

- Mathieu (M.), Bergeron (G.) — 1981 — Piagetian Assessment on Cognitive Development in Chimpanzee (*Pan troglodytes*) — in: A. B. Chiarelli & R. S. Corruccini, eds., *Primate Behavior and Sociobiology*, 142-147, Berlin (Springer).

Montagney (H.) — 1978 — *L'enfant et la communication*, Paris (Stock).

Nash (V.J.), Chamove (A.S.) — 1981 — Personality and dominance Behaviour in Stumptailed Macaques — in: A. B. Chiarelli & R. S. Corruccini, eds., *Primate Behavior and Sociobiology*, 88-92, Berlin (Springer).

Qulett (D.) — 1976, abstract — Social dynamics of rhesus monkey groups — in: *Animal Behaviour Abstracts*, London (Information Retrieval).

Richards (S.M.) — 1974 — The concept of dominance and methods of assessment — *Anim. Behav.*, 22, 914-930.

Sade (D.S.) — 1967 — Determinants of dominance in a group of free-ranging rhesus monkeys — in: S. A. Altmann, ed., *Social Communication among Primates*, 99-114, Chicago (Univ. of Chicago).

Seyfarth (R.M.) — 1977 — A model of social grooming among adult female monkeys — *J. Theor. Biol.*, 65, 671-698.

Soczka (L.), Vieira (A.B.) — 1981 — Agressão e contra-agressão: para uma leitura etiológica dos caminhos da violência — *Psicologia*, 2 (4), 285-317.

Vieira (A.B.) — 1979 — *Psiquiatria e Etiologia*, Lisboa (tese da Fac. Med.).

Vieira (A.B.) — 1980 — A relação médico-doente numa perspectiva etiológica — *Psiquiatria Clínica*, 1 (1), 13-19.

Vieira (A.B.) — 1981 — Ethologie et Psychiatrie: phylogénie des comportements et structure des psychoses — *Aprendizagem/Desenvolvimento* (rev. internac. Instituto Piaget), 1 (2), 51-57.

Vieira (A.B.) — 1982 — *Etiologia e Ciências Humanas*, Lisboa (Imprensa Nac.), em publicação.

Waal (F.B.M.), Hoekstra (J.A.) — 1980 — Contexts and Predictability of Aggression in Chimpanzees — *Anim. Behav.*, 28, 929-937.

## **UMA ABDORDAGEM SISTÉMICA FAMILIAR NO HOSPITAL DO**

**14 - CONDE DE S. P. E. (Nota Prévia)** - Onde se encontra o original da nota de que fala o Dr. José Joaquim da Cunha, na qual se lhe pede que o Conselho de Estado o nomeasse para ser o seu substituto no cargo de Ministro das Relações Exteriores? A. Santos Pereira e Colab.

Antes de mais, gostaria de explicar porque é que esta comunicação não corresponde inteiramente ao resumo que vem impresso. De facto, preferiria falar da experiência que temos das abordagens familiares que vimos fazendo no Hospital do Conde de Ferreira desde há cerca de três anos. No entanto, porque mais ninguém aborda este tema nestas «Jornadas», já que é muito variável a formação das pessoas que nelas participam e por esta ser uma abordagem terapêutica (e epistemológica) nova — logo, eventualmente desconhecida de uma parte importante das pessoas — decidi iniciar a exposição com algumas considerações teóricas que situem as abordagens sistémicas, após o que tecerei alguns comentários relacionados com a intervenção numa família que seguimos em terapia.

Por isso não restará tempo para reflectirmos sobre a equipa terapêutica, que é constituída, além de mim, por Psicólogos (Anne-Marie Fontaine, Fernanda Leopoldina Viana, Isabel Soares, Maria Emilia Costa, Marina Serra de Lemos e Teresa Costa) e pela Assistente Social Maria de Fátima Costa, de resto a última a entrar para a equipa e a única que, além de mim, pertence ao «staff» do Hospital.

Um agradecimento especial quero deixar ao Dr. Mário César Ribeiro, Director Clínico da 5.<sup>a</sup> Enfermaria de Homens, onde trabalhamos, pelo apoio, explícito e implícito, que nos tem dado. Também aos outros Médicos do Serviço, pela sua ajuda. Seria injusto não

englobar neste agradecimento os Enfermeiros e outros funcionários da Enfermaria de Homens e todos os Colegas que nos têm apoiado, nomeadamente solicitando a nossa intervenção que nos têm sido concedidas pela Direcção Clínica e pela Direcção do Hospital do Conde de Ferreira.

Posto isto, creio que importará situarmos um pouco as abordagens terapêuticas familiares e os motivos porque as fazemos. Afinal, De facto, a nossa experiênciaaconselha-nos a pensar que há situações em que um doente manifesta sintomas daquilo que podemos chamar disfunção familiar. Esses sintomas podem inclusivamente servir para equilibrar o sistema familiar, embora esse equilíbrio seja «patológico» porque se faz à custa do sofrimento de um — ou alguns — dos seus membros.

Ao trabalharmos em Saúde Mental apercebemo-nos que um doente é quase sempre — em proporções variáveis; mas eventualmente previsíveis após uma ou algumas entrevistas — um «doente» (no que isto tem de causalidade intrapsíquica ou mesmo «endógena»); alguém que é designado como doente (pelos familiares, amigos, médicos...); e alguém que a si próprio se designa (ou não — diz-se então em linguagem psiquiátrica tradicional que «não tem crítica»...) como tal.

Por outras palavras, tendemos a encarar a doença em si, na forma como ela modifica as relações do seu «portador» com os outros e na forma como modifica as relações do doente consigo próprio. A doença é frequentemente uma forma de comunicar, uma mensagem (quando não uma arma) primariamente destinada a negociar conflitos, como acontece tipicamente com os sintomas histéricos, mas não só.

Pensamos, portanto, que intrapsíquico e relacional interactuam permanentemente, parecendo-nos ter maior peso — caso a caso feita a análise — uma ou outra destas valências. Se o componente relacional se nos afigura importante, podemos, então, decidir-nos por uma abordagem sistemática, nomeadamente familiar.

Uma mudança epistemológica fundamental nas abordagens sistemáticas consiste em abandonar-se o modelo linear causa-efeito, uma visão causal das doenças psíquicas (modelo médico; modelo psicanalítico...) e substituí-lo por uma visão sistémica, ecológica, em que a realidade se torna «circular» e interactiva. Não se pensa, então, que

o comportamento de A é provocado pelo comportamento de B, ou seja, por exemplo, «a mãe está deprimida porque o filho se droga», ou «tem insucesso escolar porque é rejeitado pela família». A realidade não obedece a esta simplicidade reducionista. Cada transacção (interacção, comunicação, seja verbal ou não verbal) de um membro é a resposta às transacções anteriores e induz, nos outros membros do sistema, transacções necessariamente diferentes pelo facto de esta ter acontecido. Num sistema, todos interactuam com todos numa «circularidade» cuja sequência pode ser percebida se se estiver atento e desperto para esta realidade.

Tomando como exemplo o comportamento toxicodependente de um adolescente, não se procura apenas o que parece «justificá-lo», mas também a cadeia circular de fenómenos ligados a esse comportamento, como, por exemplo:

— O que é que ele induz no meio (que modificações, que reacções?...); de que forma as respostas do meio (familiar, escolar, do grupo de amigos...) contribuem para manter ou para extinguir esse comportamento; o que é que esse comportamento pode evitar, ou seja, qual será a sua função sistémica (pode, por exemplo, evitar o processo de autonomização do adolescente, ou/e a separação entre os pais, que, apesar de uma relação frustrante e hostil, encontram na «droga» o inimigo comum que os une, a possibilidade de estarem de acordo em relação a algo importante, relegando para segundo plano as suas tensões e incompatibilidades); porque é que, naquela família, parece necessário impedir a automatização daquele membro? que é que há na história da família que faça entender isso?; que é que, na história individual dos seus membros justifica este medo da separação; que benefícios subjectivos e que incómodos cada um dos membros retira desta situação?

Enfim, muitas outras «perguntas» se fazem (não directamente, mas através da interacção dos terapeutas com a família) e muitas «respostas» surgem aquando dessa interacção, dando-nos ideias sobre as hipóteses de intervenção possíveis.

Cada indivíduo — doente ou não — é sempre alguém que pertence a sistemas, sendo a família um dos sistemas «naturais» nas culturas ocidentais. De facto, ela é o sistema natural tendente a pro-

moverão o desenvolvimento físico e psicossocial dos seus membros, assim como a sua socialização e autonomização, isto é, a sua relação cada vez mais livre com outros sistemas. A família é também importante como transmissor de padrões culturais, assegurando uma certa continuidade entre as gerações. É por isso que tem defensores acérrimos e inimigos impenitentes entre os políticos, consoante o seu posicionamento pessoal e ligação ao Poder. Não se fazem revoluções duráveis sem subverter a cultura e não se subverte a cultura sem se subverter a instituição familiar...

Passemos, então, a analisar a família como um sistema. Ela é, nesta perspectiva, um sistema em interacção, ou seja um todo orgânico que articula os componentes individuais e os supera — fazendo com que o todo não possa ser entendido meramente como a soma das partes. O que é relevante numa óptica sistémica não é cada unidade isoladamente vista, mas em que medida a mudança de uma unidade foi precedida (ou é seguida) por mudanças noutras unidades.

A família é, portanto, um sistema (em que há trocas entre os seus membros) aberto, isto é, em interacção com outros sistemas (família alargada, vizinhos, escola, amigos, grupos culturais e recreativos, etc.).

Cada grupo social é um sistema constituído por múltiplos subsistemas em relação dinâmica. Cada sistema é, por outro lado, subsistema de sistemas mais vastos (por exemplo, uma família é um dos subsistemas que constituem esse outro sistema mais alargado que é o bairro onde se vive). Sem pretender resumir o que fica dito, creio que não é abusivo concluir que a família é um sistema entre sistemas (com regras próprias, mas submetida a pressões sociais).

A família é um sistema em constante transformação, ou seja, tem que adaptar-se às exigências das diferentes fases e acidentes do seu ciclo de desenvolvimento (mudanças intrassistémicas), assim como às modificações sociais (tensões extrassistémicas ou intersistémicas) de forma a poder assegurar cabalmente as suas funções, nomeadamente a sua continuidade e o crescimento físico e psicossocial dos seus membros. Este duplo processo de continuidade e crescimento desenvolve-se — é clássico dizê-lo — através do equilíbrio dinâmico de duas funções — a tendência homeostática (que tende a resistir às mudanças) e a

capacidade de transformação. Nem uma nem outra são em si docas, mas ambas são indispensáveis — a sua articulação que pode ser ou não justificada.

Exemplificando: há famílias que reagem a todas as mudanças, sejam quais forem, repetindo padrões transaccionais estereotipados, não ajustados como resposta a essa situação, em detrimento de padrões alternativos mais eficazes, por falta de flexibilidade — dizemos então que são famílias rígidas. Muitas famílias de doentes psicóticos parecem ter estas características e, pelo menos em alguns casos, não se nos figura abusivo fantasiar que a doença seja um mecanismo homeostático para garantir o equilíbrio difícil de um sistema perturbado.

Famílias flexíveis (creio que o mais pacífico conceito de normalidade em termos sistémicos) são as que conseguem ajustar-se às mudanças internas e externas, através de padrões transaccionais variáveis, alternativos, que não eram habitualmente usados mas pertenciam ao reportório de respostas disponíveis pelo sistema. Nestas famílias só se torna impossível ultrapassar as situações se estas forem provocadas por tensões inabitualmente fortes — nesse caso pode também ser necessária ajuda exterior (psicoterapêutica, económica ou qualquer outra, dependendo da situação).

A família é um sistema activo que se auto-regula por regras, por negociações implícitas e explícitas que vão acontecendo ao longo do tempo. As regras são passíveis de modificação pelo processo de ensaios e erros e permitem aos diferentes membros saberem, em cada momento, o que é aceitável e inaceitável na relação sistémica. Isto significa que se vai formando com a história da família um certo número de padrões transaccionais característicos daquela família, mas esses padrões não devem ser rigidamente fixados, antes devem ser susceptíveis de novas formulações e modificações ao longo do tempo, como resposta às mudanças intra ou intersistémicas.

A família é um sistema aberto em interacção com outros sistemas (bairro, escola, grupo sócio-profissional, família alargada, outros grupos sociais), actuando sobre eles e sendo por eles actuada. Por isso, escolher a família como alvo de intervenção terapêutica pode parecer (e é, em certas situações) uma escolha arbitrária e contestável, mas é, em nossa opinião razoavelmente lógica, se atendermos à importância

que os laços familiares têm na sociedade ocidental onde nos inserimos, e mais marcadamente ainda nos países latinos. Procuramos, no entanto, não perder de vista que conceptualizamos o sistema familiar como um subsistema de sistemas mais vastos — em última instância o do sistema sócio-político.

Aceitar estes pressupostos sistémicos é trabalhar com um modelo (psicopatológico, mas não só) conceptualmente diferente do habitual, em que o mundo dos processos intrapsíquicos é substituído pelo dos comportamentos interactivos, observados no seu contexto. A semiologia (o sintoma, que justifica a consulta e é tradução da patologia familiar, classicamente), pode ser trazida por algum dos seus membros, frequentemente criança ou adolescente — o doente designado. É isto que justifica, na prática, a intervenção.

Intervir significa interactuar com a família segundo diferentes perspectivas, catalizando as mudanças em termos de comunicação que permitam à família readquirir a capacidade de se autogerir com um mínimo de sofrimento individual ou colectivo, e de exercer cabalmente as funções que naturalmente lhe pertencem. Em última análise a intervenção deve visar sempre (sejam quais forem as estratégias escolhidas) devolver à família a possibilidade de, através das mudanças operadas, ser novamente capaz de tomar a seu cargo o seu próprio destino.

Nota: O Autor comentou seguidamente uma intervenção centrada numa família com um doente psicótico, durante o seu internamento e após a alta do Hospital do Conde de Ferreira, tentando assim concretizar, na prática, alguns tipos de estratégias possíveis. Naturalmente esses comentários seriam fastidiosos e quase impossíveis de sintetizar por escrito, motivo porque o A. se dispensa de os referir.

## PROGRES DANS LA THERAPEUTIQUE DES TROUBLES DU SOMMEIL

C. Derovesne \*

En dépit de l'importance, sans cesse croissante, de la littérature sur le sommeil et ses troubles, bien des éléments essentiels, comme la fonction du sommeil et de ses différences phases, nous échappent encore. Les enregistrements polygraphiques effectués dans les Laboratoires de Recherche sur le sommeil ont néanmoins permis une meilleure description du sommeil et de sa pathologie qui a débouché sur une classification plus précise et plus opératoire (1) de ces troubles. Bien que ces études aient souligné la fréquence relative des somnolences diurnes excessives, le problème pratique reste dominé par les difficultés à initier et à maintenir le sommeil, c'est-à-dire les insomnies, auxquelles cet exposé sera limité. Les plaintes concernant un défaut de quantité ou de qualité du sommeil atteignent la dimension d'un phénomène social du fait de leur fréquence et de la consommation médicamenteuse qu'elles entraînent (5). En pratique psychiatrique ces troubles sont particulièrement importants puisqu'ils sont observés chez 31 à 75 % des malades. Les progrès effectués dans la thérapeutique de ces malades insomniaques sont liés à trois phénomènes: la meilleure connaissance du mécanisme des insomnies grâce aux enregistrements polygraphiques, les travaux sur les

\* Professeur de Neurologie; Clinique des Maladies du Système Nerveux  
Hôpital de la Salpêtrière  
Paris