

TERAPIA CONJUGAL E SEXUALIDADE*

Ana Paula Relvas

Psicóloga, Terapeuta Familiar, Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

A problemática iniciada pelo título deste texto coloca uma primeira questão cuja eventual resposta se me afigura importante para avaliar a relevância da presente abordagem. Ou seja, o tema deste artigo permite, em si próprio, que nos interroguemos sobre o facto de fazer ou não sentido uma reflexão focalizada sobre a sexualidade e/ou os problemas sexuais do casal na terapia conjugal. De imediato, a questão até pode parecer descabida pois sugere uma resposta óbvia: claro que sim! Contudo, especificando um pouco mais o seu sentido, essa evidência começa a diluir-se...

Sexualidade na Terapia Conjugal: Inevitabilidade ou Redundância?

Por outras palavras: fará sentido distinguir terapias sexuais com o casal e terapia conjugal como abordagens terapêuticas distintas? E, caso a resposta seja afirmativa, como é que se diferenciam? E, ainda, não será que tal delimitação implica uma distinção nos seus objectivos e/ou indicações, colocando os problemas sexuais do casal na zona de especificidade interventiva das terapias sexuais?

Direi, desde já, que a resposta que até à data fui encontrando para esta questão ou questões é que tal delimitação é possível e faz sentido, mas não implica que a terapia conjugal veja afastada das suas competências e especificidade a problemática da sexualidade do casal. Diria mesmo que a sexualidade e os eventuais problemas de ordem sexual do par estão sempre presentes numa terapia conjugal.

A fim de clarificar estas ideias, será útil recorrer às definições propostas por Simon, Stierlin e Wynne (1997). Segundo estes autores, “a terapia sexual é uma modalidade de terapia de casal orientada para os problemas e predominantemente directiva e educativa, cujo objectivo é resolver as disfunções sexuais” (*idem*: 401). Por seu lado, a terapia conjugal ou de casal “propõe-se modificar as regras de interacção da relação” (*idem*: 372), usando para tal diferentes modelos teóricos e conceptuais. Diríamos, em síntese, que são duas formas de abordagem terapêutica coincidentes no alvo ou objecto terapêutico (o casal), diferenciadas nos objectivos (resolver os problemas e/ou disfunções sexuais / transformar a relação conjugal na globalidade) e, eventualmente, nos métodos e estratégias utilizados para os atingir.

Contudo, como é sabido, existem diferentes modelos de terapia conjugal. Aquele que a partir daqui terei em mente, e ao qual me estarei a referir ao longo deste texto, é o que utilizo na minha prática clínica, ou seja, é a terapia de casal enquanto modalidade da terapia familiar sistémica. Continuando a seguir os autores anteriormente citados pode afirmar-se: “a terapia de casal desenvolveu-se em conjunto com a terapia familiar e, ao mesmo tempo, independentemente dela. Do ponto de vista da terapia familiar o casal é um sistema; na perspectiva da terapia baseada no indivíduo, considera-se o casal como uma rede interac-

* Este texto foi apresentado no Estoril, em Maio de 2000, no I Simpósio Lusófono de Sexologia, O Que Há Para Além do Sexo, organizado pelo Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

cional de dois indivíduos cujas necessidades se harmonizam ou se contrapõem" (*idem*: 371).

Neste sentido, é um modelo terapêutico que assenta na complexidade, na multifatorialidade, na análise da interacção / relação (entre indivíduos e dimensões relacionais do casal) e na importância do(s) contexto(s) individuais, familiares e sociais. Assim sendo, quanto mais tivermos em consideração estas características do modelo por que optámos, mais se impõe sublinhar que a dimensão sexual na vivência conjugal é um dos aspectos que deve sempre ser considerado na elaboração da teia compreensiva do que é o casal.

Fica portanto explicitado por que é que atrás considerava que a sexualidade terá que estar sempre presente em qualquer terapia de casal. Por outras palavras: quanto mais radicalmente "relacional" é o objectivo da terapia, menos se podem esquecer ou escamotear os aspectos sexuais da relação do casal. Efectivamente, não parecem restar dúvidas sobre o facto de que a sexualidade é de importância fundamental para o indivíduo, enquanto pedra angular da relação íntima de um casal, pois é no seu âmbito que os problemas de distância e proximidade, fulcrais na relação de casal, são mais vividamente experienciados. A sexualidade repercute-se, assim, tanto no funcionamento global do casal, como no dos indivíduos.

Gostaria de enfatizar, desde já, que tudo isto não significa que se atribua um qualquer lugar de proeminência aos aspectos que poderia designar "a componente sexual do casal", o que seria, além de mais, verdadeiramente incompatível com a perspectiva / modelo sistémico. Como tal, também não se entende que a disfuncionalidade sexual possa ser encarada, simplesmente, como um problema "técnico" divorciado de outras esferas ou contextos da relação de casal. É com base nestes pressupostos que em seguida procurarei clarificar como é que a terapia conjugal sistémica compreende e "lida", na prática, com a sexualidade e os problemas sexuais do par.

Finalmente, antes de prosseguir, creio ser indispensável especificar o que se entende por *casal* neste contexto, uma vez que ele se constitui como o sistema alvo/objecto de intervenção. O casal surge e perdura quando e enquanto dois indivíduos se comprometem numa relação íntima que pretendem se prolongue no tempo (Relvas, 1996). É composto por três elementos distintos, o *eu*, o *tu* e o *nós* (Satir, 1991), o que faz entender a "distorção matemática" através da qual é frequentes vezes caracterizado, ou seja, $1 + 1 = 3$ (Caillé, 1991).

Reenquadrando as dificuldades sexuais do casal

Dos Motivos às Queixas

Na vivência da conjugalidade pelo casal estará, então, sempre presente a interacção entre o sexual e o não-sexual. Donde, é fácil concluir que em qualquer pedido de apoio ou ajuda psicológica formulado por

um casal a dimensão sexual ou da vivência da sexualidade está, também, sempre presente. De facto, pode não constituir motivo de queixa ou de mal-estar, mas quer num caso quer noutro deve ser considerada, seja como dificuldade ou problema, seja como potencialidade.

Diria, então, que na análise de um pedido de consulta conjugal, as *queixas* sobre a sexualidade são sempre relevantes quer elas sejam inexistentes, mais implícitas ou mais explícitas. Relativamente à primeira hipótese vejamos o seguinte exemplo.

Lembro-me de um casal que no seu pedido de consulta referia como grande dificuldade a dimensão da vivência quotidiana (acerto de horários, refeições, carinho expresso no dia a dia), tudo matizado com os ciúmes do marido, a grande necessidade que este expressava de viverem em "comunhão" e complementado pela sensação de "esmagamento e anulação" sentida pela esposa. Contudo, ambos afirmavam que a única área saudável da sua relação, e que até à data não estava contaminada por esta dificuldade, era a sua relação sexual.

Como afirmava antes, por vezes estas queixas surgem de forma implícita.

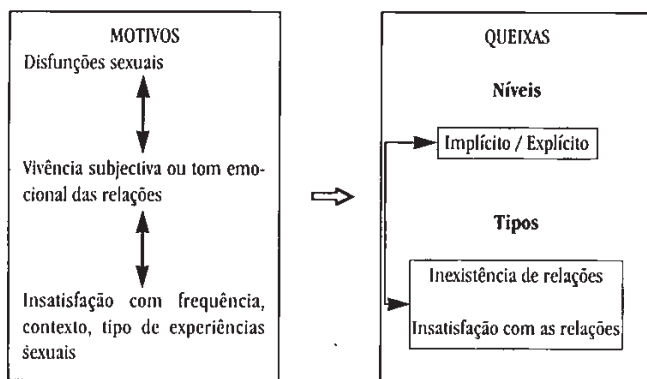
O João e a Rita podem constituir-se como paradigma exemplificativo desta situação. Quando chegaram à consulta as suas queixas centravam-se na falta de diálogo e de capacidade de compreensão mútua. Para justificarem e mostrarem de forma concreta como ocorria este problema diziam que "quase não se encontravam". Explicavam que mesmo à hora de irem para a cama um ou outro tinha sempre algo para fazer (que podia ir desde ver televisão até necessidades de trabalho) e assim nunca se deitavam à mesma hora: quando um se ia deitar, o outro já estava a dormir.

Nos casos anteriores, o terapeuta "menos atento" pode entender que a dimensão da vivência da sexualidade no casal é pouco relevante, apesar de, como creio ter ficado suficientemente claro, não ser essa a minha opinião. Contudo, é evidente que são as queixas mais explícitas que de imediato atraem a atenção e focalizam o terapeuta na temática. Genericamente, pode dizer-se que elas se dividem em dois grandes blocos: as queixas que se prendem com a *inexistência* de relações sexuais ou com a *insatisfação* que provocam, num ou em ambos os elementos do casal.

Neste âmbito, será importante diferenciar *queixas* e *motivos* contidos no pedido de consulta, considerando as primeiras a expressão de mal-estar dos indivíduos e os segundos as atribuições concretas que justificam, para os próprios, esse mal-estar (figura 1).

No que se refere à dimensão da sexualidade, como motivo de pedido ou dificuldades mais relevantes equacionadas nas primeiras entrevistas emergem: (1) as disfunções sexuais (apresentadas por um dos elementos do casal ou por ambos); (2) a vivência subjectiva das relações sexuais ou tom emocional das mesmas e (3) a insatisfação associada à frequência, contexto e tipo de experiências sexuais.

Figura 1
Motivos e Queixas



As *disfunções sexuais* são, como se sabe, transtornos relacionados com os aspectos fisiológicos que acompanham e definem o ciclo da resposta sexual e /ou algum tipo de dor associado às relações sexuais. De acordo com a DSM-IV (1996) classificam-se em quatro grandes categorias: transtornos do desejo sexual; perturbações da excitação sexual; perturbações do orgasmo e transtornos sexuais associados à dor.

A *vivência subjectiva ou tom emocional das relações sexuais* pode surgir através de um variado leque de experiências e sentimentos associados à problemática sexual do par. O sentimento de incapacidade de se relaxar ou a dificuldade “em se abandonar”, a falta de carinho e ternura, o sentir-se desconfortável psíquica e emocionalmente na relação, são exemplos desta dificuldade.

A este propósito recordamos de novo o João e a Rita: ambos sentiam que “deveriam” ter relações sexuais, uma vez que isso até os poderia aproximar. Contudo, quando tal acontecia, ambos faziam um “grande esforço”: a Rita não se sentia bem porque sempre que acontecia uma aproximação física pensava “obsessivamente” que o que estava a acontecer era um acto de hipocrisia, uma vez que, de facto, “não se entendiam”; o João achava que as relações acabavam por ser “puramente físicas”, pois não sentia qualquer ternura, principalmente por parte da Rita, o que “afectivamente também o distanciava”. Assim, foram reduzindo os contactos sexuais até serem praticamente inexistentes.

Outro exemplo bastante frequente na nossa clínica prende-se com o cansaço. Cansaço prévio às relações íntimas que, muitas vezes atribuído a factores externos ao casal como o trabalho ou o “stress” do quotidiano, faz com que não haja disponibilidade para que as relações sexuais se desenrolem com a “qualidade” que as pessoas desejam. Assim, a vontade de ter relações e a satisfação que se lhes associa vão-se reduzindo, tal como a sua frequência.

Este tipo de situações prende-se, também, com o terceiro grupo de motivos associados às queixas explícitas sobre a sexualidade, ou seja, com a *insatisfação associada à frequência, contexto e tipo de experiências sexuais*. As variações concretas sobre este tema serão,

provavelmente, ainda mais numerosas do que no grupo anterior. De todo o modo, as discrepâncias entre preferências, gostos e desejos dos dois parceiros sobre o acto sexual, bem como sobre as suas diferentes componentes, desde o desejo de ter ou não relações até à eventual rigidez ou monotonia do acto sexual, são exemplos bastante frequentes destas queixas.

Será importante recordar que a diferenciação atrás equacionada não significa que tais queixas e motivos surjam isoladamente e que entre esses diversos níveis e tipos de queixas não exista uma interacção e uma recursividade importantes. Por exemplo, a existência de uma disfunção sexual pode provocar no casal uma vivência subjectiva penosa das relações sexuais, associada a sentimentos de rejeição por parte de um dos parceiros e de culpabilidade por parte do outro; isto poderá gerar um ciclo vicioso emocional que contribuirá, por sua vez, para dificultar a resolução do problema funcional. Nasce assim outro ciclo vicioso que, ao perpetuar o anterior, se auto-mantém (figura 2).

Figura 2

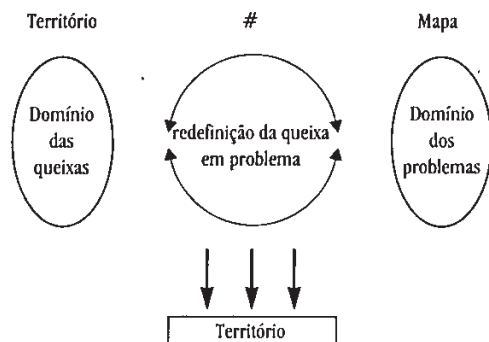


Tal como afirma Martin, “insistimos na necessidade de considerar estas dificuldades e problemas porque, evidentemente, a vivência da sexualidade no casal não se reduz à resposta mais ou menos funcional dos genitais e/ou da obtenção do orgasmo em ambos os membros do par. Os pensamentos, as emoções e os comportamentos que precedem, acompanham ou se seguem à actividade sexual não só se encontram, por vezes, na origem de uma disfunção sexual, como também, o que é mais importante, fazem parte e definem a experiência sexual em si mesma” (1999: 340-341).

Das Queixas aos Problemas

Os tipos e níveis de queixas vivenciados pelos casais na dimensão da sexualidade e anteriormente referidos podem, de algum modo, ser considerados as “causas” dos problemas que irão ser abordados na terapia, aceitando, como assinala De Shazer (1995) que as queixas não são passíveis de solução, enquanto os problemas que resultam do seu reenquadramento ou redefinição o serão (figura 3).

Figura 3
A Descontinuidade entre Queixas e Problemas



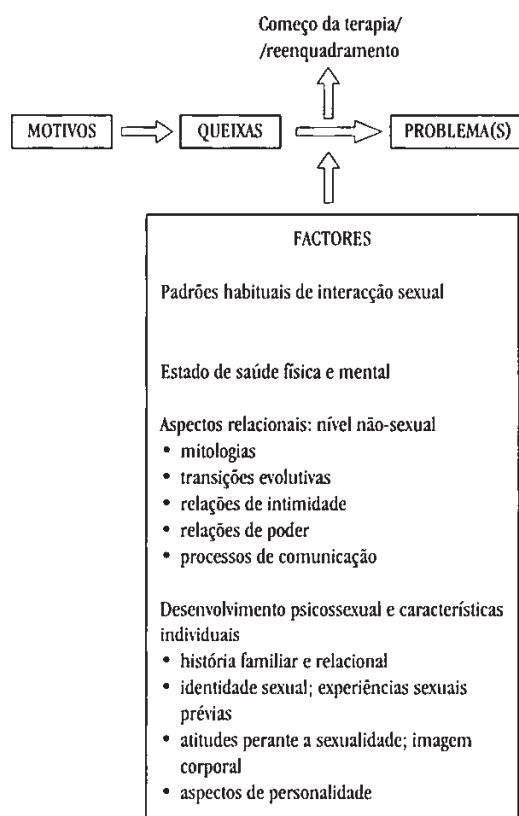
O reenquadramento é, assim, pedra de toque nesta formulação, devendo ser entendido como uma técnica terapêutica que permite encontrar "um novo quadro" conceptual e/ou emocional para os dados de uma situação, sem que estes sofram qualquer alteração. Permite, deste modo, a construção de significados e leituras alternativas para a informação que é trazida pelas pessoas para o espaço terapêutico (Relvas, 2000).

Importa agora perceber de que outros elementos dispõem terapeuta e clientes para desenvolver o processo de construção do(s) problema(s) cuja busca de solução se irá converter no objectivo da terapia. Para tal, e sem deixar de considerar a circularidade e recursividade interaccional não só dos indivíduos e dos contextos, como também das dimensões relacionais e das queixas e motivos, será talvez de alguma utilidade delinear um esquema descritivo dos *factores* mais comumente implicados no aparecimento e manutenção dos problemas sexuais dos casais (fig. 4). Efectivamente, estes factores podem fornecer os elementos em falta para a construção da leitura alternativa que se pretende. Tal utilidade prende-se, dito de outro modo, com a necessidade de operacionalizar a avaliação do casal e das suas dificuldades. Nesse esquema podemos, à partida, considerar quatro grandes áreas: (1) padrões habituais de interacção sexual; (2) estado de saúde física e mental dos elementos do casal; (3) os aspectos relacionais do casal ao nível não-sexual; (4) aspectos relacionados com o desenvolvimento psicosexual e outras características individuais e/ou pessoais.

A terceira e quarta áreas merecem uma abordagem mais detalhada no contexto da terapia conjugal, uma vez que as duas primeiras se revestem de maior evidência em qualquer tipo de abordagem das dificuldades sexuais do casal. Com efeito, será difícil não tomar em linha de conta os comportamentos, regras e mensagens que, acompanhando a interacção sexual, se organizam em padrões enquadramentos e estruturadores dessa mesma interacção. Do mesmo modo, a influência de diversas condições orgânicas e de certos fármacos e drogas nos processos neurológicos, vasculares e endocrinológicos implicados na resposta

sexual (Olazabal *et al.*, 1999) é bem conhecida dos técnicos que lidam com este tipo de problemática.

Figura 4
Articulação motivos/queixas/factores/problemas



Apesar disso, não posso deixar de referir a deliciosa história que, a este propósito me foi contada por um colega. No seu consultório apareceu, um dia, um casal já idoso com aspecto muito ansioso e entristecido. A razão dessa tristeza conta-se em duas palavras: o marido achava que a mulher já não gostava dele como antes, pois era muito difícil consumarem as relações sexuais uma vez que ela não suportava a penetração... Ela, por sua vez, sentia-se alvo de grande injustiça, pois apesar disso sentia por ele o mesmo afecto. Bastou uma pequena conversa e a prescrição de lubrificantes vaginais para que os dois aparecessem, alguns meses mais tarde, radiantes de felicidade...

Neste tópico, pela sua relevância e frequência, talvez seja ainda de realçar, a nível da saúde mental e psiquiátrica, os casos de depressão e alcoolismo, atendendo ao papel que desempenham nas dificuldades dos casais, em geral, e nas dificuldades sexuais, em particular.

No que se refere às características da relação do casal ao nível não-sexual (terceiro grupo de factores) é de salientar, em primeiro lugar, a

importância das *mitologias* associadas ao casal e ao casamento. Como escrevi noutra local, esses mitos convertem-se no ancoradouro do sempre e do nunca, transformam-se num jogo de absolutos impeditivo do desenvolvimento e evolução da própria relação (Relvas, 1996) e tornam-se factores de desilusão e frustração de crenças irrealistas que interferem na vivência da conjugalidade em todas as suas dimensões (Fernandéz e Ortiz, 1998). Por outro lado, o conteúdo desses mitos comporta, muitas vezes, uma referência directa à sexualidade do casal. Alguns exemplos desses mitos ajudarão a compreender a sua relevância: “num casal tudo deve ser feito a meias”; “o nosso amor, o desejo e a paixão manter-se-ão inalteráveis com o passar do tempo”; “se me amas de verdade esforçar-te-ás sempre por me agradar”; “quando andamos aborrecidos nunca devemos fazer amor”.

Este sempre/nunca contido nos mitos confronta-se, claramente, com o segundo aspecto que importa analisar nesta área, ou seja com as *transições evolutivas* por que passa qualquer sistema e, como é evidente, também o casal. Com efeito, o casal ao longo do seu ciclo de vida vai-se transformando, renegociando as suas regras e equilíbrios, a fim de assegurar a sua continuidade como sistema. Essas transformações, que obviamente também atingem a área da sexualidade, implicam crises, ou seja, momentos de mudança que se podem apresentar como ameaça à própria estabilidade relacional.

Outra vertente a considerar nesta área diz respeito às *relações de intimidade* estabelecidas no casal. A falta de partilha e/ou de respeito mútuo, a inexistência de sentimentos de segurança, de confiança, de afecto, em suma a ausência de um sentimento mútuo de intimidade, pode ter reflexos muito importantes na vivência da sexualidade pelo casal. No exemplo anteriormente apresentado, o casal João e Rita ilustra de forma muito clara esta questão.

As *relações de poder* no casal são outro dos factores a ter em linha de conta nesta problemática, pois muito facilmente o nível sexual da relação se transforma no campo de batalha, por excelência, da luta pelo poder e pelo controlo no interior do par conjugal. Neste aspecto, as questões do masculino e do feminino e dos papéis que lhe estão atribuídos no casal jogam também um papel relevante.

Os *processos de comunicação* no casal são também muito importantes neste contexto. Uma comunicação disfuncional, ao dificultar, genericamente, a resolução de problemas, pode ter implicações claras na dimensão sexual quando os problemas se localizam nessa dimensão. Este aspecto pode torna-se particularmente importante na manutenção das dificuldades. A famosa “falta de diálogo” que resulta num afastamento físico (como acontecia no caso do João e da Rita) é um exemplo do que queremos dizer. O fenómeno que designei “bola de cristal” na comunicação (Relvas, 1996) também merece, neste sentido, um sublinhado: cada um dos elementos do casal acha-se perfeitamente capaz e com obrigação de adivinhar os desejos, gostos e preferências do outro. Ora esta capacidade de “adivinhação” estende-se também à dimensão

sexual, reduzindo a comunicação directa sobre o tema, conduzindo, por vezes, a mal-entendidos e crenças inadequadas.

No que se refere aos aspectos relacionados com o desenvolvimento psicosexual e outras características individuais e/ou pessoais podemos, também, identificar alguns dos factores que, a meu ver, podem estabelecer uma relação de maior peso com as dificuldades sexuais. Assim, destacaria em primeiro lugar a *história familiar e relacional* onde se inscrevem as crenças transgeracionais, algumas extremamente relevantes no que diz respeito à sexualidade do casal, nomeadamente em relação ao papel do masculino e do feminino no jogo da conjugalidade.

Da minha clínica lembro-me do casal Mário e Helena em que, tal como em muitos outros casos, familiarmente ele tinha aprendido que o homem deve sustentar e mandar na família, enquanto ela transportava a crença na “herança” de que a mulher deve obedecer ao marido e cuidar do lar. Contudo, as suas histórias de vida (particularmente no caso de Helena que muito cedo ficara entregue a si própria) tinham proporcionado que ela se habituasse a decidir rapidamente, enquanto ele adia o mais possível as tomadas de decisão. Assim, estes aspectos contraditórios das suas vivências prévias resultavam numa paradoxalidade jogada a todos os níveis da relação, desde a gestão do dinheiro até à tomada de iniciativa na cama...

Um outro aspecto relevante neste grupo de factores prende-se com a construção da *identidade sexual e as experiências sexuais prévias* dos membros do casal (ou a sua inexistência) que terão, indubitavelmente, influência na forma como vivenciam a dois a sua sexualidade. Frequentemente, estes aspectos são pouco considerados pelo casal na análise que faz das suas dificuldades.

As *atitudes perante a sexualidade e a imagem corporal*, bem como as crenças e os discursos individuais e sociais que sobre ambas são produzidos, interferem, também, no domínio da vivência a dois.

A Margarida e o José ilustram de forma clara alguns aspectos relacionados com os dois factores anteriormente focados. São bastante jovens, estão juntos há algum tempo, gostam muito um do outro, acham que reúnem as características para formar um casal feliz. Mas há uma dificuldade: a incapacidade do José em “esquecer” ou “compreender” o passado sexual da Margarida. Com efeito, não suporta pensar que ela teve relações com outros homens antes de si. Teve necessidade de saber como tudo aconteceu e entende que só uma “doida” poderia ter agido como ela o fez. Contudo, a Margarida que ele conhece não se encaixa no seu conceito de “doida”... Nos momentos de “crise”, em que estas ideias o atormentam de forma quase obsessiva, não pode deixar de pensar nas relações que teve com outras mulheres, a quem sempre considerou objectos que “utilizava e depois deitava fora”. Por seu turno, ela sente que detesta o seu próprio corpo. Ambos estão em grande sofrimento, até porque nada disto se adequa ao discurso racional que têm sobre o que deve ser uma relação entre um homem e uma mulher...

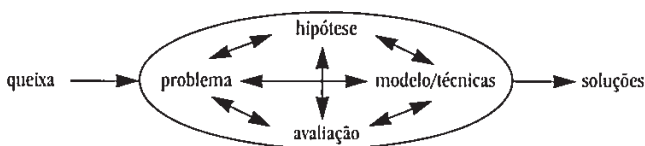
Finalmente, há que destacar os *aspectos de personalidade* como factores de eventuais dificuldades a nível sexual. Será difícil equacionar

com detalhe esta relação, tantas são as possibilidades de influência. Apesar disso, aspectos como as necessidades de dependência/autonomia, o nível de auto-estima, a capacidade de auto-controlo, as competências de interacção heterossexual de cada um dos parceiros funcionam, frequentemente, como factores que se associam às dificuldades sexuais no casal.

A intervenção

Não esquecendo que, no casal, a sexualidade “está sempre lá”, pela funcionalidade ou pela disfuncionalidade, pela ausência ou pela presença, pelo dito ou pelo não-dito, o foco da intervenção na terapia conjugal depende, como seria de esperar, do caso com que iremos trabalhar. Contudo, há uma regra genérica e diria quase consensual na terapia conjugal que se deve respeitar: quando um problema está claramente definido, esse problema deve abordar-se em primeiro lugar. Aceitando a distinção traçada anteriormente entre queixa e problema, a avaliação da situação deverá ser feita no início da terapia, de modo a permitir o reenquadramento que a transformará em problema. Essa avaliação, no caso em que os motivos / queixas se incluem na dimensão sexual da relação, pode, com alguma utilidade, seguir os esquemas apresentados anteriormente (figuras 1 e 4). Articulando os elementos resultantes dessa avaliação, elaborar-se-á a hipótese sistémica (suposição acerca do funcionamento, neste caso, do casal, sem valor de verdade ou falsidade, por meio da qual se atribui um valor ou significado particular à dificuldade apresentada) que estará na base da definição do problema (Relvas, 2000). Em função dessa definição o *foco da terapia* pode situar-se mais no campo das dificuldades sexuais, pode combinar os níveis sexual e não-sexual, pode trabalhar primeiro o nível não sexual e depois o sexual, ou pode, em última hipótese, situar-se mais no campo do nível não-sexual.

Figura 5
Esquema Funcional do Processo Terapêutico



Contudo, não é propriamente a identificação do foco da terapia que permite a definição das estratégias e técnicas de intervenção. Estas estão mais dependentes do modelo adoptado pelo(s) terapeuta(s). Deve dizer-se, no entanto, que embora de forma menos clara o modelo já influencia a elaboração da hipótese sistémica e, como tal, a definição do problema (fig.5). Não obstante, há algumas linhas-base de actuação

comuns à terapia conjugal sistémica. Elas derivam, em primeiro lugar, da postura epistemológica sistémica do terapeuta e, em segundo lugar, da forma como se “sente” o casal (qualquer casal) quando chega à terapia. Eugénio de Andrade, na parte inicial do seu poema *Adeus*, traduz de forma exemplar esse sentimento.

ADEUS

Já gastámos as palavras pela rua, meu amor,
e o que nos ficou não chega
para afastar o frio de quatro paredes.
Gastámos tudo menos o silêncio.
Gastámos os olhos com o sal das lágrimas,
gastámos as mãos à força de as apertarmos,
gastámos o relógio e as pedras das esquinas
em esperas inúteis.

Meto as mãos nas algibeiras e não encontro nada.
Antigamente tínhamos tanto para dar um ao outro;
era como se todas as coisas fossem minhas:
quanto mais te dava mais tinha para te dar.

Assim, o terapeuta sente que gostaria de, com aquele casal, co-constituir uma história diferente da que é contada no poema, ou seja, o seu objectivo é facilitar a emergência de uma outra narrativa, que, partindo daqueles versos, tenha um final diferente... um final que não seja “Adeus”, mas que também não poderá ser “E viveram felizes para sempre”. Talvez seja por isso que o terapeuta de casal sente, muitas vezes, que lhe pedem a poção mágica do amor; mas ele também sabe que nas suas mãos só detém um leque de possibilidades técnicas que pouco têm de mágicas e que constituem, afinal, as linhas-base de intervenção de que falávamos. Ao nível fundamentalmente epistemológico podem apontar-se as seguintes:

- 1) a *criação de um contexto* no qual os elementos do casal encontrem outro significado para as suas palavras, emoções e comportamentos;
- 2) a adopção de uma *postura neutra* (que não se pode confundir com postura não-interventiva), traduzida na escuta e respeito por ambos os elementos do casal, sem qualquer sobrevalorização das opiniões ou posições de qualquer um deles;
- 3) a *criação de visões múltiplas* (significações várias para uma mesma situação que não se excluem mutuamente) que abarquem a multidimensionalidade da sexualidade humana e a multivariabilidade da natureza dos problemas relacionais (sexuais e não-sexuais);

Num nível mais técnico-avaliativo, de entre essas possibilidades destacam-se:

- 1) a necessidade de verificar a *exequibilidade* da própria terapia, ou seja, deve determinar-se até que ponto é adequado prosseguir com o processo terapêutico em termos de terapia conjugal.

Basicamente, a resposta é positiva quando existe o desejo real, por parte de ambos os elementos do casal, de renegociarem e renovarem a sua relação de modo a continuarem juntos. A meu ver, a grande e mais genérica contra-indicação para terapia conjugal é a inexistência desta condição. Este aspecto justifica, embora parcialmente, o formato de primeira entrevista utilizado na nossa clínica, isto é, a existência de entrevistas separadas com cada um dos elementos do casal, para avaliação dos pedidos, motivos e expectativas individuais;

- 2) tal como já explicitámos anteriormente, a necessidade de, coincidentemente com o início do processo, *transformar a(s) queixa(s) num problema* claro e bem identificado pelo terapeuta e pelos elementos do casal. Neste processo, o terapeuta deve operacionalizar o conceito de que no casal $1+1=3$, ou seja, deve considerar cada um dos indivíduos e a relação;
- 3) a importância de elaborar um *contrato* com o casal na fase inicial do processo terapêutico, onde, entre outros aspectos, os objectivos co-construídos por eles e pelo terapeuta sejam claramente enunciados. Esses objectivos devem conter uma resposta ao motivo do pedido e/ou queixas apresentadas, entretanto reenquadrados e transformados em problema;
- 4) o *planeamento e desenvolvimento de estratégias* para atingir os objectivos formulados. Neste aspecto destaca-se de novo a importância da(s) hipótese(s) elaboradas pelo terapeuta e afinadas na co-construção prosseguida com os clientes. De sublinhar, ainda, que as estratégias de intervenção são delineadas a partir de dois referentes fundamentais: a) as linhas de actuação comuns à terapia conjugal sistémica e b) a influência do(s) modelo(s) teórico(s) explicativo(s) do aparecimento / manutenção dos problemas de casal, seleccionado(s) pelo técnico como o(s) mais ajustado(s) para a compreensão / intervenção junto de cada caso.

Para concluir, será importante detalhar mais um pouco este quarto aspecto. Assinale-se, em primeiro lugar, que a *praxis* das terapias conjugais assenta em três princípios genéricos: ênfase na comunicação, ênfase nas técnicas activas e ênfase na contratualização. O trabalho sobre a *comunicação* está presente desde sempre na condução das próprias sessões, forçando a que entre os elementos do casal se estabeleça uma comunicação clara, directa e sem ambiguidades. Se necessário, o terapeuta ordena directivamente o fluxo das mensagens, não permitindo que as pessoas sobreponham os seus discursos, promovendo a escuta mútua. Por outro lado, a atenção dada pelo terapeuta, ao longo das sessões, à comunicação não-verbal ensina os elementos do par a tomarem em consideração essa importante vertente comunicacional, num momento em que ela se torna ainda mais relevante pois, como dizia Eugénio de Andrade, num casal em dificuldades

as palavras já “estão gastas”. Também por isso a ênfase nas *técnicas activas*. Madalena Lourenço e Margarida Henriques justificam de forma magistral esta necessidade, a partir da análise de um caso clínico: “precisávamos de os calar para comunicarmos! Esta foi a sensação mais premente para ambas quando nos perguntámos ‘e afinal, por onde pegar?’ (...) Iríamos privilegiar as técnicas activas, a dimensão analógica não-verbal. Apostávamos em vê-los e escutá-los sem os ouvir” (2000: 180)... Para que também eles “se vejam e se escutem, sem se ouvir” – poder-se-ia ter acrescentado. Finalmente o nível de contratualização, ou seja, a *prescrição de tarefas terapêuticas* completa o triângulo interventivo que constitui a base técnica de suporte da terapia conjugal.

Focalizar-me-ei, agora, nos modelos mais frequentemente seguidos pelos terapeutas sistémicos, embora nenhum deles aponte para estratégias específicas no que diz respeito à problemática da sexualidade no casal. Os três modelos que apresentarei seguidamente e que, como já referi, me parecem os mais importantes neste contexto, distinguem-se, fundamentalmente, a partir da eleição de diferentes aspectos compreensivos da entidade casal, enquanto elementos nucleares explicativos das suas eventuais dificuldades e a partir dos quais se definem os protocolos de intervenção.

Mony Elkaim (1988) estrutura a sua abordagem a partir da relevância da interacção e do jogo de poder entre os elementos do casal. Na base das dificuldades do par estará uma dupla paradoxalidade gerada na oposição entre os dois modelos ou mapas relacionais construídos por cada dos parceiros (a que chamou Mapa Mundo e Programa Oficial) e na contradição existente entre os respectivos mapas de cada um deles (o Mapa Mundo de um opõe-se ao Mapa Mundo do outro, o mesmo acontecendo com os respectivos Programas Oficiais). A intervenção terá, assim, um carácter metafórico e contra-paradoxal.

Alfredo Canevaro (1990) elege a transgeracionalidade como eixo do seu modelo, assinalando que os problemas do casal emergem da confluência entre os estilos de interacção de cada um dos elementos do par com as respectivas famílias de origem. Atendendo a este pressuposto, as famílias de origem são incluídas no respectivo protocolo terapêutico.

Finalmente, Philippe Caillé (1991) focaliza a sua abordagem no terceiro elemento constitutivo do casal, o *nós*, a que chama o *modelo* do casal (“terceiro simbólico”) tendo como objectivo que o casal se reencontre com o seu modelo de relação. Para tal, o protocolo terapêutico dá grande relevo às técnicas activas e aos aspectos metafórico-simbólicos, concretizados na proposta de utilização de uma técnica original (esculturas vivas) designada “quadro de sonho”.

É um lugar comum entre os terapeutas sistémicos afirmar-se que a terapia de casal é a modalidade mais difícil de terapia familiar. Como atrás dizia, toda esta panóplia de princípios interventivos, modelos e técnicas ao dispor do terapeuta serve, apenas, para com o casal tentar (re)construir uma história com um final diferente... um final que não

tenha o fatalismo de um *Adeus*, nem a presunção de um *E foram felizes para sempre!*

Neste processo, o terapeuta jamais deverá esquecer que a dimensão sexual *está lá*, ajudando a escrever o final da história...

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (Ed. Port. J. Cabral Fernandes), 4ª. Ed. Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- AUSLOOS, G. (1996). *As Competências das Famílias*. Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- BORNSTEIN, P. H., BORNSTEIN, M. T. (1992). *Terapia de Pareja*. Madrid, Ed. Pirámide AS.
- CAILLÉ, P. (1991). *Un et Un Font Trois, Le couple révélé à lui-même*. Paris, ESF.
- CANEVARO, A. (1990). Crise Conjugale et Contexte Trigénérationnel: un modèle systémique de thérapie brève. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, nº11: pp. 45-55.
- De SHAZER, S. (1995). *Claves Para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona, Piados.
- ELKAÏM, M. (1988). Uma abordagem sistémica das terapias de casal. In M. ELKAÏM (org.) *Formações e Práticas em Terapia Familiar*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- FERNÁNDEZ, M. G.; ORTIZ, I. F.-S. (1998). Mitos Maritales. In J. A. Rios (coord.), *La Familia: Realidad y mito*. Madrid, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces.
- GAMEIRO, J. et al. (1994). *Quem Sai aos Seus...* Porto, Afrontamento.
- LOURENÇO, M. C.; HENRIQUES, M. R. (2000). Manel e Manuela ou uma Terapia de Ex-Solteiros. In A. P. Relvas, *Por Detrás do Espelbo. Da teoria à terapia com a família*. Coimbra, Quarteto Ed. (Cap. 6).
- MARTÍN, A. F. (1999). Tratamiento de los problemas sexuales en la pareja. In J. N. Gongóra, A. F. Martín & T. M. U. Domínguez (coord.) *Prevención e Intervención en Salud Mental*. Salamanca, Amarú Ediciones.
- NICHOLS, M.; SCHWARTZ, R. C. (1998). *Family Therapy Concepts and Methods* (fourth edition). Allyn and Bacon.
- OLAZÁBAL, J. C. et al. (1999). *Manual de Sexualidad en Atención Primaria*. Salamanca, Amarú Ediciones.
- RELVAS, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*. Porto, Edições Afrontamento.
- RELVAS, A. P. (2000). *Por Detrás do Espelbo. Da teoria à terapia com a família*. Coimbra, Quarteto Ed. (Cap. 2).
- SATIR, V. (1991). *Nuevas Relaciones en el Nucleo Familiar*. Editorial Pax México.
- SIMON, STIERLIN & WYNNE (1997). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona, Gedisa Editorial.