

MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR COMO RECURSOS CONVERSACIONAIS*

Sheila McNamee

RESUMO

A Terapia Familiar tem se visto continuamente diante de escolhas entre posições polarizadas, cada uma adotada com entusiasmo por ter resolvido anteriormente algum dilema, mas todas acabando por apresentar suas próprias limitações. Neste artigo, eu sugiro que nós, em vez de decidirmos qual é a melhor, possamos focar em como utilizar teorias, modelos e técnicas como recursos fluidos e flexíveis para a atuação na conversação terapêutica. Dessa forma, focalizamos a atenção em como podemos nos mover dentro e fora das várias posições, incluindo aquelas que simplificam questões e as que envolvem complexidade. Além disso, devemos pensar no modo como podemos escolher entre seguir um modelo e nos envolver em diálogos espontâneos. Esta posição "irreverente" pode ajudar supervisores e terapeutas a responder a questões sobre como tomamos decisões em terapia. Essa irreverência também nos obriga a refletir sobre nossa imagem e nossas expectativas acerca do que significa ser um profissional.

Palavras-chave: conversação terapêutica; diálogo; Construção Social; Terapia Familiar.

* Tradução de Cláudia Bruscin. Revisão de Rosa Maria Macedo Stefanini.

ABSTRACT

Family Therapy has continually confronted choices between polarized positions, each one taken up with zeal because it solved an old dilemma but eventually encountering its own limitations. In this article, I suggest that we have evolved to a point where, instead of deciding which is better, we can focus on how to use theories, models, and techniques as fluid and flexible resources for action in the therapeutic conversation. Doing so focuses our attention on how we can move in and out of various positions including those that simplify issues and those that embrace complexity. In addition, our attention is drawn to the ways in which we can make choices between following a model as opposed to engaging in spontaneous dialogue. This irreverent stance can help trainers and therapists answer questions concerning how we make decisions in therapy. Such irreverence also positions us to confront our images and expectations of what it means to be a professional.

Key words: therapeutical conversation; dialogue; Social Construction; Family Therapy.

Neste artigo, eu gostaria de propor o que considero uma posição mais "irreverente" para a Terapia Familiar numa tentativa de gerar posturas de inclusão em nossa teoria e prática. Estou usando propositalmente o termo "irreverente" aqui para salientar a facilidade com a qual o discurso dominante pode eclipsar um termo ricamente descritivo e apresentá-lo como unidimensional. No presente caso, "irreverente" refere-se simplesmente ao ato de misturar as coisas. Entretanto, culturalmente, compreende-se *irreverente* como desrespeitoso ou até irresponsável. Ao eleger o uso deste termo emocional, espero sintetizar simbolicamente meu argumento: um diálogo requer que estejamos presentes no momento, abrindo assim o espaço para o uso gerador de uma grande quantidade de métodos e modelos na Terapia Familiar.

O tema irreverência ressoa com a ênfase dialógica que tem sido articulada dentro de muitas linhas de Terapia Familiar (Hoffman, 1998; Seikkula, Arnkil e Eriksson, 2003; Pocock, 1995). Como propõe

Sampson (1993), "*dialogismo* faz pensar que a coisa mais importante nas pessoas não é o que está contido nelas, mas o que transpira entre elas" (p. 20, ênfase em "*dialogismo*" no original). Quando nos preocupamos com o que as pessoas estão *fazendo* juntas, o método e os modelos que utilizamos se tornam menos importantes do que trabalhar juntos para desenvolver futuros possíveis. Tal re-focalização tem implicações significativas para o nosso trabalho clínico como terapeutas, para o treinamento de outros para serem terapeutas de família e para a avaliação de nosso trabalho.

Meu objetivo principal neste artigo é propor alguma clareza sobre a terapia como diálogo (*i.e.*, como um *processo* de Construção Social¹), de modo a convidar as múltiplas vozes da Terapia Familiar para a conversação, assim como para a nossa prática. Deixe-me começar falando diretamente sobre as questões de irreverência e o tema de realizar construções inclusivas dentro da teoria e prática da Terapia Familiar.

UM CONVITE À IRREVERÊNCIA

Gianfranco Cecchin introduziu a noção de irreverência no início dos anos 1990 (Cecchin, Lane, a Ray, 1992) e esse tema ressoou no espírito revolucionário da época (ver *Terapia familiar: uma história íntima*, [Lynn Hoffman, 2002]). Irreverência sugere a interface do velho e do novo, o uso de formas de ação familiares, mas de novas maneiras. Irreverência pode ser descrita como "apropriação intelectual", na medida em que podemos empregar idéias e técnicas conhecidas de um novo modo, "tomando-as emprestadas" de seu contexto original.

Esse tipo de atividade irreverente está em aparente contradição com nossas idéias culturais de profissionalismo. Para que alguém seja um profissional competente, espera-se em geral que seja bem treinado

1. Quando eu utilizo o termo *Construção Social*, estou me referindo a uma ampla gama de orientações ao estudo dos intercâmbios humanos que se centram no processo de fazer sentido. O importante nessa compreensão é que o sentido é uma conquista relacional, situada dentro do momento presente e de uma tradição cultural/histórica, requerendo, por isso, um foco no que as pessoas *fazem juntas*. A ênfase dentro da Construção Social é assim dialógica.

em um modelo particular e bem-sucedido na aplicação deste modelo. A consistência é admirada. Há também um sentido de se manter “fiel” a uma forma original. Desse modo, ser um profissional pode estar relacionado a ter uma prática clínica que se encaixa bem dentro de um modelo teórico específico, de tal maneira que haja um visível respeito por sua autoria. Poderíamos traçar um paralelo com as práticas clássicas de produção musical em que é valorizado permanecer próximo ou “fiel” à interpretação do compositor. Essa prática logicamente contrasta com as formas contemporâneas de produção musical, na qual a “mixagem” permite que se misture uma grande variedade de artistas, estilos e formatos. A mixagem então serve como uma ilustração da posição irreverente.

Nosso caso de amor com a consistência e as práticas associadas a ela de *descobrir* aspectos essenciais do fenômeno, assim como de *prever* estados futuros de tal fenômeno, vem de uma tradição que valorizava a ciência acima de todas as formas de pesquisa. A ciência, por si mesma, não é o diabo da história. É, antes, nossa intriga com a ciência que produziu uma cultura de “cientificismo” (Haack, 1997), na qual a ciência é vista como absoluta e o único meio justificado de acesso à verdade. O Dicionário Oxford de Inglês define “cientificismo” como:

“um termo aplicado (freqüentemente de maneira negativa) a uma crença na onipotência do conhecimento e das técnicas científicas, e também à visão de que os métodos de estudo apropriados às ciências físicas podem tomar o lugar daqueles utilizados em outros campos como a filosofia e, especialmente, o comportamento humano e as ciências sociais”.

Assumir que, em qualquer situação, a ciência vai sempre nos informar sobre tudo está longe de ser científico ou de valorizar o método científico. No campo da terapia de família, no qual nossa preocupação é claramente ajudar as famílias a encontrarem modos produtivos de viver juntas, a inquestionável aceitação de que o método científico vai nos dizer qual teoria ou modelo é o *certo* para ser utilizado é mais do que limitante. Como observa Lerner (2004), “ser científico é manter uma curiosidade investigativa sobre como e

por que a terapia funciona, e aceitar que a ciência pode não ser suficiente para explicar o processo” (p. 29). Uma ênfase dialógica (em oposição ao cientificismo) gera o tipo de irreverência (e curiosidade) exigida por uma terapia efetiva. Em que medida uma posição dialógica é diferente das posições profissionais que emanam do cientificismo? Para nos voltarmos a essa questão, precisamos fazer uma breve discussão sobre os diferentes modos como teóricos e profissionais clínicos entendem a linguagem.

DIFERENTES VISÕES DA LINGUAGEM

É importante nos lembrarmos das distinções filosóficas apresentadas quando nos movemos da suposição de que a linguagem descreve o *modo como as coisas são* (assim, um modelo terapêutico, por exemplo, pode ser *certo ou errado*) para a suposição de que a linguagem, vista como as atividades que têm lugar entre as pessoas, cria os modos como nos conhecemos e falamos sobre nossos mundos (assim, um modelo terapêutico é mais ou menos útil para convidar à transformação). Outro modo de capturar essa distinção é reconhecer que, para muitos, linguagem é um sistema (de símbolos e/ou sinais) que utilizamos para representar nosso mundo (uma visão que mantém a distinção cartesiana sujeito-objeto). Para outros, linguagem é uma *atividade* na qual os participantes constroem conjuntamente seus mundos. Esta última visão é o que Stewart (1996) rotula de “repensamento radical da natureza da linguagem” e é sustentada por um grande número de estudiosos, incluindo Rorty (1979), Bernstein (1985), Wittgenstein (1953) e Heidegger (1971). O seu foco pode ser considerado *social*. Para eles (e aqueles que sustentam a ênfase dialógica em Terapia Familiar), a linguagem é primariamente uma atividade engajada, não um instrumento que usamos para conversar *sobre* o mundo ao mesmo tempo em que permanecemos não relacionados a ele². Esta distinção tem uma importante implicação e esta implicação é significativa para nós, se vamos nos mover em direção a uma posição mais irreverente em terapia de família.

2. Para uma excelente discussão destes temas, ver Stewart (1996).

Quando vemos a linguagem como um sistema de representação, somos impelidos a um persuasivo debate com os outros quando uma diferença ocorre. É a verdade de uma pessoa contra a de outra, e, se a linguagem representa a realidade, através de cuidadoso debate e deliberação, a *verdadeira* verdade deve ser determinada. Em contraste, quando vemos a linguagem como uma atividade na qual nos engajamos com os outros para criar nossas realidades, somos convidados a dialogar *juntos*.

Uma das implicações de se conceituar a linguagem como um sistema que usamos para representar ou ilustrar o mundo é que nosso diálogo, nossa conversação, nossas atividades ficam reduzidas a uma técnica. Especificamente, se a linguagem é um sistema de símbolos que usamos para representar o mundo (a mente, as características essenciais dos objetos, as experiências e assim por diante), então, nossa tarefa em qualquer intercâmbio social é desenvolver modos de falar e agir *apropriados*. A implicação disso é que os participantes em relacionamentos tentam persuadir uns aos outros por meio de um uso preciso (de acordo com eles) da linguagem. Eles o fazem como se uma realidade material específica fosse possível (embora esteja freqüentemente escondida atrás das aparências), daí o seu uso da linguagem para representá-la. Essa forma persuasiva de discurso, que tentamos justificar com um apelo a uma realidade anterior, permeia nossas instituições, incluindo a instituição da Terapia Familiar. A dificuldade é que essa visão levanta a questão de qual seria a realidade subjacente às aparências. Aqui as opiniões diferem. Ainda que todos pudessem concordar que representações acuradas ou verdadeiras devam ser racionais ou logicamente formuladas, a questão é *qual* ou *quais* lógicas ou racionalidades são apropriadas.

Penso que a dificuldade em se ter um diálogo significativo entre teorias e modelos concorrentes é resultado do cientificismo, que faz que se privilegie uma forma de discurso sobre o outro. O diálogo e sua concomitante postura de irreverência não são uma tentativa de dominar o terreno discursivo. Nós estamos simplesmente interessados em perguntar o que acontece, que oportunidades e limitações emergem, quando abrimos a conversação para outras formas de compreensão. Fazemos isso, não como um ato combativo designado a revelar as falhas de uma dada teoria ou modelo. Nem

estamos tentando evitar usar de argumentos persuasivos e convincentes em favor de uma teoria ou outra. A tentativa é simplesmente de localizar a “evidência” para qualquer modelo dado dentro de um relacionamento, dentro de um processo conversacional contextualizado.

Um convite para uma posição irreverente não é apenas interessante à luz desta discussão sobre a linguagem, mas está na base das atuais pesquisas explorando a efetividade da terapia. Miller e Duncan (2000) descrevem qualquer abordagem terapêutica (modelo/teoria) como tendo pouco a ver com o resultado da terapia. Eles afirmam: “[...] em termos de resultado, simplesmente não importa se uma prática é exclusivamente cognitivo-comportamental, psicodinâmica, psicofarmacológica ou... terapia focada na solução” (p. 23). Eu compreendo esta descrição como nos convidando a focalizar mais os modos como as diferentes teorias e modelos podem ser empregados como discursos produtores de recursos em nosso trabalho com clientes. A mudança está longe de ser a utilização de uma teoria ou um modelo porque ele é correto, e se dirige mais a uma posição irreverente para se utilizarem múltiplas teorias e modelos porque eles ressoam com aquele cliente em particular e em determinados momentos.

Deixem-me oferecer-lhes uma imagem visual da diferença que introduzo com o tema provocativo da irreverência. Se nós formos representar as expectativas culturais de consistência e a oposição a que a irreverência convida, em uma forma de arte, poderíamos olhar para as distinções entre os estilos de pintura de Rembrandt e Picasso. Rembrandt é conhecido por sua habilidade para fazer as imagens em seus quadros parecerem de verdade. Por exemplo, na famosa pintura, *A festa de Belshazzar*, o ouro e as jóias são desenhados a partir de sua aparência *real*. Similarmente, *The Syndics of the Drapers' Guild* também é uma pintura tida como tendo conseguido reproduzir uma aparência do real e do natural. Essa habilidade para pintar objetos como reais pode ser associada com competência para descrever o mundo como ele realmente é. Parece não haver confusão entre a vida e a arte. Em contraste, o trabalho de Picasso é melhor descrito como abstrato – não pintando a realidade *como ela é*. Picasso mistura vida e arte,

objetos, formas e cores de uma maneira singular. Enquanto a arte de Rembrandt é descrita como representando a realidade, a de Picasso é vista como uma distorção dela – uma deliberada falta de qualidade representacional. Gregory Bateson capta bem a irreverência do estilo de Picasso:

“Alguém estava dizendo a Picasso que ele deveria pintar as coisas como elas são – pinturas objetivas. Ele murmurou que ele não estava tão certo do que isso seria. A pessoa que o estava provocando tirou uma fotografia de sua esposa da sua carteira e disse: ‘Olha aqui, esta é uma foto de como ela realmente é’. Picasso olhou a foto e disse: ‘Ela é um tanto pequena, não é? E achatada?’”. (citado em Keeney, 1983)

E em outra ocasião, ao responder a uma queixa de que o seu retrato de Gertrude Stein não se parecia com ela, Picasso respondeu: “Não se preocupe, vai parecer...”.

Eu imagino a conversa que Rembrandt e Picasso poderiam ter sobre suas diferentes interpretações do mundo como similares àquelas duas falas de Picasso. Eu me pergunto como estas diferenças entre o *real* (objetivo, puro) e o *criado* (não autêntico por causa de sua natureza *misturada*, sua irreverência) podem ser generativas em nossa própria prática como terapeutas de família. Será possível, eu me pergunto, coordenar a pureza profissional com a irreverência na prática da Terapia Familiar? Como podemos nos mover para além do conflito apresentado por esses dois enormes estilos? Na terapia, assim como na arte, nós nos movemos entre aqueles *que sabem como as coisas realmente são* e aqueles que estão interessados em *participar do processo de desdobramento de como as coisas podem vir a ser*.

É nesse sentido que eu gostaria de falar sobre o diálogo transformativo. Especificamente, o diálogo transformativo explora como nós podemos nos mover além da incompatibilidade e encontrar modos generativos de trabalhar entre e dentro dos vários modelos de Terapia Familiar. Isso exige valorizar cada teoria e modelo nos seus próprios (e únicos) termos e conceder a eles o potencial para o *status* de “verdade” peculiar em um determinado momento. É dentro do tema do diálogo transformativo que encontro uma elaboração útil do discurso social construcionista. Assim, minhas idéias sobre diálogo

transformativo oferecem-me a oportunidade de esclarecer o que eu chamo de “Construção Social” e como eu vejo a Construção Social em relação com a atitude inclusiva da teoria e da prática terapêutica, assim como também ressonante com o espírito dialógico da Terapia Familiar.

A TERAPIA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL³

Deixe-me começar falando sobre a Construção Social como uma *posição filosófica* (Anderson, 1997), em vez de um modelo ou um método para terapia. Durante a última década, tem havido confusão em torno da Construção Social e sua relação com a Terapia Familiar. Desde a publicação de “Terapia como Construção Social” (McNamee e Gergen, 1992), a tentação de rotular certos estilos de terapia como *construcionistas* tem implícito que existem alguns modelos que *são* construcionistas e outros que não o são. O que eu gostaria de esclarecer aqui é que o título do volume de 1992 foi proposital: “Terapia *como* Construção Social” (ênfase adicionada). A terapia é um processo dialógico por meio do qual os participantes – terapeutas e clientes – ativamente criam um sentido (assim como possibilidades e limitações) *juntos*. Entendida desse modo, *qualquer* teoria ou modelo tem o potencial de informar a geração de sentido útil para o cliente e o terapeuta da mesma maneira. O potencial de qualquer teoria ou modelo é contingente sobre os participantes e suas habilidades de ressoar com um modo particular de falar. De modo mais simples, se a terapia cognitivo-comportamental é uma forma ressonante de envolvimento para uma dada família, então ela pode ser uma forma efetiva de “tratamento” naquela relação em particular.

Isso nos traz de volta para a distinção inicial entre ciência e cientificismo. Utilizar um modelo particular de terapia porque ele foi empiricamente provado e mostrou ser efetivo pode ter pouco a ver com o fato de que ele vai ser ou não “efetivo” com um cliente em particular. A abordagem terapêutica tem pouca relação com uma

3. Para uma discussão mais aprofundada da terapia como Construção Social (como oposta à terapia construcionista social), veja McNamee (2004).

terapia bem-sucedida. Uma terapia efetiva requer um relacionamento terapêutico colaborativo que envolva “as expectativas e as esperanças da pessoa para mudança como refletidas em sua narrativa pessoal e seus relacionamentos vividos” (Larner, 2004, p. 23)

Creio que abordar a terapia como sendo dialógica, como um processo de Construção Social permite nos engajar nessa direção. A Construção Social nos oferece uma posição para nos envolvermos em uma relação terapêutica. Quando falamos sobre *terapia como Construção Social*, não estamos enfatizando uma técnica ou método em particular, mas sim um modo de conversar sobre o processo terapêutico. A terapia como Construção Social é um processo conversacional (McNamee, 2004).

Ao abordar a terapia como um processo dialógico, nós podemos explorar como diferentes teorias e modelos de Terapia Familiar podem ser vistos como *entradas para a conversação*, em vez de serem “a resposta” para o sucesso terapêutico. Olhando o campo da Terapia Familiar nas últimas décadas, podemos listar uma série de modelos: estrutural (Minuchin, 1974), sistêmico (Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1978), sistemas colaborativos de linguagem (Anderson, 1997), simbólico experiencial (Whitaker e Keith, 1981), focado na solução (de Shazer, 1985), narrativo (White e Epston, 1990), entre outros. Cada uma dessas *conversações* (modelos) prescreve o que deve ser visto como central, o que, por sua vez, determina o que deveríamos buscar, que perguntas fazer, de que modo deveríamos conversar sobre as famílias, e assim por diante. A conversação terapêutica é *aberta*, e contudo, é *fechada* – aberta para várias construções (conhecidas como “descobertas” em uma orientação representacional) e fechada para outras.

Vamos pensar em uma ilustração. Se eu seguir o modelo estrutural de Minuchin (1974), vou explorar fronteiras, hierarquias, coalizões, e assim por diante. Minha conversação é indeterminada e, ainda assim, *contida*. Se, por um outro lado, sou treinada para usar a abordagem focada na solução, busco encontrar momentos que “são livres do problema”. Minha tentativa será promover espaço para conversações focadas em momentos em que o problema *não estava* presente, dando, desse modo, menos credibilidade ao poder do problema.

Os terapeutas estruturais e aqueles focados na solução *falam* línguas diferentes. E quando confrontados um com o outro, é como se duas enormes comunidades estivessem tentando descobrir “quem sabe fazer certo”. Como ambas as terapias, a estrutural e a focada na solução, oferecem recursos generativos para a transformação da família, nosso desafio é *coordenar esses recursos* (e os outros múltiplos modelos de recursos) para melhorar nosso trabalho terapêutico. É possível essa coordenação? Eu acredito que sim, se nos permitirmos ser irreverentes.

Se formos um pouquinho mais irreverentes – ou seja, se misturarmos as coisas um pouquinho mais – será que poderemos então começar a ver *cada* modelo e teoria de terapia como um modo potencialmente útil para se construir um futuro juntamente com nossos clientes? Para mim, é sobre isso que estamos conversando quando falamos sobre terapia como Construção Social. É o processo de construir um realidade viável *com* os nossos clientes. E essa realidade viável não pode vir pré-empacotada, pronta para ser utilizada com todos os clientes e em todas as situações porque não há como sabermos de antemão quais recursos, quais valores, quais histórias nossos clientes vão trazer para a conversação terapêutica. Construir um modo de ser no mundo, um modo de conversar, de agir e interpretar envolve a coordenação dos participantes. Esse é o caso tanto nas conversações com nossos clientes (quando criamos um modo peculiar de estar juntos – uma realidade) quanto com os colegas, quando desenvolvemos teorias e modelos de prática clínica.

Toda comunidade, ao coordenar suas atividades, gera, ao longo do tempo, padrões e expectativas. No presente caso, poderíamos dizer que, como teóricos e profissionais clínicos trabalham juntos, eles desenvolvem um modelo para a prática (a terapia estrutural, por exemplo). Como esses participantes coordenam suas atividades juntos, eles geram expectativas sobre, por exemplo, que perguntas deveriam ser feitas em terapia, como elas deveriam ser feitas, por quê, e assim por diante. Esses padrões emergentes produzem, por sua vez, um sentido de valor no como as coisas deveriam ser feitas e o que é bom. Em suma, com o passar do tempo, uma tradição terá sido estabelecida e, se quisermos, uma realidade, construída. Falar de um modo é participar de práticas de interpretação inseridas na cultura.

Nesta explanação, modelos ou teorias são realizações nascidas de práticas comunitárias. Entretanto, sem curiosidade ou reflexão, tal atividade coordenada pode predispor a um profissionalismo rotineiro, marcado por um distanciamento dos clientes e das particularidades de suas vidas. Uma vez que o profissional “sabe o que fazer”, seu envolvimento com os clientes fica diminuído. Um pianista de jazz e teórico organizacional, Frank Barret, diz: “O hábito cria armadilhas de competência” (numa comunicação pessoal, em 1997). Vamos explorar alguns dos subprodutos negativos desta tendência para a consistência em um modelo ou método:

- Um modelo é priorizado, independentemente da habilidade do terapeuta de se harmonizar com o cliente (*i.e.*, o terapeuta *poderia* ser visto como focado em seus próprios objetivos, direitos ou necessidades, quando o foco está em quão bem ele exemplifica o uso de uma teoria ou modelo);
- Tendo o profissionalismo como objetivo, há a produção de um sentido de isolamento básico ou independência entre e no meio de formas de práticas, modelos teóricos e escolas de pensamento;
- Esse isolamento produz um questionamento constante da posição do profissional – seja no sentido de se admirar se alguém “*usa a marca corretamente*”, seja no sentido de oprimir outros que não usam *nossa* marca;
- Assim, torna-se difícil, se não impossível, falar com base nos modelos e, sem possibilidades de conexão, nós nos recolhemos para a nossa própria prática “privada”;
- Finalmente, podemos facilmente nos encontrar presos a conflitos sem fim com nossos colegas sobre nossas incomensuráveis moralidades e nossos comprometimentos ideológicos insuficientes, e nossos clientes acabam sendo pegos no meio de nossas batalhas profissionais.

Devemos perguntar: isso é útil? Ao descrever o diálogo, Zediker e Stewart (2002) utilizam a metáfora de tensão. Eles descrevem o diálogo como a tensão entre “manter o seu próprio ponto de vista” na

conversação e “deixar o outro acontecer a si mesmo”. Essa tensão, essa forma de coordenação, *requer* que os participantes não mantenham nem a sua própria visão nem a do outro em sua forma pura. Cada participante mantém a posição do outro *em relação à* sua própria. Ao “deixar o outro acontecer a você”, quando você “mantém a sua própria posição”, a posição de onde você fala integra, de algum modo, o outro. Esse é o foco relacional do diálogo (e da Construção Social); é mais do que simples *aceitação* do ponto de vista do outro. De fato, no diálogo, aceitação ou concordância não são necessárias. O que é necessário é permitir um espaço ao outro.

No caso das teorias e modelos de Terapia Familiar, isso se traduz em dar atenção às alternativas. Não precisamos aceitar outros modelos ou concordar com eles. Se nós nos tornarmos curiosos a respeito deles como modelos e teorias úteis para alguns e considerarmos como isso pode ser, nós “deixaremos o outro acontecer a nós”. E, o que é mais importante, ao deixar esses modelos e teorias “acontecerem a nós” nossos próprios (talvez previamente dogmáticos) modelos e teorias se tornam responsivos a essas diferentes perspectivas, e de alguma forma conectados com elas. Nós produzimos o tipo de irreverência que convida à inclusão entre teorias e práticas de terapia de família.

Como é possível nos envolvermos uns com os outros, ou com os modelos dos outros, ou com os nossos clientes, se insistimos em falar apenas uma linguagem? Se seguirmos apenas um modelo, limitaremos as possibilidades para trocas pessoais, sociais e comunitárias. Nossas tentativas de ser profissionais competentes podem não apenas nos alienar uns dos outros, mas também de nossos clientes. Se continuarmos a discutir acerca de uma pureza teórica e metodológica, vamos lentamente estreitar os espaços profissionais dentro dos quais podemos nos mover.

E talvez o mais importante seja o modo como nossas tentativas de profissionalismo tecem formas de opressão, patologia e déficit na cultura mais ampla. Nós passamos, por exemplo, a acreditar que a pergunta sobre milagre é o único modo de nos movermos para além da dificuldade pessoal. Que o foco no problema é *sempre* o problema e que nós deveríamos, em vez disso, consistentemente e com rigor, cuidar das soluções. Nossa pureza profissional, como uma linda

elaboração de habilidade, competência e até de arte, se torna o limite de nosso mundo.

O foco no problema ignora o que funciona. O foco no que funciona ignora o que pode ser aprendido no exame dos modos como conversamos sobre problemas. Dizer que algo é bom implica um padrão dentro de uma tradição. Além do mais, nossas diferenças teóricas produzem conflito. E quando nos encontramos diante de um conflito, tendemos a evitar outros modelos, simplificá-los e explicá-los em extremos negativos. Quando fazemos isso, nós inadvertidamente nos envolvemos em práticas de estigmatização, nas quais o sistema de valores implícito de cada modelo é abraçado com pureza e todos os outros modelos e seus sistemas de valores implícitos são demonizados.

Por causa do componente avaliativo, nossas tentativas de profissionalismo não são neutras. Nosso profissionalismo não descreve meramente outro modelo ou método. Ele emerge como um *juízo moral*. Ele comunica *déficit*:

- “Você não está preocupado com questões de gênero”/ “Você está muito preocupado com questões de gênero”;
- “Nós não deveríamos nunca nos envolver com conversas sobre problemas”/ “Deveríamos sempre nos envolver com conversas sobre problemas”;
- “É importante conhecer o padrão”/ “É impossível conhecer o padrão. Nós só podemos saber como as pessoas falam sobre os padrões”.

Há poucas chances de se escapar, uma vez que ocorre a estigmatização.

O profissionalismo também nos predispõe ao discurso da culpa. Nós criticamos a terapia uns dos outros: “Seu modelo o leva a ser opressivo/ Você está mantendo o problema/ Você está ignorando o problema”. Isto, é lógico, impele o outro a adotar uma postura de rebater, acusando. Ao defender a própria prática, a pessoa logo se encontra em acalorado debate com o outro. O debate domina a alternativa dialógica na qual modelos concorrentes podem co-existir.

O profissionalismo também pode nos predispor a dividir comunidades e suas práticas associadas. Em vez de ver uma prática como inovadora dentro de seus próprios termos (*i.e.*, dentro da conversação da qual ela emergiu) ou dentro de uma comunidade em particular, tentamos obliterá-la porque está “ultrapassada” ou porque “é cega economicamente, ou para gênero, ou raça”. Não poderíamos, antes, perguntar que parte da terapia cognitivo-comportamental, ou da terapia focada na solução de problemas, ou da cibernética, é útil, em vez de insinuar a inferioridade de outras tradições?

Com relação a isso, o profissionalismo também pode apoiar a deterioração dos relacionamentos. Ele freqüentemente rompe o processo do envolvimento relacional que, de outra forma, poderia ter lugar dentro da comunidade, porque o foco dos que estão envolvidos é debater os méritos de sua própria orientação, enquanto apontam as falhas dos outros modelos. Em vez de debater os méritos de um modelo em detrimento de outro, não poderíamos nos envolver em diálogos que nos reúnam pela virtude de um foco na inovação, ou na força, ou no sucesso?

Finalmente, o profissionalismo predispõe a um “desempoderamento” (*dis-empowerment*). Ao nos mantermos fiéis a uma forma, a um modo de falar, a um conjunto de pressuposições, ficamos cegos para as alternativas. Desse modo, o profissionalismo não oferece recursos inovadores quando o velho se torna gasto. Encontramo-nos “fazendo terapia” do modo como o fazemos porque “isso é o que deve ser feito”, em vez de abrir qualquer espaço para a reflexão sobre a respectiva conversação que estamos tendo com um cliente *em particular*.

Deste modo, podemos ver que nosso desafio não é criar um mundo onde todos concordam com qual modelo utilizar (porque ele é *certo*), mas perguntar como a irreverência pode ajudar a nos movimentarmos para além da unidade teórica e prática. Afinal de contas, não queremos nós os recursos mais abundantes à nossa disposição para nos tornarmos os profissionais que queremos ser? Para nos beneficiarmos dos mais abundantes recursos, é exigido de nós o envolvimento na tensão do diálogo do qual Zedicker e Stewart (2002) falam. Nós chegamos às nossas conversações profissionais – sejam elas com clientes, sejam com colegas – com modelos privilegiados e bem formados. Nós “agarramos” nossos próprios

modelos enquanto “deixamos o outro acontecer a nós”. Isto é, ouvimos os modos como o modelo, a técnica, as pressuposições dos outros nos ajudam a expandir ou alterar nosso próprio modelo, nossas técnicas ou pressuposições. Mantemos a tensão entre esses dois pólos, em vez de “recarregarmos” (Isaacs, 1999), enquanto o outro fala. Nós entramos em conversação *antecipando* que nossas visões serão alteradas, corrigidas, melhoradas, em vez de entrar em conversação esforçando-nos para que ela permaneça intocada pelo outro. Nós nos envolvemos em um processo que proporciona modos de seguir juntos (Wittgenstein, 1953). A Construção Social oferece a posição de irreverência que achamos útil para a participação nessa tensão do diálogo.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL E A POSIÇÃO DE IRREVERÊNCIA

Como vimos, a linguagem é o foco de nosso interesse. É na linguagem que criamos o mundo no qual vivemos. Assim, não deveria ser surpresa saber que, ao conversarmos sobre teorias e modelos de terapia, ficamos atentos ao discurso de todos os modelos e a como movimentos discursivos particulares limitam ou potencializam diferentes formas de ação e, conseqüentemente, permitem ou impedem diferentes realidades. Esta é uma posição libertadora porque gera curiosidade. Quando ficamos curiosos, em oposição a críticos, acerca de como as pessoas se envolvem umas com as outras, nós nos abrimos para a consideração de alternativas. Esse aspecto em particular é freqüentemente associado ao foco construcionista na *incerteza*. A atenção à linguagem (como uma forma de atividade concretizada) nos coloca em uma relação reflexiva com nossas próprias ações assim como com a ação dos outros. Nós estamos firmes e preparados para perguntar: “De que outros modos eu posso convidar esse cliente para a criação de uma história de transformação?”; “Como é que ele está me convidando para a legitimação, ou transformação, ou para desafiar... sua história?”; “Que outras vozes eu posso utilizar agora?”. Cada modelo de terapia familiar se torna uma outra voz.

Eu acho útil estar atenta a como devemos focar nosso envolvimento com outros modelos. O Construcionismo não é uma técnica e não é uma posição filosófica *mais pura ou mais correta*. Pode-se

dizer que o Construcionismo é uma orientação que privilegia o que está acontecendo na conversação – no presente caso, a conversação no meio e entre diferentes modelos de Terapia Familiar. Poder-se-ia chamar o Construcionismo de irreverente? O foco é no diálogo – *como criamos pontes entre incomensuráveis modelos (sistemas de crença, realidades etc.)*, e não como fundimos diferentes modelos em uma metanarrativa. Essa é uma diferença significativa porque posiciona o terapeuta de uma maneira aberta para *qualquer* método de terapia. As terapias – narrativa, focada na solução, cognitivo-comportamental, ou psicanalítica, *todas* se tornam modos *potencialmente* viáveis e produtivos de nos envolvermos em relacionamentos uns com os outros, assim como com nossos clientes. O desafio é ver um modelo, uma técnica, ou até mesmo uma teoria, como uma *opção discursiva*. É isso que o Construcionismo nos convida a fazer e, dessa forma, o Construcionismo pode ser chamado de irreverente.

Entretanto, isso quer dizer que todos os modelos são igualmente viáveis? Isso quer dizer que qualquer coisa está ok? Se é assim, por que se incomodar em treinar profissionais? Com base no quê o cliente deveria buscar ajuda profissional? Essa posição dialógica não exclui a avaliação. A irreverência, como estou propondo aqui, não coloca todas as abordagens terapêuticas em pé de igualdade. Nem a habilidade e a experiência do terapeuta são postas de lado em favor do controle do cliente. A posição irreverente que estou propondo simplesmente nos convida ao diálogo, em vez de ao debate. Ela reconhece que há boas e más relações, e bons e maus tratamentos terapêuticos. O que está para ser capturado não é a noção de um padrão em si. Pode-se dizer que o que está aberto à construção colaborativa é a forma que o padrão toma e quem tem a oportunidade de participar na criação do padrão. Até aqui, a irreverência encoraja múltiplos recursos e discursos para a conversação. Essa diversidade de visões de mundo está presente no diálogo, não com o propósito de emergir como a melhor ou a verdadeira, mas pode-se dizer que é responsivamente presente em diferentes possibilidades que podem emergir de cada uma.

TEORIAS COMO OPÇÕES DISCURSIVAS

Qualquer discurso particular (em nosso caso, qualquer teoria ou modelo) se transforma em um recurso potencial para a transformação, em vez de uma ferramenta que vai trazer (leia-se causar) transformação. A irreverência como posição nos sintoniza com a interatividade do momento⁴ no qual a mudança terapêutica pode ser possível. O desafio, logicamente, é que não há técnicas específicas, nem qualquer desejo de determinar quais modos de conversa são terapêuticos e quais não são. A questão sobre o que é terapêutico permanece aberta e indeterminada, assim como a conversação. Quando a terapia é compreendida como um *processo conversacional*, nós nunca podemos estar certos do que vai acontecer. Eu nunca posso prever completamente qual será o próximo movimento; conseqüentemente, o potencial para se mover em novas direções, gerando novas conclusões e possibilidades (e limites), está sempre presente. O que podemos fazer, entretanto, é nos mantermos atentos a quais recursos conversacionais selecionamos e quais podem ser alternativas úteis. Essa posição de irreverência tem implicações para a prática terapêutica.

PRODUZINDO PRÁTICA TERAPÊUTICA A PARTIR DA POSIÇÃO DE IRREVERÊNCIA

Selecionar uma teoria ou técnica como uma *opção de prática* (como oposta a uma verdadeira opção) aumenta nossa habilidade para nos envolvermos relacionalmente com os clientes. Nós nos tornamos sensíveis a suas histórias, assim como a nossas próprias histórias,

4. O momento interativo se refere ao envolvimento das pessoas em suas determinadas atividades, momento a momento. Esse foco no que as pessoas estão fazendo *juntas naquele momento*, não é, entretanto, destituído dos recursos históricos, culturais disponíveis. Em outras palavras, a Construção Social, com o foco no momento interativo, não move todos os intercâmbios sociais nem a um nível de abstração tal que fosse como se houvesse pouco a informar aos participantes sobre como ir adiante, nem se move para tal nível singular de atividade que qualquer intercâmbio seja capaz de ser visto como a-histórico e/ou acultural.

de forma que isso nos permite ser responsivos e responsáveis pelo relacionamento (McNamee e Gergen, 1998). Existem muitas formas por meio das quais podemos pragmaticamente alcançar essa responsividade. Eu gostaria de identificar dois temas conversacionais que poderiam encorajar esse tipo de irreverência que proponho. Vamos olhar rapidamente esses temas e considerar como cada um pode ser útil ao se abordar o processo terapêutico como uma atividade conversacional e, assim, construir o potencial para várias práticas terapêuticas.

UTILIZANDO RECURSOS CONHECIDOS EM LUGARES DESCONHECIDOS

Tom Andersen (1991) fala sobre introduzir uma mudança que não seja nem tão grande nem tão pequena, mas apenas uma mudança suficiente. Ele faz eco à bem conhecida frase de Bateson, “a diferença que faz a diferença” (1972, p. 272). Aqui, quando falo de utilizar recursos conhecidos em áreas não conhecidas, estou sugerindo uma variação nesse tema comum. Todos nós carregamos muitas vezes, muitas opiniões diferentes, visões e atitudes – até com relação ao mesmo assunto. Essas vozes representam o acúmulo de nossos relacionamentos (atuais, imaginados, virtuais). Com efeito, nós carregamos o resíduo de muitos outros conosco: “Nós contemos multidões”. Ainda assim, a maioria de nossas ações, juntamente com as posições que adotamos em nossa prática de terapia, são unidimensionais. Elas representam apenas um pequeno segmento de tudo o que podemos fazer e dizer. O desafio é como reunir essas outras vozes, esses recursos conversacionais que são familiares, em um conjunto de relacionamentos e situações, e não em outro. Ao fazer isso, alcançamos a *diferença suficiente* proposta por Tom Andersen.

Utilizar recursos desconhecidos em contextos onde geralmente utilizamos nossos modelos conhecidos convida-nos a novas formas de envolvimento relacional com os outros. Se pensarmos em todas as nossas atividades como convites a diferentes construções relacionais, então podemos prestar atenção a como o uso de recursos particulares convida a certas respostas ou construções em relações específicas, e a diferentes respostas e diferentes construções em outros.

Deixe-me elaborar isso melhor, dando atenção, no momento, ao tema da identidade profissional.

Nós herdamos de nossa tradição uma expectativa (pressuposição) acerca do modo apropriado de ser um terapeuta profissional. Frequentemente vemos isso em alunos estagiários quando eles começam a atender clientes. É mais provável que eles falem sobre o que acreditam que um terapeuta *deveria* falar e ignorem, assim, aqueles recursos conversacionais que lhes são familiares. O conhecido torna-se alienado e o que anteriormente era alienado (por exemplo, a identidade do terapeuta) milagrosamente se supõe conhecido! Isso me lembra meu próprio treinamento clínico. Como pesquisadora do processo terapêutico, passei anos entrevistando famílias, casais e indivíduos sobre sua terapia. Depois de muitos anos como pesquisadora, decidi mergulhar e treinar para ser terapeuta. Quando finalmente iniciei meu treinamento, vi-me quase muda com os clientes. Não apenas eu tinha dificuldade para pensar nas perguntas a fazer (não importava quanto do tempo da pré-sessão fosse gasto em elaborar hipóteses e perguntas), mas eu estava constantemente me monitorando no *como* eu fazia as perguntas. Eu sempre ficava pensando sobre se o que eu tinha feito ou dito era “certo”, dado o meu novo papel como terapeuta. Eram minhas perguntas suficientemente circulares???

Um dia, enquanto estava com meu cliente, meus supervisores me chamaram para fora da sala. Eles fizeram uma pergunta muito simples: “Você fica confortável e confiante quando você entrevista as pessoas para a sua pesquisa?”. Minha resposta foi afirmativa. Eles disseram: “Então volte lá para dentro e aja como uma pesquisadora”. Esta diretiva foi tão libertadora para mim que eu esqueci meu medo de *agir como terapeuta* e simplesmente me envolvi em *conversação* com o cliente. O que percebi nesse momento foi como nossas tentativas para sermos bons profissionais podem, na verdade, inibir nossa habilidade de nos relacionarmos responsivamente (como profissionais) em nossas conversações com o cliente. Eu também me dei conta do benefício de utilizar um repertório conhecido em um contexto em que eu não esperava que pudesse servir como um recurso apropriado. Se pudermos encorajar a nós mesmos (e aos outros) a lançar mão dos

recursos conversacionais que já nos são conhecidos, talvez possamos agir de modos que são *apenas diferentes o suficiente* para convidar outros a algo diferente do velho padrão não desejado.

Esta idéia, acredito, é diferente daquilo que esperamos de nós mesmos como terapeutas. Esperamos (e nossos clientes esperam de nós) conversar dentro de uma série limitada e pré-legitimada de tópicos e termos. Essa série é ditada pela teoria dentro da qual temos a nossa prática. Assim, para o terapeuta comportamental, toda conversação é tirada do domínio de padrões aprendidos de comportamento e conceitos associados. A novidade em utilizar teorias ou modelos como formas de discurso é que fazer isso permite que nos envolvamos de um modo responsivo com nossos clientes. Estamos livres para abandonar a necessidade de convencer os clientes que nosso conhecimento de seus problemas não só emana de uma autoridade, como também é correto. Em vez disso, podemos nos envolver *com* nossos clientes construindo colaborativamente (mesmo se nossa parte da colaboração vem de uma posição *adquirida* de autoridade) modos alternativos de conversar e agir sobre e dentro das circunstâncias de sua vida.

FOCO NO FUTURO

O segundo tema que eu gostaria de propor, numa tentativa de realçar a irreverência, é acerca de abraçar a fantasia, o desconhecido e a incerteza do futuro. Eu não quero sugerir aqui, entretanto, que abandonemos nosso interesse no passado. Eu gostaria, antes, de propor que abracemos uma atitude do tipo “ambas/e”, mas que, nesse momento, coloquemos nossa atenção mais explicitamente no futuro. Se examinarmos o campo da terapia, podemos notar que muito da terapia de fala paira sobre o passado. Terapeutas e clientes exploram da mesma forma a história e a evolução dos problemas que os clientes trazem à terapia. Quando o problema começou? Há quanto tempo essa dificuldade vem acontecendo? Como você entende o problema? O que você acha que o causa? O que os outros dizem sobre ele (e você)? O que você fez para tentar resolvê-lo? As perguntas que os terapeutas fazem dirigem a conversação terapêutica na direção do passado, e é essa também a expectativa que muitos clientes trazem à terapia. A

maior parte das apresentações culturais de terapia (pensem nos filmes de Woody Allen, por exemplo) retrata o cliente e o terapeuta fechados em uma conversação sobre o passado (infância, adolescência, casamentos anteriores fracassados etc.).

Com tal ênfase nestas questões orientadas para o passado, há pouco espaço para se imaginar o futuro. O potencial para sedimentar o passado, e assim torná-lo estático e imutável, é tremendo. Provavelmente, mais importante que isso seja a lógica inerente no foco terapêutico sobre o passado. Ao focalizar no que já se tornou conhecido, inadvertidamente damos credibilidade aos modelos causais que são o marco da ciência moderna. Privilegiamos a lógica que reclama que o que aconteceu antes causa o que se segue.

Como uma construcionista, não quero necessariamente argumentar sobre uma desconexão entre passado, presente e futuro. Quero simplesmente levantar o tema da narração. O passado é sempre história. E todos sabemos que existem muitos meios de se contar uma história. Não apenas abrigamos muitas vozes, cada uma com um diferente conjunto de narrativas possíveis, mas outros envolvidos na mesma "história" vão muito provavelmente narrá-la de forma diferente. Assim, a causalidade do passado para o presente (e futuro implícito) vão dar diferentes voltas, iluminar diferentes traços, patologizar variados aspectos, dependendo de qual história é privilegiada.

Uma das razões pelas quais o discurso orientado para o futuro acentua a irreverência é que todos sabemos que ainda não *conhecemos* o futuro. Nós ainda não o materializamos. E dessa forma, na medida em que nos envolvemos *com os outros* na conversação sobre o futuro, sublinhamos a construção relacional de nossos mundos. Fabricamos juntos aquilo dentro do qual podemos viver. Nós nos liberamos para "misturar as coisas".

Não quero sugerir que falar do passado é emblemático de terapia "ruim". Não estou discutindo, por exemplo, se a terapia focada na solução de problemas é melhor que a psicanalítica. Em vez de privilegiar um modo particular de conversa e/ou temas particulares ou tópicos para terapia, o Construcionismo enfatiza a criação contextualizada e colaborativa de possibilidades, e *um modo* de

alcançar isso é com um discurso orientado para o futuro. A pergunta com a qual insisto que devemos nos envolver é como, na posição de terapeutas, nós podemos *imaginar* "misturar isso tudo".

TERAPIA FAMILIAR IRREVERENTE

Deixe-me revisar o que eu vejo como temas específicos que a irreverência levanta para a prática terapêutica. Primeiro, misturar teorias apresenta um desafio para as tradicionais noções do conhecimento do *expert* e da neutralidade profissional. Não é o caso dizer que os construcionistas não reconhecem a proficiência ou a autoridade. Os construcionistas, outrossim, chamam a atenção para a *inquestionável* *pressuposição* de que o terapeuta *deveria* ser a autoridade (e que é apenas graças ao conhecimento do terapeuta de um modelo que o sucesso terapêutico é alcançado). Eu gostaria de sugerir que a tarefa que temos em mãos é a de coordenação entre modelos. Lembrem minha ênfase em fazer pontes em oposição a uma ênfase em fazer discursos inadequados se tornarem adequados. Fazer pontes requer coordenação. E coordenação poderia incluir uma grande variedade de possibilidades. Poderia incluir, por exemplo, um falar sobre problema, diagnóstico, e uma atitude autoritária por parte do terapeuta. Também pode ser que ela exija do terapeuta adotar uma posição de parceiro conversacional que não sabe com certeza como compreender ou encontrar um sentido no problema do cliente. Além disso, pode envolver conversação sobre possibilidades, potenciais e ideais. A questão é que, na posição construcionista, não podemos saber com antecedência o que será uma prática terapêutica mais generativa para qualquer cliente.

Em segundo lugar, o Construcionismo levanta a questão do foco na conversação terapêutica. A terapia tradicional foca o passado para compreender o presente. A terapia com uma sensibilidade construcionista coloca seu foco no *momento interativo*: o passado, o presente e o futuro *como eles são narrados no presente*. Para esse fim, em vez de procurar oferecer aos clientes novos recursos para a ação, a terapia tenta ajudar os clientes a utilizarem os recursos conversacionais que eles *já possuem*, em novas e diferentes arenas

conversacionais. Além disso, a conversação terapêutica pode focalizar o futuro, assim como também o discurso sobre o ideal.

Finalmente, há uma diferença entre ignorar o passado (como é narrado) e valorizar a compreensão dos participantes sobre o passado como coerente, racional e legítima. Com os construcionistas argumentando a favor da atenção ao momento interativo, uma grande confusão emergiu acerca de *como* um terapeuta pode honrar o desejo do cliente, ou a falta dele, de focalizar o passado. *As falas sobre o passado sempre acontecem no presente*. Falar sobre o passado não é, para o construcionista, escavar as causas do problema do cliente. O passado precisa ser discutido enquanto o cliente achar que isso é relevante para ele contar sua história. E, quando isso, de fato, é relevante para o cliente, o terapeuta que vê a terapia como um processo de Construção Social pode explorar como se mover adiante a partir de um valor do passado (respeito pelo passado) para a criação de um futuro generativo.

IMPLICAÇÕES PARA O TERAPEUTA E PARA A TERAPIA COMO PROFISSÃO

Face aos modelos e métodos concorrentes, a tendência para escorregar naquele sentimento de estar mergulhando na incerteza é aumentada. As expectativas *estruturadas* de terapia que emergiram como resultado do cientificismo (simbolizado aqui pelo profissionalismo e, no campo em geral, pelas atuais demandas de práticas baseadas na evidência) têm aumentado a possibilidade de se adotar uma incerteza autodepreciativa (por exemplo, “a terapia sistêmica não é suficientemente rigorosa”). Alternativamente, a incerteza que está associada ao Construcionismo é a que convida à multiplicidade e, assim, convida terapeutas e clientes também a questionarem suas pressuposições e a explorarem recursos alternativos para a transformação pessoal, relacional e social. A incerteza convida à irreverência. Poderíamos chamar isso de *incerteza produtiva*. A incerteza produtiva nos encoraja a ser responsivos ao momento interativo. O terapeuta é então um parceiro da conversação que é livre para se mover dentro da relação de modo a aumentar as habilidades de ambos, terapeuta e cliente, para lançar mão de uma grande variedade de recursos conversacionais. O terapeuta não é

sobrecarregado pela necessidade de “acertar”, mas de ser *presente e responsivo*. Terapeuta e cliente tornam-se responsáveis um pelo outro. Ainda assim, responsabilidade, presença e responsividade de um para com o outro não são suficientes. Nossa conversação no contexto terapêutico pode ser melhor centrada em uma transformação mais ampla, comunitária. Nós, como terapeutas, convidamos clientes a tipos de relacionamentos que efetivamente transformam nosso modo de viver juntos coletivamente. Para esse fim, o Construcionismo sugeriria que nosso modo de compreender o termo *prática terapêutica* se expandisse para além do relacionamento terapeuta-cliente.

Meus comentários aqui levantam várias questões, questões que devem ser tratadas dentro da profissão. Isso inclui questões de avaliação, ética, especialidade e treinamento. Mas, por ora, deixem-me tratar de apenas duas: a avaliação e o treinamento. Quais são, por exemplo, as implicações de uma posição de irreverência associada à teoria e à prática para nossa avaliação do efeito terapêutico? Com a dominância da prática baseada na evidência, somos desafiados a explorar os meios pelos quais podemos dizer que nosso trabalho como terapeuta é bem-sucedido. Em vez de olharmos para modelos que guiam nossa prática, não poderíamos, antes, olhar de perto as conversações terapêuticas, a relação terapêutica, e construir (com nossos clientes e colegas) normas de avaliação sob medida para uma situação particular? É apropriado, poderíamos perguntar, empregar normas abstratas para um momento interativo específico (veja Larner, 2004, para uma excelente discussão sobre políticas de avaliação)? Obviamente, tal movimento requereria um completo repensar acerca de como nos envolvemos na avaliação. Contudo, mais importante ainda, o que significa avaliação? Quais padrões são utilizados? Para quais propósitos? Quem fica de fora? Larner (2004) assim coloca a questão: “[...] quem controla a definição de evidência e que tipo é aceito por quem”. Essas são questões dramaticamente importantes. O desafio para a Terapia Familiar como disciplina é mover-se para além da crítica da prática baseada na evidência e, em vez disso, ir ao encontro da atividade de avaliação. Criar normas, aplicar normas, testar vários modelos de Terapia Familiar contra as normas. Mas ter certeza de que as normas são tão fluidas e flexíveis

como as atividades contextualizadas às quais elas são aplicadas (por exemplo, o tratamento terapêutico). Participação na avaliação, em vez de crítica desligada, é ainda outra elaboração da irreverência.

O treinamento, além disso, requer séria reflexão. Só podemos ser irreverentes *depois* de sermos bem treinados dentro de um modelo teórico? A irreverência *requer* dedicação inicial ao estudo e prática de um modelo? Qual é a distinção entre ser devotado a um modelo ou teoria e “manter-se no seu próprio”, como Zediker e Stewart (2002) sugerem? Só podemos ser irreverentes uma vez que tenhamos trabalhado com um número de diferentes clientes em um diferente número de contextos? Como criar programas de treinamento que construam a liberdade de “misturar as coisas” no contexto das experiências dos estagiários? Essas são perguntas muito difíceis com mais de uma resposta.

Se nos aproximarmos da idéia de irreverência em si, poderemos reconhecer que não há um modo singular de preparar uma pessoa para se tornar um terapeuta, assim como não há um método singular de avaliação. Talvez a irreverência como metáfora nos lembre não apenas de misturar as coisas, mas também de reconhecer o risco nas próprias práticas simples nas quais nos envolvemos. O risco de questionar que normas e quais práticas são utilizadas para avaliar o sucesso da terapia, assim como o risco de questionar o que vai contar como um programa de treinamento generativo, emerge da posição de irreverência. Eu convido a todos nós para sermos irreverentes, para reacendermos o espírito revolucionário da Terapia Familiar, em uma tentativa de construirmos uma atitude de inclusão na teoria e na prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSEN, T. (Ed.) (1991). *The reflecting team*. New York: Norton.
 ANDERSON, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: a postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
 BARRETT, F. (1997). *Personal communication*.
 BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballentine.
 CECCHIN, G.; LANE, G.; RAY, W.A. (1992). *Irreverence: a strategy for therapists' survival*. London: Karnac Books.

- BERNSTEIN, R. (1985). *Beyond objectivism and relativism*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
 DE SHAZER, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
 HAACK, S. (1997). *Science, scientism, and anti-science in the age of preposterism*. *Skeptical Inquirer Magazine*, 21.
 HEIDEGGER, M. (1971). *On the way to language*. New York: Harper and Row.
 HOFFMAN, L. (2002). *Family therapy: an intimate history*. New York: Norton.
 HOFFMAN, L. (1998). *Setting aside the model in family therapy*. *Family Process*, 24: 145-156.
 ISAACS, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together*. New York: Doubleday.
 KEENEY, B.P. (1983). *The aesthetics of change*. New York: Guilford Press.
 LARNER, G. (2004). *Family therapy and the politics of evidence*. *Journal of Family Therapy*, 26:17-39.
 MCNAMEE, S. (2004). *Therapy as social construction: back to basics and forward toward challenging issues*. In: STRONG, T.; PARE, D. (Eds.), *Furthering talk: advances in the discursive therapies*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
 MCNAMEE, S.; GERGEN, K.J. (1998). *Relational responsibility: resources for sustainable dialogue*. London: Sage.
 _____ (Eds.) (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.
 MILLER, S.D.; DUNCAN, B. L. (2000). *Paradise lost: from model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work*. *Journal of Systemic Therapies*, 19: 20-35.
 MINUCHIN, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
 PALAZZOLI, M.S.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, J. (1978). *Paradox and counterparadox: a new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. New York: Jason Aronson.
 POCOCK, D. (1995). *Searching for a better story: harnessing modern and postmodern positions in family therapy*. *Journal of Family Therapy*, 17:149-173.
 RORTY, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. New Jersey: Princeton University Press.
 SAMPSON, E.E. (1993). *Celebrating the other*. San Francisco: Westview Press.
 SEIKKULA, J.; ARNKIL, T.; ERIKSSON, E. (2003). *Postmodern society and social networks: Open and anticipation dialogues in network meetings*. *Family Process*, 42: 185-200.
 STEWART, J. (Ed.) (1996). *Beyond the symbol model: reflections on the representational nature of language*. New York: State University of Albany Press.

- STEWART, J.; ZEDIKER, K. (2002). *Dialogue as tensional, ethical practice*. *Southern Communication Journal*, 65(2/3), 224-242.
- WHITAKER, C. A.; KEITH, D.V. (1981). Symbolic-experiential family therapy. In GURMAN, A.S.; KNISKERN, D.P. (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 187-225). New York: Brunner/Mazel.
- WHITE, M.; EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- WITTGENSTEIN, L. (1953). *Philosophical investigations*. New York: Macmillan.

Sheila McNamee é Ph.D. Professora de Comunicação do Departamento de Comunicação Universidade de New Hampshire Durham, New Hampshire 03824 USA. E-mail: sheila.mcnamee@unh.edu

Claudia Bruscin é Psicoterapeuta familiar; Professora no curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal do NUFAC/COGAE; supervisora clínica da UNIP; Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Rua João de Souza Dias 757-181, Campo Belo, São Paulo, 04618-003. E-mail: claudiabbs@uol.com.br

Rosa Maria Macedo Stefanini é Doutora em Psicologia; Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Família e Comunidade do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP; Coordenadora do curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal da PUC-SP; Terapeuta de família e casal. E-mail: romacedo@pucsp.br