostrar as figuras que a maior parte das pessoas aceita, dizendo-lhe que enquanto lhe são mostradas nada têm a fazer senão olhar para elas.

No terceiro momento é proposto ao sujeito que volte a considerar as suas escolhas das 90 figuras iniciais, voltando a pronunciar-se, 0 ou 1, sobre cada uma delas.

Com o resultado das duas escolhas, é possível calcular as coordenadas U1, U2, U3, U4, como é evidente (vide fórmulas) e a partir delas calcular f0 a f15, usando, como se

mostrou, álgebra booleana. No caso do KALTEST, estes cálculos estão programados pelo que logo o sujeito termina o teste, os resultados surgem no vídeo.

Note-se a manobra fundamental que caracteriza estes testes como relacionais, é realizada no segundo momento, no qual se propõe ao sujeito que tome conhecimento das escolhas de «outra pessoa», fale-se, como se referiu acima, na grande maioria das pessoas, ou fale-se no pai, na mãe, no filho, etc., como se faz quando o teste é utilizado para preparar as sessões de terapia familiar.

A flexibilidade é grande; pode mesmo confrontar-se o sujeito com as escolhas conjuntas da sua família.

Numa versão particularmente útil para a terapia do casal e também possível com os testes italianos, utilizamos o KALCORD, no qual marido e mulher fazem, primeiro escolhas independentes e depois, devem pôr-se de acordo a propósito de cada uma das figuras apresentadas da segunda vez.

Não oferecerá dúvidas afirmar que cada sujeito apresentará tantos perfis relacionais (distribuição de coordenadas ou de funções) quando os interlocutores que lhe são propostos e que, no caso particular em que lhes é proposto que faça a segunda escolha, após ter-lhe sido proposto a escolha «da maioria das pessoas», o teste relacional coincide com um teste de personalidade.

Então, e generalizando, os testes de personalidade não são mais do que casos parti-

culares de testes relacionais e a personalidade, que eles medem, não é mais do que a tendência central das respostas de uma pessoa às respostas das outras pessoas (Pereira e Ferreira, 1984).

Não espanta pois que os resultados do KALTEST apresentem correlações positivas com o teste dos 16 factores de personalidade de Cattell (Ferreira, 1984).

Tanto os testes italianos quanto os portugueses são fortemente independentes da cultura e homólogos, o que é evidente comparando as distribuições para as populações italiana e portuguesa (fig. 4).

Em resumo, o modelo pragmático elementar pode ser usado, por via dos testes dele derivados, com um modo alternativo de descrever a *personalidade relacional* de uma pessoa, seja ela normal ou patológica. Contudo é mais interessante utilizar o modelo e os materiais criados para os testes, para responder à questão: — o que é que acontece quando duas pessoas interagem?

Duas respostas podem ser dadas. Uma provém do uso das coordenadas e leva à definição de uma *distância relacional*, preditiva dos resultados pragmáticos da interação. A outra requer a definição de novas coordenadas e gera índices que caracterizam não só indivíduos, mas a própria relação.

Silvestri (1985) define *distância relacional* como a probabilidade de desacordo entre dois sujeitos. Computadas as coordenadas  $U_1$  a  $U_4$ , de cada um deles, a distância calcula-se do seguinte modo:

$$D_{AB} = 1 - P_{AB}$$

$$P_{AB} = P(x'_A = x'_B) = \frac{1}{4} (1-u_A^1) \cdot (1-u_B^1) + u_A^1 \cdot u_B^1 \\ + (1-u_A^2) (1-u_B^2) + u_A^2 \cdot u_B^2 \\ + (1-u_A^3) (1-u_B^3) + u_A^3 \cdot u_B^3 \\ + (1-u_A^4) \cdot (1-u_B^4) + u_A^4 \cdot u_B^4$$

Pereira e Ferreira, utilizando o KALCORD, uma variação do KALTEST, calculam coordenadas relacionais e índices de interacção.

O procedimento compreende uma primeira escolha, independente, para cada um dos sujeitos dos 90 padrões caleidoscópicos. Seguidamente, juntam-se os sujeitos face ao vídeo, e ambos, em conjunto, têm que decidir de novo sobre os mesmos 90 padrões.

Os resultados usam-se para calcular as coordenadas de grupo  $K_1, K_2, K_3, K_4$  (diferentes de  $U_1$  a  $U_4$ ) do seguinte modo:

$$K_1 = \frac{n(0,0,1)}{n(0,0,1) + n(0,0,0)}$$

Note-se que o numerador de  $K_1$  se refere a:

A	B	AB
0	0	1

Consequentemente, corresponde a situações nas quais a interacção entre dois sujeitos, promove em ambos uma mudança de posição, da rejeição individual para a aceitação mútua. Podemos chamar a  $K_1$ , coordenada da convergência.

$$K_2 = \frac{n(0,1,1)}{n(0,1,1) + n(1,0,0)}$$

$$K_3 = \frac{n(1,0,1)}{n(1,0,1) + n(1,0,0)}$$

Na mesma ordem de ideias  $K_2$  exprime a *submissão* de A a B e, ao contrário,  $K_3$  a de B a A. São *coordenadas de domínio-submissão*.

Finalmente,  $K_4$  é uma *coordenada de conservação*.

$$K_4 = \frac{n(1,1,1)}{n(1,1,1) + n(1,1,0)}$$

Este conjunto de *coordenadas da relação*, resume a interacção de dois sujeitos revelando a sua tendência mútua para o acordo ou desacordo e para um deles ceder mais ao outro.

Para o caso geral e para caracterizar a díade ou um grupo, Pereira e Ferreira utilizam os seguintes *índices funcionais* para determinar duas dimensões:

1. Rigidez — Flexibilidade
2. Funcionalidade — Disfuncionalidade

### 1.1. Cedência total do grupo

$$Y_t = \frac{n(0,1,1) + n(1,0,1)}{n(0,1,1) + n(0,1,0) + n(1,0,1) + n(1,0,0)}$$

### 1.2. Cedência diferencial de grupo

$$Y_d = \frac{n(0,1,1) - n(1,0,1)}{n(0,1,1) + n(0,1,0) + n(1,0,1) + n(1,0,0)}$$

se  $Y_d + 0$ , A cede mais a B  
se  $Y_d - 0$ , B cede mais a A

Como é fácil de aperceber estes dois índices combinam a informação dada por  $K_2$  e  $K_3$  para definir a tendência do grupo para procurar uma solução. Este exprime a rigidez ou a flexibilidade do sistema e o papel relativo de cada um dos seus membros. Por exemplo, num sistema familiar rígido, quem geralmente cede mais é o «paciente designado», independentemente do que dizem os outros membros da família.

### 2.1. Acordo total de grupo

$$A_t = \frac{n(1,1,1) + n(0,0,1)}{n(1,1,1) + n(1,1,0) + n(0,0,1) + n(0,0,0)}$$

## 2.2. Acordo diferencial de grupo

$$A_d = \frac{n(1,1,1) - n(0,0,1)}{n(1,1,1) + n(1,1,0) + n(0,0,1) + n(0,0,0)}$$

Se  $A_d - O$ , o grupo tem uma dinâmica disfuncional.

Deste modo, combinando dos dois modos pelos quais as pessoas chegam a acordo, ou partindo de um acordo prévio ou partindo de um desacordo prévio podemos definir a funcionalidade ou disfuncionalidade do sistema.

As famílias que procuram tratamento são quase sempre disfuncionais.

### *Estudo empírico do comportamento de negociação*

O desenvolvimento do KALCORD ficou a dever-se a duas necessidades práticas. Uma tem a ver com uma tentativa de conhecer mais objectivamente as famílias que procuram tratamento. Outra relaciona-se com a possibilidade, entrevista por Silvestri, de utilizar o modelo para estudos de comportamento de negociação (*bargaining behavior*).

Com esta dupla finalidade foram feitos ensaios piloto nas universidades de Trento e Nova de Lisboa. Na sua sequência Ricardo Reis realizou a sua monografia de fim de curso no ISPA, em 1987.

A finalidade de todos estes estudos era ver se tanto a distância relacional de Silvestri quanto os índices KALCORD, eram preditivos dos resultados de negociações simuladas.

Aos sujeitos, estudantes universitários, foi primeiro aplicado o KALTEST e com base nos resultados, reunidos em pares de modo a obter-se a maior dispersão possível de distâncias. Seguidamente, cada par tinha de jogar um jogo de compra e venda, baseado numa matriz concebida por Pruitt (1981).

Esta está construída de modo que os sujeitos podem tentar maximizar o seu ganho individual ou cooperar para obterem um ganho máximo conjunto. Numa fase cruzada, os sujeitos eram também submetidos ao KALCORD.

Duas situações experimentais foram criadas. Numa apenas se diz aos sujeitos para jogarem o jogo desempenhando um o papel de comprador e o outro o de vendedor. Esperava-se que, nesta condição, por força do papel assumido, ambos procurassem a maximização individual do lucro. Na segunda condição, diz-se aos sujeitos que eles são agentes de duas empresas públicas, pelo que devem cooperar e não competir. No primeiro caso induz-se o comportamento competitivo habitual, enquanto que no segundo caso se chama a atenção para a necessidade de ambos adoptarem conjuntamente um comportamento de resolução de problemas.

Os resultados confirmam as expectativas experimentais. A distância relacional e os índices KALCORD são apenas preditivos do comportamento habitual, isto é, pragmático e não do comportamento de resolução de problemas.

Tais resultados consubstanciam certos achados de psicologia económica, (Katona, 1957) que indicam que mesmo em situações de alto risco as decisões das organizações tendem para ser tomadas com base nas rotinas e não na análise dos problemas.

Com efeito, para que uma pessoa, ou um grupo de pessoas, abandone as suas tendências pragmáticas habituais é necessário que a situação seja extremamente nova ou que algo no contexto lhe chame a atenção para a necessidade de se comportar racionalmente.

Não restam dúvidas que as famílias são os sistemas humanos em que as relações são mais ultra-estáveis. Não admira pois que o modelo pragmático tenha sido construído para lidar com sistemas familiares.

*Estudos de simulação e psicopatologia relacional*

A introdução do computador nesta área de estudos a que procedemos (Pereira e Ferreira, 1984, 1985) não foi ditada apenas pela vã pretensão de estar na moda, nem decorre simplesmente do carácter digital (0 ou 1) do modelo de base. O que nos pareceu mais importante foi a probabilidade de simular processos psicopatológicos e psicoterapêuticos, senão mesmo os processos próprios do desenvolvimento interpessoal.

Um de nós (O. G. Pereira, 1981) insistiu na necessidade de se classificarem os doentes esquizofrénicos, não em termos das categorias diagnósticas clássicas (de Bleuler ao DSM-III), mas antes em termos de dimensões psicológicas como (a) agudo-crónico, (b) reactivo-processo, (c) paranóide-não paranóide e (d) acção-pensamento.

Nesta ordem de ideias e procurando extremar as posições foram traçados dois perfis relacionais, o de um doente (1) «agudo-reactivo — pensamento — paranóide» (fig. 5-a) e o de um doente (2) «crónico — processo — acção — paranóide» (fig. 5-b). Depois, tentámos simular os resultados que uma só função aplicada sistematicamente sobre uma distribuição normal produziria (Ferreira, 1984), ao fim de 1000 interações elementares.

As figuras 6, 7 e 8 mostram a aproximação conseguida. A fig. 9 mostra a simulação da depressão.

Na medida em que a função escolhida pode ser considerada como a função que, provavelmente, a família do doente (ou particularmente, os pais) usou, ao longo de sua vida estas simulações podem ser consideradas como modelos dinâmicos de psicopatologia relacional.

Ao invés, a simulação da recuperação, isto é, da distribuição que aplicada sobre a que o doente apresenta, no presente, produz a distribuição normal, constitui um modelo dinâmico da psicoterapia relacional.

**FIGURA 5**  
**Resultados do KALTEST em dois doentes esquizofrénicos.**

Fig. 5-A

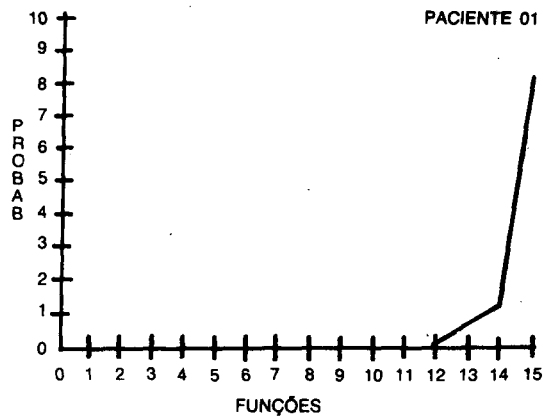


Fig. 5-B

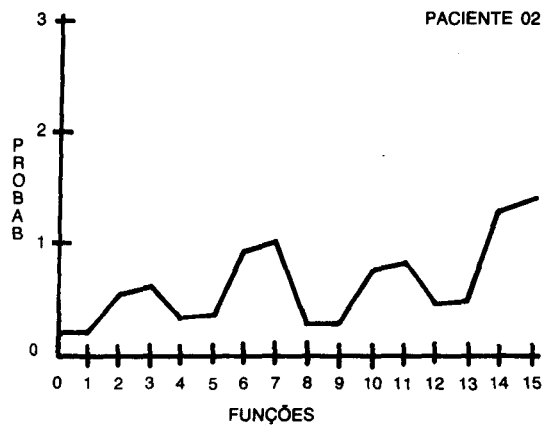


FIG 6

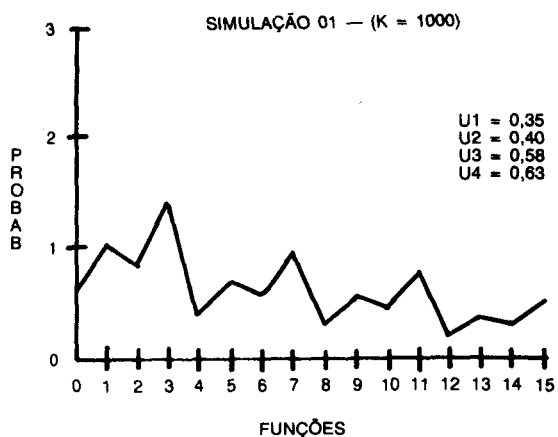


FIGURA 7

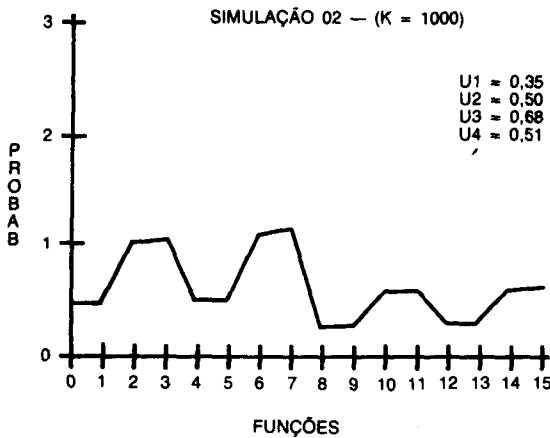


FIGURA 8

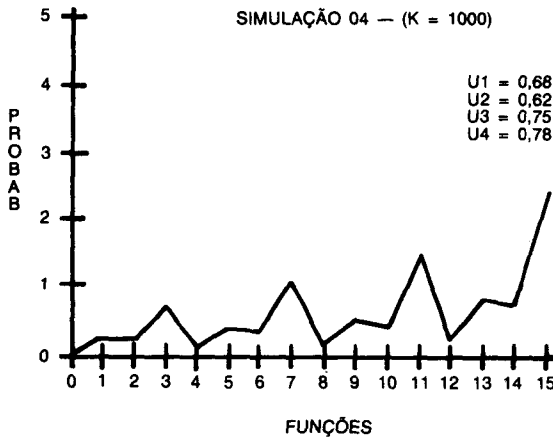
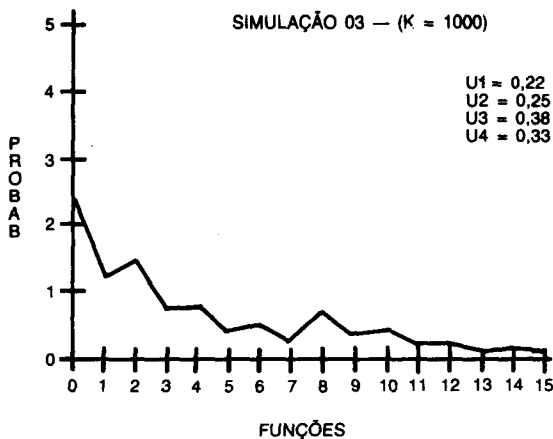


FIGURA 9



A introdução do computador, nestes domínios permite-nos, pois, avançar nos estudos com uma velocidade impossível com os métodos tradicionais.

### *Simulação do desenvolvimento normal e patológico*

C. Ferreira, L. Mich, O. Pereira e A. Silvestri (1988) realizaram na Universidade Nova de Lisboa, um estudo de simulação do desenvolvimento pragmático. A hipótese de base é que os padrões característicos do comportamento relacional de cada indivíduo são gerados pela repetição das interações em todos os outros indivíduos que fazem parte da sua circunstância desde o nascimento até ao presente.

Como se evidencia na fig. 4, os adultos normais tendem a estabilizar o seu comportamento num vector de médias das coordenadas  $U_1 \dots U_4 = 0,2; 0,2; 0,7; 0,7$ . Em muitos casos, diagnosticados por outros meios, com doentes mentais (ex.: fig. 5a e b e 9) tal vector altera-se. Por razões de parcimónia, suponhamos que podemos explicar todos os padrões característicos de normais e de doentes, partindo das mesmas variáveis.

Vamos assumir que o recém-nascido, não tem qualquer experiência pragmática e que, portanto,  $U_1 \dots U_4 = 0,5; 0,5; 0,5; 0,5$  ou que  $pf(i) = 0,0625$ , isto é, que todas as coordenadas e todas as funções têm os mesmos valores. A estas distribuições corresponde um comportamento aleatório.

Vamos agora fazer interagir, no computador, esta distribuição com ela própria e com as 16 distribuições monofuncionais ( $f_0$  a  $f_{15}$ ).

Para este ensaio utiliza-se um programa criado por Ferreira (1984) e já usado por Pereira e Ferreira (1985).

Os resultados mostram que a interação da distribuição do recém-nascido com:

- a) as funções ímpares ( $f_1, f_3, f_5, f_7$ ) produz padrões próximos do normal;

- b) com as funções pares ( $f_0, f_2, f_4, f_6$ ) produz padrões patológicos;
- c) com as anti-funções ( $f_8$  a  $f_{15}$ ) produz padrões mistos, nos quais predominam as anti-funções;
- d) consigo própria, produz um padrão próximo do normal.

O que há de comum nas funções e anti-funções que produz mais rapidamente (número de interações experimentadas) padrões patológicos é a ausência da coordenada da interação. Isto mostra que a partilha de propostas é condição necessária ao desenvolvimento pragmático normal.

Na base destes resultados, depois replicados na Universidade de Trento, com outros métodos de simulação, De Giacomo, Pierri, Lefons e Mich (1987), na Universidade de Bari, procuram determinar quais as funções que teriam efeito terapêutico sobre indivíduos esquizofrénicos.

Os resultados alcançados mostram que as funções que normalizam os padrões patológicos são  $f_1, f_3, f_4, f_{12}, f_{13}$  e acima de todas  $f_5$ .

Estes resultados, que afinal são consentâneos com a tabela de paradoxos, são interessantes no quadro geral das técnicas psicoterapêuticas.

Em primeiro lugar, o terapeuta deve ser capaz de entrar no mundo do doente ( $f_5$ ), utilizando por vezes para isso vias de abordagem exteriores ( $f_{13}$ ). O terapeuta aceita o doente. Tantas vezes o disse Carl Rogers. Para aceitar, tem de partilhar. Por vezes restam só a partilha ( $f_1$ ), por vezes mantém-se igual a si próprio ( $f_3$ ). Neste último caso procede ao modo dos psicanalistas, uma vez que manter-se igual é não se revelar. Ainda algumas vezes o terapeuta tem de ceder ao doente sem partilhar ( $f_4$ ) podendo também fazê-lo introduzindo elementos externos ( $f_{12}$ ).

Não obstante estas comparações, há na terapia pragmática um componente inegável de directivismo, mormente em  $f_3$ , o que nos

pode levar a questionar se a psicanálise, não será, em sentido pragmático, uma técnica directiva.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARAHONA FERNANDES, H., (1966). «Um modelo teórico da personalidade em situação como ordenador da psiquiatria clínica». *Jornal do Médico*, LXI, 1243, 625-644.
- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*, London: Granada.
- BERTALANFFY, L. V. (1968). *General Systems Theory*. Rev. Ed. George Braziller, New York.
- CAMPBELL, D. T. (1963). «Social attitudes and other aquired behavioral dispositions», in S. Koch (Ed.). *Psychology: A Study of a Science*, Vol. 6. New York: Mc Graw-Hill.
- CATTELL, R. B. (1946). *Description and Measurement of Personality*. New York: World Book.
- CATTELL, R. B. (1957). *Personality and Motivation Structure and Measurement*. New York: World Book.
- CIPOLLI, C., SILVESTRI, A., (Eds.) (1985). *Comunicazione e Sistemi*. Milano: Franco Angeli.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., PIERRI, G., PAZIENZA, M. T., CORFIATI, L., LEFONS, E., TANGORRA, F. (1981). «Un modèle de base des relations humaines». *Therapie Familiale*, Vol. 2, N° 3, 243-256.
- DE GIACOMO, P. (1986). *Sistemi finiti e interazione infinite*, Milano, Franco Angeli.
- FERREIRA, C. P. (1984) — *Modelos Sistémicos da Relação*. Dissertação de mestrado. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Economia.
- FERREIRA, C., MICH, L., PEREIRA, O., SILVESTRI, S. (1988) — «Development of pragmatic interaction patterns», *Cybernetics and Systems*, 18(8), in press.
- HARPER, R. A. (1959). *Psychoanalysis and Psychotherapy: 36 Systems*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall.
- JASPERS, K. (1949). *Strindberg und Van Gogh: Versuch einer pathographischen Analyse unter vergleichender Heranziehung von Swedenborg und Hoelderlin* Muenchen: Piper Verlag.
- LEFONS, E., TANGORRA, F. (s/d). *Una basi di dati per supporto alla ricerca e all'analisi dei dati nella psicoterapia relazionale*. Bari: Instituto di Scienze dell'Informazione.
- LEFONS, E., PAZIENZA, M. T., SILVESTRI, A., TANGORRA, F., CORFATI, L., DE GIACOMO, P. (1977). Proceedings of the IFAC Workshop. *Information and Systems*. Pergamon Press.

- PEREIRA, O. G. (1975). *Psicologia de Hoje*. Porto: Porto Editora.
- PEREIRA, O. G., FERREIRA, C. P. (1983). Kaltest-1983: Apresentação de um novo instrumento em Psicometria Relacional e as suas relações com a Psicologia da Personalidade. *Análise Psicológica*, 3 (III): 295-298.
- PEREIRA, O. G., JESUÍNO, J. C. (Eds.) (1985). *Psicologia Social do Desenvolvimento*, Lisboa: Horizonte.
- PIAGET, J. (1970). *O Estruturalismo*. (trad. bras.). São Paulo: Difusão Europeia do Livro.
- SILVESTRI, A., DE GIACOMO, P. (1980). *A Computerized Laboratory for a Systemic Approach to Relational Psychotherapy*. Report presented to the congress «Medical Informatics». Berlin, Sept., 1979.
- SILVESTRI, A., DE GIACOMO, P., PIERRI, G., LEFONS, E., PAZIENZA, M. T. TANGORRA, F. (1980). A Basic Model of Interacting Subjects. *Cybernetics and Systems: An International Journal*, 11: 115-129.
- SULLIVAN, H. S. (1954). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., CORFIATI, L., LEFONS, E., PIERRI, G., PAZIENZA, M. T., TANGORRA, F.. «Versuch einer interaktiven 'logischen' Therapie. Ein theoretisches Modell für Therapie und die Bewertung der Veränderung», *Familiendynamik*, 1981, 2: 148-157.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., PIERRI, G., LEFONS, E., CORFIATI, L., TANGORRA, F.. «Prescrizioni nella coppia secondo una nuova teoria sistemica» *Terapia familiare*, 1981, 10: 87-102.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., PIERRI, G., LEFONS, E., CORFIATI, L., TANGORRA, F.. «Prescrições no casal segundo uma nova teoria Sistemática», *Terapia Familiar e Comunitaria*, 1981, 2: 223-232.
- DE GIACOMO, P., PIERRI, G., BUONSANTE, M., SANTONI RUGIU, A.. «Terapia relazionale e psicosi», Relazione al Congresso *Attuali orientamenti nel trattamento delle psicosi*, Perugia, 5-6 giugno 1982.
- DE GIACOMO, P., PIERRI, G., CORFIATI, L., SILVESTRI, A., LEFONS, E., TANGORRA, F.. «I tests relazionali e la loro applicazione in psichiatria: ipotesi di lavoro», Relazione presentata al XXXV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Cagliari, 27 ottobre-1 novembre 1982.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A.. «Psicofarmacologia e relazioni umane: una nuova metodologia d'approccio e valutazione», in V. Covelli, A. Marino, P. F. Spano, M. Trabucchi (a cura di), *From Neurobiological Research to Psychiatric Care*, Bari, Adriatica, 1982.

#### BIBLIOGRAFIA SOBRE O MODELO PRAGMÁTICO ELEMENTAR

- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A.. «Un modello teorico delle relazioni umane», *Riv. Sper. Fren. Med. Leg.*, 1979, CIII: 86-102.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A.. «Depressione e teorie del cambiamento. Prospettive di un nuovo modello teorico», *Psichiatria Messanensis*, 1979, I: 1-6.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., CORFIATI, L.. «Synthesis and Scission Aspects in the Psychotherapeutic Process», *Il Lav. Neuropsich.*, 1979, 64: 340-368.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., CORFIATI, L., LEFONS, E., PIERRI, G., PAZIENZA, M. T.. «Un tipo di terapia relazionale basata su un nuovo modello teorico», *Formazione psichiatrica*, 1980, 2: 76-86.
- DE GIACOMO, P., CORFIATI, L., PIERRI, G., PIETROPAOLO, F., LEFONS, E., PAZIENZA, M. T., TANGORRA, F.. «Aspetti psicologici del cambiamento in gravidanza rilevabili son un nuovo modello relazionale», *Riv. Sper. Fren. Med. Leg.*, 1980, CIV: 684-692.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., PIERRI, G., PAZIENZA, M. T., CORFIATI, L., LEFONS, E., TANGORRA, F.. «Un modèle de base des relations humaines», *Thérapie Familiale*, 1981, 2: 243-256.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., PIERRI, G., LEFONS, E., CORFIATI, L., TANGORRA, F.. «New horizons in psychiatric research: The elementary pragmatic approach to the study of interactional behavior», Report presented to *WPA Regional Symposium*, Kyoto, April 9-1, 1982.
- DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., PIERRI, G., LEFONS, E., CORFIATI, L., TANGORRA, F.. «Modalité de relations du schizophrène et modalité d'intervention», Report presented to the *l'ère Rencontre Européenne de Thérapie Familiale et Communautaire*, Lisbonne, May 12-14, 1983.
- DE GIACOMO, P., et al.. «An Elementary Pragmatic Approach in System-Therapy», *VII World Congr. of Psychiatry*, Wien, July 7-11, 1983.
- DE GIACOMO, P., PIERRI, G., CORFIATI, L., SILVESTRI, A., LEFONS, E., TANGORRA, F.. «Research on the effects of lithium on human interaction: A theoretical and an experimental approach». Report presented to the *International Meeting on Lithium and Rubidium Therapy*, Venice (Italy), 30th September-2nd October 1983.
- DE GIACOMO, P., PIERRI, G., CORFIATI, L., SILVESTRI, A., LEFONS, E., TANGORRA, F.. «An Elementary Pragmatic Approach in System-Therapy», *International Journal of Family Psychiatry*, 1984, 4: 65-74.

DE GIACOMO, P. «Dal modello alla terapia pragmatico elementare», in Cipolli e Silvestri (a cura di), *Comunicazione e sistemi*, Milano, Franco Angeli, 1985.

DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., PIERRI, G., LEFONS, E., CORFIATI, L., TANGORRA, F. «Une hypothèse de thérapie systémique fondée sur un nouveau modèle théorique», *Psychoterapie*, 1985, 6, pp. 155-162.

DE GIACOMO P., SILVESTRI, A.. «An Elementary Pragmatic Model in Family Therapy», *Internat. J. of Family Psychiatry*, 1985, 6, pp. 245-263.

LEFONS, E., PAZIENZA, M. T., SILVESTRI, A., TANGORRA, F., CORFIATI, L., DE GIACOMO, P.. «An algebraic model for systems of psychically interacting subjects», in B. Dubuisson (ed.), *Information and systems*, Oxford, Pergamon Press, 1977.

LEFONS, E., PAZIENZA, M. T., SILVESTRI, A., TANGORRA, F., CORFIATI, L., DE GIACOMO, P., PIERRI, G.. «Possibilità di riconoscimento di stati depressivi secondo il test SISCO-1», *Psichiatrica Messanensia*, 1979, 1: 25-30.

PAZIENZA, M. T., LEFONS, E., SILVESTRI, A., TANGORRA, F., CORFIATI, L., DE GIACOMO, P., PIERRI, G.. «Modificazioni del profilo col test SISCO-1 in soggetti in trattamento psicofarmacologico», *Psichiatrica Messanensia*, 1979, 1: 36-40.

PEREIRA, O. G., FERREIRA, C. P.. «Applicazioni del modello di De Giacomo e Silvestri in Psicologia», in Cipolli e Silvestri (a cura di), *Comunicazione e sistemi*, Milano, Franco Angeli, 1985.

SILVESTRI, A., DE GIACOMO, P. «A Computerized Laboratory for a Systemic Approach to Relational Psychotherapy», in B. Barber, F. Gremy, K. Uberla, G. Wagner, (Eds.), *Medical Informatics, Berlin 1979*, Berlin, Springer, 1979.

SILVESTRI, A., DE GIACOMO, P., PIERRI, G., LEFONS, E., PAZIENZA, M. T., TANGORRA, F.. «A Basic Model of Interacting Subjects», *Cybernetics and Systems: An International Journal*, 1980, 11: 113-127.

SILVESTRI, A.. «Una teoria quantitativa dell'interazione», in Cipolli e Silvestri (a cura di), *Comunicazione e sistemi*, Milano, Franco Angeli, 1985.

(in De Giacomo, 1986).

#### ABSTRACT

The behavioral proposals therapy model is a relational, systemic, and pragmatic approach to psychotherapy. It is centered on the interpersonal communication process and aims at modifying dysfunctional relational dispositions both in families (or other natural groups) and in individuals.

Persons are conceptualized as hierarchical organizations of, at least, four sub-systems with four specific interfaces: (1) organism — environment, (2) subject — object, (3) individual — society, and (4) personal spirit — culture. It is argued that most psychotherapeutic models are reductionistic because they center only in one such interfaces.

Any psychotherapeutic process is mediated by the communication process. The touchstone of the present model is to consider only the pragmatic aspect of human communication on the basis that it is much more determinative of what goes on between two (or more) persons than the semantic or the syntactic aspects. It is assumed that interpersonal interaction is basically a chain of behavioral proposals in which one person is allways telling the other how he or she should behave and vice versa.

The elementary pragmatic model of interacting subjects (De Giacomo & Silvestri, 1981) is developed in terms of, and illustrated with, both individual and family therapy instances. Some new directions are discussed, specifically, a new relational test — KALTEST — and simulation essays made by the author and collaborators.