

The background of the cover features a large, abstract, circular design on the left side. It consists of several concentric rings in shades of brown, tan, and white, resembling a cross-section of a tree trunk or a spiral. The right side of the cover is a solid, light gray color. The title is positioned in the upper left, within a white rectangular area.

Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: teoria, prática e pesquisa

**Tales Vilela Santeiro
Beatriz Silverio Fernandes
Waldemar Jose Fernandes
(Organizadores)**

Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina

Organizadores

Tales Vilela Santeiro

Beatriz Silverio Fernandes

Waldemar Jose Fernandes

Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: Teoria, prática e pesquisa



Clínica Psicológica
Universidade Estadual de Londrina

2021

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C641 Clínica de grupos de inspiração psicanalítica [livro eletrônico] : teoria, prática e pesquisa /organizadores: Tales Vilela Santeiro, Beatriz Silverio Fernandes, Waldemar Jose Fernandes. – Londrina : Clínica Psicológica, 2021.

1 Livro digital : il.

Vários autores.

Inclui bibliografia e índice

Disponível em:

<http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/publicacoes.php>

ISBN 978-65-994588-0-4

Bibliotecária: Solange Gara Portello – CRB-9/1520

**Clínica de grupos de
inspiração psicanalítica:
Teoria, prática e pesquisa**

Comitê Editorial:

Amanda Lays Monteiro Inácio – Faculdade Tecnológica do Vale do Ivaí, Ivaiporã, Paraná.

Ananda Kenney da Cunha Nascimento – Universidade Positivo - Faculdade Positivo de Londrina (FPL), Londrina, Paraná.

Heloisa Aguetoni Cambuí – Centro Universitário Filadélfia, Londrina, Paraná.

Maíra Bonafé Sei – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná.

Mary Yoko Okamoto – Universidade Estadual Paulista, Campus Assis, Assis, São Paulo.

Equipe de criação de capa e *design*: Sara Santos Dias Costa, Renata Cristina Ribeiro Leandro, Alícia Soares Siqueira e Vitória Aparecida Ferreira dos Santos.

Criação de capa: Sara Santos Dias Costa.

Revisão técnica: Tales Vilela Santeiro, Waldemar José Fernandes e Beatriz Silverio Fernandes.

Normalização textual: Tales Vilela Santeiro.

Tudo o que foi organizado nestes capítulos tem a ver com a vida pessoal e profissional de cada um de nós, fundamentalmente nossos familiares, analistas, supervisores e professores que tivemos pela vida, os quais deixaram sementes importantes e nos ajudaram e ajudam a pensar. A eles, nossa gratidão.

Agradecemos, ainda, a todos os autores dos capítulos, aos estudantes, pesquisadores e pesquisados, aos que contribuíram para a concretização do livro, especialmente à comissão editorial e à Editora da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina, e a todos os pacientes e demais pessoas atendidas por nós, que nos propiciaram a oportunidade de refletir e produzir esta obra.

Somos igualmente gratos aos leitores, a quem esta produção se dirige, que nos deram motivação para que funcionássemos como um grupo.

Os Organizadores

Prefácio

Caro leitor:

Em primeiro lugar quero parabenizá-lo por ter adquirido este livro. Estou certo de que, ao lê-lo, sentir-se-á tão privilegiado quanto eu próprio me senti quando o li.

Este livro é, ao mesmo tempo, um Tratado, um Manual e uma obra de referência no panorama atual das psicoterapias de grupo.

O livro é completo. Não é apenas sobre teoria; não é apenas sobre técnica; não é apenas sobre investigação – é sobre tudo isso e muito mais.

É um livro escrito a muitas mãos, uma verdadeira obra de grupo. Os seus autores têm formações e experiências variadas e abordam temas muito diversos, mas há uma linha comum e uma coerência que conferem uma base consistente à obra. Para que tal fosse possível, foi fundamental o trabalho de Tales Vilela Santeiro, Beatriz Silverio Fernandes e Waldemar José Fernandes, que – como organizadores, editores e também autores – conseguiram de forma harmoniosa dar corpo àquela coerência.

Os três primeiros capítulos mostram isso mesmo e, ainda, constituem como que uma matriz no seio da qual se vão desenvolvendo os diferentes temas que compõem o livro. Exemplifico: Beatriz Fernandes (no capítulo 1, *Psicoterapia de Grupo: sua origem, seus caminhos*) mostra-nos, com uma linguagem clara e acessível, as origens, os fundamentos teóricos e práticos e o desenvolvimento das psicoterapias de grupo em todos os países em que estas se implementaram. No sentido de proporcionar um estudo mais aprofundado do tema, o capítulo termina com referências bibliográficas e sugestões de leitura.

Waldemar Fernandes (em *Conceitos introdutórios sobre grupalidade e psicanálise vincular*, capítulo 2) apresenta aos leitores uma série de conceitos e noções básicas que facilitam a leitura e a compreensão dos restantes capítulos. Waldemar Fernandes e Tales Santeiro (em *Proposta introdutória de classificação do trabalho grupal*, capítulo 3) fazem uma exegese daquilo que é um grupo, classificando os diferentes grupos existentes (em função da sua

natureza e finalidade) em operativos, psicoterapêuticos e de pesquisa, numa sistematização muito clara e didática. Finalmente, os três autores debruçam-se sobre o importantíssimo tema da formação – alicerce seguro e fonte de renovado saber da identidade, do ofício e da arte de ser psicoterapeuta (capítulo 4).

Ao longo do livro é dada ênfase à influência e aos contributos que vários autores tiveram no desenvolvimento e na identidade dos grupos analíticos. De entre os mais representativos, são abordados Freud (por Rose Pompeu de Toledo; capítulo 5), Melanie Klein (por Waldemar Fernandes; capítulo 6), Bion (também por Waldemar Fernandes, em dois capítulos, com aprofundada fundamentação teórica e pertinentes ilustrações clínicas; capítulos 7 e 12), Winnicott (por Betty Svartman; capítulo 13) e Foulkes (por Alexandre Mantovani; capítulo 9).

São apresentadas, com fundamentação teórica e ilustrações clínicas, várias modalidades de psicoterapia de grupo, das quais saliento os grupos com finalidades operativas e psicoterapêuticas. Sobre os primeiros, Ismenia de Camargo e Oliveira apresenta o tema de acordo com as concepções de Pichon-Rivière (capítulo 8), e Solange Aparecida Emílio apresenta os grupos operativos mais especificamente, em duas modalidades, os grupos psicanalíticos de reflexão e os grupos psicanalíticos de discussão, que são usados como dispositivos de aprendizagem e intervenção em diferentes contextos, nomeadamente nos eventos do NESME (capítulo 14).

Sobre os segundos, menciono a perspectiva psicanalítica de grupo francesa, apresentada por Pablo Castanho, e a Grupanálise portuguesa (capítulos 11 e 10, respectivamente). Esta é apresentada por Isaura Manso Neto e César Vieira Dinis, ilustres representantes (e protagonistas) da Escola Portuguesa de Grupanálise. No capítulo de sua autoria são apresentados a história, os fundamentos, a evolução e as aplicações da Grupanálise e da Psicoterapia Analítica de Grupo, tal como foram concebidos por Eduardo Luís Cortesão e desenvolvidos e enriquecidos pelos seus continuadores. É feita também menção à teoria da técnica e aos mecanismos da acção terapêutica. Numa síntese muito bem elaborada, os autores apresentam o conteúdo do capítulo de forma muito completa, esclarecida e clara.

O livro contém outro interessante capítulo, muito enriquecido com ilustrações clínicas, sobre a teoria da técnica das grupoterapias psicanalíticas, de autoria de Beatriz Fernandes e Waldemar Fernandes (capítulo 16), e outro, também sobre técnica, abordando o início e o término da intervenção psicológica grupal, que tem como autores Cláudia Alexandra Bolela Silveira e Felipe Santos da Silva (capítulo 17).

O conhecimento teórico e técnico, bem como a experiência clínica dos autores do livro, permitiram a estes adaptar e aplicar os princípios da psicoterapia analítica de grupo a uma vasta gama de situações e pessoas. Esta nobre acção é da mais alta importância, pois permite ajudar uma população mais ampla e necessitada. São vários os capítulos que, como podemos ver a seguir, mostram isso mesmo. O capítulo 15, *Grupos com tempo e/ou objetivos limitados*, da autoria de Beatriz Silverio Fernandes, demonstra bem ao que me referi. A mesma autora apresenta outro texto ilustrativo: *Psicoterapia de grupo com crianças e adolescentes* (capítulo 18).

Ainda na população infantil, Rose Pompeu de Toledo tem um capítulo sobre grupos de crianças com transtornos mentais graves em instituição (capítulo 20). E, ainda nesse contexto, Amaury Tadeu Rufatto aborda a questão importantíssima dos grupos nas instituições (capítulo 23).

Marly Terra Verdi aborda uma outra questão, nem sempre devidamente valorizada: o atendimento a famílias de crianças doentes, neste caso com patologias do espectro autista (capítulo 19). Novamente em relação a pacientes adultos, mas ainda com a preocupação focada nos familiares, um grupo grande autores aborda o problema dos transtornos do comportamento alimentar (anorexia e bulimia), com muito úteis e esclarecedoras vinhetas clínicas: Manoel Antônio dos Santos, Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, Rosane Pilot Pessa, Raquel Borges de Moraes, Wanderlei Abadio de Oliveira, Jeferson Santos Araújo, Rodrigo Sanches Peres e Carolina Leonidas (capítulo 25).

Angela Hiluey, valorizando aportes da terapia familiar sistémica, reflete sobre sua importância numa perspectiva integrativa de abordagem e tratamento das famílias (capítulo 22). Numa abordagem diferente, Tânia Aldrighi Flake escreve um interessante texto sobre psicoterapia psicanalítica de casal (capítulo 21).

Ainda sobre a aplicação prática dos princípios da psicoterapia analítica de grupo, dois capítulos versam sobre patologias específicas: pacientes com dor crônica (Lazlo Antonio Ávila; capítulo 24), e alcoolistas e drogaditos (Sílvia Brasiliano, Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento, Livia Maria Amaral de Brito e Patricia Ely; capítulo 26).

A questão da pesquisa em grupos (e a importância da sua dimensão operativa) ocupa também um lugar relevante, como mostram Tales Vilela Santeiro, Guilherme Faria Ribeiro, Beatriz Lacerda Caetano, Gabriela Borges Carvalho, Gabriella Oliveira Arantes Coelho, Renata Cristina Ribeiro-Leandro, Anna Beatriz Barbosa de Souza Peralta e Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha (capítulo 27).

Todos os capítulos referidos estão apresentados em uma linguagem clara e acessível, bem fundamentados teoricamente e muitos deles bem ilustrados com vinhetas clínicas.

Permita-me, caro leitor, uma nota pessoal, antes de finalizar. Fiquei muito feliz com o convite que me foi endereçado pelos organizadores desta excelente obra. À honra que me deram foi somada a oportunidade de poder dar um pequeno contributo para o intercâmbio científico, a cooperação e o convívio afetivo entre os colegas e leitores dos nossos países, que começou há já muitos anos e culminou em três dias (16 a 18 de agosto) do ano de 1991, em São Paulo. Foi nessa altura que aconteceu o *I Encontro de Grupanálise, Psicoterapia de Grupo e Saúde Mental de Língua Portuguesa*, e, desde aí, não mais o intercâmbio parou – e em 2021 já vamos ter oportunidade de participar no *XV Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo*.

A Tales Santeiro, Beatriz Fernandes e Waldemar Fernandes, o meu mais profundo e sentido agradecimento.

Para finalizar, recomendo vivamente este livro a psicólogos, psiquiatras e todos os técnicos de saúde mental. Todos ficaremos mais enriquecidos por podermos aprender com os ensinamentos e a experiência generosamente transmitidas pelos autores do livro.

Como todos os textos estão escritos de forma clara e didática, e como os temas são de interesse universal, pais, educadores e público em geral podem encontrar nesta excelente obra uma esperança e um alento

para ajudarem todos aqueles de quem cuidam e por quem nutrem genuína dedicação.

João Carlos Melo
Médico psiquiatra, psicoterapeuta e grupanalista.
Membro titular didata da Sociedade Portuguesa
de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de
Grupo, *full member* da Group-Analytic Society
International e Assistente Graduado do Hospital
Fernando Fonseca, onde exerce as funções de
Coordenador do Hospital de Dia do Serviço de
Psiquiatria.

Apresentação: aprender, viver e pensar grupos

Beatriz Silverio Fernandes, Tales Vilela Santeiro e Waldemar José Fernandes

Por um lado, a casualidade parece ser onipresente e poderosa no dia a dia. Por outro lado, há quem diga que o acaso não existe. De qualquer maneira, este livro nasceu em uma conversa com cafezinho no intervalo do VI Congresso da SPAGESP, XII Jornada do NESME, e VI Encontro de saúde mental da região de Ribeirão Preto, em agosto de 2018. O tema do evento era *Desafios do trabalho grupal* – quem sabe, o disparador para a concepção desta publicação.

Durante o cafezinho, refletimos que o livro *Grupos e configurações vinculares*, coorganizado por Waldemar Fernandes, Betty Svartman e Beatriz Fernandes, era muito utilizado no país, como fonte bibliográfica e orientação para quem se interessava por grupos, principalmente em saúde e educação. Entretanto, àquela época, o livro se encontrava esgotado; afinal, havia sido editado há mais de 15 anos. Nessa conversa, constatamos, ainda, que há carência de obras sobre pesquisas em grupos, publicadas em livros de caráter didático e em língua portuguesa.

Com isso em mente, passamos a elaborar um projeto sobre o trabalho e a pesquisa com grupos, que engendrou este volume. Miramos desde o estudante de graduação, mas também procuramos contemplar aquele mais familiarizado com esse campo. Convidamos clínicos da prática privada e institucional que são referências em suas áreas de atuação e pesquisa a colaborar, o que foi feito com empenho e espírito parceiro. Dessa forma, tanto os iniciantes quanto os mais experientes poderiam recuperar contribuições fundamentais que inspiram a prática e a investigação no campo dos processos de grupo. Desde agora convidamos o leitor a adentrar esta proposta e esperamos que isso provoque diálogos que ponham a obra e seus autores em movimento.

Cabe dizer que de agosto de 2018 até os dias atuais muito transcorreu. Não poderíamos deixar de mencionar a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (COVID-19), que chegou e se alojou entre nós de modo avassalador. Sem pedir licença, entrou em nossas casas e em nossas instituições mundo afora. A humanidade toda passou e tem passado, desde fevereiro de 2020, por um momento histórico inédito nos últimos 100 anos, no tocante à saúde pública mundial. E houve impactos dessa situação na organização e na finalização desta obra, retardando-a em relação ao projeto original. Imaginávamos que ela seria publicada no primeiro semestre de 2020. Entretanto, pausas, silêncios, vida e trabalho na modalidade remota, mortes e violências – mais ou menos próximas de cada um de nós – também atravessaram os caminhos dos autores e dos organizadores.

Há incertezas e dores por serem compreendidas, porque a pandemia não afetou ou afeta *apenas* os nossos pacientes ou os usuários dos serviços que oferecemos; ela nos atinge tanto e quanto. Há revisões em teorias e técnicas que estão a acontecer e deverão se manter em andamento. Não seremos mais as mesmas pessoas, os mesmos pacientes e psicoterapeutas.

O trabalho com grupos não passou ou tem passado ileso, portanto. Se afastarmo-nos uns dos outros foi e é medida sanitária de segurança, para preservação da vida, como propor encontros grupais? Assim, esperamos que, por meio do livro, o leitor também possa problematizar esse cenário inaugurado em 2020 e seus impactos sobre os processos grupais. Muito há o que ser feito, discutido e (re)inventado.

Em termos estruturais, o livro foi desenhado para cobrir aspectos fundamentais dos trabalhos grupais, desde os teóricos até os técnicos e práticos. Cada capítulo foi organizado para ser lido em separado; entretanto, em alguns momentos o exercício de revisitar certas contribuições em capítulos distintos será inevitável. Esperamos que o livro seja útil e que possa inspirar novas formas de aprender, viver e pensar grupos.

Sumário

Sobre os Autores	19
1. Psicoterapia de grupo: sua origem, seus caminhos	31
Beatriz Silverio Fernandes	
2. Conceitos introdutórios sobre grupalidade e Psicanálise	
Vincular	43
Waldemar José Fernandes	
3. Proposta introdutória de classificação do trabalho grupal	53
Waldemar José Fernandes e Tales Vilela Santeiro	
4. Formação de psicoterapeutas e coordenadores de grupo de	
inspiração psicanalítica: Clínica de grupos na Saúde e na	
Educação	67
Beatriz Silverio Fernandes, Tales Vilela Santeiro e Waldemar José Fernandes	
5. Freud: o mito da horda primitiva e o vínculo intersubjetivo do	
grupo	93
Rose Pompeu de Toledo	
6. Contribuições da teoria kleiniana para a compreensão dos	
fenômenos grupais	107
Waldemar José Fernandes	
7. Contribuições de Bion para o estudo e o trabalho com grupos	125
Waldemar José Fernandes	
8. Teoria e técnica dos grupos operativos segundo Enrique	
Pichon-Rivière	141
Ismenia de Camargo e Oliveira	
9. A grupanálise de Foulkes: fundamentos teóricos e técnicos	157
Alexandre Mantovani	
10. Grupanálise e psicoterapia analítica de grupo: contribuições da	
Escola Portuguesa	175
Isaura Manso Neto e César Vieira Dinis	

11. Sobre a perspectiva psicanalítica de grupo francesa: três importantes aportes	205
Pablo Castanho	
12. Mais alguns conceitos bionianos importantes para a psicanálise das configurações vinculares	225
Waldemar José Fernandes	
13. Winnicott: estimulador da criatividade – o grupo como fenômeno transicional	261
Betty Svartman	
14. Grupos Psicanalíticos de Reflexão e Discussão enquanto modalidades de Grupos Operativos	281
Solange Aparecida Emílio	
15. Grupos com tempo e/ou objetivos limitados	305
Beatriz Silverio Fernandes	
16. Aspectos da teoria da técnica das grupoterapias psicanalíticas	317
Beatriz Silvério Fernandes e Waldemar José Fernandes	
17. O início e o término da intervenção psicológica grupal.....	351
Cláudia Alexandra Bolela Silveira e Felipe Santos da Silva	
18. Psicoterapia de grupo com crianças e adolescentes.....	365
Beatriz Silverio Fernandes	
19. Atendimento a famílias de crianças dentro dos Transtornos do Espectro Autístico.....	383
Marly Terra Verdi	
20. Grupos de crianças com transtornos mentais graves: atendimentos em instituições públicas de saúde	399
Rose Pompeu de Toledo	
21. Psicoterapia psicanalítica de casal: teoria, prática e pesquisa	415
Tânia Aldrighi Flake	
22. Terapia familiar: pensamento sistêmico na perspectiva integrativa.....	437
Angela Hiluey	
23. Grupos nas instituições.....	461
Amaury Tadeu Rufatto	

24. Dor e sofrimento: psicoterapia grupal para pacientes com dor crônica	483
Lazslo Antonio Avila	
25. <i>O que ela tem de ruim na cabeça dela?</i> Processo grupal de orientação psicanalítica com familiares de pacientes com anorexia e bulimia	493
Manoel Antônio dos Santos, Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, Rosane Pilot Pessa, Raquel Borges de Moraes, Wanderlei Abadio de Oliveira, Jeferson Santos Araújo, Rodrigo Sanches Peres, Carolina Leonidas	
26. Psicoterapia psicanalítica de grupo com alcoolistas e drogaditos	523
Silvia Brasiliano, Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento, Livia Maria Amaral de Brito, Patricia Ely	
27. Processos de pesquisa e(m) grupos: ser ou não ser operativo?.....	547
Tales Vilela Santeiro, Guilherme Faria Ribeiro, Beatriz Lacerda Caetano, Gabriela Borges Carvalho, Gabriella Oliveira Arantes Coelho, Renata C. Ribeiro-Leandro, Anna Beatriz Barbosa de Souza Peralta, Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha	
Índice remissivo	565

Sobre os Autores

Alexandre Mantovani. Graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2002), mestrado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2006), especialização em Psicologia Clínica pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia), 2009, doutorado em Ciências, área de concentração Psicologia, pela FFCLRP-USP (2011). Atuou como docente colaborador no Departamento de Serviço Social da UFSCar, onde realizou atendimentos à população universitária. Também atuou como docente da EERP-USP, onde ministrou disciplinas de Antropologia da Saúde e Sociologia. De 2006 à 2011 dirigiu o curso de Especialização em Psicoterapias Analíticas Grupais da SPAGESP. Atualmente exerce a prática de psicoterapia psicanalítica com enfoque vincular (psicanálise das configurações vinculares) em consultório particular, para adultos, adolescentes e também atendimentos de casais e família. Realiza supervisões de atendimentos individuais e de grupos e presta análise institucional. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9679484817363669>

Amaury Taden Ruffatto. Graduação em Psicologia (1983). Professor do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME). Interlocutor de Saúde Mental da Coordenadoria Regional Sul de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (1989 a 1990; e 2001 a 2004). Interlocutor de Saúde Mental da Supervisão Técnica de Saúde de Santo Amaro, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2005). Coordenador do CAPS - IJ de Santo Amaro (1990 a 1995; e 2001 a 2006).

Angela Hiluey. Graduação em Psicologia, doutorado em Educação pela Universidade de São Paulo (2004) e pós-doutorado em Terapia Familiar (Barcelona, Espanha, 2007), psicoterapeuta de casal e família; Diretora, docente e supervisora no Centro de Estudos da Família Itupeva, escola associada à Rede Europeia e Latino-Americana das Escolas Sistêmicas e

parceira da Facon. Currículo Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/0312303585136907>

Anna Beatriz Barbosa de Souza Peralta. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), membro do Grupo de Pesquisa *Clínica Psicanalítica: brincar aprender pensar* (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e estagiária do Serviço-Escola da UFTM (Centro de Estudos e Pesquisa em Psicologia Aplicada- CEPPA). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7686713707212999>

Beatriz Lacerda Caetano. Graduação em Psicologia pela Universidade de Uberaba, Especialização em Psicologia Jurídica (2013) e em Regulação em Saúde no Sistema Único de Saúde (2015). Mestrado em Psicologia (2020) pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), membro do Grupo de Pesquisa *Clínica Psicanalítica: brincar aprender pensar* (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Exerce função de Analista em Regulação e Auditoria do SUS na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4585395636872737>

Beatriz Silverio Fernandes. Graduação em Psicologia pelo Instituto Metodista de Ensino Superior de São Bernardo do Campo (1975). Supervisora pelo CRP. Especialização em Técnicas Lúdicas, pelo Instituto Pieron de Psicologia Aplicada (1981) e em Psicodiagnóstico, pelo Instituto Sedes Sapientiae (1977). Fundadora e docente do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME) e da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP). Professora convidada pela Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7028840142731456>

Betty Svartman. Graduação em Psicologia, pela USP (1974), formada em Psicoterapia Analítica de Grupo, pela Sociedade Paulista de Psicoterapia Analítica de Grupo (1999). Membro e docente do Núcleo de Estudos em

Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME), ex-presidente do NESME, ex-presidente da Federação Latino-Americana de Psicoterapia Analítica de Grupo (FLAPAG), membro fundador da Sociedade de Psicoterapias Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP), coorganizadora do livro *Grupos, configurações vinculares*. Docente das cadeiras de Winnicott e Melanie Klein no Instituto de Psicanálise e Psicopatologia de Brasília.

Carolina Leonidas. Graduação em Psicologia pela Universidade de Ribeirão Preto (2009), mestrado em Psicologia (2012) e doutorado em Psicologia (2016) pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Pesquisadora sênior do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP/CNPq) da FFCLRP-USP. Colaboradora de pesquisa do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA – HC-FMRP-USP). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9829603751639934>

César Vieira Dinis. Psiquiatra, Grupanalista didata da Sociedade Portuguesa de Grupanalise e Psicoterapia Analítica de Grupo (SPGPAG), full member da Group Analytic Society International, Consultor de Psiquiatria da carreira hospitalar, chefe da equipe do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (1989-1999), Portugal.

Cláudia Alexandra Bolela Silveira. Graduação em Psicologia (1995); graduação em Pedagogia (2002); mestrado em Ciências e Práticas Educativas (2000) e doutorado em Promoção da Saúde (2016). Professora Supervisora do Curso de Psicologia da Universidade de Franca. Professora da FAPESF-Faculdades Pestalozzi de Franca. Membro e Docente da SPAGESP. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4295201246495689>

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso. Graduação em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP, 1998), mestrado em Psicologia (2001) e doutorado em Psicologia (2004) pela FFCLRP-USP. Psicóloga do Departamento em Psicologia da FFCLRP-USP. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Co-coordenadora do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP/CNPq) da FFCLRP-USP e do Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero (VIDEVERSO-FFCLRP-USP). Coordenadora da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2150850846796968>

Felipe Santos da Silva. Graduação em Psicologia (2019) pela Universidade de Franca. Graduando em Pedagogia (conclusão prevista para 2021) pela Universidade Metodista de São Paulo. Realizou Estágio em Pesquisa no Exterior (FAPESP: Processo: 2019/01494-3) pela Pontificia Universidad Del Perú. Mestrando no Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Bolsista da CAPES, Processo: 88887.513352/2020-00. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1465504911620796>

Gabriela Borges Carvalho. Graduação em Psicologia (2016), Especialização em Hematologia e Hemoterapia (2019), mestranda em Psicologia no Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), membro do Grupo de Pesquisa *Clínica Psicanalítica: brincar aprender pensar* (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5232095464002792>

Gabriella Oliveira Arantes Coelho. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM, 2019), membro do Grupo de Pesquisa *Clínica Psicanalítica: brincar aprender pensar* (Diretório dos

Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3914181345933095>

Glauca Mitsuko Ataka da Rocha. Graduação em Psicologia pela Universidade São Marcos (2000), mestrado em Psicologia Clínica (2002) e doutorado em Psicologia (2006) pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, pós-doutorado em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP (2018). Professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins, membro do Grupo de Pesquisa *Clínica Psicanalítica: brincar aprender pensar* (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Currículo Lattes: [http://lattes.cnpq.br/2249428902860309\](http://lattes.cnpq.br/2249428902860309)

Guilherme Faria Ribeiro. Graduação em Psicologia pela Faculdade Pitágoras de Uberlândia (2012), psicanalista, especialização em Teoria Psicanalítica pela Universidade de Uberaba (2016) e mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM, 2020), membro do Grupo de Pesquisa *Clínica Psicanalítica: brincar aprender pensar* (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5004660817854381>

Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento. Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica São Paulo (2014) e Especialista em Saúde Mental com foco em Álcool e Drogas pela Escola de Enfermagem da USP (2017). Pesquisador do CLIGIAP (Clínica de Grupos e Instituições: Abordagem Psicanalítica) do IP-USP. Psicólogo do Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC – FMUSP). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2676880398391307>

Isaura Manso Neto. Psiquiatra. Grupanalista didata da SPGPAG, full member da Group Analytic Society International, chefe de serviço da carreira

hospitalar, chefe da equipe do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (1999-2009), Portugal.

Ismenia de Camargo e Oliveira. Graduação em Psicologia no Instituto de Psicologia da USP (1970). Psicóloga aposentada do Instituto de Psicologia da USP. Professora e supervisora do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME).

Jeferson Santos Araújo. Graduação e Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia (2011) pela Universidade Federal do Pará (UFPA), especialização em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem em Oncologia pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), doutorado direto em Enfermagem (2016) pela EERP-USP. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7312465925645087>

Lászlo Antônio Ávila. Graduação em Psicologia (1976), mestrado em Psicologia Social (1983) e doutorado em Psicologia Clínica (1995) pela Universidade de São Paulo, pós-doutorado na University of Cambridge (2001). Professor Adjunto (Livre Docente) do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Membro do Núcleo de Estudos de Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME) e da Sociedade de Psicoterapias Analíticas do Estado de São Paulo (SPAGESP). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1044104621580017>

Livia Maria Amaral de Brito. Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004) e Graduação em Geografia pela Universidade de São Paulo (1987). Acompanhante Terapêutico, Psicanalista (Membro do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise-Núcleo São Paulo), Psicóloga do Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC – FMUSP).

Manoel Antônio dos Santos. Graduação em Psicologia (1986) pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), mestrado em Psicologia Clínica (1992) e doutorado em Psicologia Clínica (1996) pelo Instituto de Psicologia da USP, Livre-Docente em Psicoterapia Psicanalítica (2016) pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), Professor Titular (2018) e docente (desde 1987) da FFCLRP-USP. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, PQ-1A. Membro Titular da Academia Paulista de Psicologia (cadeira 33). Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP/CNPq) da FFCLRP-USP e do Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero (VIDEVERSO-FFCLRP-USP). Coordenador da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1632921993169300>

Marly Terra Verdi. Graduação em Psicologia e Psicanalista, Membro Efetivo e Analista Didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Docente do Instituto de Psicanálise da SBPSP. Membro do Grupo de Estudos de Psicanálise de São José do Rio Preto e Região. Membro da International Psychoanalytical Association (IPA). Membro do International Symposium for Psychoanalytic Interregional Research on Autistic Disorders (INSPIRA). Especialista em Psicologia Clínica e Educacional pelo Conselho Regional de Psicologia. Membro do Núcleo de Estudos de Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME) e da Sociedade de Psicoterapias Analíticas de Grupo do Estado de São Paulo (SPAGESP).

Pablo Castanho. Prof. Dr. do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Co-coordenador da Rede interuniversitária *Group et Liens*

Intersubjectifs (criada e co-coordenada pela *Université Lumière Lyon 2*- França). Membro da *International Association for Group Psychotherapy and Group Processes* (IAGP) e do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4796465935271518>

Patricia Ely, Graduação em Psicologia (2012), Especialista em Terapia Familiar e de Casal pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2015). Psicóloga do Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (IPq – HC – HMUSP). Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1177896424431296>

Raquel Borges de Moraes. Graduação em Psicologia (2018) pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), mestranda em psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFTM. Psicóloga e colaboradora de pesquisa do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA – HC-FMRP-USP). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7057812797396900>

Renata Cristina Ribeiro-Leandro. Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo (UFTM), membro do Grupo de Pesquisa *Clínica Psicanalítica: brincar aprender pensar* (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2412537837085689>

Rodrigo Sanches Peres. Graduação em Psicologia (2001) pela Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP), campus Assis, mestrado em Psicologia (2004) e doutorado em Psicologia (2008) pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Professor Associado do Instituto de Psicologia e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Bolsista do Programa Pesquisador Mineiro, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), PQ-2. Pesquisador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP/CNPq) da FFCLRP-USP. Membro do grupo de trabalho Psicanálise e Clínica Ampliada, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Editor Adjunto da revista *Tempo Psicanalítico*. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9167312272004943>

Rosane Pilot Pessa. Graduação em Nutrição (1984), mestrado em Psicobiologia (1994) pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), doutorado em Saúde Mental (2000) pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), pós-doutorado em Antropologia (2019) pela University of Alabama, USA. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública e Professora Permanente dos Programas de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Nutrição e Metabolismo da FMRP-USP. Vice-Coordenadora do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5372275432577010>

Rose Pompeu de Toledo. Graduação em Psicologia (1978), mestrado em Psicologia Clínica (1990), membro do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME) e coordenadora do Centro de Educação Permanente em Psicanálise dos Vínculos (CEPPV) do NESME. CV: <http://lattes.cnpq.br/9797071673562098>

Solange Aparecida Emílio. Graduação em Psicologia (1993), mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento (1998), doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (2004). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia Educacional (mestrado e

doutorado) do UNIFIEO. Vice-presidente do NESME (Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares) eleita pelo biênio 2019-2021. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1251220841282741>

Silvia Brasiliano. Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1979), especialista em Psicanálise Familiar pelo Instituto Sedes Sapientiae, doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2005). Coordenadora do Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC – FMUSP). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8217405135545459>

Tales Vilela Santeiro. Graduação em Psicologia pela Universidade de Franca (1998), mestrado em Psicologia Clínica (2000) e doutorado em Psicologia como Ciência e Profissão (2005) pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Professor Associado do Departamento de Psicologia do Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais; Coordenador substituto e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Líder do Grupo de Pesquisa *Clínica psicanalítica: brincar aprender pensar* (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5391944071281583>

Tânia Aldrigbi Flake. Graduação em Psicologia pela Universidade Paulista (1980), Especialista em Psicoterapia de Família e Casal pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP, 1994), mestrado em Psicologia Clínica (PUC-SP, 2001) e doutorado em Ciências da Saúde – Medicina Preventiva (2013) pela Universidade de São Paulo. Docente no curso de Psicologia da Universidade de Mogi das Cruzes (1994 – atual). Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME), Professora do Curso de

Aprimoramento na Coordenação e Manejo de Grupos no NESME.
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4473590971958122>

Waldemar José Fernandes. Graduação em Medicina pela Escola Paulista de Medicina, hoje UNIFESP (1970). Especialização em psiquiatria, com área de atuação em psicoterapia, pela Associação Brasileira de Psiquiatria (1972). Professor Assistente nos cursos de Medicina e de Psicologia na Universidade de Santo Amaro (1971 a 1985). Trabalhou em comunidade terapêutica (Unidade Psiquiátrica de São Paulo, 1970 a 1980). Atualmente trabalha em consultório particular, com psiquiatria dinâmica, psicoterapia individual, de grupo e de casal, além de exercer atividades didáticas em curso de formação de psicoterapeutas de grupo no Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME). Membro fundador e docente do NESME. Membro fundador da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP). Professor convidado pela Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9843303741688415>

Wanderlei Abadio de Oliveira. Graduação em Psicologia (2010) pela Universidade de Uberaba, doutorado em Enfermagem em Saúde Pública (2017), pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), em cotutela com a Scuola di Dottorato di Ricerca in Psicologia da Università Cattolica del Sacro Cuore (Milão-Itália), pós-doutorado em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5455601415853420>

Psicoterapia de grupo: sua origem, seus caminhos

Beatriz Silverio Fernandes

A psicoterapia de grupo, em mais de um século de existência, desenvolveu-se muito, notadamente depois da Segunda Guerra Mundial, quando muitos psiquiatras e psicanalistas se interessaram por esse processo, em virtude do grande número de pacientes para serem atendidos e do pequeno grupo de profissionais aptos para atendê-los. É nos Estados Unidos onde há maior emprego da técnica, muito embora tenha como berço a Europa. As publicações sobre ela começaram em torno de 1900 e triplicaram na década de 1930, culminando na década de 1950 com mais de 1.400 publicações.

Europa e Estados Unidos

Encontramos em Ribeiro (1981) que Joseph H. Pratt, já em 1905, em Boston, utilizava a psicoterapia de grupo para tratamento de tuberculosos. Adler, em 1912, acreditava que o indivíduo seria movido em primeiro lugar por instâncias sociais. Burrow, discípulo de Freud e Jung, introduziu em 1920 o termo análise grupal. Outro pioneiro foi Paul Schilder, na década de 30. Seus pacientes, antes de iniciarem o trabalho grupal, eram preparados e sensibilizados quanto ao funcionamento do grupo.

Em 1944 e 1945, principalmente na Europa, houve importantes nomes que contribuíram para o fortalecimento da psicoterapia de grupo, como Ackerman, Wolf, Grotjahn, Ezriel, Lazell, Burrow, Tigent, Kurt Lewin, Foulkes e Bion, entre outros.

Foulkes se afastou do grupo de Melanie Klein e teve destaque, aproximando-se cada vez mais dos grupos psicoterápicos e das

comunidades terapêuticas. Em 1948, apresentou a grupanálise, aproximadamente na mesma época em que Bion se destacou por seus estudos sobre grupos, que serão detalhados neste livro em capítulo específico (capítulo 7).

Zimmermann (1957/1971) distingue quatro formas de psicoterapia de grupo: repressiva, didática, psicodramática e psicanalítica. Elas serão tratadas nos próximos itens.

Método repressivo

Pratt, fundador da psicoterapia de grupo e o primeiro a empregar o método em 1905, partiu do convívio com tuberculosos enquanto aguardavam atendimento numa sala de espera de um dispensário. Nesse contexto, verificou que estabeleciam entre eles relações emocionais que os tornavam mais animados. Isto o inspirou para reuni-los em uma sala para aulas semanais para administração de um curso de higiene pessoal. Nessas aulas, discutia com os doentes suas atitudes frente à tuberculose, à família e aos amigos. Discutiam as diferentes maneiras de enfrentar a mesma situação, diversas maneiras de enfrentar a doença. Invariavelmente os doentes melhoravam, tornavam-se mais corajosos e otimistas. Mais tarde, expandiram esse método para outros setores do hospital. Os resultados eram atribuídos à confiança que os doentes depositavam no terapeuta.

Pratt fazia reunião com 20 pacientes, e os que se sentavam mais perto do terapeuta tornaram-se os casos mais antigos e mais proveitosos. Vez por outra, um antigo paciente vinha visitar o grupo e falar sobre os benefícios do tratamento. Fazia chamada, distribuía papel para escreverem as melhoras, as persistências e os agravamentos. Seguia com um relaxamento muscular, um pequeno discurso sobre problemas emocionais simples, ou leitura edificante. Foi denominada de Aula de Controle do Pensamento.

Designam-se como operantes no método de Pratt as seguintes questões:

- desejo de aprovação do líder e promoção de rivalidades no grupo no sentido de melhoras;
- aumento do sentimento de importância;

- apelo à correção de aspectos imaturos da vida emocional do paciente;
- testemunho de pessoas que aproveitavam o tratamento e de seu entusiasmo pelo líder; e
- fator sugestivo.

Nesse método não são levados em conta os aspectos inconscientes.

Método didático

Utiliza como meio terapêutico conferências, leituras e discussão de livros e artigos de revistas, bem como relatos de casos clínicos. Foi empregado pela primeira vez por Lazell (1921), que reuniu diversos esquizofrênicos e ministrou várias palestras sobre libido, masturbação, homossexualidade e sentimentos de inferioridade. Obteve resultados satisfatórios, pois pacientes inacessíveis passaram a fazer perguntas sobre os temas.

Vantagens do método:

- transferência positiva facilitada; e
- melhor aceitação dos temas nas palestras do que no processo psicoterápico.

Método psicodramático

Para Jacob Moreno (1921), a psicoterapia de grupo “viu-se forçada a penetrar em todas as dimensões da existência, numa amplitude e profundidade que os terapeutas de orientação verbal desconheciam” (Camara, 1987, p. 25). A psicoterapia converteu-se em ação e em psicodrama.

A base do psicodrama seria que o Ego infantil só se desenvolve com a ajuda dos Egos auxiliares, que são mãe, pai, família, professores etc. Os psicóticos e neuróticos não atingiram o estágio de desenvolvimento completo, necessitando de ajuda de Egos auxiliares. Utiliza cinco instrumentos:

- cena (local e momento onde se realiza a produção, que pode ser um sonho, um acontecimento do dia ou sentimentos);
- paciente ou protagonista (o que vai direcionar a cena, protagonizar seu próprio drama);
- diretor (o psicoterapeuta, que vai propiciar e facilitar o andamento da cena dramática);
- Egos auxiliares (encarregados de encenar personagens, de contracenar com o protagonista; podem ser um membro do grupo ou os próprios colegas de grupo); e
- público (os membros do grupo que participam assistindo à cena).

Método psicanalítico

Com relação aos outros modelos, é o que terá menos participantes, constituindo-se, atualmente, como pequenos grupos, de dois a três pacientes até cerca de sete; na década de 50, a recomendação era de grupos com 8 a 10 participantes. A frequência é de uma a duas vezes por semana, com duração de 45 minutos a uma hora e 15 minutos. Alguns autores fazem uma seleção prévia, outros não. O critério de agrupamento pode variar entre diagnóstico de problemas, sexo, profissão ou etnia; o critério mais aceito, por ser mais funcional, é o de agrupamento por contraste (colocar no grupo pessoas com características diferentes; por exemplo, um depressivo, um obsessivo e assim por diante). Os grupos podem ser abertos (quando abre uma vaga entra um paciente novo) ou fechados. Alguns autores só atendem o paciente no grupo. Mas há quem o faça também fora do grupo.

Encontramos nessa modalidade duas orientações distintas:

- a que focaliza o indivíduo e dirige as interpretações para ele ou para as relações que se estabelecem entre um ou dois pacientes no grupo; e
- a que focaliza o grupo como um todo e para ele encaminha as interpretações.

Slavson foi o autor que mais escreveu sobre psicoterapia de grupo. Introduziu abundante terminologia para fatos conhecidos desde há muito

na psicanálise. Limitava-se a ver o paciente em grupo como se estivesse em análise individual.

Foulkes afirma que a Psicoterapia Analítica de Grupo (PAG) é uma forma de psicoterapia e não de psicanálise, com aplicação dos conhecimentos psicanalíticos na análise do grupo (segundo Zimmermann) e não na análise do psiquismo. Cita elementos de grupo como a reação de espelho (o outro tem o que eu tenho, no tocante a ideias mórbidas, angústias e impulsos), o que diminui a angústia e a culpa própria, mesmo nos que se limitam a escutar.

Bion é um dos autores que têm contribuído no sentido de ver o grupo como uma totalidade. Descreve tensões que se desenvolvem e enfoca problemas resultantes em termos de “pressupostos básicos”: dependência, luta e fuga e acasalamento¹.

Em 1956, Eduardo Luís Cortesão vem de Londres, onde seguia os ensinamentos de Foulkes, e inicia o movimento grupanalítico em Lisboa, Portugal, e em 1981 finalmente funda a Sociedade Portuguesa de Grupanalise.

A escola francesa (1962), corrente que assume seu conteúdo político, tem um lugar de destaque na esfera mundial. Nela encontramos Lourou (Socioanálise) e Deleuze e Guattari (Esquizoanálise), estudando a instituição como lugar de reprodução das condições sociais.

Didier Anzieu (1966) destaca-se nesse cenário francês. Ele aborda a ideia de que o grupo é um sonho. Para ele, a situação psicanalítica se baseia nas regras fundamentais da não omissão e da abstinência, insistindo nas definições de unidade de tempo, de espaço e de ação. Ao lado desse conceito, agrega o conceito de ilusão grupal (Camara, 1987).

Alguns anos mais tarde surge René Kaës, que afirma que as representações do grupo estão em condições de funcionar como organizadoras das relações intersubjetivas grupais e intergrupais. Sua principal obra é *L'appareil psychique groupal: constructions du groupe* (1976).

Na América Latina

¹ Diversos autores e escolas de pensamento citados a partir deste ponto serão enfocados em capítulos específicos.

O emprego dos grupos na América Latina data de 1947, com o trabalho pioneiro de Enrique Pichon-Rivière com enfermos internados no Hospital de Neuropsiquiatria de Buenos Aires. A magnífica trajetória deste pioneiro culminou com a fundação da Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG), em 1954.

Em 1988 a AAPPG começou a empregar e a estudar a psicanálise das configurações vinculares, para abranger o trabalho psicanalítico com casais, famílias e instituições, além de grupos terapêuticos propriamente ditos.

A teoria psicanalítica relativa aos processos vinculares vem se desenvolvendo muito. Aos poucos se tornou notório que a psicanálise era insuficiente para dar conta das manifestações vinculares, já que fora constituída a partir da clínica individual, tendo sido necessário desenvolver conceitos pertinentes. Palavras-chave como vínculo, inter, intra e transobjetivo tornaram-se termos imprescindíveis para a compreensão da produção teórica dessa escola, como será descrito no capítulo 2, *Conceitos introdutórios sobre grupalidade e psicanálise vincular*.

Em 1991, Marcos Bernard e colegas implementam essa teoria com inúmeros trabalhos, juntamente com ilustres profissionais, como Janine Puget, M. Cristina Rojas, Isidoro Berenstein e Ana Quiroga, entre outros.

Fundada em 1973, a Associação Internacional de Psicoterapia de Grupo (IAGP) é uma rede mundial de profissionais envolvidos no desenvolvimento de psicoterapia grupal e processos grupais, nas áreas de teoria, prática clínica, treinamento, pesquisa educacional e consultoria.

Sabemos que a FLAPAG, Federação Latino-Americana de Psicoterapia Analítica de Grupo, fundada há 53 anos, não tem membros associados diretamente, pois é uma entidade científica que congrega instituições de Argentina, Brasil, Chile, Colômbia (grupo de estudos) e México, das quais é órgão federativo, sem fins lucrativos, com o objetivo principal de estimular o intercâmbio científico entre as sociedades que trabalham com grupos no referencial psicanalítico dentro da América Latina, promovendo e difundindo esses trabalhos da forma mais integrada possível com Saúde Mental.

No México, as primeiras experiências de terapia grupal em hospital iniciaram-se em 1949, com Ramón de la Fuente e Eleanor Torres. Em

1950, regressa da Argentina José Luiz González.

Em 1967, Luís Feder, José Luís González, Gustavo Quevedo e Frida Zmud fundaram a Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo (AC), que no ano seguinte passa a se chamar Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG).

Em 1943 regressa a Santiago do Chile Ignacio Matte Blanco, depois de formação nos Estados Unidos e na Inglaterra, e encarrega seu colega Ramón Ganzarain de estudar a PAG para ser aplicada no serviço de psiquiatria. Agrupam-se vários colegas, entre eles Hernán Davanzo, que depois viria para Ribeirão Preto, no Brasil. Na época, foi fundada a Sociedad Chilena de Psicoterapia de Grupo.

O primeiro congresso de Psicoterapia Analítica de Grupo ocorreu em Buenos Aires, 1957, presidido por Jorge M. Mom. Em 1960, no Chile, foi presidido por Ramón Ganzaraín, e em 1962, no Rio de Janeiro, por Walderedo Ismael de Oliveira.

Em outubro de 1964, realizou-se o IV Congresso Latino Americano de PAG, em Porto Alegre, com David Zimmermann na presidência. Neste evento, diferencia-se a Psicoterapia Analítica de Grupo da Psicanálise.

Foram as seguintes as nove as associações copromotoras e seus respectivos presidentes:

- Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo, David Zimmermann;
- Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, André Cuissard;
- Sociedad Chilena de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Ramon Ganzaraín;
- Sociedade de Grupoterapia Analítica de Rio de Janeiro, Werner Kemper;
- Sociedade Brasileira de Psicoterapia de Grupo, Walderedo I. de Oliveira;
- Sociedade Paulista de Psicoterapia Analítica de Grupo, Luis Miller de Paiva;
- Sociedad Uruguay de Psicoterapia de Grupo, Héctor

Garbarino; e

- Sociedad Mexicana de Psicoterapia de Grupo, Luis Feder.

Em setembro de 1979, Carlos Castellar Pinto foi eleito presidente da FLAPAG, no VIII Congresso. No IX Congresso, em Guarapari, foi eleito Blay Neto, que se manteve no cargo até 1990, sem poder organizar o X Congresso.

Em 1990, várias associações estimularam Blay Neto a promover novas eleições. Nesse ano, várias associações brasileiras elegeram Waldemar Fernandes para presidente da FLAPAG.

A FLAPAG, com energia renovada, entra em grande atividade e produtividade. É publicada a *Revista GrupAL*, com dois números, e iniciam-se os anais de congressos.

Em novembro de 1992, em Florianópolis, acontece o tão esperado X Congresso da FLAPAG.

Dali para a frente, a cada dois anos acontece um congresso, e a cada quatro anos a FLAPAG muda de endereço. De Florianópolis foi para a Argentina, Uruguai, México, novamente Brasil, Argentina e Uruguai. Em 2017 acontece mais um congresso, mas não há passagem de endereço, que fica para o ano de 2018. Atualmente chama-se Federação Latina das Associações de Psicanálise de Grupo, alteração de nome devida a mudanças burocráticas da legislação de cada país-sede.

No Brasil

O início do trabalho com grupos de inspiração psicanalítica no Brasil teve forte influência da escola inglesa de psicanálise, que chegou até nós pela convivência com psicanalistas argentinos que estudavam e tentavam trabalhar com grupos com esse referencial.

A visão de grupo nessa época tinha um forte enfoque psicanalítico bi-pessoal, em que o grupo era visto e trabalhado como uma unidade. A obra *Experiências com grupos*, de Wilfred R. Bion, publicada em 1948, forneceu o referencial analítico básico para o trabalho com grupos no Brasil. A influência do trabalho de Bion nesse campo é muito forte até hoje, e um desdobramento dessas raízes conceituais foi representado na obra *Psicoterapia del grupo*, de León Grinberg et al. (1957/1976).

Alcyón Baer Bahía efetua a primeira experiência de psicoterapia grupal no Serviço Nacional de Enfermidades Mentais, no Rio de Janeiro. Em 1954, publica sua experiência, despertando interesse e polêmica entre os colegas.

No mesmo ano, em São Paulo, organizam-se grupos autodidatas, um deles encabeçados por Bernardo Blay Neto. Em Porto Alegre, David Zimmermann investiga o tema da teoria de grupo e apresenta em 1956 um Simpósio. Anos mais tarde, David Epelbaum Zimerman brinda-nos com uma coletânea de livros e trabalhos sobre psicoterapia de grupo.

Em 1960 foi fundada a Sociedade Paulista de Psicologia e Psicoterapia de Grupo, posteriormente Sociedade Paulista de Psicoterapia Analítica de Grupo. Entre muitos psicanalistas conhecidos, destacaram-se por terem permanecido mais tempo na instituição Odilon de Mello Franco Filho, Oscar Rezende Filho, Luiz Miller de Paiva, Heládio Francisco Capisano, Nelson Poci, Bernardo Blay Neto, Manoel Munhoz, Richard Kanner e José Bockman de Faria, quase todos falecidos.

A década de 1960 foi aquela que marcou o *boom* da Psicoterapia Analítica de Grupo em nosso meio; em São Paulo, grande parte dos psicanalistas e psicoterapeutas de grupo atuais foi analisada ou supervisionada ou teve cursos com esses profissionais.

Por essa época, nos anos 60 e 80, surge a Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo (ABPAG). Compunham-na as seguintes instituições: Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo do Estado do Rio (SPAG E Rio), Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo do Rio de Janeiro (SPAG RJ), Sociedade de Psicoterapia de Grupo de Pernambuco (SPAG PE), Sociedade Paulista de Psicoterapia Analítica de Grupo (SPPAG), e dois grupos de estudos: um de Juiz de Fora/Barbacena e outro do Mato Grosso do Sul.

Na década de 80/90 são fundadas as instituições Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME), em 1989, em São Paulo, e a Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP), em Ribeirão Preto, em 1994. Ambas as instituições desenvolvem seus estudos sob ampla influência da escola argentina.

Agregaram-se posteriormente a Sociedade de Psicoterapia

Analítica de Grupo de Campinas (SPAG-CAMP), o NESME e a SPAGESP, já citados, e o Grupo de Estudos do Pará.

Atualmente presentes e em atividade encontram-se NESME, SPAGESP, Grupo de Estudos de Psicoterapia Analítica de Grupo do Pará e Instituto Abuchaim, de Porto Alegre. A Sociedade Brasileira lamentavelmente extinguiu-se, por dificuldades internas de sustentação e externas, por encerramento de filiadas.

O NESME, fundado em 1986, teve como participantes de sua fundação, ou de seus primeiros tempos, Ana Margarida Cunha, Any Trajber Weisbich, Beatriz Fernandes, Betty Svartman, Catalina Pagés, Ceneide M. O. Cervený, Elsa Vera Suhsemil, Marina Durand, Neusa M. F. Marques de Oliveira, Ricardo M. Pelosi, Sueli Mozeika e Waldemar Fernandes. O NESME está em franca atividade: promove congressos, publica sua revista *Vínculo: Revista do NESME* e oferece atendimento em sua clínica de grupos. Publicou em 2003 o livro *Grupos e configurações vinculares*, juntamente com a SPAGESP.

Alguns membros do NESME se associaram com outros profissionais de Ribeirão Preto, Marília, Sorocaba, Americana e Franca, e colaboraram para que uma entidade que era apenas um pequeno grupo de estudos, liderado por Fábio José Gonçalves da Luz, se transformasse na SPAGESP em 1996, também mantendo um curso e a *Revista da SPAGESP*. Hoje em dia, ambas as sociedades lideram a maior parte do movimento grupal psicanalítico no Brasil, especialmente a denominada psicanálise vincular ou psicanálise das configurações vinculares.

Referências

- Camara, M. (1987). *História da psicoterapia de grupo*. Em: L. A. Py (Org.), *Grupo sobre grupo* (pp. 21-36). Rio de Janeiro: Rocco.
- Ferreira, I. B. (2002). Psicoterapia de grupo. Em: F. B. Assumpção Jr., & D. Reale (2002), *Práticas psicoterápicas na infância e na adolescência* (pp. 179-200). São Paulo: Manole.
- Grinberg, L., Langer, M., & Rodrigué, E. (1976). *Psicoterapia del grupo: su enfoque psicoanalítico* (5ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Ribeiro, J. P. (1981). *Psicoterapia grupo-analítica – Abordagem foulkiana: Teoria e técnica*. Petrópolis: Vozes.

Zimmermann, D. (1971). *Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo*. São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1957)

Sugestões de leitura

Portillo, I. D. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax México.

Saidon, O. (Org.) (1983). *Práticas grupais* (pp. 16-23). Rio de Janeiro: Editora Campos.

Scheidlinger, S (1996). História da psicoterapia de grupo. Em: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Orgs.), *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp. 6-13). Porto Alegre: Artmed.

Conceitos introdutórios sobre grupalidade e Psicanálise Vincular

Waldemar José Fernandes

Neste capítulo serão apresentadas várias noções básicas para o trabalho com grupos, que poderão facilitar a leitura e a reflexão sobre os demais capítulos do livro. Abordaremos os temas: conceito de grupo, agrupamento e vínculos; espaços ou dimensões do vínculo e comunicação e vincularidade.

Introdução à psicanálise vincular – grupos, famílias, instituições, vínculo

Uma pergunta que frequentemente se faz é: ao utilizarmos o termo Grupo ou o termo agrupamento, falaremos sobre os mesmos dispositivos?

Na verdade, consideramos que há um *agrupamento* quando existe um conjunto de pessoas que compartilham do mesmo espaço, com objetivos comuns, como as que aguardam em fila a chegada de um ônibus ou pessoas que entram em um curso, esperando aprender algo.

Apesar de elas não manterem qualquer vínculo, basta que exista um incidente qualquer, como um pneu furado ou assalto, no caso do ônibus; ou um sorriso, um olhar cúmplice, alegre ou enfezado para *transformar esse agrupamento em um grupo*, pois haverá interação – uma *experiência emocional compartilhada*. Esse grupo trabalhará junto para realizar o que for preciso para sanar o problema. Assim, é *fazendo vínculos* – na interação afetiva e comunicacional – que se configura o grupo.

Concluimos que <i>Grupo</i> é uma forma específica de agrupamento em que ocorrem interações vinculares.

A psicanálise das configurações vinculares ou psicanálise vincular é, ao mesmo tempo, uma forma de organizar conhecimentos psicanalíticos já existentes, assim como de expandir o campo de estudo teórico e de abordagem clínica, com respeito a ela, principalmente no terreno dos grupos, famílias, casais e instituições.

Pichon-Rivière, um psicanalista com base kleiniana e muito interessado no social foi o profissional que mais usou a conceituação de vínculo, unindo seus conhecimentos psicanalíticos com outras contribuições, especialmente da sociologia e da psiquiatria social. Ampliou o conceito de relação de objeto, propondo uma estrutura mais complexa, que inclui um sujeito e um objeto em interação, em movimento, com expressões psicológicas internas e externas, que interferem uma com a outra durante todo o tempo.

Bion foi outro autor que deu contribuições de grande valor a respeito do campo vincular, enfatizando que nesse campo ocorre sempre uma *experiência emocional* (Fernandes, 2003b). O binômio transferência-contratransferência, o modelo continente-conteúdo (Bion) e o conceito de ancoragem (Kaës), têm íntima relação com o conceito de vínculo.

É noção básica para o psicoterapeuta que trabalhe com psicanálise vincular que “reconheça claramente, e possa discriminar a natureza dos vínculos do trabalho analítico, os quais, acompanhados das emoções, fantasias inconscientes, ansiedades e defesas, estão sempre presentes em qualquer relacionamento” (Fernandes, 2003a, p. 44).

A palavra vínculo é extremamente utilizada, nem sempre com sentido claro. Junto com outros autores, como Donato et al. (1995), assim como Pichon-Rivière, Ana Quiroga, Bion, Zimerman, entre outros, “vejo o vínculo como entidade interna e externa ao mesmo tempo” (Fernandes, 2003a, p. 44). Assim, nosso conceito de vínculo é abrangente e o leitor precisará tê-lo em mente daqui em diante.

Vínculo é uma estrutura relacional em que ocorre experiência emocional entre duas ou mais pessoas ou partes da mesma pessoa. Tem espaço ou dimensão intrassubjetiva, intersubjetiva e transubjetiva.

Os Três Espaços Psíquicos

Janine Puget e Isidoro Berenstein propuseram um modelo de aparelho psíquico no qual se organizam zonas diferenciáveis (dimensões ou espaços psíquicos). Temos raízes em várias dessas zonas simultaneamente, e, dependendo do estímulo recebido, que poderá vir de dentro ou de fora dele, uma dessas dimensões ocupa a cena, entrelaçada com as outras (Fernandes, 2003a).

Em nossa compreensão, o mundo interno compõe-se do sujeito, com suas representações, fantasias, sonhos, representações do corpo e do próprio funcionamento mental. Aí estão os vínculos que cada um tem consigo mesmo, o inconsciente tal qual Freud o concebeu. Chamamos esta dimensão ou espaço de intrassubjetivo ou intrapessoal.

Outro desses mundos é o interpessoal ou intersubjetivo, no qual ocorre o relacionamento do sujeito com os demais. Aí experimentamos o amor, o ódio e a experiência diretamente ligada ao conhecimento. É no espaço intersubjetivo que se constitui o sentimento de pertença. Tal experiência emocional é via de mão dupla, de nós para os outros e dos outros para nós. Tais modelos de relações interpessoais primárias deixam suas marcas e se estendem para os demais grupos que, ao longo da vida, vão se constituindo, e nos quais estados emocionais primários vêm a se manifestar.

Entretanto, nem todas as situações do passado emergirão tal e qual, com grande importância, no presente, e, quando o fazem, virão na forma de atualizações. De qualquer modo, é importante estarmos atentos ao que encontramos no presente das sessões, no relacionamento interpessoal do momento.

Quanto ao espaço ou à dimensão transubjetiva do vínculo, pode-se entender como a que envolve as leis, a cultura, os mitos, o macrocontexto, aquilo que nos transcende nos pequenos e grandes grupos.

Questões da cultura de cada país pairam, qual uma nuvem, em situações familiares e grupos em geral, e terão de ser consideradas sempre que quisermos entender aquela configuração vincular. Nas empresas, não é raro que exista um clima ruim para trabalhar, em que predomina a sensação de que nada presta – todos falam mal de todos ou de algum setor

da empresa, e, muitas vezes, nada se faz para tentar mudar a situação. Nesse caso, o clima de má vontade impera, e a impressão que se tem é de inimigos que são obrigados a conviver, como se fossem condenados numa prisão (Fernandes, 2007). Esse aspecto transubjetivo pode afetar a saúde dos participantes e a produtividade da empresa.

A vincularidade – outras contribuições

Vimos até aqui o conceito de vínculo como entidade interna e externa, a grande importância da experiência emocional nessa conceituação e as dimensões ou espaços do vínculo.

Vamos agora trazer contribuições de Bion e de Zimerman e discutir o que fazer na prática com esses conhecimentos. Será que o vínculo é uma entidade visível por si só? Se é um modelo ou abstração, o que fazer?

A psicanálise, tradicionalmente, tem demonstrado a existência de dois vínculos, o Vínculo do Amor e o Vínculo do Ódio, que estão francamente implicados com as pulsões de vida e de morte, tanto que o enfoque do trabalho analítico de modo geral tem priorizado o conflito e a ambivalência entre as duas pulsões e suas respectivas emoções.

O aporte bioniano, contudo, enriqueceu a questão vincular ao mostrar que:

(...) na mente existe também uma função vinculadora que dá sentido e significado às experiências emocionais, a que chamou Vínculo K – Vínculo do Conhecimento. A partir dessa contribuição, o eixo do conflito psíquico teve uma mudança, sendo enfatizado *como o indivíduo se vincula com a verdade, contida nas relações amorosas e agressivas*. (Fernandes, 2003c, p. 110)

Para Bion (1962/1991), no vínculo ocorre uma experiência emocional em que existem três emoções básicas: *conhecimento* (Vínculo K), entre um indivíduo que busca conhecer um objeto e um objeto que se presta a ser conhecido; *amor* (Vínculo L), análogo ao anterior, mas referente ao amor; e *ódio* (Vínculo H), também análogo ao anterior, mas referente ao ódio.

O Vínculo K tem coloração emocional do tipo *frustração ou dor mental*, emoções inerentes ao conhecer. K sempre está, de alguma forma, associado aos vínculos do amor ou do ódio.

David E. Zimerman, experiente psicanalista e estudioso dos grupos, acrescentou aos três vínculos anteriormente estudados por Bion um quarto Vínculo: o do Reconhecimento (Vínculo R). Para o autor, o termo reconhecimento tem os seguintes significados:

1. Reconhecimento de si próprio – o reconhecimento das vinculações intrassubjetivas, possibilitando tomar consciência de si.
2. Reconhecimento do outro – o reconhecimento das vinculações intersubjetivas, isto é, dar-se conta que o outro é um ser autônomo, diferente dele.
3. Ser reconhecido aos outros – possibilita consideração e gratidão ao outro.
4. Ser reconhecido pelos outros – confirmando sua existência e valor, auxiliando a manter a autoestima. (Zimerman, 2010, p. 192)

Esses quatro vínculos são indissociáveis, em estado de permanente interação, embora, em determinadas situações, algum deles adquira certa predominância. Eles tanto podem abrigar situações de normalidade, como também patologias, como ensimesmamento narcísico, falso *self* etc.

Nos grupos, e mais acentuadamente ainda, nas instituições, o Vínculo K costuma ser atacado toda vez que surge a figura de alguém que seja portador de uma ideia nova, pois representa uma ameaça para o *establishment*, como veremos no capítulo 12.

Tampouco podemos esquecer a presença do Vínculo R em qualquer que seja o tipo de grupo, ou seja, sempre há certo grau de *necessidade de cada indivíduo vir a ser reconhecido* pelos demais, o que *inclui o terapeuta*.

O limite entre a necessidade de reconhecimento sadio e a carência patológica de reforços constantes (falso *self*) é pouco nítido, envolvendo um cuidado especial também para com o próprio terapeuta, que pode estar movido por narcisismo, trabalhar para *receber reconhecimento de que é alguém muito especial*, verdadeiro reassseguramento contra lacunas básicas.

Nos grupos, seja com finalidades operativas ou terapêuticas, o Vínculo do Reconhecimento se processa num trânsito de mão dupla. Além da necessidade vital de ser reconhecido pelos demais, o reconhecimento que um indivíduo faz dos outros não pode ficar limitado à percepção da presença física das outras pessoas do seu grupo.

Nesse caso, o que se espera é que as intervenções do coordenador propiciem maior interação e comunicação aos participantes do grupo, e que, ao mesmo tempo, estes possam reconhecer as peculiaridades entre si, para desenvolver solidariedade e respeito à autonomia do outro, e, ao mesmo tempo, fazer-se respeitar.

Há outros conceitos de vínculo. Por exemplo, há quem denomine vínculo somente quando há um interlocutor externo de referência (o que chamamos de vínculo intersubjetivo).

Quanto ao referencial externo, seja qual for o conceito de vínculo, é fundamental enfatizar que a nossa vida é extremamente diferente, assim como a nossa capacidade comunicativa, quando consideramos ou não a presença do outro, que *tem existência real e não é produto de nossas projeções*, fator esse que é um dos mais importantes no trabalho com grupos.

Em psicanálise vincular, o estudo e o trabalho clínico é feito a partir da observação e da reflexão sobre a comunicação, pois o vínculo não é uma entidade concreta, palpável, e assim, tal como ocorre com a fantasia inconsciente, tem de ser inferido. Nesse caso, cada particularidade da comunicação dá uma amostra de como pode estar o processo comunicativo vincular.

O processo comunicativo e a grupalidade

A palavra processo, para Zimerman, “vem de *processu* (em latim = movimento) + *pro* (= para a frente), assim indicando que existe algo, alguma atividade, algum projeto que está em marcha” (2012, p. 208).

O processo comunicativo é muito dinâmico, sempre em evolução. Seu estudo só se torna possível se primeiro pudermos paralisá-lo, congelar sua dinâmica, como fazemos com uma fotografia, que paralisa o movimento.

Comunicar significa compartilhar com o outro informações de qualquer espécie, o que permite a ambos ter algo em comum, como vimos, fazer um vínculo.

Na comunicação, os sentidos não estão tanto na mensagem; as palavras, de fato, só ganham sentido de acordo com o momento e dependendo de quem as utiliza, pois as significações estão nas pessoas. Os sentidos são pessoais, são propriedade nossa, já que aprendemos significados, acrescentando algo pessoal, causando transformações.

Boa parte das discussões entre as pessoas é baseada nas suposições de que determinada palavra tenha um significado específico e de que qualquer pessoa que empregue essa palavra pretenda exprimir esse sentido.

Na psicopatologia atual há um “novo vocabulário” usado pelos pacientes e também por muitos profissionais, como “tive pânico, tenho TOC, você tem um transtorno depressivo ou ansioso, fulano é bipolar”, e assim, os envolvidos pensam que estão se entendendo e se comunicando. Costumo questionar tais jargões, pedindo esclarecimentos, pois não tenho a menor ideia sobre o que estão falando. Na prática, recebo explicações e exemplos que indicam os sentidos mais surpreendentes e inusitados que cada um dá para essas palavras, o que permite indagar aos participantes do grupo ou do casal se imaginavam o sentido a que a pessoa estava se referindo.

Confundimos muito, em nosso trabalho, aquilo que vemos e ouvimos com as teorias que estudamos, e ainda com o que captamos de nosso mundo interno, que nos influencia o tempo todo e tende a distorcer a compreensão.

Os estados da mente das posições esquizo-paranoide e depressiva, as fantasias inconscientes, a inveja e o ciúme são alguns dos fatores que interferem na comunicação².

No processo comunicativo partimos de uma premissa: *o emissor de um ato comunicativo espera ser entendido*. Nesse processo, um elemento fundamental é aquilo que cada um leva em conta, o que depende de suas

² Ver o capítulo 6, *Contribuições da teoria kleiniana para a compreensão dos fenômenos grupais*.

suscetibilidades individuais, do contexto grupal e do momento, enfim, de aspectos intra, inter e trans subjetivos.

Fato da maior importância é que toda comunicação contém uma metacomunicação, ou seja, simultaneamente comunica algo além do verbal, que muitas vezes é mais esclarecedora do que a comunicação verbal.

A metacomunicação pode ser pesquisada durante a sessão do grupo ou do casal, por exemplo, observando os atos comunicativos, quando alguém fala em tom inaudível, ou age como se não tivesse ouvido (dizendo: “hein?”), ou quando responde algo extremamente diferente do que lhe foi perguntado. Por exemplo, um casal em terapia chega atrasado à sessão, e logo ele diz: “ela não cumpre o prometido, para me sacanear”. Indagada, ela explica que “tem dificuldade com a organização de seu tempo” (e torce o nariz, fazendo pensar que poderia estar com nojo de algo). Novamente indagada sobre essa comunicação não verbal, diz “não adianta se explicar com ele, pois sempre irá deturpar o que ela diz”. Teríamos muitos caminhos aí para trabalhar. Um deles poderia ser sobre as contradições ao descreverem o(a) parceiro(a) como *casos perdidos*, e, entretanto, *vieram pedir ajuda*.

Assim, pelo olhar que acompanha a fala, pelo tom de voz empregado, pelos gestos que acompanham as palavras, pela postura corporal, temos algo para pensar, para questionar, e, por vezes, até para interpretar melhor o conteúdo de uma fala.

De qualquer forma, pela comunicação verbal e não verbal temos uma *ponta de fio de meada para trabalhar*.

Assim, é importante procurar captar a comunicação com o outro e consigo mesmo, estudando os vínculos nos processos comunicativos. “É preciso aceitar e compreender que comportamentos diferentes podem comunicar uma mesma coisa e que comportamentos iguais podem comunicar coisas diferentes” (Fernandes, 2003a, p. 50). Da mesma forma, a comunicação pode ter êxito e pode fracassar.

Em síntese, é fundamental que observemos a *fonte da comunicação* (quem comunica o que, para quem, em que contexto e de que forma), assim como verificar o *receptor* (como cada um recebe a comunicação

alheia, em que situação, com que grau de distorção, quais os possíveis mal-entendidos etc.).

Todos nós já participamos de situações em que imperavam mal-entendidos e ressentimentos, em que todos querem ter razão, mas não existe altruísmo. Da mesma forma, o clima de colaboração, de coletivismo e boa vontade contribuí grandemente para os resultados desejados numa família, instituição, empresa e em situações grupais em geral.

Referências

- Bion, W. R. (1962/1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962)
- Donato, A., Fernandes, B. S., Svartman, B., Oliveira, N. M. F. M., Toledo, R. P., & Fernandes, W. J. (1995). Pensando sobre grupos e outras configurações vinculares. *Revista da ABPAG*, 4, 118-126.
- Fernandes, W. J. (2003a). O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 43-55). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, W. J. (2003b). Bion: O conhecimento e a vincularidade – vínculos K, L, H. R – os níveis de funcionamento grupal: O pensar e os pensamentos. Em W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 109-127). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, W. J. (2003c). Os diferentes objetivos do trabalho grupal. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 185-193). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, W. J. (2007). A má vontade e as possibilidades de crescimento mental a partir do fortalecimento dos vínculos amorosos. *Anais do XIII Congresso Brasileiro de Psicoterapia de Grupo; IX Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo* (pp. 118-123).
- Zimerman, D. E. (2010). *Os quatro vínculos*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2012). *Etimologia de termos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed.

Proposta introdutória de classificação do trabalho grupal

Waldemar José Fernandes e Tales Vilela Santeiro

Para o estudo e o trabalho com grupos é necessário considerar que qualquer grupo se movimenta em dois planos ou dois níveis de funcionamento psicodinâmico, conforme descreveu Bion: o nível de *Grupo de trabalho*, que opera no plano consciente e mantém contato com a realidade – com características análogas às do funcionamento do Ego –, e o nível de funcionamento grupal de *Pressupostos básicos*, que opera no plano inconsciente. Entretanto, cada grupo terá suas necessidades e cada pessoa terá suas próprias singularidades. Nesse âmbito de trabalhos, o que terá de ser alvo de atenção e de investimentos constantes é *a atitude do coordenador* (Fernandes, 2003b).

Há diversas possibilidades de classificação dos trabalhos com grupos, realizados com inspiração psicanalítica. Ela pode ser feita a partir de alguns critérios, que vão desde a forma como um grupo recebe um integrante, até as próprias características do participante ou do local onde o trabalho é desenvolvido. Isso será detalhado a seguir e ao longo do livro haverá capítulos com ilustrações pormenorizadas dessas formas de classificação. E por essa razão o título deste capítulo incorpora o vocábulo *introdutório*: porque pretende introduzir eixos explorados pelos autores do livro e porque pretende apresentar noções fundamentais sobre organização de grupos.

A depender da fase do ciclo vital na qual os participantes se encontram, o grupo pode ser classificado como de crianças, de adolescentes, de adultos e de idosos. Muitas vezes é possível reunir num grupo crianças e adolescentes. Por exemplo, quando tratamos conjuntamente de crianças na puberdade e no início da adolescência ou de adultos e idosos, e assim sucessivamente.

Quando a classificação destaca semelhanças ou diferenças entre participantes, tratamos de *grupos homogêneos* e de *grupos heterogêneos*. Os homogêneos são aqueles formados por pessoas com características comuns. Por exemplo, um grupo pode ser homogeneamente constituído por crianças (etapa do desenvolvimento), *ou* por mulheres (gênero), *ou* por diabéticos (adoecimento crônico); e também pode ser homogêneo quando essas mesmas pessoas exemplificadas constituiriam um grupo formado por crianças *e* mulheres *e* diabéticas.

Os grupos heterogêneos, para prosseguirmos no mesmo exemplo, seriam os formados pelo conjunto de pessoas com certas características: por crianças *e* por adolescentes (momentos do ciclo vital distintos), por meninos *e* por meninas (gênero misto), por portadores de diabetes *e* por pessoas com sintomas depressivos (heterogeneidade de sintomatologia e de “quadros de adoecimento”). Tal como no exemplo anterior, essas pessoas poderiam reunir todas essas diversidades e serem atendidas em um único grupo (crianças *e* adolescentes, meninos *e* meninas, diabéticos *e* portadores de sintomatologia depressiva).

A partir da forma como a pessoa pode iniciar sua participação e pelo tempo de permanência dela no grupo, podemos elencar os grupos como *abertos* ou *fechados*, ou como *semiabertos* ou *semifechados*. Quando pode haver entrada e saída de participantes a qualquer momento, estamos diante de um grupo aberto. Esse tipo de grupo é mais comum de ser visto em instituições que lidam com alta demanda numérica de atendimentos e que, igualmente, precisam prestar contas acerca do fluxo desses atendimentos, porque a quantidade de pacientes atendidos tem implicações administrativo-financeiras para a manutenção do próprio serviço. Na clínica privada, os grupos psicanalíticos também costumam ser abertos, mesmo com demanda baixa, o que caracteriza uma das dificuldades desses grupos: *mantê-los*, pois podem ir minguando numericamente, com risco de extinção.

O grupo fechado seria aquele no qual os participantes permanecem do começo ao término da sequência de sessões grupais contratadas. Nele, novas entradas de pacientes/usuários não são permitidas, o que inclui a impossibilidade de reposição: se alguém precisar

sair anteriormente ao que fora contratado, o grupo tem o número de integrantes diminuído; nunca, porém, aumentado.

Grupos seriam *semifechados* ou *semiabertos* quando a entrada ou a saída de novas pessoas pode ser flexibilizada. Por exemplo, o grupo se inicia no formato aberto e após um tempo ele se fecha; também é cabível o contrário.

Outra forma de categorização dos grupos tem relação com a característica administrativa do local onde as intervenções ocorrem. Elas podem acontecer em *ambientes privados*, como consultórios de médicos ou estabelecimentos onde profissionais da saúde e da educação atuam. Isso pode ser ilustrado com escolas, consultórios vinculados a convênios médicos e outros. Os locais podem ser *instituições públicas*, como equipamentos de saúde pública do Sistema Único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social, do Ministério da Educação ou de outros órgãos governamentais, estaduais ou municipais. Os grupos podem ser desenvolvidos, ainda, em *ambientes não governamentais* ou do *terceiro setor*, como seriam os casos de lares de acolhimento a menores em processo de adoção e cursinhos de educação popular (pré-vestibulares).

Grupos também podem ser classificados conforme as diferentes configurações vinculares que são alvo dos atendimentos. Esses casos podem ser esclarecidos por psicoterapias desenvolvidas com famílias e com casais, ou por abordagens grupais em geral (não psicoterapêuticas, como os grupos operativos no ensino), ou, finalmente, por abordagens grupais visando ao trabalho de demandas institucionais (por exemplo, aprimoramento de comunicação intrainstitucional).

Trabalhos em grupo também podem ter focos distintos delimitando suas classificações: *grupos unifocais* ou *grupos multifocais*. Um grupo seria classificado como unifocal quando um trabalho específico for desenvolvido sobre algum aspecto de interesse institucional, profissional ou conforme demandado por aqueles que procuram por tais dispositivos. Grupos para tratamento de transtornos alimentares ou para atenção a dificuldades de aprendizagem estudantis seriam algumas possibilidades.

Grupos multifocais, por seu turno, visariam ao trabalho sobre diversos aspectos; a obtenção de autoconhecimento, de modo amplo, seria ilustração pertinente. Nesses casos, tão logo um foco tenha sido

explorado/trabalhado pelo grupo, outros focos passariam a nortear os trabalhos, ou simplesmente diversos focos consecutivos poderiam ser alvos de trabalhos e explorações.

Outro modo de classificar o trabalho grupal alinha-se diretamente à duração temporal que ele considera. Nesse aspecto, um grupo pode ser breve ou de prazo pré-determinado; de longo prazo ou de prazo indeterminado. Como os próprios nomes sugerem, a ideia de que um grupo possa ter caráter breve em seu funcionamento é usualmente associada a processos que considerariam a predeterminação do fator temporal como relevante e como critério.

Além disso, um trabalho grupal pode ser breve porque isso foi planejado dessa maneira – e isso é o desejável quando se pensa num processo grupal nomeado como “breve”. Ou o grupo pode ser breve como uma espécie de “resposta”, emitida pelos participantes, quando percebem, ainda que de forma inconsciente, que o proposto não lhes faz sentido e se evadem dele. Neste segundo caso, o uso da nomenclatura “breve” é, portanto, equivocado; ele não espelha o fato de um processo psicoterapêutico breve ser alvo de criterioso planejamento, o que inclui focalização e traçado de objetivos exequíveis dentro do escopo temporal disponível.

Ao classificarmos o trabalho grupal conforme o foco dos trabalhos e conforme o tempo de duração dele, registramos dois assinalamentos: (1) é comum que um grupo breve seja unifocalizado e que, por outro lado, um grupo de longo termo se ocupe de focos sucessivos, o que acontece justamente porque o fator temporal pode não constituir preocupação inerente ao contrato de trabalho e, também, ao planejamento do processo; e (2) em um grupo planejado para ser executado como breve (e agora pensamos em um grupo unifocal), é possível que haja recontrações e replanejamentos, tal como cabe ocorrer em processos de longo prazo.

Outra maneira de classificar o trabalho grupal vincula-se à constituição da sua equipe coordenadora ou executora. Ele pode ser coordenado/executado por uma *equipe uniprofissional* (composta por profissionais psicólogos *ou* por professores, por exemplo); ou por uma *equipe multiprofissional* (formada por assistente social *e* por enfermeiro, por exemplo). Em instituições de atenção à saúde, o trabalho grupal realizado

multiprofissionalmente costuma ser desejável e até mesmo fator constituinte de políticas públicas.

Uma modalidade de classificação que tem sido engendrada a partir da popularização da internet, ocorrida no novo século, e que propomos agora é quanto à “presença” dos participantes do grupo. Os encontros ocorrerão com as pessoas fisicamente juntas ou distanciadas?

Até o advento da pandemia do COVID-19, atendimentos com mediação de tecnologias de informação e de comunicação propiciadas pela internet, na modalidade remota, eram motivados por dois fatores gerais: ou eles aconteciam em caráter experimental, não raro articulados a finalidades de pesquisa acadêmica, ou ocorriam de modo informal, conforme decisões particulares que cada psicoterapeuta poderia tomar, a despeito de haver consolidação de conhecimentos que pudessem comprovar sua eficácia. E, além disso, as próprias tecnologias não eram acessíveis como o são agora, vinte anos depois de as primeiras delas virem a público. Atualmente, programas e aplicativos como WhatsApp e Meet permitem que pessoas possam se reunir em grupo, com boas condições de privacidade, de som e imagem.

Após a pandemia ter se instalado e, como consequência, o afastamento social ter sido normalizado, encontros psicoterapêuticos desenvolvidos na modalidade remota passaram a ser preferenciais. Essa movimentação tem alavancado debates, revisões em códigos de ética profissionais e tem instigado novas descobertas, também no âmbito da atuação profissional em coordenação de grupos psicanaliticamente orientados. Pensarmos, assim, nessa nova forma de classificação dos trabalhos em grupo nos parece imperativo, haja vista a modalidade remota, além de ser alvo de antigos temores, vir sendo estabelecida como modo promissor de trabalho.

Trabalhos grupais podem, finalmente, ser classificados quanto aos objetivos ou às finalidades que têm. Nesse sentido, podem ter finalidades *operativas* (não psicoterapêuticas), *psicoterapêuticas* e *de pesquisa*.

Todas as formas de classificação expostas são úteis, pois podem auxiliar os profissionais no planejamento de seus fazeres e, em última instância, podem contribuir para a qualidade do trabalho ofertado e para a saúde mental dos atendidos. De todas as formas de classificação,

entretanto, consideramos essencial que fique bem definido se os grupos têm *finalidades operativas* ou *finalidades terapêuticas* (Fernandes, 2003b). E por que dizemos isso? Fundamentalmente porque podemos executar pesquisas com sobreposição dos dois outros objetivos: pesquisas sobre grupos operativos e pesquisas sobre grupos psicoterapêuticos. De toda forma, cada uma dessas possibilidades será detalhada nos itens seguintes.

Grupos com finalidades operativas

Nesses grupos os objetivos podem ser vários, como esclarecer temas, situações e, principalmente, proporcionar algum aprendizado que favoreça o progresso das pessoas envolvidas, individualmente ou como equipe. Eles também podem ser denominados como grupos centrados em tarefas e, por serem inspirados nas propostas de Pichon-Rivière (1983/2000), pensador e psicanalista argentino muito influente no modo como processos grupais são concebidos e conduzidos no Brasil, caracterizam-se como de inspiração teórica psicanalítica.³

Pichon-Rivière observa que, a despeito de um grupo ter finalidade operativa ligada à aprendizagem, ele terá sempre *algum resultado terapêutico*, semelhantemente ao que ocorre nos grupos terapêuticos, que *proporcionam graus de aprendizagem*. Há uma relação dialética, dinâmica e vincular entre aprendizagem e efeitos psicoterápicos. Nesse processo, aprendizagem sem relações cristalizadas implica mudança, indica crescimento. Ao ocorrer em grupo, ela abre novas possibilidades de aquisição de conhecimentos sobre o mundo interno e externo.

Uma das marcas distintivas de um grupo operativo é a ênfase no entendimento dos processos transferenciais que os participantes fazem para com a tarefa propriamente dita, ao passo que o entendimento das transferências para com os pares e para com o coordenador, ou coordenadores, é menos objetivado. As posturas interpretativas destes, por conseguinte, são acionadas para auxiliar o grupo a manter ou a retomar o trabalho sobre a tarefa.

Alguns exemplos de grupos com finalidades operativas:

- grupos temáticos (discussão de textos ou temas);

³ Ver o capítulo 8, *Teoria e técnica dos grupos operativos segundo Enrique Pichon-Rivière*.

- grupos de orientação (gestantes, diabéticos, hipertensos, alcoolistas e outros);
- grupos Balint (discussão de casos em equipe, visando a auxiliar o profissional em suas dificuldades ao atender pacientes);
- grupos de diagnóstico (supervisão de casos atendidos por aprendizes de processos grupais);
- grupos de acolhimento (em salas de espera de serviços-escola e de ambulatórios);
- grupos de convivência (em instituições inseridas no nível de atenção à saúde primário, como Unidades de Atenção ao Idoso, com apenas uma sessão ou mais);
- grupos de autoajuda (autogeridos entre pares, como alcoólicos anônimos e psicóticos anônimos); e
- grupos operativos propriamente ditos (em escolas, empresas e hospitais), entre outros.

O contrato de trabalho a ser tecido com um grupo de finalidade operativa deve esclarecer que ele visa à obtenção de conhecimentos mais gerais sobre algo, sobre o grupo ou sobre si mesmo. Além disso, para o grupo ser classificado como operativo no sentido criado e desenvolvido por Pichon-Rivière, noções como as de tarefa (não apenas a que prevê “execução racional de algo”, digamos) e de emergentes grupais são marcos teóricos distintivos, entre outros que serão abordados em capítulo específico (capítulo 8).

A partir dessa última consideração, há duas modalidades muito importantes de grupos operativos inspirados no modelo pichoniano: os *grupos psicanalíticos de reflexão* (em sociedades que congregam profissionais que trabalham com grupos, institutos de formação ou de ensino psi, universidades ou como vivências) e os *Grupos Psicanalíticos de Discussão* (discussão em pequenos grupos sobre as mesas redondas que ocorrem em congressos e jornadas, por exemplo).⁴

⁴ Devida à relevância desses temas e da influência dessas formas de conduzir grupos na realidade brasileira, eles serão tratados em pormenores no capítulo 14, *Grupos Psicanalíticos de Reflexão e Discussão enquanto modalidades de Grupos Operativos*.

Grupos com finalidades terapêuticas

São os grupos com objetivos que vão além do aprendizado buscado por aqueles com finalidades operativas. Eles possibilitam crescimento pessoal e grupal, no sentido de que a o trabalho a que eles se propõem tem relação com o tratamento de questões existenciais e/ou com a atenuação de sintomas, com o desenvolvimento de comportamentos mais saudáveis e assim por diante. Se nos grupos operativos a transferência para com a tarefa grupal era alvo prioritário de análises, aqui as manifestações transferenciais para com os membros, para o grupo como um todo e para com os coordenadores ganha acento.

Nos procedimentos grupais psicoterapêuticos de inspiração psicanalítica, os pacientes costumam associar livremente, e aprendem a aceitar sem censuras tais associações. Participantes do grupo, incluindo os psicoterapeutas, podem trabalhar a comunicação e a vincularidade de modo mais abrangente e ambicioso, em comparação ao que costuma ser praticado nos grupos operativos, que normalmente não têm tal objetivo. Geralmente é estimulado o pensar, o aprender com a experiência, assim como a meta de cada um poder *ser o que se é*. Nesses grupos, quando bem sucedidos, ocorre maior aceitação da impotência e da incerteza. Também questões primitivas e não elaboradas, causadoras de sintomas, podem ser trabalhadas. Encontramos aí as psicoterapias psicodinâmicas de grupo, de modo geral, que serão enfocadas a seguir.

A psicoterapia psicodinâmica de grupo

A psicoterapia psicodinâmica de grupo é, no sentido do que vimos dizendo, uma forma de psicoterapia grupal em que, além da meta terapêutica, existe também a procura pelo autoconhecimento e pelo desenvolvimento de aspectos menos maduros da personalidade e dos modos como os vínculos se estabelecem e podem se estabelecer, proporcionado pelo aprendizado que ocorre nas relações interpessoais e na vivência com o grupo como um todo, entidade que reproduz a sociedade em que vivemos.

A inspiração psicanalítica é uma das principais teorias que apoiam esse tipo de trabalho, e há, ao longo da trajetória de estudos sobre grupos, desde as contribuições de Pichon-Rivière até as de Bion, desde as de

Cortesão até as de Kaës, preocupação em pesquisar e procurar elaborar teorias próprias de grupo. Há outras correntes importantes, como o psicodrama de Moreno, já bem divulgado em publicações especializadas, e que merece ser estudado, pois pode ajudar o psicanalista vincular e o profissional que trabalha com outros tipos de grupo a enriquecer sua prática clínica. Para dar um exemplo, encontramos no texto *Psicoterapia da relação*, de José Fonseca (2000), bons elementos do psicodrama contemporâneo em nosso meio, entre outros publicados também por respeitáveis autores brasileiros e estrangeiros.⁵

Entre os exemplos de grupos de inspiração psicanalítica com finalidades terapêuticas, temos: psicoterapia analítica de grupo, grupanálise, psicanálise vincular (de grupo, casal, família, instituição), psicodrama psicanalítico, grupoterapia breve psicanalítica. Apesar de tais nomenclaturas serem de conhecimento geral, essa orientação teórica pode abranger diversos tipos de estratégias, como grupos com pacientes internados (comunidade terapêutica, centros de reabilitação, hospitais-dia), grupoterapia com pacientes com queixas fortemente somáticas, entre outros.

Grupos com finalidades de pesquisa

Anteriormente, dissemos que grupos com finalidades de pesquisa eram um terceiro modo possível de classificarmos os trabalhos grupais e que eles poderiam ser sobrepostos aos grupos operativos e aos psicoterapêuticos. Além disso, eles são pouco focalizados pela literatura da área das grupoterapias e dos processos grupais, razão pela qual dispensaremos algumas palavras sobre eles.

Um grupo com finalidades de pesquisa requer ponderações sobre a *origem* das demandas, para distingui-los dos demais tipos. Se uma instituição ou grupo pode demandar um atendimento grupal, *nem sempre* isso ocorre nos casos de pesquisas acadêmicas. Nestas, as demandas, embora não exclusivamente, costumam ser dos pesquisadores. Estes, por sua vez, desenvolvem projetos de pesquisa e respectivos trabalhos de

⁵ Além disso, existem outras importantes correntes que se ocupam das dinâmicas e dos processos de grupo, como a *Gestalt*-terapia, a psicologia analítica de Jung, a teoria sistêmica, a teoria cognitivo-comportamental, dentre outras.

conclusão/relatórios, atrelados a alguma instituição universitária, especialmente a algum programa de pós-graduação. Nesse sentido, a *origem da demanda* pela intervenção grupal sofre um tipo de “deslocamento” face às demandas postas por instituições ou por grupos, ocorridas em cenários não acadêmicos. Essa característica faz da classificação de grupos com finalidades de pesquisa algo não apenas particularmente distinto, mas também merecedor de ponderações específicas quando for uma opção de trabalho.

Até aqui procuramos exemplificar diversidade de formas de conceber o trabalho com grupos, conforme seus objetivos e/ou características dos profissionais e pacientes/usuários envolvidos. Sabemos o quanto isso pode soar complexo, em especial ao leitor iniciante nesse campo. Nessa direção, precisamos retomar o que dizemos no início, quando mencionamos a *atitude do coordenador*. A atitude clínica do coordenador ou coordenadores é o pilar de quaisquer compreensões que possamos fazer ou apresentar, e ela, para ser exercitada eticamente, requer cuidados específicos.

Os coordenadores do grupo têm a missão de manter o foco nos objetivos planejados para aquele grupo, utilizando seus conhecimentos da teoria da técnica para que isso aconteça. Para cada situação, seja para atender um grupo de adolescentes, seja para coordenar um grupo de pesquisa, a postura e a ética profissionais são a argamassa que favorece que elementos díspares e até mesmo desconexos, presentes em processos psicoterapêuticos grupais, ganhem sentido mais genuíno e possam ser verdadeiramente promotores de saúde mental. Daí a importância de uma boa formação profissional.⁶

Importância de saber qual a finalidade e o contexto onde ocorrerá o grupo

Vejamos algumas situações grupais já ocorridas, como ilustração:

- José Carlos é psiquiatra, com interesse em aprender sobre grupos. Por isso, iniciou um curso de formação para grupoterapeutas e coordenadores de grupo. Relatou em aula que montou um grupo, no qual os pacientes queriam se tratar e

⁶ Ver o capítulo 4, *Formação de psicoterapeutas e coordenadores de grupo de inspiração psicanalítica: clínica de grupos na Saúde e na Educação*.

melhorar seus sintomas. Entretanto, o coordenador do grupo queria testar suas interpretações e aprofundar o trabalho. Como resultado houve a desintegração do grupo, faltas, desinteresse, forte resistência, e em poucos meses não havia mais participantes, deixando o terapeuta iniciante muito angustiado.

- Júlia é uma assistente social em serviço de saúde mental. Foi direcionada pela chefia para passar a atender grupos de diagnósticos, de convivência e de psicoterapia. Inicialmente se interessou e enfrentou o desafio, mesmo sem conhecimento sobre grupos. Gostou dessa atividade, e foi trabalhando. Tempos depois, sentiu necessidade de iniciar um curso de formação sobre grupos. Surpreendentemente, no decorrer das aulas, ficou claro que Júlia, que vinha atendendo determinado grupo há três anos, não havia parado para pensar sobre as finalidades daquele trabalho, quais seus objetivos, quais as necessidades daqueles pacientes e da instituição.

Nesses dois exemplos, participantes do grupo e terapeuta não conseguiram afinar seus objetivos, com sérias consequências, em grande parte por falta de reflexão e tomada de decisão quanto ao que cada profissional pretendia fazer em tais circunstâncias, se o trabalho seria viável com aquele grupo e naquele contexto, entre outros aspectos. Temos de levar em conta, portanto, que o processo comunicativo vincular terá diferenças de abordagem, de acordo com os objetivos a serem alcançados. A técnica precisará ser alvo de adaptações se o trabalho for realizado com crianças ou adultos, se em instituição ou clínica privada, se ocorrer com tempo limitado, se o grupo for homogêneo quanto a um ou mais fatores, e assim sucessivamente.

Isso posto, é necessário buscarmos uma forma de discriminar os diversos tipos de trabalho grupal, tarefa que consideramos fundamental, pois grande parte dos insucessos terapêuticos provêm da confusão provocada pelo não esclarecimento dos objetivos do trabalho aos usuários/pacientes e, o que é pior, muitas vezes o profissional *não parou para pensar* sobre o que está fazendo e sobre quais seriam suas intenções nesse percurso (Fernandes, 2003a). Procuramos demonstrar, então, como é valioso termos em mente as várias possibilidades de atendimentos

grupais, de acordo com as finalidades daquele grupo e do contexto em que ele for desenvolvido, além, é claro, da essencial relevância de o profissional ter adesão teórica que fundamente todo o processo interventivo, além de outros itens implicados em uma boa formação.

Os coordenadores de grupo com finalidade operativa, terapêutica ou de pesquisa terão, desse modo, de estar atentos à técnica utilizada, para avaliar se as metas são compatíveis com o que pretendem, se são compatíveis com as metas do público alvo e, acima de tudo, *se ambos estão em acordo mediante o que foi combinado*.⁷ É vital, entretanto, que o interessado em trabalhar com grupos faça sua formação em caráter continuado, pois o bom atendimento dependerá do aproveitamento que tiver tido em sua análise pessoal e demais itens da formação exigida para quem for trabalhar com grupos.⁸

A título de considerações finais, frisamos que as classificações listadas ao longo do texto podem se sobrepor umas às outras. Isso aconteceu quando ponderamos, por exemplo, sobre grupos focais e grupos de temporalidade breve, e sobre grupos heterogêneos e homogêneos. Ou quando consideramos o local onde os trabalhos são desenvolvidos: grupos com finalidades operativas ou psicoterapêuticas podem acontecer em instituições de diversas naturezas e serem coordenados por equipes multiprofissionais.

O dinamismo inerente a um processo grupal requer que a classificação dos diversos tipos de grupos seja articulada ao que vivemos em nossos trabalhos. Por exemplo, quando tratamos de grupos abertos ou fechados, é preciso ter clareza de que, a cada momento do grupo, negociações podem e devem ser feitas, a partir do que o próprio grupo constrói coletivamente e a partir do que o coordenador (ou os coordenadores) concebe como viável, conforme o modelo teórico que direciona seu olhar e seu fazer, bem como em consideração aos limites inerentes às suas formação e experiência profissionais.

Como se vê, compreender “como” um trabalho grupal pode ser classificado é um exercício que visa a auxiliar aqueles que pensam nele ou

⁷ Ver o capítulo 16, *Aspectos da teoria da técnica das grupoterapias psicanalíticas*.

⁸ Ver o capítulo 4, *Formação de psicoterapeutas e coordenadores de grupo de inspiração psicanalítica: clínica de grupos na Saúde e na Educação*.

com ele trabalham a se encontrarem do ponto de vista profissional e, por conseguinte, para evitar trabalhos “desnorteados” técnica e filosoficamente, os quais podem ter sérias implicações no campo da ética profissional e, sobretudo, na saúde mental das pessoas e dos grupos alvo de nossas atenções. Assim como o que apresentamos pode implicar sobreposições de classificações, precisamos alertar, ainda, que existiriam outras maneiras de traçar os tipos de grupos. A que foi relatada é a que nos parece mais adequada às nossas práticas clínicas, de ensino e de pesquisa.

Referências

- Fernandes, W. J. (2003a). Bion: O conhecimento e a vincularidade – vínculos K, L, H. R – os níveis de funcionamento grupal: O pensar e os pensamentos. Em W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 109-127). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, W. J. (2003b). Os diferentes objetivos do trabalho grupal. Em W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 185-194). Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, J. (2000). *Psicoterapia da relação: Elementos de psicodrama contemporâneo*. São Paulo: Ágora.
- Pichon-Rivière, E. (2000). *O processo grupal* (8ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1983)

Formação de psicoterapeutas e coordenadores de grupo de inspiração psicanalítica: Clínica de grupos na Saúde e na Educação

Beatriz Silverio Fernandes, Tales Vilela Santeiro e Waldemar José Fernandes

*Ninguém sonha duas vezes o mesmo sonho
Ninguém se banha duas vezes no mesmo rio
(...)*

*Ainda não estamos habituados com o mundo
Nascer é muito comprido.*

Murilo Mendes, em *Reflexão n. 1*

A redação deste capítulo foi feita a seis mãos, a partir de nossas experiências na clínica privada e em instituições, ao trabalharmos com grupos com finalidades operativas, psicoterapêuticas e de pesquisa. Nossas experiências são diversificadas e espelham atuação de duas gerações distintas de psicoterapeutas de grupo. Enfocaremos a formação para coordenadores e psicoterapeutas de grupo, de modo geral, porque no nosso entendimento ela tem linhas mestras a serem cuidadosamente ponderadas e que independem desta ou daquela geração de trabalhador. Nesse percurso, priorizaremos vivências que temos tido com pacientes/usuários de serviços de saúde, profissionais da saúde e da educação e estudantes de distintos níveis de ensino formal, do fundamental ao da pós-graduação.

As sociedades formadoras, como visto no capítulo 1, *Psicoterapia de grupo: sua origem, seus caminhos*, já foram numerosas em todo o mundo, o que ocorreu também em nosso meio. Acreditamos, porém, que tem havido mudanças nessa paisagem toda. Isso se deve a diversos fatores, dentre os quais salientamos três: econômicos, certa tendência ao imediatismo e

transformações na formação em orientação psicanalítica. Trataremos desses três fatores em seguida e nesse caminhar o leitor precisa considerar que eles devem ser compreendidos de modo articulado.

O primeiro fator, o econômico, precisa ser contextualizado na realidade latino-americana, distintamente do que poderia ocorrer em outras realidades. De modo geral, as profissões que lidam com os cuidados à saúde mental das pessoas têm sofrido impactos semelhantes aos vividos por quaisquer profissionais inseridos num cenário político e econômico neoliberal: tem havido precarização das condições de trabalho, incluindo a precarização das remunerações, que em alguns casos chega a ser aviltante. Por outro lado, como é sobejamente sabido, a formação na orientação psicanalítica é um empreendimento custoso; a rigor, para ser desenvolvida envolve o tripé estudo teórico, análise pessoal e prática supervisionada, fatores que serão detalhados em tópicos específicos, além de um quarto fator que proporemos, os grupos de reflexão, que, ao integrar esse processo, torná-lo-ão um quadripé. Dessa forma, o aspecto econômico incide sobre a base dos processos formativos: se tratamos de um profissional não raro mal remunerado, como ele poderia priorizar o tri/quadripé da formação?

Dessa forma, sustentar tal modelo de formação tem se tornado inviável para muitos profissionais, especialmente – mas não exclusivamente – para os que se encontram em início de carreira. Nesse sentido, quando mencionamos a tendência ao imediatismo como um fator explicativo das transformações no campo da formação, isso ganha melhor sentido se associado ao fator econômico; todavia, precisa ser enquadrado juntamente das características dos dias atuais, tempos de “alta velocidade” e de “plena eficácia”. *Cibercultura* (Lévy, 1997/1999), *Sociedade do desempenho* (Han, 2017) e *Modernidade líquida* (Bauman, 2000/2001) são algumas metáforas que vêm à tona e nos ajudam a compreender o mundo no qual estamos inseridos. Não somos ou seremos mais os mesmos após o advento de popularização da internet e da intensificação dos movimentos de globalização das economias e das culturas vividos nos últimos vinte anos.

O fator atinente ao que nomeamos como transformação no processo de formação psicanalítica para atuação em grupos articula-se

como uma extensão dos dois anteriores. E, como dito, os três fatores estão imbricados. O paciente/usuário e o analista/psicoterapeuta não são nem serão mais os mesmos. Então, a ideia de transformação contempla em si a possibilidade de que ela própria seja vista de modo mais ou menos negativo. Se olharmos para ela como algo que precisaria acontecer, como o foi há alguns anos, provavelmente o modo de vê-la penderá para a negatividade das mudanças inerentes. Se, contudo, pudermos acolhê-la no que ela tem de instigante, formas positivas poderão tomar a cena, haja vista momentos de crise também provocarem potenciais desenvolvimentos.

Dessa forma, o campo psicoterapêutico, assim como o campo do aprendizado na vivência grupal, é produto de somatória de fatores de alta complexidade. Além disso, atrelam-se a eles outros elementos, que até o momento estavam implícitos: a participação interessada e ativa dos participantes do grupo, as intervenções do coordenador e a atitude interna da pessoa desse coordenador/psicoterapeuta. Frisamos, assim, que uma boa formação para esse profissional poder exercer suas atividades deve ocorrer e que isso é diretamente relacionado a seus conhecimentos, habilidades e atitudes.

A importância dessas atitudes, que provêm do interior da pessoa do terapeuta, reside no fato de que elas se constituem formas de comunicação não verbal, que atingem um nível primitivo da organização do *self* do paciente. Tais atitudes nos remetem ao que ocorre na interação mãe-bebê, tal como ao aprendizado por identificação, que ocorre com os filhos na convivência com os pais; mais do que seus conselhos, importa *como* vivem e se comportam, dando “exemplos” que somente podem ser absorvidos por meio do viver.

Concordamos com Zimerman (2000) quanto a que as atitudes do grupoterapeuta/coordenador de grupos refletem como ele é como gente. E elas resultam da combinação de uma série de fatores, muito importantes de serem sublinhados: a estrutura de sua personalidade, o grau de adiantamento de sua análise pessoal e o seu código de valores. Esse assunto será retomado mais adiante. Agora vamos nos dedicar à formação propriamente. Para tanto, alguns tópicos anteriormente mencionados serão ampliados.

Os pilares que fundamentam a formação têm sido mantidos pelas sociedades formadoras: análise pessoal, supervisão e estudo teórico. Pensamos que devemos acrescentar os grupos psicanalíticos de reflexão⁹ ao tripé da formação clássica, chegando, portanto, a um “quadripé” como sustentáculo da formação na contemporaneidade. Iniciaremos pela análise pessoal, que julgamos ser o primeiro item em grau de importância nessa área.

Análise pessoal

A análise pessoal é basilar na formação de qualquer psicoterapeuta, não sendo exceção no caso do analista vincular. Tudo que vimos da teoria e da prática com grupos parte do princípio de que o coordenador/psicoterapeuta tenha capacidade para lidar com as questões espinhosas que surgirão no trabalho diário, como as resistências, as identificações projetivas que chegarão em grande quantidade, e lidar com suas próprias questões transferenciais, sua onipotência, seu narcisismo etc.

Mesmo que a análise individual tenha sido bem conduzida, com bons desenvolvimentos e em longo prazo, parece-nos imprescindível que exista a experiência grupal, e a recíproca é verdadeira. Destarte, melhor ter ambas as experiências, individual e grupal, em períodos diferentes, com analistas diferentes, para melhor evolução pessoal.

Qual o tempo necessário para se submeter à grupoterapia, como paciente, ao ingressar no processo de formação? Por absurdo que possa parecer ao profissional já ambientado no campo da clínica, essa é uma questão que aparece muito, advinda dos iniciantes, candidatos a coordenar grupos.

Sabemos que tanto uma experiência de três a quatro anos pode ser muito útil – e suficiente –, principalmente se a pessoa já fez análise individual por alguns anos, assim como, em certos casos, 10 a 12 anos ainda não foram satisfatórios para abrandar defesas importantes e proporcionar mudanças significativas. Dessa forma, aquele que se submeter ao próprio processo de autocuidado, que o faça com interesse,

⁹ Ver o capítulo 14, *Grupos psicanalíticos de Reflexão e Discussão enquanto modalidades de Grupos Operativos*.

que se envolva e procure não deixar que questões burocráticas atrapalhem seu desenvolvimento.

É recomendável iniciar o processo analítico o quanto antes e só interrompê-lo – *preferencialmente* como resposta acordada conjuntamente com o grupo e com o analista – após anos de trabalho, se estiver evidente que houve bom desenvolvimento e que está na hora de pensar em parar. Todavia, o tema da alta é algo muito subjetivo e poderá demandar meses de discussão com todos os participantes do grupo, ou com o analista, se o processo for bi-pessoal.

Mais relevante que o tempo de duração da psicoterapia/análise pessoal ou o quanto o término desse processo pode ser dialogado e amadurecido, como fatores isolados, é a qualidade do que a pessoa em formação puder fazer e o “quanto” ela pode investir nisso, fatores que devem ser sopesados com cuidado. Afinal, “afinar-se”, como instrumento de trabalho que somos, pode ser exercício prazeroso e gratificante. E se esse processo de autoconhecimento for almejado, porque ele é fundamental e genuíno integrante da identidade profissional do psicoterapeuta, o tempo e o término passarão a figurar como elementos de pano de fundo.

Por razões como essas, cabe-nos fazer um parêntese sobre o analista/coordenador grupal, que atende pacientes que também são estudantes em formação. A ele cabe posição amistosa, transparente e autêntica, no intuito de ajudá-los a pensar e a desenvolver a função psicanalítica da personalidade de cada um¹⁰, de modo semelhante ao que seria almejado ocorrer com demais pacientes. Assumir uma postura “pedagógica” e lançar-se a exhibir seus conhecimentos àquele em processo de formação pode incidir, em última instância, numa composição de profissional equivalente a um pretense erudito. Ademais, nesse exercício que consideramos não ser o mais apropriado, o risco intrínseco de atuar como livre atirador de interpretações pode se constituir em efeito colateral indesejável. Em contrapartida, qualquer postura que fomente a criatividade e a espontaneidade do estudante deveria ser priorizada.

¹⁰ Ver o capítulo 12, *Mais alguns conceitos bionianos importantes para a psicanálise das configurações vinculares*.

Supervisão

Fernandes et al. (2004) expõem que o termo supervisão, segundo vários dicionários, refere-se a dirigir, orientar, inspecionar. Se pesquisarmos a origem da palavra, encontraremos o supervisor como aquele que revisa, aquele que vê.

Supervisão, por sua vez, é uma atividade consolidada durante a Idade Média. Referia-se ao trabalho do aprendiz junto ao mestre, que transmitia seus conhecimentos para que o aprendiz realizasse a tarefa da mesma forma, sem criatividade. Com o passar dos anos e o advento dos tempos modernos, hoje essa noção apresenta-se um tanto ou quanto modificada.

Atualmente, se compreendêssemos o termo supervisão de forma literal, seria algo retrógrado e colaboraríamos para que o supervisionando aumentasse sua dependência e seu medo frente ao novo processo. Também seria falso não se levar em conta um saber maior do supervisor, o qual poderá, então, lançar um novo olhar ao trabalho do aprendiz.

Feito esse preâmbulo, consideramos que a supervisão é o segundo pilar na estrutura da formação de coordenadores e grupoterapeutas. Para nós, ela é uma necessidade para quem trabalha com grupos. Há quem considere tal necessidade como um sintoma de dependência psicopatológica. Não pensamos assim, em definitivo. E a esse respeito concordamos com Isaura Manso Neto: “Não sentir essa necessidade pela vida e, sobretudo, nos primeiros anos de profissão é que me parece sinal de psicopatologia” (Neto, 1999, p. 51).

Menosprezar a necessidade de dialogar com alguém mais experiente no campo da clínica de grupos tangencia o tópico “necessidade de o estudante investir(-se) num processo de psicoterapia/análise pessoal”, anteriormente debatido: ele não teria compreendido “nada”, ou teria compreendido muito pouco, das complexidades inerentes ao seu fazer profissional. Isso, por seu turno, tem relação direta com a onipotência e o narcisismo, que estariam ressoando como notas musicais de instrumentos desafinados. Afinal, sermos onipotentes e narcisistas não é um “problema” por si só, até porque estas são características humanas. A questão que se coloca é mesmo o quanto essas características têm podido, ou não, receber tempo e espaço no processo de formação do

principiante, principalmente em sua análise pessoal, pois amiúde necessitamos abrir mão da onipotência e do narcisismo, altruisticamente, em prol do aprendizado do futuro psicoterapeuta ou coordenador de grupos.

A supervisão é vista, portanto, como uma necessidade nas entidades formadoras de psicoterapeutas e faz parte do currículo das sociedades analíticas internacionais, porque dela depende a qualidade do serviço oferecido pelo profissional. Decidir por ela deveria ser decisão pessoal, genuína e eticamente fundamentada, que se vincula, novamente, à atitude clínica do psicoterapeuta/analista. Consideramos, pois, que sem supervisão não haveria como avaliar a qualidade do trabalho, já que o candidato poderia ser um excelente conhecedor de teorias e um mau terapeuta.

Mas, *o que seria supervisão*, afinal? Para Grinberg (1997, p. 172), “é uma experiência de ensino na qual o supervisor partilha com um colega os seus conhecimentos clínicos”. O nome supervisão pode ter conotação infeliz (Fernandes, 2003), pois não se trata de alguma fiscalização ou inspeção, nem tampouco de uma visão melhor ou superior. Trata-se de *mais uma visão*, de *uma outra visão*, pelo vértice de um profissional que não estava lá na sessão terapêutica. Portanto, é um exercício mental onde se pode cogitar o que poderia ocorrer numa situação, como aquela relatada durante a supervisão, longe do aqui e agora terapêutico, situação sujeita a diversas transformações¹¹, desde que foi captada pelo aluno, também ao passar para o papel e mais uma vez transformada ao relatar no Grupo de Supervisão.

Uma das funções da supervisão é aliviar os alunos da dor mental, do sofrimento que eles vivenciam na tarefa de atender seu primeiro grupo, sua primeira família, tendo de lidar com as cobranças internas e externas. Infelizmente, os questionamentos que surgem nessa atividade podem deixar o supervisionando menos tranquilo ainda; não há como impedir isso, mas tal desconforto poderá ser trabalhado na sua análise. E, por esse tipo de razão, dissemos anteriormente que a análise/psicoterapia pessoal

¹¹ Ver o capítulo 12, *Mais alguns conceitos bionianos importantes para a psicanálise das configurações vinculares*.

seria o primeiro item em grau de importância, quando a formação na área da clínica grupal é pensada.

No início do processo de supervisão é comum o terapeuta iniciante necessitar de um supervisor que, além de fornecer subsídios teóricos e técnicos para a atuação profissional, dê segurança, alivie o sofrimento e o medo, principalmente o *medo de errar*, e amenize a grande dúvida: *o que dizer* aos participantes do grupo? A responsabilidade e o acolhimento do supervisor às angústias dos supervisionandos são, desse modo, atitudes básicas e constituintes do processo formativo. O vínculo supervisor/supervisionandos deve ser amoroso e libertador, permitindo o desenvolvimento de todos os envolvidos.

Otto Kernberg nos auxilia a ampliar o que temos procurado dizer: (...) supervisores podem desempenhar uma função crucial na inibição da confiança dos candidatos no seu próprio trabalho e na possibilidade de aprenderem por meio da sua própria experiência. É importante que os supervisores falem o mínimo possível. Na verdade, pode ser útil que o candidato sinta uma continuidade natural entre ser um paciente em análise e o relacionamento com o seu supervisor. A escuta cuidadosa e silenciosa do supervisor à apresentação do trabalho do candidato com seus pacientes, com um comentário esporádico ilustrando o que o candidato fez de errado, pode manter o candidato numa saudável incerteza e humildade em relação ao seu trabalho. (1996, p. 154)

Como podemos notar, o narcisismo e o sentimento de onipotência – já aludidos quando o estudante esteve em pauta – também integram a humanidade e podem rondar os processos de trabalho desempenhados pelo supervisor. Eles podem levar a tentativas de “dar conta de tudo”, num processo de identificação com seus supervisionandos, que frequentemente também não aceitam seus limites, suas impotências perante situações nas quais *só puderam fazer a sua parte*. É comum os principiantes (não só) pretenderem ir além das possibilidades, entender o que não dá para entender, captar, interpretar, curar etc.

As supervisões de processos grupais também podem ser feitas em grupos de aprendizes. No próximo item trataremos dessa possibilidade.

Grupos de Supervisão

Supervisões individuais são recursos úteis e ricos. Porém, preferimos aquelas realizadas em grupo de supervisionandos. Trata-se de uma *outra* experiência, por meio da qual supervisor e supervisionados podem compartilhar suas ideias e conhecimentos (Fernandes et al., 2004). É um processo que reúne dificuldades e complexidades; porém, é igualmente adorável, pois vivê-lo nos permite perceber *o grupo* crescer como um todo, assim como seus participantes em particular. Poderemos conversar e esclarecer tanto os fenômenos próprios à dinâmica do Grupo de Supervisão, como os dos atendimentos grupais. Colocam-se e compartilham-se dúvidas, conflitos, fatores que poderiam causar mal-estar ou estancamento do trabalho e do processo de criatividade. Nos diálogos coletivos, mal-entendidos podem ser desfeitos e há possibilidade de se relacionar teoria e prática grupais.

O Grupo de Supervisão, se for eficiente, deve funcionar como um grupo de cooperação mútua, que se reúne com a tarefa de aprimoramento profissional, contando com a ajuda de um profissional escolhido por ter maior experiência e com quem existe certa empatia e confiança. O que se espera é que essa atividade possibilite que os supervisionandos desenvolvam suas próprias capacidades de entendimento e sua criatividade.

Achamos peculiar e estimulante observar que as conclusões às quais os profissionais chegam em conjunto, no Grupo de Supervisão, a partir de um fragmento único de uma sessão grupal, *vêm dos próprios supervisionandos*. Elas foram extraídas de seus próprios conhecimentos, de suas próprias falas, mas não necessariamente foram valorizadas por eles. Não raro elas só chegam a ser valorizadas se forem referendadas na supervisão.

Como em qualquer grupo, também no Grupo de Supervisão poderá predominar o nível de funcionamento grupal chamado de *Grupo de Trabalho*, mas teremos de conviver com as emoções primitivas dos *Supostos Básicos* bionianos, como visto no capítulo sobre Bion¹², e o sucesso do trabalho dependerá, em grande parte, de o supervisor poder lidar com todos esses aspectos e, por essa via, conseguir ajudar aos supervisionandos

¹² Ver o capítulo 7, *Contribuições de Bion para o estudo e o trabalho com grupos*.

a encontrarem seus próprios caminhos e a adquirirem identidade como coordenadores de grupo/grupoterapeutas. Na posição de supervisor de coletivo grupal, o ideal é que possamos ser claros, tolerantes e flexíveis, respeitando, valorizando e apoiando o modo de trabalho dos supervisionandos, sem impor nosso estilo de trabalho, de modo análogo ao que foi exposto quando supervisões individuais foram enfocadas.

É necessário que a supervisão ocorra em clima emocional de educação/aprendizagem. O supervisor é, habitualmente, idealizado e nele são projetadas expectativas importantes, que possam justificar sua escolha, tal como no processo analítico. Será um “modelo” para identificação dos supervisionandos. Entretanto, a supervisão deve estar centrada no material clínico trazido, incluindo aspectos contratransferenciais, proporcionando criatividade e autonomia aos grupoterapeutas, que poderão começar a pensar por si mesmos.

É desejável que a atividade de supervisão caminhe paralelamente à de análise/terapia pessoal. Quando o supervisionando ainda não começou sua análise pessoal, terá aumentadas as probabilidades de viver dificuldades extras e de trazê-las para o Grupo de Supervisão. Enquanto supervisores, não podemos nos omitir. “O supervisor deve dar a sua perspectiva empática dos pacientes, chamando a atenção para os pontos que parecem obscuros, confusos ou que provoquem reações violentas nos grupanalistas; e evitar sofrimento excessivo e desnecessário aos grupanalistas, jovens praticantes” (Neto, 1999, p. 95).

Um de nós teve interessante experiência em um Grupo de Supervisão, tal como relatado por Fernandes et al. (2004). Uma das supervisionandas que integravam o grupo compartilhou situações vividas no âmbito da própria situação de supervisão e que eram acompanhadas de desconforto. Ela indicou que isso acontecia quando:

- a. o supervisor não levava em conta determinadas percepções do supervisionando e, assim, colocava suas ideias como “verdade absoluta”;
- b. o terapeuta não conseguia expressar adequadamente suas hipóteses a respeito dos pacientes e nessas situações notava existir uma espécie de “lacuna” entre o que realmente aconteceu na sessão terapêutica e o que era narrado no ambiente de supervisão;

isso, por sua vez, provocava um sentimento de “estranheza” diante do que era dito pelo supervisor;

c. o supervisionando ou o supervisor acabavam distorcendo o real sentido da supervisão, e o primeiro passava a sentir-se “avaliado”; e, em decorrência dessa vivência,

d. o supervisionando receava relatar conteúdos, o que tornava o resultado da supervisão limitado em suas potencialidades.

Fernandes et al. (2004) também relataram depoimentos sobre a tarefa de supervisão realizada em grupo:

Carvalho: Tarefa útil e necessária, auxilia na percepção dos processos inconscientes dos pacientes, ajudando assim a definir o rumo da terapia. Propicia segurança ao terapeuta a ajudá-lo na compreensão das reações transferenciais e contratransferenciais.

Abriata: Amplia a visão sobre o grupo em atendimento. Ajuda a entender o processo terapêutico.

Jacomin: Favorece reconhecer as próprias falhas e dá oportunidade de observar que não somos os únicos a cometê-las, permitindo enxergar os pontos cegos do atendimento e da própria supervisão.

Andrea: As percepções focadas e analisadas no Grupo de Supervisão complementam a compreensão da sessão, a possibilidade de crescimento e abrem portas para novas leituras.

Oliveira: Parece ser o ideal, desde que apresente a possibilidade de uma boa interação e estabelecimento de “vínculos”, como no processo terapêutico de um grupo.

De modo distinto do que esses psicoterapeutas relatam, nem sempre os supervisionandos chegam facilmente ao reconhecimento de suas dificuldades contratransferenciais. Isso ocorre seja por mecanismos de defesa, seja por dificuldades no vínculo com o supervisor, o que pode aumentar pontos cegos nos trabalhos que desenvolvem.

É importante orientar os alunos na seleção e no agrupamento dos pacientes. Por vezes é necessário forte estímulo para que os supervisionandos tenham coragem para iniciar seu primeiro grupo. Lembramos de casos em que somente após um ano ou mais de convites é que algum colega do grupo de supervisionandos conseguiu começar a

trabalhar com grupos, embora tivesse grande quantidade de clientes e muita vontade de trabalhar dessa forma.

Devemos tentar mostrar outros aspectos que ainda não puderam ser observados pelo supervisionando. Isso é relativamente mais fácil para nós, que estamos afastados do “calor” da sessão de grupo e podemos intuir algo mais, pela forma com que o material é apresentado, partes que são omitidas e outros indícios, mostrando pontos cegos da atuação dos aprendizes. Parece-nos essencial que fiquem demarcadas, no decurso dos trabalhos de supervisão, as diferenças de intervenção de acordo com os diferentes objetivos do trabalho grupal proposto, assim como o ambiente de trabalho (hospital, universidade etc.).

É desejável que sejam mostradas vantagens e desvantagens nas condutas relatadas pelos supervisionandos e verificar o que cada um do Grupo de Supervisão faria na situação hipotética de estar numa sessão grupal como a relatada. Da mesma forma, o supervisor poderá valorizar o que identificar como corretamente observado, em sua maneira profissional de “ver” a situação narrada.

O aprender coisas novas, o ser-se confrontado com erros e incorreções são situações de potencial ameaça narcísica, embora possam também ser sentidas com prazer pela satisfação da pulsão epistemofílica. Penso, pois, que os supervisores devem ser gentis, cuidadosos na forma como apontam as incorreções, sugerem alterações, chamam a atenção para problemas contratransferenciais etc. Ninguém aprende numa relação onde domina o autoritarismo, o fanatismo, a humilhação. Pode-se, quando muito, domesticar, silenciar a diferença, mas não penso que seja isso que se pretenda numa supervisão. (Neto, 1999, p. 98)

Como o supervisor é um ser humano, não é nada fácil manter tal procedimento, sobretudo porque, de um momento para outro, uma relação amigável, de trocas de experiências, pode ceder lugar a agressões intempestivas, deixando o supervisor desancorado.

A hora de parar com a supervisão

Percebe-se que os supervisionandos chegam até nós com duas grandes angústias: a de aprender a trabalhar na nova identidade e a do

tempo que a tarefa de supervisão levará. Crescer é um processo e todo processo necessita de certo tempo. Mas, qual será o tempo de cada um?

Acreditamos que a duração do tempo não é o fator primordial para este tipo de aprendizado. Estamos sempre crescendo, nunca estamos estáticos, prontos e acabados. A física quântica nos mostra que sempre estamos em mudança, viajando pelo tempo. O que é necessário é encontrar o equilíbrio nas três dimensões do tempo: passada (deixar de ruminar antigas posturas que impedem o fluir do presente); futura (ver na tarefa uma condição de felicidade e êxito dali para a frente, mágica); e presente (quando não consegue se inscrever no futuro, o famoso “estar parado no tempo”).

A maioria dos profissionais que trabalha com formação de grupoterapeutas concorda em que o mais importante na decisão de prosseguir ou parar uma supervisão é a vivência, partilhada por supervisor e supervisionandos, de que ela já não é tão necessária para que o grupo terapêutico e o terapeuta iniciante possam seguir em frente. Os supervisionandos, ao evoluir, passam a perceber alguns erros e tentam repará-los, com menor dependência do Grupo de Supervisão e menor competição com o supervisor, já nem tão idealizado nem tão invejado. Passam a resolver seus problemas, tanto quanto a aceitar que as incertezas e as situações inesperadas e difíceis de lidar fazem parte do trabalho e da vida.

Tal como na questão da análise pessoal, quanto antes a supervisão for iniciada, melhor. Quanto ao tempo de supervisão, é errônea a ideia de que muitos anos dessa prática tornarão o candidato um ótimo grupoterapeuta. Não devemos ter pressa de encerrar o período de atividade supervisionada, mas outros fatores, inclusive *o dom e a arte que cada um tem ou não tem* para lidar com outros seres humanos, devem ser considerados.

É preciso que o supervisor esteja atento e dirija o processo avaliativo sobre como a supervisão evolui, que seja vigilante sobre o quanto o supervisionando consegue realizar seu trabalho com criatividade, aproveitando os apontamentos e as reflexões apresentadas pelo supervisor e pelos colegas do Grupo de Supervisão. Ou se, pelo contrário, usa da supervisão para não pensar e *decorar receitas para serem usadas no futuro*.

Mais algumas questões sobre a supervisão

Otto Kernberg, em *Trinta métodos para destruir a criatividade dos candidatos a psicanalistas*, sugere, ironicamente, que, se o supervisor quiser impedir o desenvolvimento do supervisionando, deve manter-se rígido e estimular ser imitado pelo candidato:

Esse desenvolvimento irá impedir o perigoso processo pelo qual o candidato poderia, de outra forma, integrar por si mesmo uma teoria e um enquadre pessoal da técnica que evoluem e se transformam criativamente à medida que ele testa seus pontos de vista na situação de tratamento enquanto respeita o desenvolvimento autônomo do paciente... serão necessários muitos anos antes que possam dominar suficientemente a prática psicanalítica para se arriscarem a contribuir com ela de forma criativa. (Kernberg, 1996, p. 156)

Não devemos nos esquecer que um supervisor tem grande peso na formação profissional. Ele pode *levantar ou derrubar* terapeutas iniciantes.

Os supervisionandos muitas vezes têm dificuldades com seu percurso e podem se tornar querelantes, negando o próprio progresso e a ajuda dos colegas e do supervisor, reagindo de modo injusto e com ingratidão aos esforços para ajudá-lo: o supervisor desidealizado “já não é tão bom assim”. Desistências podem ocorrer nesse momento (Fernandes, 2003, p. 287).

Contratransferencialmente, não é nada fácil para o supervisor que coordena o grupo, no lugar da esperada gratidão e admiração, receber ataques e suportar a desvalia e o não reconhecimento. Entretanto, há bons momentos também, quando os supervisionandos conseguem reconhecer o quanto as diferentes visões do Grupo de Supervisão podem enriquecê-los e ajudá-los a pensar e a se tornarem melhores profissionais.

É desejável que os supervisionandos tolerem a própria ignorância e que cada um se aceite como profissional e ser humano, portanto, falível, passível de cometer erros. Semelhantemente, será importante para os alunos em formação aprenderem a respeitar os limites dos seus pacientes, dos colegas de supervisão e de seu supervisor. Afinal, como diria a poesia de Murilo Mendes, *nascer é muito comprido...*

Finalmente, é importante que o supervisor esteja consciente de que ele jamais saberá como se comportaria estando na sessão relatada pelo supervisionando, quem sabe, até com maiores dificuldades do que o psicoterapeuta iniciante? Por isso, melhor procurar controlar seu narcisismo e não humilhar profissionais que já estão, de modo geral, em atitude humilde e receptiva para aprender.

A supervisão ajudará na compreensão e simbolização: conhecer seus recursos, encontrar a metáfora adequada para resgatar o amor dentro de si com relação à perspectiva da nova identidade de grupoterapeuta. Tal como ocorre no desenvolvimento infantil, no processo grupal de supervisão encontrar-se-á um adulto (coordenador, mãe) visto como um parceiro mais experiente, que vai estimular a caminhada entre o deixar de ser aluno (filho), ou simplesmente psicoterapeuta de grupo (Fernandes et al., 2004).

Estudo teórico

Nossa experiência tem mostrado que, apesar da prioridade quanto à análise pessoal, supervisão, participação em grupos psicanalíticos de reflexão e, eventualmente, ser observador de um grupo, é muito importante também o conhecimento teórico. Como já dizia Castellar Pinto (1986), a formação nas práticas grupais deve se pautar pelo estudo de diversas disciplinas, como sociologia, antropologia, dinâmica de grupo, teorias da comunicação, técnicas grupais diversas como *Gestalt-terapia*, psicodrama e outras, além do estudo de psicopatologias.

Não temos dúvidas quanto à necessidade de – ao lado do tradicional estudo da psicanálise e de suas principais correntes – estudar as contribuições de autores que desenvolvem um trabalho original com grupos, com finalidades operativas, terapêuticas ou de pesquisa. Além disso, também é desejável fomentar a reflexão sobre temas de antropologia, filosofia e do macrocontexto socioeconômico.

Ao lado dos autores clássicos da psicanálise, como Freud, Klein, Bion e Winnicott, há textos escritos mais especificamente sobre a grupalidade e as diversas configurações vinculares. Assim, Foulkes, Anzieu, Kaës, Cortesão, Pichon-Rivière, M. Bernard, Puget, Zimmerman, Odilon de Melo Franco Filho, Osório, Júlio de Mello Filho e Lazslo A.

Ávila são alguns dos muitos autores cujos textos são fundamentais. Também as publicações de instituições que estudam e trabalham com psicanálise vincular, como NESME e SPAGESP (brasileiras), APPG (argentina) e SPGPAG (portuguesa), são fontes de ricos conhecimentos na área. Não porque tenham menos importância, mas por questão de espaço, deixamos de enumerar outras importantes publicações existentes no mundo todo referentes a grupos.

Leituras em Grupos Psicanalíticos de Discussão¹³ poderão ajudar a refletir e a conectar a teoria com a prática. Um ponto que os alunos, muitas vezes, não percebem, é a necessidade de ler e pensar nos textos *antes* das aulas; pensar e discutir *durante* as aulas; e, finalmente, reler e pensar *após* as aulas. Se possível, continuar relendo sempre que surgir oportunidade, mais e mais vezes, até que o conhecimento relativo ao autor passe a ser algo seu, elaborado, *digerido* e acrescido de sua experiência pessoal, durante toda a vida profissional (Fernandes, 2003).

Nestes tempos de imediatismo e de correrias de uma atividade para outra, o que é comum de vermos, de fato, é que alguns alunos vão para as aulas, sem ter lido nem pensado sobre o tema, esperando absorver, *como que por osmose*, a sabedoria do professor. Ao fazê-lo, acabam repetindo o modelo fracassado adotado por alguns pacientes, que procuram milagres em nossos consultórios, não usando o pensar nem a criatividade – são eternos alunos e eternos pacientes, os quais, do ponto de vista da dinâmica grupal, frequentemente contribuem para o nível de funcionamento grupal de dependência¹⁴.

Cabe aos professores a responsabilidade de escolher se darão aulas expositivas e repetitivas sobre autores tradicionais, apenas respondendo às dúvidas dos alunos e, portanto, estimulando a dependência. Ou se também valorizarão autores mais recentes e a livre discussão criativa entre todos os participantes do processo de ensino-aprendizagem.

Grupos de Reflexão: proposição de um quadripé da formação do grupoterapeuta

¹³ Ver o capítulo 14, *Grupos psicanalíticos de Reflexão e Discussão enquanto modalidades de Grupos Operativos*.

¹⁴ Ver o capítulo 7, *Contribuições de Bion para o estudo e o trabalho com grupos*.

Vimos no capítulo 15, *Grupos psicanalíticos de reflexão e discussão, enquanto modalidades de Grupos Operativos* como os colegas argentinos, a partir de Dellarossa, Marcos Bernard e outros, procuraram incluir na formação algo que permitisse aos alunos *viver a experiência de participar como membros de um grupo*.

A vivência dos Grupos de Reflexão no processo de formação permite apreender o que ocorre na interação entre muitos inconscientes. Favorece o surgimento de uma fantasia grupal, de uma nova compreensão. Favorece o surgimento de ideias novas, que não estavam presentes em cada um isoladamente.

Desta experiência intersubjetiva também brotam dúvidas, questões importantes e o movimento para buscar respondê-las. Brota, portanto, o conhecimento verdadeiro, fruto da interação sujeito-mundo. (Svartman & Bonfim, 2001, p. 77)

Devemos ficar atentos a alguns pontos, nesses grupos. Se o grupo psicanalítico de Reflexão se tornar o lugar de resolução de questões administrativas, ou se o coordenador aderir ao papel de “professor” ou de “terapeuta”, ter-se-á perdido o sentido de tal atividade. Porém, não avançaremos nesse tema, pois no capítulo específico constarão conhecimentos a respeito (capítulo 14).

Observação de grupo – ainda um item para complementar o quadripé da formação

A coordenação de grupos implica, afinal, que em algum momento o candidato se disponha a iniciar um grupo, pensando nos objetivos, em local e horário, e já ir buscando um supervisor. Tudo isso, se estiver seguro e ciente de que esta será uma experiência tanto necessária quanto gratificante. Para que se sinta com coragem para começar, muitas vezes ser observador de um grupo coordenado por um colega pode ajudar e ser situação inspiradora.

As publicações sobre o papel do observador no grupo são raras. Apesar disso, nas décadas de 40 e 50, ser observador de um grupo terapêutico fazia parte da formação da maioria dos terapeutas latino-americanos, o que ocorria em grande parte por influência das teorias de grupos propostas por Pichon-Rivière, quando ele enfatiza o papel do copensor, por exemplo. Aos poucos, contudo, esse tipo de participação,

seja em grupos terapêuticos, seja com finalidades operativas, passou a ser opcional.

Observador participante: o coterapeuta

Outro tipo de observador foi surgindo nas décadas de 50 e 60: aquele que podia se manifestar quando solicitado pelo grupo. Aos poucos, isso foi se transformando em coterapia, processo no qual dois coordenadores participam em diferentes graus, podendo um deles ter um papel secundário, como auxiliar, ou – mais frequentemente – ambos terem papéis iguais, como terapeutas que se complementam. O mesmo tipo de participação ocorre com duplas de coordenadores de Grupos Psicanalíticos de Reflexão e Grupos Psicanalíticos de Discussão, duas modalidades de grupos operativos já apresentadas neste livro.

Dificuldades de aceitação podem ocorrer, por parte de membros do grupo, quando esse segundo terapeuta/coordenador inicia sua participação num grupo em andamento, podendo ser visto como um intruso, não escolhido pelos participantes. Melhor que o grupo se inicie já com ambos participando e que o grupo esteja ciente disso desde o primeiro dia, quando o enquadre dos trabalhos (o contrato) for iniciado.

Os coordenadores ou terapeutas devem se respeitar e manter relações profissionais amigáveis. De todo modo, problemas ocorrem, como já salientava Castellar Pinto, na década de 80:

O maior obstáculo a essa forma de ensino corre por conta dos próprios terapeutas. A presença do outro ameaça o narcisismo do terapeuta: é uma presença crítica. Em verdade a coterapia exige entrosamento muito especial, uma relação de confiança, uma afinidade ideológica, sem o que o *casamento* se dissolve, com prejuízos para a *prole* [grupo]. (1986, p. 36)

No Brasil, faz parte do aprendizado de técnicas grupais a participação de observadores no grupo, nem sempre no currículo obrigatório, mas como opções úteis para complementar o treinamento. Há casos em que o observador é mais experiente do que o terapeuta e na discussão poderá utilizar exemplos do que ocorreu na sessão, para o aprendizado do terapeuta iniciante. Em outros centros de formação, o

observador é menos experiente e poderá pensar e aprender com o terapeuta, na discussão posterior sobre as vivências grupais.

Em nossa visão, distintamente, na coordenação dupla, cada um faz o que acha que deve, e depois se discute, com aproveitamento mútuo, sem destacar um eventual protagonista nesse processo. Aprendemos e ensinamos, tendo como alvo principal auxiliar o grupo. Preferimos que terapeuta e observador estejam dispostos a discutir livremente, visando ao aprendizado recíproco, pois duas cabeças, com visões talvez até semelhantes, mas possivelmente bem diferentes, poderão proporcionar interessantes reflexões. Esse diálogo pode ser enriquecedor para ambos, pois favorece uma observação mais ampla da dinâmica grupal, já que, enquanto um dos coordenadores/terapeutas faz uma intervenção, o outro talvez consiga detectar movimentos e atitudes que passam despercebidas pelo que intervém. Nesse caso, um tom de voz ou um gesto poderão ser indícios de algo a ser melhor estudado. Uma fala diferente da esperada poderá ser ouvida como uma instigante colaboração, que amplia a compreensão e complementa a visão da cena que foi apontada pelo outro. Quando o grupo é muito grande, por exemplo, um grande grupo psicanalítico de reflexão, com 100 pessoas ou mais – como acontece nos congressos do NESME, à semelhança dos *large groups* europeus –, um coordenador poderá, inclusive, observar uma parte do grupo pouco visível para o outro.

Como visto no último Congresso Luso-brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia de Grupo, em outubro de 2019, a coordenação conjunta pode ser eficaz (Neto & Fernandes, 2019). Se, mesmo com grupos menores, podemos perder algo da comunicação verbal e não verbal, com grupos de cerca de 50 pessoas, ou acima disso, a coordenação dupla já se torna necessária, pois é impossível o coordenador se dar conta de todas as falas e movimentos, assim como cuidar do tempo, além de poder dividir com o colega as cargas projetadas sobre quem assume o protagonismo na coordenação. Isso certamente contribuirá para a formação pela vida toda, pois o processo de ensino-aprendizagem é infundável e o profissional, disponível para aprender, se enriquece também com os grupos que coordena.

A difícil posição do observador

Em nosso meio, geralmente o observador fica em silêncio e pode ou não anotar dados da sessão, para discussão posterior. Entretanto, as cargas de identificações projetivas que o atingem são numerosas. É comum que o grupo ou parte dele sinta-se vigiado e perseguido pelo observador, o qual, não dizendo o que pensa, dá margem a todo tipo de fantasias, que não podem ser tiradas a limpo, com pedidos de esclarecimento.

As cargas projetivas podem ser numerosas e primitivas, difíceis de conter. Por razões como essa, não são raros os observadores que acabam por responder a alguma pergunta, ou, enfim, dizer alguma coisa, pois o desconforto e a angústia podem ser intoleráveis.

É muito importante, então, que o observador, tendo anotado algum material, possa discuti-lo com o psicoterapeuta/coordenador posteriormente, o que servirá para arejar a mente, rever seu entendimento da dinâmica do grupo e, por conseguinte, aprimorar o conhecimento sobre a teoria e a prática grupais. Ao mesmo tempo colaborará com o grupoterapeuta com suas impressões a respeito da sessão, muitas vezes alertando-o com relação a pontos cegos seus. Depreende-se daí que terão de ter um contato amistoso, com disponibilidade para lidar com ideias novas e inesperadas sobre como cada um vivenciou a sessão. E todo esse empreendimento também pode ser alvo de supervisões (no caso de atividades de pesquisa estarem em andamento, discussão com orientador).

A pessoa do grupoterapeuta/coordenador de grupos

Nem todos os tipos de pacientes têm indicação para tratamento em grupoterapia. Da mesma forma, nem todos os terapeutas têm indicação para serem grupoterapeutas.

A seguir, como sugere Zimerman (2000), estão arrolados os principais requisitos em termos ideais, que são indispensáveis na formação de um grupoterapeuta, “no entanto, sempre levando em conta a ressalva de que a discriminação em separado dos diversos atributos que seguem podem dar uma falsa impressão de que estamos pregando uma enormidade de requisitos, uma espécie de Super-Homem” (p. 194). Para esse autor, alguns dos requisitos são: gostar e acreditar em grupos;

paciência; capacidade de empatia, intuição e discriminação; capacidade de manter-se íntegro em sua identidade pessoal e como grupoterapeuta; senso de ética; constituir-se um novo modelo de identificação; respeito, capacidade de se comunicar; senso de humor; capacidade de perceber o denominador comum da tensão básica do grupo; amor às verdades; ser coerente e continente; questões de personalidade; e outras, interligadas a cada requisito mencionado.

O que vimos até aqui poderia desanimar o interessado em trabalhar com grupos. Enfatizamos em nossas palavras, o que Zimerman salientou acima: nada de pretender ser um super-herói! O principal é a análise pessoal para incrementar a possibilidade de aceitar e se apropriar das variedades e complexidades da dimensão humana – nossa e dos outros!

Quais seriam as condições mais adequadas para um coordenador de grupos psicanalíticos ser eficiente? Quais os traços de personalidade necessários para tanto?

O psicoterapeuta, como pessoa, é uma variável importante no processo grupal, tal como indicado por Zimerman. De modo semelhante, acreditamos que a eficácia da coordenação psicanalítica de grupos reside mais nos dotes humanos do coordenador do que no seu treinamento, o qual é importante, mas não é tudo.

Uma das capacidades mais necessárias para esse profissional é *saber ouvir*. O psicoterapeuta/coordenador de grupos deve ser confiável, despertar confiança e esperança, tendo fé em si mesmo, em cada um e no processo vincular.

O profissional que milita nessa área necessita ter certas condições de personalidade, como, por exemplo: segurança, autoestima razoavelmente estável, tolerância à frustração, certa limitação da onipotência, do narcisismo, do sadismo e da inveja, gostar de pessoas, desejo de ajudar (não de curar) e poder ser continente de aspectos destrutivos, sem se deixar levar, em predomínio, por persecutoriedades. No entanto, somos simplesmente seres humanos e na tarefa de ajudar os pacientes, queiramos ou não, nossa personalidade está inapelavelmente envolvida. Pode ser que, num certo momento, estejamos mesmo

querendo mostrar quão inteligentes nós somos, ou outras coisas do gênero... Somos humanos!

Fazer uma formação adequada não é tarefa das mais simples e envolve a busca de uma instituição saudável, que se preocupe realmente com o processo de ensino-aprendizagem. Há anos esse processo vem sendo estudado, seja por parte de professores, seja por parte de alunos, procurando aperfeiçoá-lo, mas sempre se deparando com dificuldades, como já mostraram Cervený e Pelosi:

(...) a adolescência da Psicoterapia Analítica de Grupo está se tornando crítica e patológica, como só acontece quando os pais não conseguem vislumbrar o crescimento dos filhos. Urge, mais que nunca, que com coragem e maturidade trabalhemos os liames paralisadores de nossas instituições formadoras. (1989, p. 20)

Observações complementares sobre formação em situações acadêmicas

Situaremos o estudo e a formação para desempenho em grupos em situações acadêmicas de graduação e de pós-graduação. Na graduação, trata-se dos primeiros momentos nos quais os estudantes têm contato com teorias e práticas grupais. Na pós, não necessariamente são apresentados pela primeira vez, mas também temos notado que isso pode acontecer ou, com estudantes que tiveram esse tipo de teor na graduação, ele foi ministrado de forma esporádica e incipiente, haja vista a formação nesse nível competir com inúmeras outras necessidades teórico-técnicas, metodológicas e filosóficas (que visam ao perfil generalista).

Em quaisquer desses momentos formativos, teorias e práticas grupais são conformadas pelos projetos pedagógicos e componentes curriculares, e nem sempre a apresentação das práticas é prevista com integração teórica e vice-versa. É possível, por exemplo, que a teoria seja contemplada em uma disciplina e a prática, em estágios ou em pesquisas, sem que necessariamente os professores que enfocam esses assuntos sejam os mesmos, ou nem sempre o período letivo de enfoque da teoria é o mesmo da prática e assim sucessivamente. Ademais, quando as práticas grupais são exequíveis, elas são planejadas conforme calendários acadêmicos, cujos cronogramas seguem as dinâmicas dos semestres ou dos anos letivos e, portanto, permitem a execução de intervenções grupais

enquadradas sob claros limitadores temporais: de aproximadamente 10 a 20 encontros/sessões, conforme, respectivamente, um semestre ou um ano letivo estejam em questão.

Quando o trabalho grupal é vinculado a alguma atividade no nível da graduação, os formadores têm alto número de matriculados para administrar. E isso gera a necessidade de haver instituições para onde direcionar os estudantes (práticas grupais extramuros). Nesse âmbito, as demandas pelas intervenções grupais costumam ser atreladas a projetos de extensão universitária: há necessidades comunitárias e da instituição universitária em confluência e os processos de grupo são coordenados por estudantes, sob supervisão de professores (Oliveira et al., 2020; Siqueira et al., 2019).

Conhecemos, ainda, trabalhos grupais que são desenvolvidos no próprio campo formativo (práticas grupais intramuros) e que tomam estudantes como participantes em vez de como coordenadores (Rossato et al., 2020; Silveira & Ribeiro, 2015; Zanetti & Sei, 2017). Um segundo tipo de trabalhos grupais desenvolvidos intramuros contempla estudantes como participantes e como integrantes da equipe executora (Maireno et al., 2016; Santeiro et al., 2014).

Sejam as atividades grupais visando à formação desenvolvidas extra ou intramuros, um estudante afiliado a uma instituição universitária “tem que” executar seu projeto de intervenção e/ou de pesquisa e “tem”, portanto, cronograma estrito para cumprir, ou não será “aprovado” e/ou não obterá titulação acadêmica. A despeito desse fator inerente à obrigatoriedade, assinalamos, inspirados em ensinamentos pichonianos, que a cisão entre formação para “a prática” e/ou para “a academia” é mais artificial que real, na medida em que viver a clínica é lidar com o constante processo de produção de conhecimentos, nos trabalhos que desenvolvemos em/sobre grupos. E, nessa acepção, exceto pelo “pé” da análise/psicoterapia pessoal, a qual não tem subsídio em políticas educacionais que regem o mundo universitário, que a exijam do ponto de vista formal, os demais itens do quadripé da formação permanecem viáveis e desejáveis de constituírem o processo formativo para atuação em grupos.

Tenham os grupos finalidades operativas ou psicoterapêuticas quando um processo de intervenção/pesquisa acadêmica for

planejado/executado, ao colocá-los em movimento – e ao nos embrenharmos neles – problematizamos a realidade e o que fazemos, coordenamos e produzimos vivências, estudamos teorias que subsidiam nossos fazeres, numa espiral dialética interminável. Isso posto, a distinção que vemos ser específica entre formar na academia e para a prática é que, quando se debate formação universitária, há que haver produtos acadêmicos concretos, decorrentes dos trabalhos (a aprovação, o feitiço do relatório etc.), ao passo que no cotidiano laboral esses produtos podem ter caráter mais simbólico.

Estudantes universitários terem espaço e tempo reservados para pensarem e aprenderem sobre grupos é um aspecto fundamental que ocorra, haja vista a centralidade que os fenômenos grupais ocupam no desenvolvimento de subjetividades e na constituição da sociedade como um todo. Desse modo, formar universitários para atuar/investigar processos de grupos também pode incluir formar futuros formadores. E este, ao nosso ver, é um dos aspectos mais instigantes de tratar da formação de coordenadores de trabalhos grupais em cenários acadêmicos.

Se o estudante compreende isso que dizemos num sentido mais abrangente, o que é uma “obrigação” acadêmica pode ser convertido em prazerosa peça de seu percurso formativo. Em última instância, ele poderá nem trabalhar sob enfoque grupal, profissionalmente, quando formado/titulado. Mas terá em sua bagagem essas experiências, que poderão alimentá-lo em meio às demais, se assim ele se permitir fazê-lo, naturalmente.

Finalizando...

Nesse conjunto de atividades que ocorrem durante a formação, o coordenador/psicoterapeuta iniciante poderá desenvolver uma atitude analítica, que permita sua vinculação aos membros do grupo e às suas necessidades. Acreditamos que a somatória de atividades vistas permitirá ao coordenador/psicoterapeuta em formação, maior desenvolvimento na arte e na técnica de trabalhar com o dispositivo vincular.

Na verdade, atrás de um principiante em grupos, atrapalhado com suas dificuldades e projeções dos pacientes, com sua inexperiência e pontos cegos, há um terapeuta em potencial, um profissional

desabrochando e que necessita de reconhecimento acerca de sua potencialidade e de suas realizações. (Fernandes, 2003, p. 289)

Referências

- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 2000)
- Castellar Pinto, C. (1986). Formação de psicoterapeutas de grupo. Em L. C. Osório (Org.), *Grupoterapia hoje* (pp. 31-40). Porto Alegre: Artmed.
- Cervený, C. M. O., & Pelosi, R. M. (1989). A formação do grupanalista. *REV ABPAG*, 2, 10-21.
- Fernandes, B. S., Andréa, M. A., Oliveira, M. A. B., Jacomin, D., Abriata, N. P. S., & Carvalho, B. A. (2004). A supervisão, o supervisor e os supervisionandos. *Revista da SPAGESP*, 5(5), 16-23.
- Fernandes, W. J. (2003). A importância da formação em psicanálise dos vínculos. In W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 281-289). Porto Alegre: Artmed.
- Grinberg, L. (1997). On transference and countertransference and the technique of supervision. Em B. Martindale, M. Morner, M. E. C. Rodriguez, & J. P. Vidit. (Eds.), *Supervision and its vicissitudes* (pp. 152-172). London: Karnac Books.
- Han, B.-C. (2017). *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes.
- Kernberg, O. (1996). Trinta Métodos para destruir a criatividade dos candidatos a psicanalistas. Em *Livro Anual de Psicanálise*, XII (pp. 151-160). São Paulo: Escuta.
- Lévy, P. (1999). *Cibercultura*. São Paulo: 34. (Trabalho original publicado em 1997)
- Maireno, D. P., Sei, M. B., & Zanetti, S. A. S. (2016). O ensino da técnica grupal na graduação em Psicologia. *Vínculo*, 13(1), 20-32.
- Neto, M. I. (1999). A supervisão – Outra visão sobre os pacientes, o grupanalista e o supervisor: Um caminho para o inconsciente. *Anais do X Congresso Brasileiro de Psicoterapia Analítica de Grupo e V Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo*. Rio de Janeiro.
- Neto, M. I., & Fernandes, W. J. (2019). Reflexões luso-brasileiras sobre o trabalho com grupos terapêuticos. *Conferência de abertura do XIV*

- Encontro Luso-Brasileiro/XIX Congresso Nacional da SPGPAG*. Lisboa: Grupanálise.
- Oliveira, M. C., Santeiro, T. V., Ferreira, C. B., & Sousa, A. A. (2020). Promoção de saúde de trabalhadores da Atenção Básica: Relato de experiência extensionista. *Revista da SPAGESP*, 21(2), 139-153.
- Rossato, L., Santeiro, T. V., & Barbieri, V. (2020). Pensando famílias na formação em Psicologia: Experiência grupo-operativa com calouros. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, e208770, 1-13.
- Santeiro, T. V., Santeiro, F. R. M., Souza, A. M. O., Juiz, A. P. M., & Rossato, L. (2014). Processo grupal mediado por filmes: Espaço e tempo para pensar a Psicologia. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 95-111.
- Silveira, C. A. B., & Ribeiro, E. F. (2015). Grupos operativos e a formação de psicólogos: Relato de experiência na graduação. Em: T. V. Santeiro & G. M. A. Rocha (Orgs.), *Clínica de orientação psicanalítica: Compromissos, sonhos e inspirações no processo de formação* (pp. 81-95). São Paulo: Vetor.
- Siqueira, A. B. R., Ferreira, C. S., Veríssimo, L. P., Cecelotti, A. C., Santeiro, T. V., Oliveira, M. C., & Ferreira, C. B. (2019). Oficinas grupais para promoção de saúde: Experiência com trabalhadoras da Atenção Primária. *Vínculo*, 16(2), 1-22.
- Svartman, B., & Bonfim, R. C. M. (2001). Grupos de Reflexão: Uma experiência que dá frutos. *Anais do IV Congresso de Psicanálise das Configurações Vinculares e III Encontro Paulista de Psiquiatria e Saúde Mental*. Serra Negra.
- Zanetti, S. A. S., & Sei, M. B. (2017). Terapia em grupo com estudantes de Psicologia: Uma via de formação para a prática clínica com famílias. Em T. S. Emidio, & M. Y. Okamoto (Orgs.), *Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com famílias e grupos na universidade* (pp. 102-113). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed.

Freud: o mito da horda primitiva e o vínculo intersubjetivo do grupo

Rose Pompeu de Toledo

Neste capítulo abordaremos as contribuições do pensamento freudiano para a conceituação de grupos.

Freud não trabalhou especificamente com grupos; no entanto, interessou-se teoricamente por eles. Deixou claro que não é possível explicar a vida interior (intrassubjetiva) sem pensar na relação do indivíduo com um outro, considerando que essas relações podem ser reconhecidas como fenômenos sociais. Nesse sentido, suas concepções do psiquismo individual poderiam ser estendidas para os fenômenos inter e transsubjetivos.

Neste capítulo abordaremos duas de suas obras, *Totem e tabu: Algumas concordâncias entre a vida psíquica dos homens primitivos e dos neuróticos*, de 1913, e *Psicologia das massas e análise do eu*, de 1921.

Para orientar o percurso deste texto, selecionei algumas citações que permitem refletir sobre o pensamento freudiano acerca do homem, dos grupos, das instituições, da humanidade e da cultura, e escolhi quatro questões levantadas por Freud nessas obras:

1. O que mantém os grupos unidos?
2. O que é uma massa?
3. De que maneira a massa adquire a capacidade de influir tão decisivamente na vida psíquica do indivíduo?
4. Em que consiste a modificação psíquica que a massa impõe ao indivíduo?

Totem e tabu: o mito da horda primitiva

A primeira tentativa de Freud de aplicar a psicanálise a problemas da psicologia dos povos foi em *Totem e tabu*, uma de suas obras prediletas.

Nesse trabalho, que utiliza referências diversas como Frazer, Wundt e Darwin, Freud propõe o mito da horda primitiva.

A horda primitiva está fundada numa dedução de Darwin, baseada nos hábitos dos macacos superiores, segundo a qual o homem viveu originalmente em pequenas hordas, dentro das quais o ciúme do macho mais velho e mais forte impediu as relações sexuais dos mais jovens com as suas várias esposas. Quando o macho jovem crescia, havia uma disputa pelo domínio; o mais forte matava ou expulsava os outros e estabelecia-se como líder. Os machos jovens, após a expulsão, poderiam fundar uma horda semelhante com a mesma proibição de atos sexuais motivada pelo ciúme do chefe. Para Freud, a repetição dessas circunstâncias resultaria na lei que proibia relações sexuais entre companheiros de horda.

Buscando conhecer um estágio inicial e bem conservado da história da humanidade, Freud estuda os aborígenes australianos; descreve-os como canibais nus que não têm casas permanentes, não trabalham o solo e não criam animais domésticos, exceto o cão. Alimentam-se da carne dos animais que abatem e das raízes que desenterram. Não têm reis ou chefes; suas questões comuns são decididas por um grupo, a assembleia dos homens maduros. Não têm traços de religião; em seu lugar têm o sistema do totemismo. Sua organização social veda as relações sexuais incestuosas. Suas tribos dividem-se em clãs, cada qual nomeado segundo seu totem.

Totemismo e exogamia

O totem é um animal, mais raramente uma planta ou uma força da natureza, que tem relação com todo o clã. É considerado o ancestral comum do clã e seu espírito protetor. Os membros do clã têm a obrigação sagrada, e passível de punição automática se desobedecida, de não matar o seu totem e não comer sua carne. O totemismo pode ser considerado um sistema religioso em virtude das relações de respeito e proteção mútuos entre um homem e seu totem.

O totemismo também é um sistema social, pois regula as relações dos membros do clã entre si e com outros clãs. O caráter do totem é transmitido hereditariamente. A relação com o totem se sobrepõe ao pertencimento à tribo e ao parentesco sanguíneo e ele não se acha ligado

a um solo ou a um lugar. Os membros do mesmo totem não podem ter relações sexuais entre si. A transgressão da proibição do incesto não é sujeita a uma punição automática dos culpados, como no caso das outras proibições relativas ao totem, mas é vingada por toda a tribo como se fosse para afastar um perigo que ameace toda a comunidade ou uma culpa que a oprime. O totem é herdado pela linha materna e as regras impedem o filho de ter relações com a mãe e com as irmãs (mas o pai, que é de outro clã, poderia). A exogamia ligada ao totem torna impossível para um homem a união sexual com todas as mulheres de seu clã. Nos clãs totêmicos, os termos empregados para designar os diversos graus de parentesco não denotam uma relação entre dois indivíduos, mas sim entre um indivíduo e um grupo. Uma pessoa utiliza o termo pai não apenas para seu verdadeiro genitor, mas também para todos os outros homens com quem sua mãe poderia ter se casado; chama de mãe todas as mulheres que lhe poderiam ter dado à luz sem transgredir a lei da tribo; e usa as expressões irmão e irmã para os filhos de todas aquelas pessoas com quem mantém uma relação parental.

As tribos australianas, além da proibição determinada pelo totem, se dividem em duas partes denominadas fratrias e cada uma delas divide-se em duas subfratrias. As subfratrias formam unidades exogâmicas às quais se ligam os clãs totêmicos. Essas disposições restringem a possibilidade de casamento entre os membros da tribo.



(Freud, 1913/2012, p. 28)

Supondo que cada clã possua um número igual de membros, se existissem apenas doze clãs totêmicos, cada membro de um clã teria de

efetuar sua escolha entre 11/12 de todas as mulheres da tribo. A existência de duas fratrias reduz sua escolha a 6/12, ou 1/2, porque um homem do totem alfa só pode se casar com uma mulher dos totens 1 a 6. Com a introdução das quatro subfratrias, sua escolha é ainda reduzida a 3/12, ou 1/4, porque, neste caso, um homem do totem alfa fica restrito, em sua escolha de esposa, a uma mulher dos totens 4, 5 ou 6.

Tabu e ambivalência

Tabu é uma palavra polinésia que significa por um lado santo, sagrado e por outro lado misterioso, perigoso, proibido. O oposto de tabu em polinésio é “noa” que significa habitual, acessível. As proibições do tabu são de origem desconhecida e são aceitas pelo grupo dominado por elas como “coisa natural”. Acredita-se que qualquer transgressão será punida automaticamente de forma severa. A maioria das proibições diz respeito à liberdade de movimento e de comunicação. É o mais antigo código de leis não escritas da humanidade, mais antigo que os deuses e anterior às religiões.

Os tabus visam a proteger coisas e pessoas importantes (chefes e sacerdotes) contra o mal; salvaguardar os fracos (mulheres, crianças e pessoas comuns) em relação ao poderoso mana (influência mágica) de chefes e sacerdotes; prevenir contra os perigos decorrentes da entrada em contato com cadáveres, ingestão de certos alimentos etc.; guardar os principais fatos da vida contra interferências (nascimento, iniciação, casamento, funções sexuais, entre outras); e, numa fase posterior, proteger os seres humanos contra a cólera ou o poder dos deuses e espíritos.

As proibições têm um caráter deslocável, ou seja, mudam de um objeto para outro e tornam o novo objeto proibido. Freud traz um exemplo encontrado na obra de Frazer: um chefe maori não aviva o fogo com o seu sopro, pois seu alento sagrado comunicaria sua força ao fogo, à panela e ao alimento, e a pessoa que comesse o alimento morreria.

Os tabus seriam proibições antiquíssimas, impostas violentamente pela geração anterior aos homens primitivos, voltadas contra os desejos mais fortes do ser humano. Aqueles que obedecem às restrições do tabu têm uma postura ambivalente; inconscientemente, desejam infringi-las, mas têm um enorme receio.

Examinando a relação da exogamia com o totemismo, Freud observa que há uma grande semelhança entre a relação das crianças e a dos povos primitivos com os animais; a criança vê o animal como seu igual e identifica-se com ele.

Ocasionalmente, a relação das crianças com os animais sofre uma perturbação, a zoofobia. Examinando fobias de animais em meninos, Freud observa que o medo inicial relacionava-se ao pai e havia sido deslocado para o animal. Um dos exemplos citados é do Pequeno Hans, que vivia naquele momento, na relação com os pais, o Complexo de Édipo (complexo nuclear das neuroses). Hans desejava a mãe, encarava o pai como rival e nutria sentimentos ambivalentes em relação a ele; o conflito de ambivalência foi aliviado pelo deslocamento para o animal dos sentimentos hostis em relação ao pai; seu medo de cavalos dizia respeito ao medo do pai.

Os povos primitivos também apresentam uma identificação com o animal totêmico, descrevem o totem como seu ancestral comum e pai primevo e têm uma atitude ambivalente em relação a ele.

Conclui:

Se o animal totêmico é o pai, o teor dos dois principais mandamentos do totemismo – os dois preceitos que constituem seu núcleo, não matar o totem e não ter relações sexuais com uma mulher do mesmo totem – coincide com o dos dois crimes de Édipo, que matou o pai e tomou a mãe por esposa, e com os dois desejos primordiais da criança, desejos cuja repressão insuficiente ou cujo redespertar forma o núcleo de talvez todas as psiconeuroses. (Freud, 1913/2012, p. 203)

Para Freud, o Complexo de Édipo desempenha um papel fundamental na estruturação da personalidade do sujeito, na história da humanidade e de suas instituições.

Citando Smith, Freud cita uma cerimônia peculiar, a refeição totêmica, como parte integrante do totemismo. O sacrifício animal foi a mais antiga forma de sacrifício, onde o deus e seus adoradores desfrutavam juntos a carne e o sangue. Era uma cerimônia pública, a festa de todo o clã. Comer e beber com alguém era, ao mesmo tempo, um

símbolo e um fortalecimento do vínculo social e da adoção de obrigações recíprocas.

Freud supõe, a partir de Smith, que “a morte sacramental e devoração comum do animal totêmico, normalmente proibido, foi um traço significativo da religião totêmica” (Freud, 1913/2012, p. 214).

A refeição totêmica

Articulando teoricamente a concepção que o animal totêmico é o sucedâneo do pai, a postura afetiva ambivalente que caracteriza o Complexo de Édipo, o fato do banquete totêmico e a hipótese de Darwin sobre o estado inicial da sociedade humana, Freud propõe um mito para pensar nossa história:

Certo dia, os irmãos expulsos se juntaram, abateram e devoraram o pai, assim terminando com a horda primeva. Unidos, ousaram fazer o que não seria possível individualmente... O violento pai primevo era o modelo temido e invejado de cada um dos irmãos. No ato de devorá-lo eles realizaram a identificação com ele, e cada um apropriava-se de parte de sua força. A refeição totêmica, talvez a primeira festa da humanidade, seria a repetição desse ato memorável e criminoso, com o qual teve início tanta coisa: as organizações sociais, as restrições morais, a religião. (Freud, 1913/2012, pp. 216-217)

A malta de irmãos estava cheia de sentimentos contraditórios: odiavam o pai, que representava um obstáculo ao seu anseio de poder e aos seus desejos sexuais; mas o amavam e admiravam também. Depois do assassinato, a afeição que havia sido recalcada retorna sob a forma de consciência da culpa.

A partir da consciência da culpa, o morto tornou-se mais forte do que havia sido o vivo: aquilo que o pai primitivo impedira, os irmãos proibiram a si mesmos. Criaram, assim, os dois tabus fundamentais do totemismo – não matar o pai e não cometer o incesto.

A proibição do incesto tinha uma motivação prática: os irmãos eram rivais uns dos outros no tocante às mulheres. Para viver juntos e evitar uma guerra fratricida, decidiram renunciar mutuamente tanto à satisfação incestuosa quanto à violência como meio de consegui-la. Viram-

se, desse modo, obrigados a buscar em outras hordas mulheres com quem se relacionarem, estabelecendo, assim, a exogamia. Somente nessas circunstâncias foi possível pôr fim à horda selvagem e inaugurar o clã fraterno, fundado sobre os laços de sangue. Assim, os irmãos passaram de uma relação de poder para uma relação de autoridade.

Para Freud, as proibições foram mantidas de geração em geração, como parte do patrimônio psíquico herdado.

Se os processos psíquicos não continuassem de uma geração para a seguinte... não haveria... quase nenhum desenvolvimento...

Podemos supor que nenhuma geração é capaz de esconder eventos psíquicos relevantes daquela que a sucede. Pois a psicanálise nos ensina que cada qual possui, em sua atividade mental inconsciente, um aparelho que lhe permite interpretar as reações das outras pessoas, isto é, desfazer as deformações que o outro realizou na expressão de seus sentimentos. (Freud, 1913/2012, pp. 240-241)

O indivíduo se constitui a partir de uma enorme cadeia de gerações e herda proibições, desejos e uma espécie de aparelho analítico que lhe permite interpretar outros psiquismos e fazer parte da cultura e da humanidade.

Psicologia das massas e análise do eu: o grupo e o vínculo intersubjetivo

É certo que a psicologia individual se dirige ao ser humano particular, investigando os caminhos pelos quais ele busca obter a satisfação de seus impulsos instintuais, mas ela raramente, apenas em condições excepcionais, pode abstrair das relações deste ser particular com os outros indivíduos. Na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador e adversário, e, portanto, a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado. (Freud, 1921/2011, p. 14)

Como visto em *Totem e tabu*, Freud considera o Complexo de Édipo, em sua dimensão estrutural, como núcleo da personalidade de cada indivíduo. Aqui, Freud refere-se ao “Outro” que pode ser considerado o

pai como modelo de identificação, a mãe como objeto de amor, os irmãos como auxiliares e o pai (ou a mãe) como adversário no amor edípico.

O grupo e o vínculo intersubjetivo são a origem da constituição do Eu de cada indivíduo.

Massa

Freud faz referência à obra de Le Bon, *Psicologia das massas*, e comenta que quaisquer que sejam os indivíduos que compõem a massa psicológica, semelhantes ou diferentes, o simples fato de terem se transformado em massa os torna possuidores de uma espécie de alma coletiva. Essa alma os faz sentir, pensar e agir de uma forma bem diferente do que cada um faria isoladamente. A massa psicológica é um ser provisório, composto de elementos heterogêneos que por um instante se soldaram. Na massa as aquisições próprias dos indivíduos se desvanecem, e eles também mostram características que não possuíam antes.

Le Bon atribui essa ocorrência a três fatores: por considerações numéricas, o indivíduo tem um sentimento de poder invencível; numa massa, o indivíduo sacrifica o seu interesse pessoal ao interesse coletivo, pelo contágio mental; e a exacerbação da sugestionabilidade, pois a sugestão é a mesma para todos os indivíduos e a tendência é transformar imediatamente em atos as ideias sugeridas.

Segundo sua descrição, a alma da massa é impulsiva, volúvel e excitável. É guiada quase exclusivamente pelo inconsciente. Obedece a impulsos imperiosos. Nada é premeditado. Não tolera demora entre o desejo e a sua realização. Tem o sentimento de onipotência. É influenciável, crédula e acrítica. Pensa em imagens como um indivíduo em devaneio. Tem sentimentos muito simples e muito exagerados, não conhece a dúvida nem a incerteza. É excitada apenas por estímulos excessivos. “Quem quiser influir sobre ela, não necessita medir logicamente os argumentos; deve pintar com as imagens mais fortes, exagerar e sempre repetir a mesma” (Freud, 1921/2011, p. 27).

É intolerante e obediente à autoridade. Exige de seus heróis a fortaleza e até mesmo a violência. É inteiramente conservadora. É capaz de elevadas provas de renúncia e devoção a um ideal. Sua capacidade intelectual está abaixo daquela do indivíduo. As ideias opostas podem

coexistir sem conflito. Está sujeita ao poder mágico das palavras. Não tem sede da verdade; precisa de ilusões. É um rebanho dócil, que não pode viver sem um senhor.

Freud cita MacDougall, que faz uma distinção entre a massa simples e desorganizada e a massa organizada. Sua descrição da massa desorganizada é semelhante à de Le Bon. A massa organizada deve obedecer a cinco condições: um certo grau de continuidade em sua existência; que o indivíduo que dela participa tenha uma concepção de sua natureza, funções, realizações e reivindicações; que a massa se coloque em relação com outras para que haja alguma rivalidade entre elas; que a massa tenha tradições, costumes e disposições; e que na massa existam especialização e diferenciação entre o que cabe a cada indivíduo.

Para Freud a massa é uma revivescência da horda primeva. Assim como o homem primitivo se acha virtualmente conservado em cada indivíduo, a horda primeva pode ser restabelecida a partir de qualquer agrupamento.

Libido

Freud considera que no interior de uma massa o indivíduo experimenta uma mudança profunda de sua atividade anímica: sua afetividade é intensificada e sua capacidade intelectual diminuída.

Então, utiliza o conceito de libido para entender a psicologia da massa:

Libido é uma expressão proveniente da teoria da afetividade. Assim denominamos a energia, tomada como grandeza quantitativa – embora atualmente não mensurável –, desses instintos relacionados com tudo aquilo que pode ser abrangido pela palavra “amor”. O que constitui o âmago do que chamamos amor é, naturalmente, o que em geral se designa como amor e é cantado pelos poetas, o amor entre os sexos para fins de união sexual. Mas não separamos disso o que partilha igualmente o nome de amor, de um lado, o amor a si mesmo, do outro, o amor aos pais e aos filhos, a amizade e o amor aos seres humanos em geral, e também a dedicação a objetos concretos e a ideias abstratas. Nossa justificativa é que a investigação psicanalítica nos

ensinou que todas essas tendências seriam expressão dos mesmos impulsos instintuais que nas relações entre os sexos impelem à união sexual, e que em outras circunstâncias são afastados dessa meta sexual ou impedidos de alcançá-la, mas sempre conservam bastante da sua natureza original, o suficiente para manter sua identidade reconhecível (abnegação, busca de aproximação). (Freud, 1921/201, p. 43)

Freud afirma então, que as relações de amor são a essência da alma coletiva. Porque a massa se mantém unida graças a Eros e o indivíduo é sugestionável por amor aos outros.

Freud faz menção a uma classificação das massas: efêmeras e duradouras, homogêneas e heterogêneas, naturais e artificiais (que exigem uma força externa para manter-se unidas), primitivas e organizadas, sem líderes e com líderes.

Examina duas massas organizadas, duradouras e artificiais: a Igreja e o Exército.

Na Igreja – podemos, com vantagem, tomar a Igreja Católica como modelo – prevalece, tal como no Exército, por mais diferentes que sejam de resto, a mesma simulação (ilusão) de que há um chefe supremo – na Igreja Católica, Cristo, num Exército, o general – que ama com o mesmo amor todos os indivíduos da massa. Tudo depende dessa ilusão; se ela fosse abandonada, imediatamente se dissolveriam tanto a Igreja como o Exército, na medida em que a coerção externa o permitisse. Esse amor a todos é formulado e expressamente enunciado por Cristo: “O que fizestes a um desses meus pequenos irmãos, a mim o fizestes”. Ele se relaciona com os indivíduos da massa crente como um bondoso irmão mais velho, é um substituto paterno para eles. Todas as exigências feitas aos indivíduos derivam desse amor de Cristo. Há um traço democrático na Igreja, justamente porque diante de Cristo são todos iguais e todos possuem parte igual de seu amor. Não é sem profunda razão que se evoca a semelhança entre a comunidade cristã e uma família, e que os crentes se denominam irmãos em Cristo, isto é, irmãos pelo amor que Cristo lhes tem. (Freud, 1921/2011, p. 47)

O laço que une cada indivíduo a Cristo é também a causa do laço que os une uns aos outros. A mesma coisa se passa no Exército, onde o general é um pai que ama todos os soldados igualmente, e por isso eles são camaradas entre si.

Nessas duas massas artificiais cada indivíduo está ligado por laços libidinais por um lado ao líder (Cristo, general) e, por outro, aos demais indivíduos da massa. A massa exerce uma mudança tão grande no indivíduo porque para cada um a ligação afetiva se dá nessas duas direções (vertical e horizontal).

Grupo

Para Freud

Teríamos que partir da constatação de que um simples grupamento não constitui ainda uma massa, enquanto aqueles laços [afetivos] não se estabeleceram nele, mas também admitir que em qualquer grupamento surge com facilidade a tendência para a formação da massa psicológica. (Freud, 1921/2011, p. 55)

O que caracteriza o grupo são as ligações libidinais.

O modo como os seres se relacionam afetivamente lembra a alegoria de Schopenhauer sobre os porcos-espinhos que sentem frio. Num dia de muito frio, um grupo de porcos-espinhos se aconchegou para se aquecerem mutuamente. Logo os animais sentiram os espinhos uns dos outros, o que provocou um afastamento. Mas afastados continuavam com frio; esse movimento se repetiu algumas vezes até encontrarem uma distância ideal.

Então, faz uma consideração sobre a relação entre as pessoas e os grupos:

Quase toda relação sentimental íntima e prolongada entre duas pessoas – matrimônio, amizade, o vínculo entre pais e filhos – contém um sedimento de afetos de aversão e hostilidade, que apenas devido a repressão não é percebido. Isso é mais transparente nas querelas entre sócios de uma firma, por exemplo, ou nas queixas de um subordinado contra seu superior. O mesmo ocorre quando as pessoas se juntam em unidades maiores. Toda vez que duas famílias se unem por casamento, cada uma delas se

acha melhor ou mais nobre que a outra. Havendo duas cidades vizinhas, cada uma se torna a maldosa concorrente da outra; cada pequenino cantão olha com desdém para o outro. Etnias bastante aparentadas se repelem, o alemão do sul não tolera o alemão do norte, o inglês diz cobras e lagartos do escocês, o espanhol despreza o português. Já não nos surpreende que diferenças maiores resultem numa aversão difícil de superar, como a do gaulês sente pelo germano, do ariano pelo semita, do branco pelos homens de cor. (Freud, 1921/2011, p. 57)

Substituindo alguns componentes dessa equação, essa afirmação poderá iluminar a dificuldade de diálogo e a intolerância às diferenças, presentes em todos os tempos da história da humanidade, que produzem efeitos importantes sobre os vínculos, os grupos e as instituições.

Quer dizer, a hostilidade sempre está presente. Quando ela se dirige a pessoas que também são amadas, Freud fala em ambivalência afetiva. Nas aversões a estranhos e antipatias identifica a expressão do narcisismo. Quando se forma a massa, a intolerância perde força; ocorre uma limitação do narcisismo produzida pelo laço libidinal com outras pessoas. “Tal como no indivíduo, também no desenvolvimento da humanidade inteira é o amor que atua como fator cultural, no sentido de uma mudança do egoísmo em altruísmo” (Freud, 1921/2011, p. 59).

Identificação

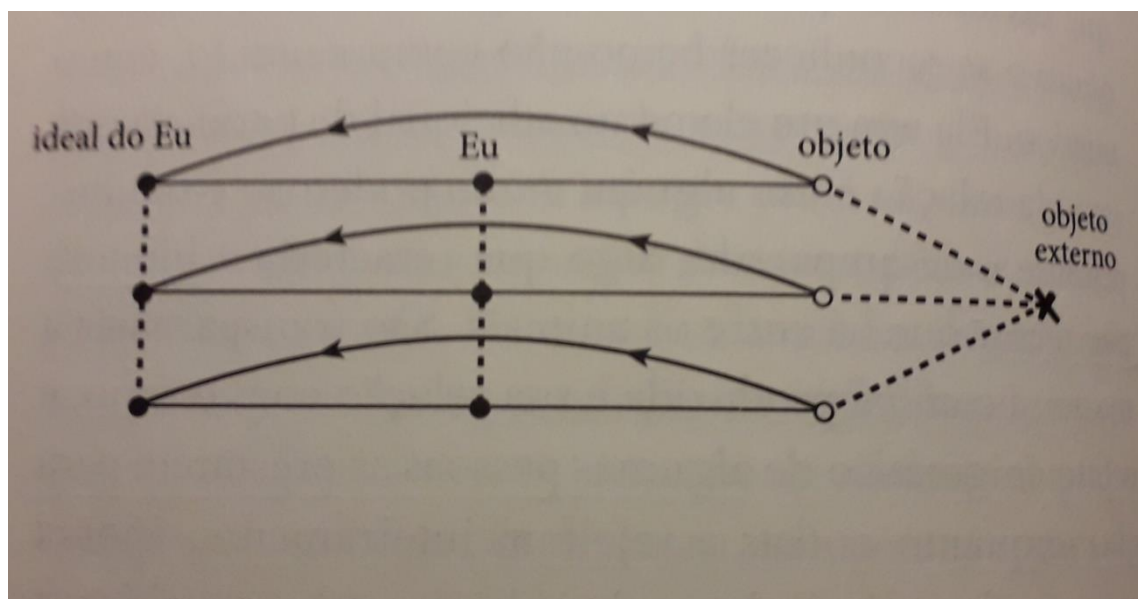
Freud pergunta que tipo de ligação afetiva acontece no interior da massa.

Inicia sua resposta dizendo que a identificação é a mais remota expressão de uma ligação afetiva com outra pessoa; desempenha um papel na história primitiva do Complexo de Édipo, já que o menino toma o pai como seu ideal. O menino se identifica com o pai e faz um investimento objetal na mãe.

A ligação recíproca dos indivíduos da massa ocorre pela identificação comum com o líder.

Estamos preparados para oferecer uma fórmula relativa à constituição libidinal de uma massa. Pelo menos de uma massa... que tem um líder e não pôde adquirir secundariamente, através de

excessiva “organização” as características de um indivíduo. Uma massa primária desse tipo é uma quantidade de indivíduos que puseram um único objeto no lugar de seu ideal do Eu e, em consequência, identificaram-se uns com os outros em seu Eu.



(Freud, 1921/2011, p. 76)

Diante de um objeto (uma pessoa, uma ideia, um projeto) comum a todos, ocorre um trabalho psíquico grupal mediante a identificação de uns com os outros que culmina com o objeto ocupando o lugar de ideal do Eu para cada um dos participantes, que passam a compartilhar uma instância psíquica; vem daí a força da ligação no interior de um grupo. “Nossa contribuição para o esclarecimento da estrutura libidinal de um grupo remonta à diferenciação entre Eu e ideal do Eu, e ao duplo tipo de ligação por ela possibilitada – identificação e colocação do objeto no lugar do ideal do Eu” (Freud, 1921/2011, p. 93).

Para encerrar, retomaremos e responderemos muito sucintamente as questões de Freud:

1. O que mantém os grupos unidos? Para Freud são as relações de amor, os laços libidinais; o laço que une cada indivíduo ao

líder ou à ideia ou ao projeto comum e o laço que liga cada um aos demais componentes do grupo.

2. O que é uma massa? É uma revivescência da horda primeva. Assim como o homem primitivo se acha virtualmente conservado em cada indivíduo, a horda primeva pode ser restabelecida a partir de qualquer agrupamento. Nesse sentido os fenômenos descritos por Freud no estudo das massas podem ser encontrados nos grupos que estudamos, nos grupos que coordenamos e nos grupos dos quais participamos.
3. De que maneira a massa adquire a capacidade de influir tão decisivamente na vida psíquica do indivíduo? A massa só se constitui enquanto tal quando seus componentes estiverem ligados por laços afetivos que promovem uma mudança do narcisismo em altruísmo.
4. Em que consiste a modificação psíquica que ela impõe ao indivíduo? Ocorre um compartilhamento de uma instância psíquica, os componentes da massa colocam um objeto no lugar do ideal do Eu e se identificam uns com os outros.

Referências

- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do Eu. Em: *Obras completas*, vol. 15. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (2012). Totem e tabu. Em: *Obras completas*, vol. 11. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913)

Contribuições da teoria kleiniana para a compreensão dos fenômenos grupais

Waldemar José Fernandes

Em minha experiência, os fenômenos estudados por Gustav Le Bon em grandes grupos, comentados por Freud, são encontrados também em pequenos grupos, como são os grupos terapêuticos, fazendo pensar no primitivismo da mente humana, no mundo psicótico que habita em nós e que emerge do campo grupal. Há, assim, uma ligação entre os conhecimentos freudianos, kleinianos, bionianos e, certamente, também com os estudos da escola francesa de psicanálise de grupo.

Vejamos um pouco da teoria kleiniana, principalmente no que diz respeito à importância clínica na mente e no grupo, apesar de essa autora nem ter trabalhado com grupos, e ter procurado impedir o trabalho de Bion com grupos. O que não pôde impedir é que utilizássemos seus conhecimentos para inúmeras abordagens, como o fez Pichon-Rivière, na psiquiatria social, e como fazemos na psicanálise vincular.

Melanie Klein nasceu em Viena em 1882, foi a quarta filha de uma família pobre. Morreu em Londres, com 78 anos, em 1960. Encontramos em Zimerman que “teve ruptura pública de sua filha, Mellita, também psicanalista, contra ela. Teve verdadeira devoção por Freud, com o qual, entretanto, nunca teve contato, porque ele a evitava, devido às querelas de Anna Freud com Melanie Klein (...) Suas concepções possibilitaram uma análise mais profunda de crianças e psicóticos” (Zimerman, 1999, p. 48).

A criatividade da teoria kleiniana, e a riqueza das ideias que elaborou devem ser equiparadas à obra freudiana. Foi uma continuadora da obra de Freud, tendo apresentado importante complementação à teoria da mente humana, apesar de muitas controvérsias.

A despeito de alguns críticos, sua obra teve e ainda tem grande importância, inclusive para entender a dinâmica grupal. Para Barros e

Barros, “A saúde mental na perspectiva de Klein está sempre ameaçada em sua estabilidade. Desta forma tem que ser permanentemente reconquistada” (2018, p. 15).

É comum, embora injusto, se atribuir a Melanie Klein uma valorização apenas do intrapsíquico. Na verdade, mundo interno e externo ocorrem ao mesmo tempo. Por exemplo, ao sentir frio ou fome, o pequeno ser vivencia ambas as dimensões, a intrapsíquica e a corporal dessa ocorrência, e a percepção do mundo externo, entre outros fatores, é alterada pelo interno.

Na clínica diária, podemos observar participantes do grupo, da instituição ou pacientes individuais se queixando da realidade externa, que frequentemente é penosa mesmo. Entretanto, é importante sempre alertar para a responsabilidade de cada um em administrar a situação, começando por aceitar, conviver e, então, lidar com a situação, dentro das possibilidades reais, da melhor forma possível. A própria Melanie Klein nos ajuda nesse raciocínio: “até que ponto a realidade externa pode refutar as angústias e o sofrimento relacionado à realidade interna varia de indivíduo para indivíduo, mas esse fator pode ser tomado como um dos seus critérios de normalidade” (Klein, 1940/1996, p. 389).

Noção de objeto

Embora essa expressão seja extremamente utilizada, é difícil se encontrar nos textos qual a concepção de objeto. Tal como o vocábulo vínculo, que sofre do mesmo mal, também se usa muito a palavra objeto, sem defini-la. Para David Epelbaum Zimerman, “a etimologia desta palavra designa uma aproximação, uma relação mais íntima e pessoal com alguém que está na nossa frente” (2012, p. 190).

A palavra objeto, uma das mais mencionadas em psicanálise, fora utilizada por Sigmund Freud, em *Luto e melancolia*: “Assim, a sombra do objeto caiu sobre o ego” (Freud, 1917/1969, p. 281). Habitualmente, na obra freudiana, ela significa o objetivo a que se dirige para a descarga das cargas pulsionais.

Já em Melanie Klein seus significados são variáveis. “Os principais usos do termo objeto em Melanie Klein estão sempre numa dicotomia,

como são os que seguem: objeto interno-externo, bom-mau, parcial-total, persecutório-idealizado” (Zimerman, 2012, p. 190).

Falando em relação de objeto, e retomando sua crítica a respeito de um estágio autoerótico independente das relações de objeto freudianas, Melanie Klein enfatiza:

(...) a hipótese de que um estágio que se estende por vários meses preceda as relações de objeto implica que, exceto para a libido ligada ao próprio corpo do bebê, os impulsos, fantasias, angústias e defesas ou não estão presentes no bebê ou não estão relacionados a um objeto, ou seja, elas operariam *in vácuo*. (1952/1975, p. 75)

Quanto à experiência emocional com o mundo interno e com o mundo externo, para Melanie Klein, as relações iniciais de objeto são ambivalentes.

A noção de objetos internos, dos sentimentos de amor e ódio, assim como a noção de que as relações objetais estão presentes desde o início da vida, revolucionaram a psicanálise, expandindo seus horizontes.

A análise de crianças muito pequenas ensinou-me que não existe urgência pulsional, situações de angústia, processo mental que não envolva objeto, externo ou interno; em outras palavras, as relações de objeto estão no centro da vida emocional. (Klein, 1952/1975, p. 75-76)

A crença nos objetos internos já se esboça a partir de experiências somáticas que ocorrem com o bebê, experiências essas implicadas com o mundo interno, principalmente com a presença dos instintos de vida e de morte que ocasionam descargas de tensão emocional difíceis de lidar.

Ao enfatizar o universo dos objetos dos cenários de fantasia, ampliou a compreensão dinâmica da psique, postulando que todos os aspectos do funcionamento psíquico estão vinculados a objetos internos e externos em constante transformação. (Ulhôa Cintra, 2018, p. 27)

Um pouco sobre fantasia inconsciente

As noções de objetos internos e de fantasias inconscientes caminham lado a lado, implicadas em um conjunto de experiências emocionais.

Para Melanie Klein, as fantasias inconscientes são a decorrência natural da existência dos instintos biológicos que se revelam na mente e constituem a primeira expressão do psiquismo separado do corpo biológico. São inatas e consideradas a expressão mental dos instintos. Representam, ainda, os mecanismos de defesa contra essas pulsões instintivas.

O bebê já nasce com a fantasia do mamilo como algo que procurará com a boca e que vai satisfazê-lo. Não existe impulso instintivo que não seja experimentado como fantasia inconsciente. São “crenças na atividade de objetos internos sentidos como se fossem concretos, como, por exemplo, uma sensação desagradável podendo ser mentalmente representada como um relacionamento com um objeto mau” (Zimerman, 2001, p. 142). Evidentemente, ocorrerá o mesmo com relação à experiência agradável, experimentada como relacionamento com um objeto bom.

Para Pedro Salem, “no sistema kleiniano de pensamento, a rigor, não há experiência desvinculada de fantasias inconscientes. Na medida em que qualificam e conferem sentido e valor afetivo a tudo que acomete o sujeito, as fantasias alteram de modo inequívoco sua percepção e sua relação com o mundo externo e interno” (2016, p. 33-44).

Não se pode lidar diretamente com as fantasias inconscientes, assim como não se pode ver ou tocar o vínculo, apenas levantar hipóteses e tentar deduzir algo. “As fantasias inconscientes são sempre inferidas, não são observadas como tal” (Isaacs, 1952/1975, p. 81). São importantes mecanismos psíquicos, implícitos no desenvolvimento normal da mente, e base da criatividade.

As fantasias inconscientes sempre têm um roteiro, com personagens e cenas. “Ao pensar a vida psíquica através das fantasias inconscientes, dos cenários de fantasias e dos objetos internos, Melanie Klein foi a primeira analista que enfatizou de forma tão nítida a dimensão visual da vida psíquica, o que pode então ser comparada ao desenrolar das imagens de um filme” (Ulhôa Cintra, 2018, p. 48).

Para quem trabalha com a grupalidade, as primeiras relações são básicas. Salem (2016) ressalta como a obra kleiniana é importante para a “complexidade dos primeiros vínculos com o outro e, paralelamente, a enorme influência que [Melanie Klein] exerceu sobre autores que se ocuparam – e ainda se ocupam – em examinar as vicissitudes da ligação afetiva inicial com o meio e suas repercussões” (p. 9).

Podemos encontrar repercussões na clínica diária, principalmente na clínica vincular, em que casais ou alguns membros do grupo se comportam muitas vezes como que impedidos de agirem independentemente dos primeiros vínculos que tiveram na vida.

Mezan entende a realidade, seja interior, seja exterior, como constituída de modo colateral e ocorrendo praticamente ao mesmo tempo. Para ele, Melanie Klein “descreve o modo pelo qual os diferentes aspectos da vida interna se integram simultaneamente, pelo mesmo mecanismo através dos quais a realidade externa fará sentido para a psique infantil” (Mezan, 1988, p. 204).

As posições kleinianas

Sabemos que Freud denominou de fase oral o período aproximado do primeiro ano de vida. Dentro da evolução da fase oral, Klein lançou o conceito de *posições*, isto é, estruturas em evolução constante e sempre em atividade na organização da personalidade.

Quando se refere à posição esquizo-paranoide, mostra que o pequeno ser, incapaz de representar a ausência do seio que frustra sua satisfação, preenche o seio ausente e a falta da mãe com a fantasia inconsciente de um seio mau.

Segundo Klein:

(...) os impulsos destrutivos dirigidos contra o objeto incitam o medo da retaliação. Esses sentimentos persecutórios a partir de fontes internas são intensificados por experiências externas dolorosas, pois, desde os primeiros dias, a frustração e o desconforto despertam no bebê o sentimento de que está sendo atacado por forças hostis. (1952/1975, p. 71)

Junto com as primeiras vivências de desprazer somático, o pequeno ser é alvo de intensas forças pulsionais desde o início da vida, que se manifestam como fantasias persecutórias de aniquilamento.

Considero que a angústia surge da operação do instinto de morte dentro do organismo, que é sentida como medo de destruição e de morte. Toma a forma de medo de perseguição. O medo do impulso destrutivo parece ligar-se imediatamente a um objeto, ou melhor, é vivenciado como medo de um incontrolável objeto dominador. (Klein, 1946/1991, p. 24)

Na clínica, é comum os pacientes trazerem diagnósticos, dados por eles próprios, por médicos ou por meio de pesquisas em mecanismos de busca na Web. Surgem então as *síndromes de pânico, fobias e sofrimentos horríveis*, que chamam de ansiedade, que *vêm do nada*, isto é, aparecem sem causa aparente. Observo que grande parte desses sintomas significa medo de um incontrolável objeto dominador, primitivo e destruidor, que assusta mais ainda o sofredor, por não conseguir justificar o que sente com dados concretos da realidade externa. Muitas vezes, parte das comunicações defensivas do grupo ocorre sobre tais sintomas.

Klein (1940/1996) salienta que as fantasias inconscientes estão presentes desde o início da vida nas relações de objeto. Em última instância, todo objeto interno é revestido de valor, sentido e conteúdo mental a partir de sua relação com as fantasias inconscientes.

A posição esquizo-paranoide e a posição depressiva são psicodinâmicas que se formam a cada momento, e suscitam uma forma de ser e de estar no mundo. Posições são verdadeiros estados mentais. Passemos a uma visão na mente e no grupo das posições kleinianas e seus mecanismos de defesa.

Posição Esquizo-paranoide (PEP) e Posição Depressiva (PD) como estados da mente ou configurações mentais normais

Nas posições kleinianas temos sempre uma configuração em que, momentaneamente, predomina um estado da mente com os seguintes elementos: 1) um tipo de ansiedade; 2) certo tipo de relação de objeto; e 3) alguns mecanismos de defesa. É assim que gostaria de transmitir essa noção, pois ela pode nos dizer algo de muito útil para entender a

comunicação, o vínculo, os membros de qualquer tipo de grupo e até o grupo como um todo, se consideramos uma extensão do conceito para a mente grupal.

Posição Esquízo-paranoide

No estado da mente da *PEP*, a ansiedade persecutória ou culpa persecutória tem a ver com sentir-se ameaçado, perseguido, e o funcionamento mental é tendencioso, pois a relação de objeto não abrange realisticamente o total do objeto com quem ocorre a relação: é uma relação parcial de objeto.

Por ser parcial, envolve uma ansiedade persecutória, sofrimento inerente a essa parcialidade, pois ora o objeto é visto como apenas *bom*, ora como apenas *mau*, como se isso fosse real, e não apenas um roteiro fantasioso. Na verdade, é um cenário mental do tipo bruxas e fadas, ou de vilões e vítimas. O problema maior é que a pessoa, quando nesse estado da mente, acredita mesmo na bondade ou maldade, e nada mais vê, causando mal-entendidos importantes, e até crimes. Os ingredientes que conformam a PEP são da natureza de fantasias, que são utilizadas como proteção, na organização da mente feita pelo Ego.

Para manter essa relação parcial de objeto e suas vicissitudes, são necessários alguns mecanismos de defesa, no caso, típicos desse estado da mente. Os mecanismos de defesa típicos da PEP são: cisão; idealização; negação; identificação projetiva; e introjeção identificativa.

Cisão

Cisão (divisão, *splitting*, clivagem) é um mecanismo que pode cindir o Ego em parte bom e em parte mau, e os objetos bons e maus. Melanie Klein foi quem melhor estudou a clivagem de objetos.

No mecanismo de cisão ocorre a divisão drástica entre as experiências boas (que provocam prazer) e as más experiências (que causam desprazer e frustrações).

Na mente primitiva, as experiências de prazer e desprazer são atribuídas ora a um objeto bom (idealizado), ora a um objeto mau e perseguidor, numa visão parcial e maniqueísta, pois só concebe o bem *ou* o mal em termos *absolutos* e onipotentes.

Na concepção kleiniana, as experiências de prazer e satisfação são consideradas de responsabilidade da mãe que gratifica (a *mãe boa*), enquanto as experiências más são de autoria da mãe que castiga, que não a atende imediatamente (a *mãe má*), como se fossem duas entidades.

Para Ulhôa Cintra:

(...) o dinamismo que separa o bem purificado do mal radical está presente na lógica do fundamentalismo, ao pregar a absoluta bondade de Deus em contraste com a maldade dos infiéis, que devem ser então sumariamente aniquilados. Ao constituir um *bem* absoluto inalcançável, este fica protegido de toda a possível contaminação, e assim pode permanecer incorruptível, eternizando-se: torna-se uma reserva imaginária de *bem* que pode durar para sempre, o que responde a uma de nossas aspirações mais profundas. (2018, p. 151)

Temos visto como isso é comum nos times de futebol, grupos religiosos e políticos, onde ocorrem polarizações e generalizações perigosas, consequência de visões distorcidas e parciais, mormente em períodos eleitorais.

Na clínica vincular, a crença em um objeto absolutamente mau justifica certos sintomas e mal-estares, deixando de lado a possibilidade de o indivíduo assumir que tem alguma responsabilidade na causa ou na resolução deles.

Pode ocorrer como defesa, proporcionando ilusória e passageira tranquilidade ou comportamentos *justificáveis* (em sua lógica); exemplo: bebo ou como demais, uso drogas, fico fissurado em *games*, *por ter ansiedade, causada por A ou B*.

Partindo dessa visão tendenciosa, no que se refere ao pretenso inimigo, só resta lutar ou fugir, o que se encontra com certa frequência em grupos e casais.

Ao constituir um objeto como sendo plenamente mau, consigo justificar quaisquer atos de violência contra ele. Sobre tudo se o estou aniquilando em nome do Supremo bem, então toda e qualquer arbitrariedade será justificada, será considerada *Santa* e *Bendita*: aquele sobre quem projetei minha concepção de mal

absoluto é completamente destituído de sua subjetividade, de seus direitos de defesa. (Ulhôa Cintra, 2018, p. 151)

Idealização

Já vimos, na descrição do mecanismo de cisão, como ocorre idealização onipotente ao dividir um objeto em bom e mau (caso em que aparece também a negação).

Idealização é o mecanismo pelo qual as características indesejáveis do objeto são negadas e a própria libido é projetada no objeto. Como diz Zimerman, “nos primórdios do desenvolvimento emocional primitivo, e nos inícios de muitas análises, [a idealização] é necessária e estruturante, principalmente para fazer face às pulsões sádico-destrutivas” (2001, p. 202).

O mecanismo da idealização está diretamente ligado ao da negação, pois ao idealizar o objeto, é necessário negar suas falhas, restando ao objeto idealizado características da perfeição, divinas e onipotentes. O líder de algumas configurações grupais, em nível inconsciente de funcionamento, é visto com essas características.

Em algumas religiões e grupos políticos muito rígidos o mecanismo da idealização aparece sempre: “Tornar-se muito poderoso, na verdade onipotente, é a promessa mais sedutora do fundamentalismo, que pode ser pensado como sendo sempre uma estratégia de resgatar poder e triunfar sobre a fragilidade da existência humana” (Ulhôa Cintra, 2018, p. 152).

Negação

Esse mecanismo de defesa costuma acompanhar a cisão e a idealização. De modo geral, se refere a não querer se tornar consciente de algo, como citado na idealização. Em Laplanche e Pontalis encontra-se que é um “processo em virtude do qual, o sujeito, apesar de formular um de seus desejos, ideias ou sentimentos até então reprimidos, segue defendendo-se, negando que lhe pertença” (1971, p. 243).

Ao considerar a importância dos processos de negação onipotente num estágio que é caracterizado por medo persecutório e mecanismos esquizoides, isso nos reporta aos delírios de grandeza e de perseguição nas

psicoses, em que tais mecanismos ganham força, são mais frequentes e adquirem grau de certeza inquestionável.

Nessa fase inicial do desenvolvimento, os mecanismos de cisão e de negação onipotente têm papel semelhante ao da repressão em estágio posterior e da resistência ao processo analítico.

O mecanismo da negação se origina naquela fase muito inicial em que o ego em desenvolvimento procura se defender da mais séria e profunda de todas as ansiedades: o medo dos perseguidores internalizados e do id. Em outras palavras, *a primeira coisa a ser negada é a realidade psíquica*; depois disso, o ego pode negar boa parte da realidade externa. (Klein, 1935/1996, p. 318)

Identificação projetiva

Já em *Psicologia de grupo e análise do ego*, Freud (1921/1969), sem utilizar essa terminologia, levanta a ideia de que os integrantes das massas se identificam efetivamente com seus líderes, por exemplo, os soldados com seus superiores. Entretanto, Freud se referia à projeção em termos de objetos totais, enquanto a teoria kleiniana afirma que tal fenômeno já ocorre com objetos parciais.

Podemos dizer que a identificação projetiva é uma defesa básica na infância. Tem pelo menos duas funções: controlar o objeto persecutório na PEP e aliviar a ansiedade persecutória, expulsando-as da mente.

Melanie Klein, em 1946, se referiu à *identificação projetiva*, tendo sua conceituação se ampliado posteriormente, como salienta Zimerman (2001, p. 206):

(...) em pelo menos 3 dimensões psíquicas distintas:

- 1) como uma necessária e *estruturante defesa primitiva* do ego incipiente, através de uma expulsão que, desde sempre, o sujeito faz de seus aspectos intoleráveis *dentro* da mente de outra pessoa (a mãe, no caso do bebê; o analista no caso do paciente).
- 2) como uma forma de *penetrar no interior do corpo da mãe*, com a fantasia de *controlar* e apossar-se dos tesouros que,

em sua imaginação, a mãe possui sob a forma de fezes, pênis, e, principalmente, os bebês imaginários.

3) no trabalho *Sobre a identificação*, em 1955, inspirada na novela *Se eu fosse você*, de Julian Green, Melanie Klein ensaia as primeiras concepções das identificações projetivas a serviço da empatia.

A projeção é uma reação primitiva que ocorre automaticamente, sendo posteriormente usada para fins defensivos pelo Ego. A identificação projetiva é uma modalidade da projeção em que a própria pessoa é projetada.

Na teoria kleiniana a identificação projetiva logo aparece ligada ao instinto de morte. A ameaça de destruição interna é neutralizada, ao ser expulsa para fora. Tal mecanismo ocorre durante toda a vida.

Nos estágios precoces de desenvolvimento ele é essencial, pois, em fantasia, tudo o que é prazeroso é experimentado como pertencente a si, e o que é não prazeroso e frustrador não é seu. Há expulsão para o exterior daquilo que o sujeito recusa em si, do que é mau.

É um mecanismo pelo qual ocorrem projeções de partes do Ego no objeto. São fantasias em que o sujeito introduz a si no interior do objeto, para destruí-lo, controlá-lo ou possuí-lo.

Ricardo Pelosi resume assim:

(...) a Identificação Projetiva é um poderoso instrumento pelo qual o bebê, cindindo seus objetos, protege-se de ansiedades e impulsos, evitando a percepção de separação, dependência, admiração e os seus consequentes sentimentos de perda, raiva e inveja. A eficiência deste mecanismo não é completa (felizmente) e deixa neste pequeno ser ansiedades persecutórias que se manifestam por sensações de claustrofobia, pânico, medo de retaliação, aniquilamento etc. (2003, p. 94)

Introjeção identificativa

É o resultado da introjeção do objeto no Ego, que então se identifica com partes ou com o objeto todo. Pode ser vista como o oposto da projeção, e busca pôr para dentro tudo que é prazeroso.

No desenvolvimento emocional, o bebê introjeta partes boas da mãe e, na análise, faz isso com relação ao analista, o que o tranquiliza em ambas as situações, e prepara para uma relação mais completa e realista no futuro. Introjeção e projeção identificativas, para Melanie Klein (1959/1991), operam desde o nascimento.

A identificação projetiva tem muitos efeitos, pois podemos tender a atribuir ao outro algumas de nossas próprias emoções e pensamentos. Segundo Melanie Klein, “(...) a natureza amistosa ou hostil desta projeção dependerá de quão equilibrados ou perseguidos estivermos. Através da atribuição de parte de nossos sentimentos a outra pessoa, compreendemos os seus sentimentos, suas necessidades e satisfações, em outras palavras, estamos nos colocando em sua pele” (1959/1991, p. 287). Há pessoas que vão tão longe nessa direção que se perdem inteiramente nos outros e tornam-se incapazes de julgamento objetivo.

Da mesma forma, a introjeção excessiva prejudica o Ego, que fica completamente abafado pelo objeto introjetado. Quando a projeção é muito hostil, fica quase anulada a empatia. Assim, o tipo e quantidade da projeção é de grande importância em nossos vínculos intersubjetivos. O interjogo introjeção-projeção precisa estar bem equilibrado, sem poder estar dominado por excesso de hostilidade ou de dependência. Assim, teremos melhor relacionamento interno e externo.

Em síntese:

<i>Características da PEP:</i> estado da mente em que existe relação parcial com o objeto (<i>maniqueísta: bom ou mau, portanto tendenciosa</i>) + ansiedade persecutória + mecanismos de defesa típicos (cisão, idealização, negação, identificação projetiva e introjeção identificativa).

Posição depressiva

É um estado da mente ou configuração mental em que a relação de objeto não é parcial, mas sim total. O tipo de ansiedade é ansiedade depressiva ou culpa depressiva e apresenta o característico mecanismo de reparação.

A *ansiedade depressiva* implica um certo sofrimento (remorso) por ter cometido uma injustiça, seja num julgamento, seja na fantasia ou mesmo em atos destrutivos.

A *reparação* é a atividade do Ego que visa a restaurar o objeto amado que foi atacado e danificado, na fantasia ou na realidade.

A reparação verdadeira é estruturante e permite que apareça a gratidão, sinal de crescimento na mente e no grupo.

Efeitos benéficos e saudáveis dos mecanismos de defesa no dia a dia

Não devemos nos enganar com relação aos mecanismos de defesa, achando que atrapalham nossa vida e seriam anormalidades. São normais no desenvolvimento, se não forem excessivas. Mais que normais, são essenciais em nossa vida. Por exemplo, *necessitamos usar de cisões pela impossibilidade de ver o todo*.

É a cisão que permite ao Ego emergir do caos, estabelecendo ordem onde havia desorganização.

Alguns elementos da *ansiedade persecutória* são importantes para se reconhecer perigos externos, e para o sujeito se manter alerta, em vez de ingênuo ou crédulo.

Da mesma forma, aspectos da *idealização* são importantes na crença da bondade própria e alheia.

Na mesma linha de raciocínio, é bom enfatizar que *a identificação projetiva é a mais primitiva forma de empatia e de formação de símbolos*.

Assim, os mecanismos de defesa da PEP *não são apenas mecanismos de defesa*, pois, além de protegerem o Ego, são também *etapas graduais do desenvolvimento mental*.

Tudo o que foi sucintamente descrito dependerá das experiências boas terem predominado sobre as más nos primeiros tempos de vida do bebê, e nada tem a ver com patologia.

Na *posição depressiva*, a visão total de objeto permite relações mais verdadeiras com os demais e com a realidade.

Da mesma forma, o mecanismo de *reparação*, da posição depressiva, permite o reconhecimento e a valorização do outro e o sentimento de gratidão.

Em síntese:

<i>Características da PD:</i> estado da mente ou configuração mental em que existe relação total com o objeto, ansiedade depressiva e mecanismo de reparação.

As posições kleinianas são fundamentais para a compreensão do processo bioniano de pensar os pensamentos, tanto no desenvolvimento normal, como na psicopatologia (Fernandes et al., 2003).

Defesas maníacas no grupo e na vida

Não é fácil para ninguém dar o braço a torcer e reconhecer que errou, pedir desculpas, valorizar o outro, sentir remorso por ter sido injusto, e conviver com tal culpa depressiva. Por vezes, há uma tendência a um estado mental intermediário, de reaproximação da PEP, em que ocorrem as *defesas maníacas*.

As defesas maníacas protegem o Ego do desespero total, enquanto, lentamente, o psiquismo se adapta ao crescimento e inerente sofrimento. Tais defesas não são consideradas patológicas por si, mas poderão formar pontos de fixação que interferem no desenvolvimento futuro” (Segal, 1973/1975, p. 95).

As defesas maníacas são dirigidas contra a experiência da ansiedade depressiva, que vem repleta de culpa. A primeira experiência do tipo ocorre quando o bebê percebe a dependência que tem da mãe, a qual teme perder.

A relação maníaca com objetos, na teoria kleiniana, se caracteriza por um conjunto de sentimentos, principalmente *controle*, *triunfo* e *desprezo*.

O *controle onipotente* é um recurso em que o sujeito mantém a crença mágica de que é o centro de tudo e que todos giram à sua volta, defendendo-se das ansiedades persecutórias e depressivas.

O *triunfo* é o inverso da valorização, do se importar com o outro, exatamente o que se pretende negar, de modo onipotente.

Da mesma forma, ocorre a desvalorização e negação da importância do objeto, quando predomina o *desprezo*.

Ciúmes, inveja e gratidão

Para Melanie Klein, a inveja é mais primitiva do que o ciúme. Na verdade, é uma das emoções mais básicas e primitivas que ocorrem no desenvolvimento psíquico.

O *ciúme* visa à posse do objeto amado, e é baseado no amor. Faz parte de uma relação a três, em que uma parte se sente excluída do relacionamento das outras duas.

Já a *inveja* é baseada no ódio a alguma qualidade ou posse do outro, que deve ser destruído. Na visão kleiniana, a inveja é considerada derivação direta da pulsão de morte, algo inato, a serviço da destrutividade. Entretanto, todos nós temos esse “ingrediente” em nosso psiquismo, e temos de lidar com isso. *Teremos de pensar em patologia apenas quando a destrutividade e a inveja forem excessivas e persistentes.*

Gratidão é o sentimento de poder *reconhecer* a qualidade, o valor alheio; é saber que uma pessoa fez uma boa ação, prestou um auxílio, em favor de outra, gerando uma espécie de dívida a alguém por ter feito algo muito benéfico para ela.

David Epelbaum Zimerman ressalta, em seus estudos sobre Melanie Klein, “a possibilidade de o indivíduo poder sentir gratidão pela mesma pessoa que ele tanto pode ter atacado, mais ainda, poder vir a fazer reparações verdadeiras” (Zimerman, 2001, p. 227).

Nos grupos com longa duração, os participantes terão oportunidade de entrar em contato com a inveja, sua e dos colegas, inclusive dirigida ao próprio terapeuta. Conluíes e associações em duplas ou subgrupos muitas vezes têm o objetivo de atacar as ideias e interpretações que poderiam romper com certas estruturas defensivas, proporcionando desenvolvimento, sim, mas com muito sofrimento.

Reação terapêutica negativa

Situação terapêutica já observada por Freud, quando o indivíduo está indo muito bem na análise e em sua vida, e repentinamente, sem motivo aparente, parece que regride brutalmente no progresso analítico.

Na raiz de reações terapêuticas negativas e de tratamentos intermináveis, encontra-se, muitas vezes, uma poderosa inveja

inconsciente; trata-se de algo que pode ser observado em pacientes que têm uma longa história de tratamentos anteriores fracassados. (Segal, 1973/1975, p. 54)

Em minha experiência, isso tem sido muito frequente, geralmente como *fato comprovatório* da minha *incapacidade* de ajudar o paciente, que, de certo modo, “prefere” piorar do que *reconhecer que foi ajudado*. Pode-se dizer que *o sujeito piora porque melhora*, pois não tolera o que essa melhora envolve. Tive um caso em um grupo com tal agressividade no ataque à minha capacidade de ajudar, que só permitiu melhor trabalho e aproveitamento do grupo quando o referido paciente desistiu do tratamento.

Referências

- Fernandes, W. J., Svartman, B., & Fernandes, B. S. (Orgs.) (2003). *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1969). Luto e melancolia. Em: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1969). Psicologia de grupo e análise do Ego. Em: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Isaacs, S. (1978). A natureza e função da fantasia. Em: M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere (Orgs.), *Os progressos da psicanálise* (pp. 79-135). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1952)
- Klein, M. (1975). As origens da transferência. Em: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952)
- Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. Em: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Obras completas de Melanie Klein, vol. 3, Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1946)
- Klein, M. (1991). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. Em: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1959)
- Klein, M. (1996). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. Em: *Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1935)

- Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940)
- Laplanche, J., & Pontalis, B. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.
- Mezan, R. (1988). Visitando a velha senhora. Em: J.-M. Petot (Org.), *Melanie Klein II: O Ego e o bom objeto – 1932-1960*. São Paulo: Perspectiva.
- Pelosi, R. (2003) A introjeção e projeção dos objetos: Posições kleinianas e defesas maníacas – conhecimento. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 93-108). Porto Alegre: Artmed.
- Salem, P. (2016). Objeto e fantasia inconsciente na psicanálise de Melanie Klein. *Primórdios*, 4(4), 33-44.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1973)
- Ulhôa Cintra, E. M., & M. F. Ribeiro (Orgs.) (2018). *Por que Klein?* São Paulo: Zagodoni.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2012). *Etimologia de termos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed.

Contribuições de Bion para o estudo e o trabalho com grupos

Waldemar José Fernandes

Introdução

Bion considera que seu campo de trabalho é o que não se conhece. Com ele, a clínica psicanalítica teve grandes possibilidades de se abrir para o desconhecido. Nesse sentido, Gerber e Figueiredo descrevem assim o pensamento de Bion, de 1967:

O que é *conhecido* sobre o paciente não tem maior consequência: ou é falso ou irrelevante. Se é conhecido pelo paciente e pelo analista, então é obsoleto (...) O único ponto importante em qualquer sessão é o desconhecido. Nada deve ser permitido que nos distraia dessa intuição. (2018, p. 68)

A contribuição revolucionária de Bion para a fundação de uma psicanálise atual se alicerça não apenas em sua proposta de uma análise sempre vincular como também no acréscimo de uma perspectiva não sensorial como é a da intuição.

Um dos seus maiores méritos foi o de colocar a psicanálise dentro de uma nova dimensão, conservando o mais valioso das contribuições freudianas e kleinianas, mas encarando-as sob perspectivas diferentes, de forma mais ampla e original, o que estimula uma atitude nova no analista e em terapeutas em geral, ao promover a renúncia a esquemas rígidos, assim como uma abertura para novas maneiras de pensar em psicanálise. Para essa figura genial, inspirado muitas vezes pela filosofia, o importante é a prática clínica e a atitude do analista: ser é mais importante do que conhecer, entender ou dizer.

Os grupos

Em psicanálise vincular, as contribuições de Bion têm sido extremamente proveitosas, seja no que diz respeito à reflexão sobre os vínculos em quaisquer narrativas de pacientes, seja no trabalho direto com famílias, instituições e grupos em geral.

Tal como Freud sugeriu, os grupos têm suas raízes no grupo primordial selvagem. O grupo precede o indivíduo. Vimos em *Psicologia das massas* como Freud (1921/1969) entendia a liderança: um indivíduo forte que levaria as massas a seguir suas ideias. Para ele, haveria uma diminuição da produção individual no grupo.

Bion, ao contrário de Freud, assegura haver um aumento de possibilidades na grupalidade, tanto que os grandes descobrimentos e contribuições são grupais e não produto de homens isolados. Da mesma forma, o comportamento dos grupos é que faria emergir o líder grupal.

O homem Bion

Conforme Zimmerman, em seu livro *Bion – da Teoria à prática* (1995), Wilfred R. Bion nasceu na Índia, em 1897, no Panjab, uma colônia inglesa, onde seu pai, engenheiro inglês, trabalhava na época. Passou a morar e estudar na Inglaterra a partir dos oito anos de idade. Com 19 anos, entrou nas forças armadas. Posteriormente fez medicina, com grande dedicação. Na Universidade de Oxford, estudou história moderna, filosofia e teologia. Ao ler Freud, ficou fascinado e resolveu se tornar médico psiquiatra e psicanalista. Fez uma primeira análise com John Rickmann e uma segunda, com Melanie Klein.

Bion apresenta uma produção inovadora que revela seus sólidos conhecimentos científicos em diversas áreas. Propõe também uma expansão sensível para o momento do encontro psicanalítico, revelando a vivacidade envolvida nos fatos, com o objetivo de apreender a realidade o quanto possível. (Gerber & Figueiredo, 2018, p. 141)

Durante a década de 40, deu uma contribuição das mais importantes para o trabalho grupal, que descreveu em *Experiências com grupos* (1948/1975). Nessa obra vemos que, partindo de sua vivência com grupos de soldados no Hospital Northfield durante a Segunda Guerra Mundial e posteriormente, na Tavistock Clinic, levantou hipóteses sobre

o campo grupal, criando assim conceitos originais sobre a psicodinâmica psicanalítica dos grupos, até hoje objeto de estudo. Tornou-se, apesar da desaprovação de Melanie Klein, uma referência no trabalho psicanalítico com grupos.

Sua primeira iniciativa, na ala de reabilitação desse hospital psiquiátrico, foi promover tarefas de interesse, acrescidas de seminários terapêuticos avaliativos, pois, para haver um bom espírito de grupo, Bion observou que seria necessário que o grupo tivesse um objetivo comum, para alimentar um ideal. Por outro lado, chegar a um bom resultado terapêutico incluiria a noção de identidade grupal por parte dos membros (Fernandes, 2003).

Podemos distinguir na obra de Bion um importante aspecto terapêutico, que é ampliar a possibilidade de adquirir conhecimento sobre si mesmo e sobre os vínculos entre os membros do grupo. A experiência na Clínica Tavistock permitiu a Bion observar que o grupo tinha reações inesperadas ao viver uma situação não convencional, ou seja, com um coordenador de grupo que se valia unicamente de seus conhecimentos como psicanalista e de sua intuição.

Tal coordenador não correspondia às solicitações manifestas, restringindo-se à interpretação do material latente. De forma não esperada, o grupo passava então a evidenciar emoções primitivas que alteravam o raciocínio crítico e a dinâmica grupal. A partir dessa experiência e consequentes reflexões, Bion propôs que o objeto de estudo dos grupos fosse a investigação dos fenômenos que produziam tais perturbações no comportamento grupal (Fernandes, 2003).

No grupo, Bion verificou que a realização da vida mental individual fica prejudicada, pois se o sujeito está esperando chegar, por meio do grupo, a uma vida de prazeres, sem frustração, isso não será alcançado, já que existe a presença grupal, com mentalidade própria e primitiva, que muda tudo. A mentalidade primitiva e as vicissitudes do crescimento podem ser encontradas no grupo e no indivíduo.

O crescimento mental nos reporta a um trabalho posterior de Bion, publicado em 1977, referente à cesura do nascimento (Bion, 1977/1981). Para Freud, a vida intrauterina e a primeira infância apresentam uma continuidade bem maior do que a cesura marcante do ato

do nascimento nos permite supor (1926/2014). Freud queria dizer com isso que os primeiros cuidados psicológicos da mãe equivalem a contribuições biológicas.

Bion empregou o termo cesura do nascimento em seus estudos sobre a continuidade que existe entre a vida pré-natal e a pós-natal, conhecimento que o fez refletir já nos primeiros trabalhos com grupos.

Na concepção bioniana, o crescimento mental ocorre por surtos, em níveis de mudança repentinos, que causam angústia, e a origem desse processo infinito está no corte biológico que o nascimento irremediavelmente efetua. A cesura do nascimento é o equivalente psíquico ao corte biológico do cordão umbilical (Bion, 1977/1981). As partes pré-natais da personalidade, na cesura do nascimento, têm a tendência à cisão, e deixam internalizado em todos nós algo de uma vida tribal, atávica, registro de nosso passado animal, em que se formavam clãs, famílias ou rebanhos.

A metáfora do nascimento psíquico permeia suas reflexões. Segundo Bion (1977/1981), Freud enfatizava um dado objetivo: a impotência do recém-nascido, que não é capaz de coordenar sua ação para agir eficazmente, pois depende do seu meio, principalmente de sua mãe, para absolutamente tudo. Tal imaturidade acarreta um estado de desamparo mental, o que obriga o psiquismo a crescer completamente dependente de outrem, experiência emocional que também ocorre na multidão, como Freud mostrou em *Psicologia de massa e análise do ego* (1921/1969). O mesmo fenômeno Bion observou nos pequenos grupos.

Habitualmente se usa a expressão “voltar à infância”. Ainda que esteja consagrada, a expressão é inadequada. O que é possível, e necessário, é se estudar e elaborar questões infantis ainda presentes no adulto.

É impossível entender alguns sintomas se pensarmos que se desenvolveram somente após o nascimento. É necessário considerar as emoções que não puderam se tornar conscientes, nem verbalizadas. Temos de procurar reconhecer os vestígios de um estado mental arcaico na mente e no grupo.

Nenhum de nós ultrapassa totalmente essa fase primeva, tanto que, nas afecções psicossomáticas, podemos encontrar um aniquilamento

do aspecto intelectual, com o ressurgimento do psicossomático, mais primitivo, tal como no grupo (Fernandes, 2003).

O mundo primitivo e a cesura do nascimento basearam muitos dos trabalhos de Bion, importantes para se conhecer sua forma de lidar com a teoria da técnica psicanalítica, e importantes para nossa reflexão, como se vê na declaração: “Investigar a Cesura; não o analista; não o analisando; não o inconsciente; não o consciente; não a sanidade; não a insanidade. Mas a Cesura, o vínculo, a sinapse, a contratrans(ferência), o humor transitivo-intransitivo” (Bion, 1977/1981, p. 136).

Temos muitos textos de autores brasileiros sobre Bion, da maior importância, inclusive sobre a cesura. Vejamos este trecho, do psicanalista Edival A. L. Perrini:

É possível escrever um texto sobre cesura. Mas o novo que emerge de nossas trevas não habita nossos vícios. O desconhecido não cabe dentro do útero para sempre: ou o conforto é rompido ou segue nos induzindo à repetição. E repetir é muito agradável. Podemos fazer arranjos que parecem novidades. Geralmente são armadilhas. A novidade é absolutamente incontrolável. De repente, estamos dentro do solavanco, do medo, do sobressalto. Nesses momentos podemos estar perto da experiência emocional da cesura. (2009, p. 71)

Nas cogitações de Bion, vê-se que trabalhar com a cesura é lidar com o imprevisto, com movimentos paradoxais, bruscos e inesperados, de estados da mente, o que vale para pacientes e para terapeutas. Poder conter e conviver contratransferencialmente com sensações de momentâneo vazio de significado é fundamental.

Seja em grupos, casais ou instituições, seja no trabalho psicanalítico bi-pessoal, muitas vezes não sabemos o que fazer com as questões existenciais de nossos pacientes, devido às dificuldades ancestrais com que temos de lidar.

Os maiores psicanalistas brasileiros têm se debruçado sobre o primitivismo na mente e nos grupos, valorizando muito o tema da cesura, como Manoel Munhoz, David Epelbaum Zimerman e Odilon de Melo Franco Filho, entre outros.

Franco Filho (1997) teve muita experiência em psicoterapia analítica de grupo e era profundo conhecedor da obra bioniana. Ele mostrou que Bion considerava a cesura um acontecimento existencial e sua investigação inerente ao método psicanalítico.

Mentalidade grupal e cultura de grupo

Bion, observando várias situações grupais, ponderou que, quando agrupados, participamos, sem saber, da criação de um fundo comum, do qual emergem contribuições inconscientes. Tais contribuições anônimas constituem *uma mentalidade de grupo* em que há unanimidade de pensamento e de vontade, o que impede qualquer possibilidade de vida privada e de satisfação individual, provocando certo conflito de interesses.

A mentalidade grupal postulada por Bion parece ser de natureza onírica-mítica (Munhoz, 1989). Na observação bioniana, algumas interpretações utilizadas nas primeiras experiências com grupos não provocavam o esperado *insight* nem a consequente mudança, persistindo alguns modelos primitivos de comportamento grupal. Daí partiu a conceituação dos supostos ou pressupostos básicos, isto é, os elementos que estariam subjacentes à cultura de um grupo, expressando o conflito entre os desejos individuais e a mentalidade do grupo.

A comunicação que existe nos supostos básicos, tal como nos mitos, é de caráter coletivo, e de autoria anônima. A oposição entre a necessidade individual e a mentalidade de grupo é a chamada *cultura de grupo*. A cultura grupal é decorrência da permanente interação entre o sujeito e o grupo, isto é, entre o narcisismo e o altruísmo, ou coletivismo.

Níveis de funcionamento grupal

Entre as importantes contribuições de Bion destaca-se a observação de que qualquer grupo se movimenta em dois planos ou dois níveis de funcionamento: o primeiro, que ele denomina *grupo de trabalho*, opera no plano consciente e é um nível de funcionamento grupal voltado para a execução de tarefas, em que é fundamental a cooperação entre os indivíduos (Fernandes, 2003). Esse nível de funcionamento dos grupos tem características análogas às do Ego e pressupõe um contato com a

realidade, dentro do processo secundário e, dependendo da tolerância à frustração, será mais criativo ou menos criativo.

Concomitantemente a esse nível consciente de funcionamento grupal, existe, no plano inconsciente, outro nível de funcionamento grupal, implicado com outro clima emocional, o nível de *grupo de pressupostos básicos*, que fica em estado latente. Suas manifestações clínicas correspondem a um primitivo atavismo de pulsões e de fantasias inconscientes.

De acordo com as configurações observadas, Bion propôs três tipos de pressupostos ou supostos básicos:

1) O *suposto básico de dependência*, em que existe a fantasia grupal do modelo mãe-bebê – isto é, o modelo kleiniano e freudiano da relação do bebê com o seio, e depois, com a figura da mãe – da busca de um provedor, um líder carismático que assume o papel de atender às necessidades existenciais básicas infantis.

Nesse plano, o terapeuta, ou outro elemento do grupo, é revestido de poderes mágicos, onipotentes, que na fantasia grupal satisfarão todas as suas necessidades e desejos. É claro que nem sempre esse líder consegue assumir tão bem o papel que lhe é atribuído, ou não quer assumir, como é o caso do terapeuta.

2) O *suposto básico de luta e fuga*, que é de natureza persecutória. Nesse nível de funcionamento grupal ocorre basicamente a fantasia onipotente de que existe um inimigo, e que é necessário atacá-lo ou fugir dele.

Tal expressão remete ao fisiologista Walter Cannon, que investigou a influência de perturbações emocionais sobre a liberação de substâncias químicas hormonais, posteriormente reconhecidas como adrenalina e noradrenalina, e seus efeitos na fisiologia corporal. Sua conclusão é hoje conhecida como reação de luta ou fuga: quando as circunstâncias são ameaçadoras, há estímulo da secreção de adrenalina pela glândula suprarrenal, que, agindo nos tecidos periféricos, prepara o organismo para uma ação vigorosa em estados de emergência (Cannon, 1914). Tais reações nos preparam para a defesa e a luta pela vida, ou para correr e fugir do perigo, enfim, para nos ajudar a sobreviver a uma situação perigosa.

Pela concepção bioniana, no suposto básico de luta ou fuga, que é implicado com a escola kleiniana, o objeto é mau e ameaçador, e as atividades defensivas devem atacar e destruir o objeto perseguidor ou procurar evitá-lo. O grupo receia se constituir como tal, predominando a destrutividade e o sentimento de ódio, e exige uma liderança com características paranoides de personalidade, de natureza tirânica, com experiência suficiente para enfrentar o suposto inimigo ameaçador.

3) O *suposto básico de acasalamento*, que se refere à formação de pares no grupo, que poderiam, em fantasia, se acasalar e gerar um messias salvador ou uma ideia salvadora. Nesse caso, o líder teria de possuir algumas características místicas. Acontece, entretanto, que esse líder não nasceu ainda, e isso é o que mais caracteriza esse pressuposto, a *esperança messiânica*. Um nome até mais fortemente adequado à situação seria *suposto básico de esperança messiânica*.

Enfatizando:

- O grupo de trabalho NÃO é um tipo de grupo.
- O grupo de suposto básico NÃO é um tipo de grupo.
- Ambos são *níveis de funcionamento grupal*.

Quaisquer que sejam os pressupostos básicos, estes são sempre inconscientes, e, embora isoladamente, estão sempre presentes. Na verdade, nada mais são do que estados emocionais que visam à evasão da realidade e da frustração, inerentes ao *aprendizado pela experiência*, que envolve aceitar e conviver amistosamente com novas ideias.

Como já visto num capítulo introdutório (capítulo 2), uma das dimensões do vínculo é a transubjetiva. O espaço psíquico transubjetivo ou dimensão transubjetiva de cada um tem a ver com a cultura, as leis e o mundo sociocultural em que cada sujeito estabelece relações com os valores, as crenças, os mitos, as ideologias e a própria História. Em minha maneira de ver, isso ocorre também nos pequenos grupos, em que cada um apresenta um jeito especial de funcionar, diferenciando um grupo de outro, assim como o mesmo grupo em diferentes épocas.

Pelo que se depreende, o líder de suposto básico é aquele que pode expressar melhor os processos da transubjetividade do pequeno grupo. Além disso, o líder do grupo de trabalho mantém contato com a realidade externa, o que não é exigido do líder do grupo de suposto básico.

Há algumas diferenças importantes – mormente no que diz respeito aos temas grupais e sobre liderança – entre Freud e Bion. Freud dizia que o líder era aquele de quem o grupo dependia, devido à sua personalidade forte. Na visão bioniana, o líder é criação da suposição básica e de cada membro do grupo.

Assim, o líder, na suposição básica, não cria o grupo em virtude de sua adesão fanática a uma ideia, mas, pelo contrário, é um indivíduo cuja personalidade o torna particularmente suscetível à obstrução da individualidade pelos requisitos de liderança do grupo de suposição básica. A perda da distintividade individual, de que falava Freud, aplica-se ao líder do grupo, mas também a qualquer outro. Vejamos em *Experiências com grupos*:

(...) isto difere da ideia de Le Bon, segundo a qual o líder deve possuir uma vontade forte e imponente, e da ideia de Freud segundo a qual ele corresponde a um hipnotizador. O poder que tem deriva-se do fato de haver-se tornado, em comum com todos os outros membros do grupo, aquilo que Le Bon descreve como *um autômato que deixou de ser guiado por sua vontade*. Em resumo, ele é líder em virtude de sua capacidade de combinação instantânea e involuntária com qualquer outro membro do grupo (...). (Bion, 1948/1975, p. 164-165)

A capacidade instintiva dos indivíduos se vincularem em torno de um suposto básico, contra a ideia nova que causa frustração, foi denominada *valência* por Bion.

Alternância de supostos ou pressupostos básicos

Os supostos básicos *nunca coexistem*, nem conflitam entre si, mas *se alternam* (Fernandes, 2003). O que promove a mudança de um pressuposto para outro é o temor da ideia nova, que não pode ser manipulada na cultura do grupo de trabalho nem neutralizada na cultura de pressupostos.

Em caso de conflito do suposto básico com a ideia nova, o grupo pode reagir mudando de suposto básico, sempre concomitantemente com o grupo de trabalho. Tal coexistência do grupo de trabalho com o de

suposto básico costuma causar um constante conflito no grupo: uma tendência progressiva, ao lado de uma regressiva.

É importante ressaltar que não existe um grupo sem conflito entre o nível de grupo de trabalho e o nível mais primitivo, de suposto básico, conflito essencial e transformador, pois, para Bion, não existe um verdadeiro crescimento sem a convivência simultânea do aspecto evoluído com o aspecto primitivo. Só assim ambos os níveis de funcionamento grupal, o primitivo e o evoluído, entram em ressonância, com desenvolvimento do grupo e do sujeito.

O nível de funcionamento grupal dos supostos básicos é produto de fantasias grupais onipotentes e mágicas a respeito de como realizar os desejos; são fantasias primitivas e universais, que correspondem às primeiras “matrizes vinculares” (Fernandes, 1994, p. 44) provenientes de internalizações bebê-seio. Conceito análogo, com o nome de matriz interna grupal, será visto no capítulo específico sobre a Escola Portuguesa de Grupanálise (capítulo 10).

Tentando esclarecer situação tão complexa, podemos dizer que as pessoas se relacionam a partir de modelos de vínculos intersubjetivos: as *matrizes vinculares*. O bebê introjeta as estruturas vinculares inicialmente vindas do mundo externo, principalmente dos pais. Tais matrizes vinculares, verdadeiros grupos internos, são conservadas como padrão, e são configuradas como fantasias inconscientes, tal como visto no capítulo sobre Melanie Klein (capítulo 6), passando a constituir nosso caráter. Analogamente, um pouco dos homens primitivos, um tipo de conhecimento advindo do pensamento grupal, é colocado no primeiro ano de vida dentro de cada um, como conhecimento mítico.

Um sistema anterior aos supostos básicos

Bion postula a existência de um sistema protomental, que corresponde à fonte de onde se originam os fenômenos, sistema em que predomina a indiferenciação. Ele propõe que o campo a ser atingido pela investigação do terapeuta seja o das etapas protomentais das suposições básicas e a relação dos sujeitos com uma determinada suposição.

Visualizo o sistema protomental como um sistema em que o físico e o psicológico ou mental são indiferenciados. Trata-se de uma

matriz de onde se originam os fenômenos que a princípio parecem – num nível psicológico e à luz da investigação psicológica – ser sentimentos distintos, apenas frouxamente associados uns com os outros. É desta matriz que as emoções próprias à suposição básica fluem para reforçar, infiltrar e, ocasionalmente, dominar a vida mental do grupo. (Bion, 1948/1975, p. 91)

Lazslo A. Ávila mostra que as contribuições de Bion sobre fenômenos protomentais, que ocorrem num plano transubjetivo mítico, nos auxiliam a compreender de modo transcendente os limites do corpo de cada um, já que para ele alguns processos vivenciados pelo indivíduo não nascem dele mesmo, e o grupo é o dispositivo ideal para se investigar tais ocorrências. “Para Bion existem estados emocionais anteriores às suposições básicas, que constituem os fenômenos protomentais (...) nesse nível de funcionamento ocorrerá uma indiscriminação entre os planos somático e psíquico” (Ávila, 2006, p. 37).

O nível de grupo de supostos ou pressupostos básicos é também um ingrediente inerente aos indivíduos e se manifesta também no corpo. “A fase protomental no indivíduo é apenas uma parte do sistema protomental, porque os fenômenos protomentais são uma função do grupo e, dessa maneira, devem ser estudados no grupo” (Bion, 1948/1975, p. 93).

No sistema protomental existem as matrizes de três possibilidades de direcionamento: o grupo, a realidade externa e o corpo.

Quando as emoções podem se configurar em suposição básica é ao grupo que elas se dirigem... Quando as emoções não se dirigem ao grupo, podem ser traduzidas em identificações projetivas e em acting-outs no ambiente. Nesse nível de funcionamento (...) o indivíduo pode vir a tomar consciência delas, se reconhecer os processos internos que lhes deram origem. Finalmente, as emoções podem acometer o corpo do indivíduo, na forma de sintomas psicossomáticos, que expressam os fenômenos protomentais que não encontraram formas mais elaboradas para se converter em fenômenos psicológicos, acessíveis à análise psicológica. (Ávila, 2006, p. 38)

Bion, ao relacionar o nível dos pressupostos básicos com o do grupo de trabalho, vai se referir aos enunciados kleinianos sobre fantasias primárias, as primeiras relações objetais, as ansiedades psicóticas e os mecanismos de defesa, sendo que as ansiedades infantis seriam reativadas nas situações adultas.

A pertença a grupos promove regressão, mantendo a linguagem simbólica, mas em nível de suposto básico, predomina a ação. Na verdade, “os supostos básicos parecem ser dramatizações de tentativas de solução de crises vitais por modos arcaicos” (Munhoz, 1988, p. 87).

A dinâmica grupal que permeia a cultura de grupo pode ser vista como a transsubjetividade do pequeno grupo – aspectos subjetivos, míticos, que eclodem em diversas configurações (Fernandes, 2003).

A simbolização mítica é um cálculo psicológico expresso em linguagem de imagens, metafórica. Os mitos falam de temas universais do conhecimento humano. Sua produção é grupal e intuitiva, sendo assim de grande interesse para quem trabalha com grupos. “O mito é o eterno presente do sempre, na mente humana, uma rede de significantes, de conhecimentos arquivados, da experiência ancestral” (Munhoz, 1988, p. 127).

O tema inesgotável de que tratam os mitos é *o desejo* e suas transformações energéticas, já que o desejo é o fenômeno central da vida. Assim, o sonho, realização disfarçada de desejos, é a construção de um mito individual, visando ao crescimento e ao aperfeiçoamento, enquanto os mitos buscam realizar desejos grupais.

Os mitos são essencialmente sintéticos; são dramas humanos condensados. Entre os mitos individuais que se confundem com as fantasias inconscientes da teoria kleiniana e os mitos da espécie, propriamente ditos, há os mitos dos pequenos grupos, as suposições básicas, as quais Bion considerava interpretáveis, no trabalho grupal.

Os mitos podem ser considerados como modelos para se conhecer o funcionamento do aparelho psíquico e dos mecanismos inconscientes presentes em nosso grupo interno, pois os valores míticos têm grande carga emocional.

Cogitações sobre a clínica vincular e a experiência bioniana

A contribuição bioniana evidencia que a reunião de um grupo só é necessária para que as características dele se revelem, mas não para a produção do fenômeno grupal.

Nos trabalhos sobre suas experiências com grupos, Bion demonstrou tanto seu interesse pela realidade externa quanto pela subjetividade. Contrariamente a Freud, afirmou a existência de um aumento de possibilidades na grupalidade, tanto que os grandes descobrimentos e contribuições são grupais, e não produto de homens isolados.

A importante função do terapeuta e do coordenador de grupos, entre outras, é promover o nível de grupo de trabalho, a criatividade e a convivência salutar com as ideias novas.

Embora úteis, as observações de Bion sobre os grupos de supostos básicos não devem ser usadas como fórmulas que explicam tudo o que se passa nos grupos, muito menos algo concreto que tenhamos de procurar, o que seria, inclusive, contrário a toda a filosofia de vida e toda a proposição de Bion sobre a psicanálise. O que importa são os dois níveis de funcionamento grupal.

Na visão de Bion, as duas mentalidades grupais estão presentes ao mesmo tempo e contrapostas, ou seja, “a mentalidade primitiva ou do homem regredido e a mentalidade de grupo de trabalho ou do homem evoluído não representam uma sequência. Ambas estão presentes tanto no habitante das cavernas, quanto no homem moderno” (Fernandes, 2003, p. 117).

Os níveis conscientes e inconscientes de funcionamento grupal existem sempre, ocorrem em qualquer grupo e não dependem de serem identificados e percebidos por nós.

As configurações grupais denominadas supostos básicos não se esgotam com as três hipóteses de Bion; “muitas outras hipóteses básicas têm sido levantadas, como *Grupo de Pátio de Colégio*, por exemplo, onde todos só querem brincar, movidos pelo princípio do prazer, ou *Grupo de Diversão e Orgia*: cuja fantasia grupal é a de que os indivíduos se reúnem em grupos para satisfazer as suas necessidades de amor e alegria” (Munhoz, 1988, p. 128).

Algumas configurações grupais são mais difíceis de se lidar, pois não têm estruturas tão bem organizadas e identificáveis, já que seus conteúdos são muito primitivos. Nesses casos, contratransferencialmente, o coordenador de grupo pode ficar muito impactado, aturdido, dificultando seu entendimento. Há que conviver e conter tais sentimentos até que algo se vislumbre, que possa ser apontado, quando isso for possível, o que muitas vezes não acontece.

Referências

- Ávila, L. A. (2006). A secreta simetria: Grupo e corpo na compreensão psicanalítica. *Revista da SPAGESP*, 7(1), 17-27. Recuperado em 25 de agosto de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702006000100004
- Bion, W. R. (1975). *Experiências com grupos*. São Paulo: EDUSP; Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1948)
- Bion, W. R. (1981). Cesura. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 15, 123-136. (Trabalho original publicado em 1977)
- Cannon, W. B. (1914). The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *American Journal of Physiology*, 33: 356-372.
- Fernandes, W. J. (1994). Tentativa de elaboração de alguns aspectos teóricos em psicanálise das configurações vinculares. *Anais do XI Congresso da FLAPAG*, Buenos Aires.
- Fernandes, W. J. (2003). Bion: O conhecimento e a vincularidade – vínculos K, L, H, R – os níveis de funcionamento grupal: O pensar e os pensamentos. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 109-127). Porto Alegre: Artmed.
- Franco Filho, O. M. (1997). Psicanálise: Evolução e ruptura. Em: M. O. A. F. França (Org.), *Bion em São Paulo: Ressonâncias* (pp. 365-376). São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicanálise.
- Freud, S. (1969). Psicologia de grupo e análise do Ego. Em: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921)

- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. Em: *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos*, vol. XVII. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926)
- Gerber, I., & Figueiredo, L. C. (2018). *Por que Bion?* São Paulo: Zagodoni.
- Munhoz, M. (1988). Elaboração onírica no indivíduo e no grupo. Conferência publicada nos *Anais da II Jornada da ABPAG*, São Paulo.
- Munhoz, M. (1989). Visão evolutiva na psicoterapia analítica de grupo. *Revista da ABPAG*, 1(1), 84-91.
- Perrini, E. A. L. (2009). Uma aproximação ao mundo dos conteúdos oníricos e a cesura. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43(3), 71-79.
- Zimerman, D. E. (1995). Bion: Da teoria à prática – uma leitura didática. Porto Alegre: Artmed.

Teoria e técnica dos grupos operativos segundo Enrique Pichon-Rivière

Ismenia de Camargo e Oliveira

Teoria

Quem foi Enrique Pichon-Rivière? (1907- 1977)

Para compreendermos os conceitos teóricos de Pichon-Rivière sobre grupos, nada melhor que conhecer sua trajetória de vida.

Ele nasceu em 1907, na Suíça, de pais franceses. Quando tinha quatro anos, sua família mudou-se para a região do Chaco, na Argentina. Na fazenda do seu pai trabalhavam índios guaranis, cuja religião era o Xamanismo. O Xamã, denominado Pajé, é a pessoa que lida com as conexões entre seres humanos vivos e mortos. A convivência desde a infância com os guaranis deixou-o fascinado com os rituais de vida e de morte e as histórias cheias de magia e ocultismo. Este encontro de duas culturas tão diferentes, a positivista, proveniente de seus pais franceses, e a guarani, com fortes características mágico-animistas, cheias de mistérios e mortes, despertou nele a curiosidade pelas diferenças e pelo inusitado. Isso o levou a interessar-se pela psicose, na tentativa de conciliar as concepções guarani e positivista, buscando entender cientificamente a loucura. Essas articulações entre diferentes campos complexos podem ser encontradas em toda sua obra. Esta marca sempre foi característica das preocupações de Pichon-Rivière com a Saúde Mental.

Ainda estudante da escola secundária, teve seus primeiros contatos com a obra de Freud. Nessa mesma época, interessou-se pela política, tendo participado da fundação do Partido Socialista da cidade de Goya.

Como estudante de medicina, aos 18 anos, mudou-se para Rosário e obteve seu primeiro emprego como instrutor de hábitos seguros em prostíbulos, batalhando sempre pela melhoria da saúde pública.

Estes três pilares: a psicanálise, a saúde pública e a preocupação com o social são constantes em toda a vida e a obra de Pichon-Rivière.

Após formar-se em psiquiatria, começou a trabalhar no Asilo de Torres, que cuidava de menores oligofrênicos. Oligofrenia é uma doença que compromete o desenvolvimento intelectual e é caracterizada pelo retardo e dificuldade do falar e do caminhar. Observador arguto, ele começou a reparar nas diferenças significativas entre as crianças. Havia algumas que não tinham o desenvolvimento físico comprometido como a maioria das crianças ali internadas. Qual seria a causa dessa diferença? Começou a desenvolver uma reflexão, muito nova para a época, sobre a possível influência da família sobre a doença. Formulou uma hipótese básica para sua teoria: *essas crianças sofriam de retardo intelectual por carências afetivas sofridas na tenra infância*. No começo da vida dessas crianças havia, segundo ele, um vazio vincular, uma ausência de contato afetivo cuja consequência é uma perturbação quase irreversível na maturação e na aprendizagem.

Esboça-se aqui o que mais tarde iria constituir-se na *teoria da introjeção*, não apenas de objetos, como pregava a psicanálise, mas também de relações objetais. Elaborou o conceito de *mundo interno*, que consiste em um cenário de relações afetivas, no qual se tenta reconstruir a realidade externa, cenário esse sempre modificado pelas fantasias.

Começou a questionar o princípio psicanalítico de pulsão, substituindo-o pelo de necessidade. Pulsão, segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 394), é um:

(...) processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objeto. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é graças ao objeto que a pulsão pode atingir sua meta.

Ao questionar o conceito de pulsão, Pichon-Rivière ressaltou uma contradição: na fome, por exemplo, o estado de tensão é no interior, mas a satisfação, ou alívio da tensão, só pode ser alcançada pelo exterior. Quando a criança chora, mobiliza qualquer adulto para aplacar o choro. Então, o estímulo vem de dentro do organismo (pulsão) e sua satisfação

remete ao outro que satisfaz sua necessidade. Para ele a necessidade nos impulsiona a estabelecer vínculos. Ao mesmo tempo em que a criança modifica o meio (quando chora), ela é modificada pelo meio que a satisfaz. A relação afetiva, que a princípio é externa, se transforma em referente interno. A criança vai internalizando experiências. É dessa forma que o *sujeito de necessidade passa a ser sujeito de representações*. O intrapsíquico seria apenas um dos aspectos do processo intersíquico.

Essa dialética do sujeito/meio permite uma compreensão maior do sujeito como pertencente ao meio social e não desvinculado dele. Então, para Pichon-Rivière, a experiência teve lugar fundante e eficaz na constituição da subjetividade. Com essas reflexões percebemos que ele estava fazendo a passagem dos eventos intrapsíquicos para os intersíquicos, ou seja, da psicanálise para a psicologia social.

Na medida em que o sujeito é constituído da relação com o outro, sendo, portanto, um *sujeito de relação*, já deslumbramos a importância do grupo na constituição da subjetividade e como um instrumento privilegiado para a compreensão e possibilidade de transformação do mundo interno do indivíduo.

A indagação analítica desse mundo interno levou-me a ampliar o conceito de relação de objeto, formulando a noção de *vínculo* que defino como estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua relação com processos de comunicação e aprendizagem (...) por isso insistimos que em toda estrutura vincular (e com o termo estrutura já indicamos a interdependência dos elementos) o sujeito e o objeto interatuam, realimentando-se mutuamente. Essas relações intersubjetivas são dirigidas e se estabelecem sobre a base de necessidades, fundamento motivacional do vínculo. (Pichon-Rivière, 1980/1988, p. X).

A ideia de vínculo é mais abrangente do que a de relação objetual. Taragano, na introdução do livro *Teoria do vínculo* de Pichon-Rivière, diz: “ele concebe o paciente e o terapeuta como se formassem uma unidade dialética na qual atuam um sobre o outro.” (Pichon-Rivière, 1980/1991, p. 13). O vínculo não se dá apenas entre duas pessoas, mas também no contexto grupal, que na prática dos grupos operativos, vai ser estudado como transferência grupal.

Voltemos à biografia de Pichon-Rivière. Na condição de médico psiquiatra, trabalhou no Hospício de Las Mercedes (hoje Neuropsiquiátrico José Tomás Borda), como chefe do setor de internação de adolescentes psicóticos. Nessa função começou a observar as famílias que traziam seus filhos para serem internados. Às vezes ficava confuso sobre quem era, de fato, o doente. Percebeu que os familiares depositavam no doente todo o mal da família: “ele é a ovelha negra”, “só nos dá desgosto”, “é o louco da família,” e assim por diante. Ao mesmo tempo percebeu que as famílias também atribuíam vários papéis aos outros membros: “esse é o bonzinho”, “a mãe é a megera”, “o pai é o tirano”, “a irmã é a promessa da família” etc. Construiu a hipótese de que “no grupo familiar doente, o paciente é emergente e adquire a qualidade de porta-voz da enfermidade grupal” (Pichon-Rivière, 1980/1988, p. 41). Desenvolveu a *Teoria dos três D* (depositante, depósito, depositário); a família seria depositante de todo o mal insuportável (depósito) em algum membro (depositário).

Pichon-Rivière inferiu “que o paciente é o membro dinamicamente mais forte (e não o mais frágil), já que sua estrutura pessoal lhe permite tornar-se o portador da enfermidade grupal” (Pichon-Rivière, 1980/1988, p. 42). Por ser o mais forte, consegue manter por um certo tempo o equilíbrio emocional da família. Pichon-Rivière, sempre preocupado com o papel da família como responsável pela deflagração da doença de um dos seus membros, acreditava que o doente é o porta-voz da doença familiar. Ele carrega a ansiedade e os aspectos insuportáveis existentes naquela família, mantendo assim o seu equilíbrio. Só quando são muito intensas e frequentes as deposições que a família lhe faz é que ele adocece de fato, pois vira bode expiatório. E para se livrar dele a família geralmente tende a segregá-lo mandando-o para alguma instituição de saúde mental. Só que, como a doença é da família, o mal não é afastado e novas deposições são dirigidas a outro membro. Portanto, Pichon-Rivière foi revolucionário porque se propunha a tratar não somente o paciente, mas toda a família, contrariando o pensamento psiquiátrico da época.

Ainda como chefe do setor de internação desse Hospital, deparou-se com uma greve de seus enfermeiros, por melhores salários. De uma

hora para outra, viu-se com dezenas de adolescentes psicóticos sem seus cuidadores. O que fazer? Propôs que os adolescentes que estivessem menos doentes cuidassem dos seus colegas mais comprometidos. Começou a formar grupos para orientá-los na nova função. Para sua surpresa, houve melhora de todos os internados. Levantou a hipótese de que ao mudar de papel de “ser cuidado” para “cuidador”, de passivo para ativo, o doente pode adquirir novas representações de si e dos outros, com significativa regressão de seus sintomas. Sentindo-se úteis, os novos “enfermeiros” adquirem uma nova identidade social e os demais pacientes, por sua vez, desenvolvem esperanças de melhora. Pichon-Rivière percebeu que com a formação dos grupos operativos (no sentido de fazê-los atuar sobre o meio ambiente, modificando-o), os pacientes passaram a trazer atitudes, crenças, opiniões e preconceitos particulares (ECRO) que com o tempo foram sendo modificados em novas representações.

O que significa ECRO? O “E” designa esquema, sendo este entendido “como conjunto articulado de conhecimentos” (Pichon-Rivière 1984, p. 5). Significa que os fatos, ideias e fenômenos se estruturam de uma certa forma. O “C” refere-se a um esquema conceitual: “Entendemos por esquema conceitual um sistema de idéias que alcança uma vasta generalização (...). Trata-se de um conjunto de conhecimentos que proporciona linhas de trabalho e investigação” (...). Por isso, disse Kurt Lewin: nada é mais prático que uma boa teoria” (Pichon-Rivière, 1984, p. 5). O “R” designa um esquema referencial que é

(...) inevitavelmente próprio de uma cultura em um momento histórico-social determinado (...) Todo esquema referencial é ao mesmo tempo produção social e produção individual. Constrói-se através dos vínculos humanos e faz, por sua vez, que nos constituamos como subjetividades (...) e transformemos a sociedade em que vivemos. (Adamson, 2000, p. 5)

O “O” significa operativo e tem a ver com a possibilidade de mudar uma situação de forma criativa, atendendo às condições de saúde. E saúde, para Pichon-Rivière, é adaptação ativa à realidade. Esse esquema referencial nos permite perceber, distinguir, sentir, organizar e operar na realidade. Através das nossas redes vinculares construímos um esquema referencial que estabiliza em nós uma certa maneira de conceber o mundo.

Mas como o sujeito, para Pichon-Rivière, está em constante interação dialética com o meio, há inevitável modificação do marco referencial durante todo o nosso desenvolvimento. É importante dizer que o ECRO também está presente na dimensão grupal.

Resumindo: “caracterizamos o ECRO como conjunto organizado de noções e conceitos gerais, teóricos, referidos a um setor do real, a um universo do discurso, que permite uma aproximação instrumental do objeto particular concreto” (Pichon-Rivière, 1980/1988, p. 173).

Para encerrar, façamos nossas as palavras de Gladys Adamson (2000, p. 2):

Pichon foi fundador da APA (Associação Psicanalítica Argentina). Com o desenvolvimento de sua teoria e prática com grupos operativos, possibilitou a psicanálise de crianças, a compreensão da psicose, a investigação de enfermidades psicossomáticas, a psicanálise de grupo, a análise institucional e desenvolvimento do trabalho comunitário. Enrique Pichon-Rivière foi muito mais do que um profissional especializado. Sua atividade pioneira e sua produção teórica-prática influenciou o pensamento científico e cultural da Argentina.

A isso acrescentamos: também do Brasil.

Processo grupal

Então, o que seria grupo para Pichon-Rivière? “Um grupo restrito de pessoas, ligadas entre si por constante de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem de forma explícita ou implícita uma tarefa que constitui sua realidade” (Pichon-Rivière, 1980/1988, p. 177).

Grupo restrito de pessoas: ele não especifica o número ideal de participantes para se trabalhar em grupo, mas supomos que seja um número pequeno de pessoas, para diferenciar de processos de massa, que têm outra estrutura interna.

Ligadas entre si por constante de tempo e espaço: isto significa que as pessoas precisam reunir-se em lugares específicos e com frequência.

Que se propõem de forma explícita ou implícita uma tarefa: tarefa explícita é aquela consciente pela qual o grupo se reúne. A implícita é a superação, pelo grupo, dos obstáculos inconscientes que impedem a realização da tarefa explícita.

O que seria o processo grupal para Pichon-Rivière?

Seria um caminho que os vários integrantes percorrem para realizar a tarefa explícita. Isto significa que precisam superar o isolamento e o individualismo, questionando as certezas. Isto é, a heterogeneidade de pensamentos, emoções e ações dos integrantes de um grupo pode fazer com que as informações recebidas alterem ou relativizem as convicções, crenças e verdades, pondo em cheque o narcisismo de cada um.

Pichon-Rivière, trabalhando em grupo com seus companheiros, alunos e pacientes, percebeu que cada indivíduo traz ao grupo seu ECRO próprio. Em qualquer grupo podem aparecer situações novas ou inusitadas, que podem provocar o que ele chamou de *resistência à mudança*. Esta, por sua vez, desencadeia as ansiedades básicas, que são de dois tipos: medo do ataque e medo da perda. O primeiro decorre da insegurança no enfrentamento de situações novas. O segundo, do receio de perder as referências conhecidas. Para a elaboração das ansiedades básicas há necessidade de um trabalho psíquico. As resistências favorecem a repetição de estereótipos. Quando permitimos a entrada do novo, há possibilidade de aprendizagem e, para Pichon-Rivière, de uma vida saudável. Permanecer no estereótipo é permanecer na doença.

Ao construir a hipótese de ansiedades básicas ele apoiou-se nos conceitos de Melanie Klein de posição esquizo-paranoide e posição depressiva. Esquizo significa divisão e paranoia, perseguição. Segundo Melanie Klein, ao nascer, o bebê é inundado por estímulos físicos (frio, calor, inspiração de ar dentro dos pulmões etc.) que são experimentados como estímulos internos agressivos, e que portanto precisam ser colocados para fora. Assim, o exterior passa a ser hostil e a angústia é de perseguição. A posição depressiva desencadeia a preocupação com o outro. A angústia predominante é a da culpa, porque se tem consciência de que o outro pode ser prejudicado. Essa posição é importante na medida em que a pessoa, ao causar o mal ao outro, pode também se

responsabilizar pelas próprias ações e, portanto, mudar internamente. Essas posições vão-se alternando durante toda nossa vida, e por isso ela as chamou de posições e não de fases.

Quando a resistência à mudança é intensa no grupo, há o aumento das ansiedades básicas. Esse momento do grupo foi chamado por Pichon-Rivière de *Pré-tarefa*. É o momento dos conflitos, no qual forças atuam em sentidos contrários. Os polos dos conflitos são excludentes: ou é isso ou é aquilo.

Nesse sentido, no âmbito da técnica, Pichon-Rivière introduziu a função do coordenador. Por estar numa distância ótima, o coordenador terá maiores condições de perceber e explicitar o que motiva a resistência, e assim ajudar o grupo a superar os conflitos. A aprendizagem não será apenas no campo do conhecimento, mas também, no campo emocional-afetivo do sujeito. O coordenador ajuda a elaborar as angústias básicas e a desenvolver transformações vinculares, permitindo que o outro possa servir de base identificatória e de solidariedade.

Para ele, todo e qualquer grupo tem uma tarefa explícita. Mesmo quando consideramos um grupo de amigos que se reúnem, há sempre um objetivo conhecido: beber, conversar, conhecer etc. Então, grupo é encontro ou desencontro de subjetividades vinculadas por uma tarefa. Esse encontro pressupõe uma comunicação e a possibilidade de aprendizagem. A tarefa explícita é a finalidade do grupo. É consciente. E de acordo com o objetivo, os grupos podem ser terapêuticos ou não. Nos grupos terapêuticos, os integrantes dão permissão ao coordenador para poder trabalhar as resistências, transferências, angústias, fantasias etc. Nos grupos não terapêuticos pode também haver resultados terapêuticos, na medida em que o sujeito, através das vivências em grupo, possa mudar seu campo de representação, sua mobilização de estruturas estereotipadas e ampliar papéis sociais.

Ele usa também o termo tarefa para designar a *tarefa implícita do grupo*, cujo objetivo é a superação dos obstáculos. Seria a ruptura de estereótipos, a desnaturalização do natural. Para ele seria aprender a pensar criticamente. É o momento da elaboração das ansiedades que a tarefa explícita suscita. Diminuindo as ansiedades, há a possibilidade do trabalho em conjunto para se alcançar a finalidade proposta. A tarefa implícita do

grupo, como conceito, é o estruturante grupal. Não pretende apenas revelar o oculto, mas principalmente promover a construção de novas estruturas vinculares. Para isso, há a necessidade de trabalho psíquico. Qual? De desconstrução ou renúncia ao conhecido. É trabalho psíquico para se lidar com o diferente, para sair da repetição. É constante o questionamento sobre as fantasias, os desejos, as representações, as ideologias etc.

À fase posterior à superação dos obstáculos pelo grupo, Pichon-Rivière chamou *projeto*. Quando os integrantes do grupo aprendem a observar os polos contraditórios e a superar as dificuldades, eles tornam-se capazes de organizar outros projetos com outros grupos, isto é, ações para o futuro. Só através das transformações psíquicas e das mudanças de representação do mundo vivenciadas pelo grupo é que novos projetos poderão surgir.

Em resumo: geralmente os grupos percorrem as fases de pré-tarefa, tarefa e projeto. Mas, segundo Pichon-Rivière, a pré-tarefa não antecede necessariamente a tarefa. O grupo pode perfeitamente estar em tarefa e de repente, quando a tensão aumenta, ele pode entrar em pré-tarefa. As fases podem alternar-se na própria sessão ou em diferentes encontros.

Técnica do grupo operativo

Cada integrante de um grupo traz consigo seu ECRO, que é um conjunto de experiências, conhecimentos, afetos e papéis sociais que influenciam o modo de pensar e agir dos indivíduos. Na medida em que o grupo se desenvolve, vai havendo a construção de um ECRO grupal sustentado por um denominador comum.

Papel, nas peças teatrais, significa desempenho de um personagem na história. Na vida social significa forma de sentir, pensar e agir. Os papéis permitem certa liberdade no desempenho do personagem e isto quer dizer que diferentes atores podem interpretar o mesmo personagem de forma diferente. O papel social de pai, por exemplo, pode ser vivido como austero, amoroso, autoritário etc. Quanto mais estereotipados os papéis sociais, para Pichon-Rivière, maior a rigidez na interpretação dos personagens, causando doença. Os papéis sociais são inconscientemente

adotados e impostos. Mas podem ser desempenhados diferentemente em várias situações.

Pichon-Rivière entende por grupo operativo um conjunto de pessoas que se reúnem com uma tarefa explícita. Para a sua execução utiliza-se técnica específica, que:

(...) sejam quais forem os propósitos no grupo (diagnóstico institucional, aprendizagem, criação artística etc.) tem como finalidade que seus integrantes aprendam a pensar em uma coparticipação do objeto de conhecimento, entendendo-se que pensamento e conhecimento não são fatos individuais, mas produções sociais. (Pichon-Rivière, 1980/1988, p. 179)

Podemos classificar os grupos em operativos e não operativos, entre outras possibilidades de classificação, como visto em capítulo introdutório neste livro (capítulo 3). Os grupos operativos são aqueles cuja finalidade é que seus membros possam atuar de modo criativo e ter uma adaptação ativa à realidade. Apesar desse propósito, nem todos alcançam essa operatividade. Por outro lado, grupos não operativos podem ter resultados operativos, causando mudanças internas significativas em seus integrantes.

Grupos que utilizam a técnica do grupo operativo compõem-se de papéis fixos (que são apenas três: coordenador, observador e integrante) e papéis móveis (porta-voz, bode expiatório, boicotador, sabotador e outros). Vamos descrever cada um desses papéis.

Papel do coordenador

Quais são as atribuições do coordenador? Investigar, através de fantasias e defesas, o implícito do grupo, o qual pode ser consciente ou inconsciente. Trabalhar as contradições e obstáculos que aparecem no contexto grupal. Atuar no momento da pré-tarefa, ajudando na elaboração das ansiedades básicas. Quando o grupo está no *momento tarefa* não há necessidade de intervenção do coordenador. Na *pré-tarefa*, ao contrário, ele precisa interferir. Nesse caso, de quais recursos dispõe? Vamos citar os principais: assinalamento, interpretação, construção e interrogação.

Assinalamento. É uma intervenção preponderantemente verbal. É dirigido àquilo que é explícito. Tem a finalidade de chamar à atenção para o que está ocorrendo no momento e que pode passar despercebido. Geralmente é curto e pretende aumentar a percepção dos integrantes. Exemplos:

- Um convite à reflexão em momento de longo silêncio no grupo: “Há muitos silêncios, o que se passa?”
- Quando uma pessoa ou um grupo monopoliza a conversa: “Os outros, o que pensam?”
- Quando todos falam ao mesmo tempo: “Vocês estão se entendendo? Por que ninguém pode ouvir ninguém?”
- Mostrando a confusão: “Entenderam o que ele está dizendo? Por que não perguntam?”
- Assinalando que o grupo vai transformando um integrante em bode expiatório: “a questão é só dele? Existem outros pensamentos em relação a esse tema?”

Interpretação. É uma explicitação do implícito, buscando um significado do que está acontecendo. Trabalhamos sempre com hipóteses, nunca com verdades. Para que a interpretação seja possível, é necessário mostrar sempre a defesa e a angústia. Exemplo:

- “Estão em silêncio (defesa) porque talvez estejam com receio (hipótese) das críticas (que provocam angústias)?”

Construção. Consiste em recordar o caminho percorrido durante os encontros, o que pode ser feito de duas maneiras: em forma de síntese, no encerramento do grupo, ou no final de cada encontro. Em ambos os modos, a finalidade é apontar quais foram os conflitos, as soluções, quais as relações entre os integrantes do grupo, as relações entre os vários papéis desempenhados etc.

Interrogação. Consiste em pedir dados mais precisos e solicitar esclarecimentos em geral. As hipóteses construídas pelo coordenador podem ser esclarecidas para evitar generalizações e abstrações fáceis, que tenham mais a ver com o mundo interno do indivíduo do que com o processo do grupo.

Qual o objetivo do observador? Ajudar o coordenador nas observações do que acontece no processo grupal. Não sendo coordenador nem integrante, pode observar na contratransferência o que fica oculto ao coordenador. Também fica com o material escrito a ser analisado após os encontros.

O observador pode ser passivo ou ativo. É passivo quando não interage com os integrantes. Nesse caso, qualquer pergunta dirigida a ele é respondida pelo coordenador. Sua função é transcrever o mais fielmente possível o que se passa no encontro. Isso faz dele alvo de fantasias persecutórias, pois fica depositário daquilo que é ocultado do grupo. Por outro lado, quando o observador é ativo, ele acrescenta as tarefas de observador passivo às de assinalar, interpretar, construir, ler os emergentes e observar a temática e a dinâmica do momento, da mesma forma que o coordenador.

Para algumas correntes de pensamento grupal, o coordenador representa a figura principal, o líder, e o observador seria apenas um ajudante. Para Pichon-Rivière não era assim: considerava o observador tão importante quanto o coordenador e, por isso, sempre falou em dupla coordenação, ou co-coordenação.

Para que a dupla coordenador e observador possa funcionar bem é necessário que ambos conversem livremente a respeito dos sentimentos, dúvidas e angústias suscitados entre eles nas sessões. É recomendável que possam fazer supervisão da dupla. E o que se espera de ambos em relação ao processo grupal? Que observem os emergentes, formulem hipóteses e reflitam sobre a construção do acontecer grupal, sobre os papéis distribuídos e assumidos, e sobre as contradições, conflitos, transferências etc.

Citaremos agora, dentre os papéis móveis, apenas os mais frequentes.

Porta-voz: é o indivíduo que em determinado momento diz algo a respeito da sua própria experiência e ao mesmo tempo, sem o saber, está dizendo algo latente daquele grupo. Pichon-Rivière chamou de *verticalidade* a manifestação de um integrante a respeito da sua própria história e de *horizontalidade* tudo que se refere ao grupo. Logo, quando a verticalidade de um membro se articula com a horizontalidade do grupo, ele pode

tornar-se um porta-voz daquele grupo, naquele momento. A tarefa do coordenador é decodificar a fala do porta-voz, assinalando o aspecto grupal. O porta-voz realmente não sabe que fala pelo grupo, até que essa decodificação seja feita.

Um porta-voz pode ser transformado em bode expiatório ou líder de mudança.

Bode expiatório

Quando o porta-voz denuncia algo que o grupo não tem condições de suportar ou elaborar, há a rejeição da denúncia pelos membros. O porta-voz torna-se, então, bode expiatório. Esse fenômeno pode ocorrer em qualquer grupo, cuja reação é a mesma que a da família que eventualmente expulsa seu membro doente. Quando há expulsão, o mal-estar permanece entre os membros e eles começam a escolher inconscientemente um substituto, com novas deposições.

A expulsão de um bode expiatório impede a compreensão do ocorrido pelos integrantes e, conseqüentemente, não haverá transformações nas representações psíquicas. Pode permanecer somente um sentimento de culpa que não acarreta nenhuma mudança interna. Pode ocorrer expulsão de um subgrupo e pode até haver a dissolução do próprio grupo. É fundamental, portanto, que o coordenador perceba e intervenha antes da expulsão, explicitando o que se passa, interpretando o movimento grupal e distribuindo o mal estar a todos os integrantes.

Líder de mudança

Quando o grupo tolera a denúncia do porta-voz ao perceber que o sujeito está falando de todos, e não só dele, esse participante vira líder de mudança. Aquilo que estava oculto e trazia mal-estar pode ser revelado e aceito, e conseqüentemente torna-se possível a mudança no comportamento dentro do grupo e na representação psíquica dos integrantes.

Em resumo, o que faz um integrante ser líder de mudança ou bode expiatório é a tolerância do grupo à frustração. Se o que o porta-voz denuncia é algo intolerável e não pode ser trabalhado, o grupo repudia e

não há transformação. Mas se o grupo aceita a denúncia e aguenta a descoberta do incômodo, poderá haver a mudança interna.

Boicotador

Quando um integrante cria embaraços às atividades do grupo, ele passa a desempenhar o papel de boicotador. Como exemplo, podemos citar o integrante de um grupo (de terapia, de trabalho etc.) que fica o tempo todo no celular, ou lendo jornal.

Sabotador

Quando há, da parte de um integrante, intenção ou ação de danificar, dificultar ou impedir qualquer serviço ou atividade do grupo, ele se torna sabotador. Por exemplo, quando os alunos se recusam a fazer uma prova, ou a assistir a determinada aula. Ou quando um participante de um grupo incita os demais integrantes a não aceitarem as sugestões do coordenador.

Qual seria então a diferença entre boicotador e sabotador?

O boicotador, pela sua omissão em colaborar ou participar, pode prejudicar a tarefa do grupo. O sabotador, ao contrário, justamente pelas suas ações, pode impedir a realização da tarefa do grupo. É a liderança da resistência à mudança. Faz de tudo para que os objetivos do grupo não sejam alcançados.

Considerações finais

Ao criticar alguns conceitos da psicanálise freudiana, como por exemplo o conceito de pulsão, Pichon-Rivière construiu uma psicologia social na qual o sujeito é um ser de necessidades somente satisfeitas nas relações cotidianas. Para esta concepção de sujeito não há nada que não seja resultante da interação entre Indivíduo, Grupo e Sociedade. Nesse sentido, o grupo seria um instrumento privilegiado para a compreensão do interjogo entre o sujeito singular e os fenômenos sociais em que o indivíduo está inserido. A razão é que quando estamos em grupo nossos ECRO se confrontam e nossas verdades podem ser relativizadas, fazendo com que ampliemos nossa percepção do mundo interno e externo. É através dos grupos operativos que o coordenador pode fazer uma análise no “aqui” e “agora” dos fenômenos de adjudicação e assunção de papéis,

das formas de comunicação em relação às fantasias, dos vínculos entre os integrantes e da capacidade do grupo em realizar a tarefa proposta.

Por estar sempre preocupado com o social e por ser crítico severo dos acontecimentos sócio-políticos da sua época, Pichon-Rivière acreditava que modificando as concepções dos sujeitos inseridos em um grupo poder-se-ia modificar a sociedade. Portanto, é enorme a importância que o processo grupal ocupa em suas concepções teóricas e práticas.

Referências

- Adamson, G. (2000). O ECRO de Pichon-Rivière. Acesso em 5 de maio de 2020, de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2100.pdf>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Dicionário da Psicanálise* (4.ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Pichon-Rivière, E. (1984). Concepto de ECRO. *Temas de Psicología Social*, 7(6), 5-10.
- Pichon-Rivière, E. (1988). *O Processo grupal* (3.ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Pichon-Rivière, E. (1991). *Teoria do vínculo* (4.ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)

A grupanálise de Foulkes: fundamentos teóricos e técnicos

Alexandre Mantovani

Para realizar o exercício criativo da psicanálise de grupos é preciso refletir e retomar suas bases de fundação. Atualmente, o movimento grupanalítico tem sofrido diversas modificações, tanto no que diz respeito à atuação e ao formato do trabalho com grupos – no mundo inteiro – bem como em relação ao ensino e à transmissão dessa prática.

Pela experiência da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP), onde realizei atividades no ensino e na formação de grupanalistas, observei muitas mudanças tanto em relação ao público que busca a formação em grupo, quanto nas estratégias de atuação com grupos. A montagem de grupos em consultórios particulares já não tem a mesma frequência e facilidade como teve em outros tempos, dando lugar a outras práticas mais curtas e menos exigentes em termos de investimento temporal e financeiro, diferentemente do exigido em um trabalho psicanalítico.

Dessa forma, o público que busca esta formação tem se diversificado e não se restringe tanto aos profissionais de psicologia e psiquiatria que exercem a grupanálise como prática psicoterápica. Há necessidade de se pensar em novas formas de atuação em situações institucionais, principalmente, que possibilitem reconhecimento dos fenômenos grupais, bem como manejo da situação de grupo, mas com novas configurações, tanto de espaço físico, frequência de sessões, seleção e número de participantes. Com base nessas modificações e a necessidade de se repensar a prática psicanalítica com grupos, considero fundamental a proposta de retomar as bases foulkesianas que delinearam o início da grupanálise.

Neste capítulo farei algumas considerações sobre a obra do criador da grupanálise Siegmund Foulkes, definindo três pontos: a fundação da grupanálise; as bases práticas e conceitos fundamentais; e os fenômenos característicos dos grupos. Terei como base principal os textos de S. Foulkes publicados em língua portuguesa que contém muitas contribuições úteis e profícuas para o entendimento da grupanálise e da psicanálise contemporânea.

Psicoterapia de grupo e grupanálise

Um primeiro ponto a ser explorado na obra de Foulkes (Foulkes, 1976; Foulkes & Anthony, 1967) são suas concepções a respeito da psicoterapia, da psicanálise e da psicanálise de grupo. Diferenciar essas três práticas têm uma importância para se reconhecer o que há de específico entre elas. Tal como Foulkes comenta, há diversas bases teóricas para a psicoterapia, seja individual ou de grupo, que se diferem na forma de abordar o tratamento em saúde mental, tendo como foco a compreensão acerca dos sintomas e seu tratamento.

Para uma compreensão geral do trabalho com grupos, Foulkes (Foulkes, 1976; Foulkes & Anthony, 1967) descreve os seguintes princípios gerais:

1. *alívio através da expressão (catarse)*: o aspecto catártico é um aspecto básico e fundamental da psicoterapia, seja psicanalítica ou de outra vertente técnica. A catarse é a expressão afetiva vivenciada pelo participante do grupo (paciente) marcada pela erupção de afetos relativos à situação de conflito experimentada pelo paciente. Esta vivência é fundamental no trabalho com grupos e proporcionada pelo grupo, pois o encontro humano é mobilizador de emoções;
2. *restabelecimento através da participação e aceitação*: no grupo a pessoa tem a oportunidade de reconhecer e aceitar seus sintomas bem como se sentir reconhecida por um determinado meio social, ou seja, promove os sentimentos de pertencimento e de acolhimento, mesmo que haja uma perturbação emocional que dificulte a adaptação social; e

3. *desnudamento dos processos perturbadores*: esse ponto caracteriza o princípio investigativo e diagnóstico das práticas psicoterápicas, a elucidação da doença e dos conflitos que acometem o paciente.

Esses três pontos caracterizam a proposta do trabalho com grupos. Basicamente, enfatiza-se o grupo como uma situação que colabora com a expressão emocional dos sintomas e com a possibilidade do participante reconhecer a si próprio – e sua angústia – pela interação com outras pessoas. A prática psicanalítica com grupos também se caracterizará por esses princípios, com a especificidade de reconhecer os sintomas como sendo conflitos de origem inconsciente.

Na psicanálise a situação terapêutica se estabelece entre duas pessoas e visa a elucidação da formação do sintoma. É um trabalho de longa duração e que visa sair da periferia do sintoma, aquilo que é expresso como queixa, para uma exploração genética acerca das origens do sintoma enquanto um conflito de base inconsciente. Esse processo se dá por meio do método estabelecido por Freud, cujo fundamento é a análise da transferência e a técnica da livre-associação de ideias.

A transferência, fenômeno central reconhecido pela psicanálise, originalmente foi compreendida como uma reedição dos conflitos inconscientes do paciente reproduzidos simbolicamente no analista (Freud, 1910/1976). A análise consiste em elucidar esses conflitos e assim investigar as imagens, figuras introjetadas que compõe a realidade psíquica do paciente. A transferência atualiza as questões conflitivas do sujeito em análise, portanto é o eixo do processo terapêutico. A interpretação da transferência que possibilita a elucidação do conflito inconsciente. Em relação à prática, a psicanálise tem como base a livre-associação de ideias. O analisando é convidado a falar sobre tudo que lhe ocorrer durante a sessão, da forma mais livre possível. O analista se abstém de fazer julgamentos ou prestar orientações relaxando a censura que pode inibir a expressão afetiva do analisando. Como diz Foulkes (1976), o sintoma resiste a uma mudança, logo, o tratamento proporciona um tipo de aprendizagem sobre si que visa entender que a causa da perturbação não é o sintoma e sim algo mais profundo. Caso o analista não tenha uma atitude convidativa à liberdade de expressão, a psicoterapia psicanalítica

não servirá para ultrapassar tais resistências à mudança, por isso é preciso diminuir a censura para que haja livre-associação de ideias.

A proposta do trabalho psicanalítico com grupos, que Foulkes chama de grupanálise, terá como base esses mesmos princípios da psicanálise, com a especificidade da situação de grupo. Para se estabelecer as bases teórica e técnica da grupanálise é preciso levar em conta a transferência nos grupos e a regra da livre-associação de ideias:

Os fenômenos da enfermidade neurótica, estudados pela psicanálise na situação terapêutica individual, devem, por certo, surgir também na situação de grupo. Temos, portanto, que mostrar como eles parecem no grupo e anotar semelhanças e diferenças entre a operação da análise individual e a análise de grupo. (Foulkes & Anthony, 1967, p. 69)

Sendo a proposta da grupanálise o reconhecimento e tratamento dos sintomas mentais no grupo, a base técnica deverá seguir os mesmos princípios de modo a realizar um trabalho análogo ao da psicanálise individual. Porém, a situação de grupo apresenta diferenças importantes em relação à situação individual (ou bipessoal):

A situação de grupo revive e traz à luz as forças profundas e centrais subjacentes no conflito mental. Elas surgem na maneira pela qual os membros de um grupo analítico se dirigem, por um lado ao condutor, e, por outro aos seus companheiros de tratamento, individualmente e como grupo. No entanto a situação de transferência ocorre numa frente muito mais ampla. A relação de transferência do paciente com o condutor ou qualquer outro membro do grupo a nada conduz no mesmo alcance da psicanálise, nem pode ser analisada verticalmente (como dizemos) no mesmo grau. Pelo contrário, a transferência, na profundidade e em seu caráter regressivo, localiza-se mais no passado, e o plano horizontal e contemporâneo coloca-se à vista para operações de relacionamento. (Foulkes & Anthony, 1967, p. 70)

A interpretação da transferência no grupo é mais complexa que na psicanálise individual, por conta das diversas relações que se estabelecem. Ela se apresenta na relação dos participantes com o analista (condutor) e nas relações dos participantes entre si. Kaës (2011) faz uma crítica à

Foulkes afirmando que ele não teria se atentado para a transferência entre os membros do grupo, mas somente à transferência entre grupo e analista. Porém, pela citação podemos ver que essa crítica procede parcialmente, porque Foulkes reconhece a transferência entre participantes. Todavia, não explora de modo aprofundado esse fenômeno, tal como faz Kaës (2002, 2011), aprofundando o estudo do vínculo entre participantes. Foulkes enfatiza mais a configuração do grupo em relação ao coordenador e ressalta que uma das marcas para se reconhecer o desenvolvimento do grupo é a dependência em relação ao condutor. Quando mais o grupo interage sem necessitar da participação direta do analista, mais o grupo está coeso e favorecendo processos comunicacionais¹⁵.

Sobre esse caráter horizontal do grupo, Foulkes se refere justamente ao aspecto interativo entre participantes e analista. Na psicanálise individual, há um aprofundamento na investigação da história e das memórias do sujeito, a recuperação da gênese de seus conflitos. Esse seria um eixo vertical da análise, que favorece aspectos regressivos e a transferência direta com o analista. O grupo não promove tanto esse aprofundamento vertical, segundo Foulkes, por se ater a aspectos imediatamente manifestados, as reações e comunicações desempenhadas no momento do grupo, ou seja, no encontro. Promove, entretanto, o eixo horizontal, que apesar de não aprofundar em questões individuais, acentua as relações. Não significa que na grupanálise não se atinjam os sintomas e os conflitos do indivíduo; pelo contrário, o objetivo é o tratamento do indivíduo em grupo. Mas, será diferente da psicanálise individual. O grupo promoverá mais a adaptação do sujeito às relações, reconhecendo bases inconscientes de seus conflitos, mas não irá explorar tanto as suas memórias e a origem central deles. Ressalta-se a importância do trabalho no aqui-agora da sessão. Autores posteriores, tal como Anzieu (1993), também ressaltam essa característica da interpretação no grupo. Ela não visa a história do indivíduo, mas o momento presente.

Da livre-associação de ideias Foulkes irá propor o conceito de *livre participação circulante*. Com a censura rebaixada, sem apresentar pautas ou assuntos pré-determinados, os participantes são convidados a interagir livremente sem uma preocupação acerca da conexão entre as falas dos

¹⁵ Ver o Capítulo 16, *Aspectos da teoria da técnica das grupoterapias psicanalíticas*.

participantes. O analista terá a tarefa de traduzir e interpretar a comunicação de modo a elucidar aspectos inconscientes presentes no grupo. Por *tradução* entende-se a interpretação dos conteúdos inconscientes, implícitos, manifestos pelos participantes. Foulkes enfatiza a necessidade de se criar condições para a comunicação aberta entre os participantes e investigar o que ele chama de “inconsciente social” (Foulkes & Anthony, 1967, p. 76), as relações sociais que comumente não são reveladas pelo paciente e que se apresentam no grupo pela relação formada com o analista e entre os participantes em si.

Dessa forma, entende-se a grupanálise como uma proposta de trabalho com grupos que visa o entendimento do conflito com base nos pressupostos psicanalíticos sobre o inconsciente e a formação dos sintomas. Essa investigação do inconsciente no grupo terá como eixo a análise da transferência e a regra da *livre participação circulante* um conceito novo proposto por Foulkes como base técnica para a psicoterapia de grupo.

A montagem de grupos

A respeito da montagem de grupos, Foulkes define algumas condições para a grupanálise. A situação psicoterapêutica baseada na análise da transferência e do material inconsciente é chamada por ele de *situação T*. Ela inclui alguns pressupostos para a organização dos grupos em relação à escolha dos participantes e o objetivo do trabalho.

Para Foulkes (Foulkes & Anthony, 1967) há grupos para diversas finalidades: grupos de atividades, grupos terapêuticos e grupos psicoterapêuticos. Um grupo esportivo, por exemplo, tem a finalidade de desenvolver atividades de educação física e promover a saúde dos participantes. Não é um grupo que tem finalidade psicoterapêutica, e sim terapêutica. Uma instituição religiosa ou de apoio social não tem a finalidade terapêutica, mas pode exercer cuidados e até proporcionar efeitos terapêuticos, secundariamente às suas proposições. Os participantes podem sentir efeitos terapêuticos ao participarem dessas atividades, mas não é a proposta inicial do grupo.

O grupo psicoterapêutico e, mais especificamente, o grupo psicanalítico é aquele, cuja proposta é exercer a psicoterapia, ou seja, o

tratamento de sintomas emocionais. Para Foulkes, o que determina o tipo de grupo é a atividade proposta, o objetivo do grupo. Nos grupos psicoterapêuticos, “visa-se o tratamento dos indivíduos participantes do grupo” (Foulkes & Anthony, p. 48).

Os grupos podem ser classificados em abertos, intermediários e fechados. Essa classificação se refere à entrada e saída de participantes durante o processo terapêutico. Os grupos abertos são aqueles em que participantes podem ser inseridos ao longo do processo, de acordo com os objetivos do grupo e as limitações quanto ao número de participantes. Enquanto houver “vagas” no grupo, podem ser inseridos participantes. Os grupos fechados são aqueles em que há pouca mobilidade de entrada de participantes durante o processo. O número de participantes pode ficar restrito durante longo período de tempo para se manterem condições de investigação de aspectos psicopatológicos sem interferências causadas pela entrada e saída de membros. Os grupos intermediários, ou parcialmente abertos se constituem em um formato entre os dois anteriores. De modo geral, a escolha pelo formato estará determinada pelo objetivo do grupo e pela característica dos participantes. Para Foulkes, os grupos abertos, por exemplo, podem servir a pacientes que já teriam passado por outros processos psicoterápicos, o que não exigiria atenção intensiva e que já suportariam melhor o trabalho terapêutico.¹⁶

Para a constituição do grupo, Foulkes recomenda que os participantes sejam estranhos entre si, ou seja, não se deve reunir em um grupo psicanalítico pessoas que já tenham contato prévio anterior ao grupo. Isso para favorecer o ambiente seguro e sigiloso, evitando-se relações sociais prévias que podem interferir na interação entre os membros. O grupo remete à mítica formação do “círculo mágico” (Foulkes & Anthony, 1967, p. 86), uma unidade em que forças centrípetas e centrífugas disputam. A coesão do grupo depende da força de união dos seus participantes. Em função disso, o analista é reconhecido e convidado a ser um dos participantes, um componente do grupo. Cabe a ele assumir uma atitude participativa, de “mente aberta” de forma a ser permeado pelo grupo e receptivo aos processos comunicacionais dele. Portanto, é

¹⁶ Ver o Capítulo 3, *Proposta introdutória de classificação do trabalho grupal*.

importante que tanto o analista quanto os participantes não tenham vínculos prévios.

A respeito do número de participantes, os coordenadores e analistas de grupo acabam por colocar o número de participantes de acordo com a proposta, contexto do grupo e por fatores particulares (Mantovani, 2008). Foulkes é dos poucos autores que tentou sistematizar esse número, ele propõe o número mínimo seria três, quatro com o coordenador, pois apenas duas pessoas fazem um pareamento, uma dupla e dessa configuração pode-se surgir impasses. É preciso um terceiro para evitar o empate. A partir de três participantes as possibilidades de comunicação e interações se ampliam. A isso é chamado *modelo tripartite* (Foulkes & Anthony, 1967).

A comunicação é um tema nuclear na obra de Foulkes, tal como comenta Fernandes (2003). Quanto mais o grupo fala por si, sem a ênfase no analista, mais o grupo está coeso e agindo como um todo:

A comunicação é tudo que ocorre nesta situação particular do grupo e que pode ser constatado, tudo aquilo que se envia e se recebe como reação, consciente ou inconscientemente. Essa comunicação envolve muitos níveis mentais ao mesmo tempo e dispõe de significado em todos eles. Em qualquer momento dado, o nível no qual a comunicação se encontra, principalmente em atuação, dependerá do transmissor e do receptor. (Foulkes & Anthony, 1967, p. 360)

Nesse sentido, no grupo analítico os conflitos inconscientes serão expressos em processos comunicacionais em que participantes são emissores e receptores entre si. Cabe ao analista traduzir esses processos e elucidar esses níveis de comunicação, sempre em direção aos conteúdos mais profundos.

Diz Foulkes (Foulkes & Anthony, 1967, p. 361):

Depois de atingir o nível da plena comunicação, nada mais resta fazer com o problema específico envolvido, exceto solucioná-lo, caso isto já não tenha ocorrido ao se atingir aquele nível. Todavia, o distúrbio neurótico – para não dizer o psicótico liga-se estritamente à comunicabilidade deficiente, sendo portanto bloqueado.

Ou seja, é pela comunicação que se observa e compreende o grupo. O bloqueio da comunicação elucida a rigidez dos sintomas neuróticos ou até psicóticos no grupo. Quanto maior a mobilidade comunicativa, menor a rigidez e o bloqueio causado por esses sintomas.

Comunicação e Matriz Grupal

A comunicação nos grupos é o eixo central da investigação de Foulkes. A partir desse tema que ele elabora seu conceito fundamental de Matriz:

A Matriz de grupo pode ser tomada como base operacional para todos os processos mentais no grupo, da mesma maneira que a *mente* do indivíduo representa a base operacional de todos os processos mentais no indivíduo. Suas linhas de força podem ser concebidas passando exatamente através dos membros individuais, sendo possível, portanto, denominá-la de rede transpessoal, comparável a um campo magnético. O indivíduo é encarado como ponto nodal nesta rede, como se nela estivesse suspenso. (Foulkes & Anthony, 1967, p. 360)

Essa interessante metáfora mostra a ênfase de Foulkes no processo interativo do grupo. A compreensão acerca do indivíduo dependerá da observação do posicionamento dele nessa rede, metaforicamente representada como campo magnético. A comunicação se dará no cruzamento dessas linhas, de acordo com as variações entre os indivíduos.

De um modo geral, a teoria de comunicação de Foulkes parte do pressuposto de que em um grupo, os vários participantes podem narrar a realidade a partir de sua experiência individual, o que mostra diferentes realidades. Ele usa um exemplo simples: muitas pessoas conhecem uma cidade como Paris. A cidade existe independentemente das pessoas que a visitam, todos que por lá passam sabem onde é Paris, seus pontos turísticos etc., mas a experiência de estar em Paris e o que ela é será descrita de modo diferente pelas pessoas. Existe uma realidade compartilhada, comum, mas a realidade narrada refere-se à experiência individual que só pode ser conhecida, em profundidade, quando a pessoa se comunica.

Dessa forma, o grupo proporciona a chance de os participantes expressarem algo particular, reagir e experimentar reações entre seus pares. Dessa interação pode resultar o entendimento dos conflitos inconscientes, a base dos sintomas e da angústia. Tais sintomas irão se manifestar pela forma e pelo padrão de interação no grupo. Os comportamentos repetitivos, às vezes estereotipados revelam aspectos conflitivos dos sujeitos e ficam marcados por sua participação nos grupos.

A linguagem do sintoma, embora já representando uma forma de comunicação, é autística. Mantém-se em completo murmúrio consigo própria, na esperança de ser transmitida por acaso; seu significado equivalente transmitido em palavras é social. Este processo de comunicação serve de instrumento para todos os demais agentes terapêuticos. Impulsiona o processo terapêutico e permite que as catexias e conflitos, as dificuldades e aglutinações nos níveis mentais inferiores sejam superados. Assim, verifica-se uma passagem do sintoma para o problema, do sonho para o conflito subjacente ao sonho. Trata-se de uma direção na qual o processo de comunicação opera no sentido da expressão da linguagem comum. (Foulkes & Anthony, 1967, p. 361)

Passar do sintoma ao problema e depois ao sonho é uma evolução da comunicação que possibilita chegar à expressão de algo muito particular e subjetivo, o sonho, de forma a ser compartilhado com o grupo em uma linguagem comum. Do sintoma chega-se aos aspectos mais profundos, implícitos dentro dessa rede comunicacional. É a proposta do trabalho psicanalítico. Partir do sintoma conversivo, histérico, por exemplo, para a análise dos conteúdos mais profundos revelando os significados do conflito inconsciente que sustenta o sintoma.

Fenômenos e efeitos do grupo

Os grupos apresentam diversos fenômenos decorrentes da interação entre os participantes e efeitos que são norteadores para o entendimento da situação de grupo, ou para a *situação T* (Foulkes & Anthony, 1967). A seguir, serão apresentados alguns desses fenômenos e efeitos úteis para a compreensão da dinâmica grupalítica.

Um primeiro fenômeno do grupo é o *espelhamento*: o grupo funciona como um espelho para o indivíduo. Pode refletir tanto aspectos reconhecidos em si mesmo, como pode confrontar a imagem social, psicológica e corporal e assim expandir os limites de sua auto consciência. Decorrente disso surge um efeito de *socialização* que favorece a diminuição de sentimentos de exclusão e rejeição social, pois promove aceitação das diferenças entre os participantes. Assim, colabora com a diminuição do preconceito.

À medida que a interação se desenvolve livremente, o grupo promove a ativação de conteúdos inconscientes acumulados tal como em um “inconsciente coletivo” (Foulkes & Anthony, 1967, p. 209). Assim, ele funciona como um *condensador* que agrupa os conteúdos psíquicos e o investimento da energia psíquica circulante no grupo. Somam-se as colaborações individuais do ponto de vista psíquico. Nos momentos de tensão, por exemplo, pode surgir uma erupção dessa energia, na forma de conteúdo afetivo ou atos catárticos que podem ser sentidos de forma ameaçadora pelos participantes. Assim, surge um efeito de *cadeia*. Os participantes tendem a vivenciar seus temores individuais despertados por alguma ativação do grupo, por exemplo, a fala de um determinado participante. Cabe ao analista explorar ou até amenizar esse efeito que pode ser um acúmulo de energia. Esse tipo de efeito *cadeia* é percebido, por exemplo, quando um participante faz uma comunicação e os outros dão sequência a ela sem acrescentar um tema novo. Há uma uniformização na interação, um efeito protetivo contra a manifestação de algum afeto ou ideia perturbadora.

Outro efeito interessante é o de *ressonância*, termo utilizado na física para comparar o efeito acústico da interação de ondas. No grupo, a *ressonância* ocorre quando um indivíduo é afetado pela comunicação, ou por alguma atividade do grupo. Cada indivíduo ressoa a partir de seus aspectos particulares; por exemplo, uma pessoa pode reagir de acordo com uma fase psicosexual fixada. É uma reação sintomática da qual o analista pode utilizar para interpretar o participante, destacando aspectos inconscientes particulares, e serve para interpretar o grupo que promove esse tipo de efeito em determinado participante. Aí entra o trabalho de *tradução* do analista, anteriormente explicado, que deverá entender o

fenômeno grupal pela elucidação de aspectos inconscientes. Será por efeitos de *ressonância*, bem como pela possibilidade de *tradução* do analista que o grupo se torna uma fonte de *apoio*, no sentido que Foulkes aplica ao termo (Foulkes & Anthony, 1967). O apoio nos grupos é mais do que o suporte emocional pela receptividade dos conteúdos conflitivos. O grupo, enquanto espaço livre, possibilita a abertura para a descoberta dos conflitos inconscientes e isso gera um apoio necessário para se atribuir novos significados à experiência do sujeito. O *apoio* oferecido pelo grupo é o da “luta fundamental consigo próprio a fim de enfrentar o significado real de seu conflito neurótico” (Foulkes & Anthony, 1967, p. 213).

Além desses fenômenos e efeitos listados, há três outros que considero úteis para o entendimento no grupo, pois referem-se a efeitos manifestados pelos participantes como o desempenho de um papel no grupo. Como primeiro deles, cito o fenômeno do *bode expiatório* que ocorre quando um participante se torna alvo projetivo de ataques do grupo. O propósito inconsciente é expiar sentimentos que não podem ser abertamente manifestados, ao lado disso, há culpa por parte daquele que assume esse lugar de recepção das projeções do grupo. É um jogo de interações entre participantes, no qual uma pessoa fica destacada como algo do grupo. Cabe ao analista investigar tanto a posição daqueles que projetam quanto daquele que recebe os investimentos psíquicos.

Fenômeno parecido é o do *estrangeiro* em que um componente é ressaltado pela sua diferença. Não é o mesmo que o bode expiatório, pois o estrangeiro não recebe investimentos punitivos. O que acontece é o destaque das diferenças, acentuando-se as dificuldades narcísicas dos participantes aceitarem aspectos de si projetados uns nos outros. A tolerância à diferença será um desafio para o grupo e também para aquele que assume esse lugar, pois sustentar essas diferenças de forma rígida pode indicar, justamente, uma dificuldade em se aplicar novos olhares para si e para os outros.

Por último, cito o *historiador*, fenômeno que ocorre quando um membro do grupo se “encarrega” inconscientemente de destacar e guardar as lembranças, os eventos, as datas que marcaram o grupo. Acompanha resistências às mudanças, sobretudo quando há algo novo no grupo como um participante recém-ingresso. O historiador é usado para modular as

mobilidades emocionais e evitar que a novidade cause impactos no grupo. É o medo neurótico do futuro, o apego à nostalgia de um passado de ouro (Foulkes & Anthony, 1967).

Esses foram alguns fenômenos retratados por Foulkes como sendo próprios dos grupos e que aparecem nos grupos psicanalíticos. Vale notar como eles circulam o tema do preconceito e da assimilação à novidade e às mudanças. Isso fica bem exemplificado nos fenômenos do *bode expiatório* e do *historiador*, papéis assumidos por participantes do grupo. Deixa clara a característica do grupo psicanalítico ser uma via de investigação das formações inconscientes, tal como as projeções e como os conflitos podem ser verificados pela rigidez que o grupo assume em relação às possíveis mudanças. O analista de grupo atua, justamente, na elucidação desses fenômenos, cuja compreensão revela aspectos inconscientes mobilizados e explicitados pelo grupo.

Exemplo clínico

A título de esclarecer os conceitos tanto teóricos quanto técnicos e ilustrá-los clinicamente, apresentarei um recorte de um atendimento de grupo, cujo contexto está elucidado em Mantovani e Mantovani (2008). O relato é referente a um encontro de grupo, com seis participantes, usuários de uma Organização Não Governamental (ONG), cuja missão é oferecer auxílio a pessoas que passam por tratamento de saúde e a seus familiares. Este trabalho não consistiu em uma psicoterapia psicanalítica, mas sim em apoio psicológico que, entretanto, permite investigar a comunicação nos grupos.

Tal grupo tinha frequência semanal, era fechado, limitado aos pacientes e familiares que se hospedavam na ONG, mas era aberto em relação à entrada e saída de participantes, pois o número de pessoas assistidas pela instituição era muito variável. Portanto, a configuração do grupo se mantinha constante por longos períodos. Participavam os pacientes e seus familiares, independentemente da idade, do sexo, e da relação de parentesco; logo havia mães e filhos, cônjuges, irmãos etc. Era coordenado por dois psicólogos.

Para esse relato foi selecionado o seguinte trecho:

Estávamos reunidos e Dona D. comenta sobre a dificuldade do tratamento da filha:

– Vou te falar, tem horas que é difícil... Só por Deus, mesmo...

J., outro participante, intervém logo em seguida e diz:

– Mas a Senhora não pode desistir... Ela precisa de você.

É um trecho curto, com apenas duas falas, mas o suficiente para se fazerem análises. Em primeiro lugar, uso a primeira pessoa do plural para referir ao grupo. O “nós” indica algo que Foulkes ressalta; o coordenador ou coordenadores, no caso, são participantes do grupo. Sentam-se no “círculo mágico” olham e são olhados, sem a distância e a assimetria do divã psicanalítico. Portanto, os coordenadores estão dentro da circulação do grupo, todavia, se abstêm de propor assuntos e de fazer julgamentos, tal como se preconiza na técnica grupalítica. As movimentações do grupo partem dos participantes e a comunicação é um ato de manifestação deles. Comunicar, além de uma troca de mensagens, é um ato de interação.

A primeira fala de Dona D. consiste justamente nisso. É a fala de abertura do grupo, o mote emocional que abre a interação. O conteúdo da fala é de uma lamentação, a expressão de suas dificuldades. É uma fala recorrente da participante, a expressão “só por Deus” costumava ser usada em cada encontro. Como diz Foulkes, a comunicação revela estereotípias, conteúdos repetitivos e recorrentes que expressam os conflitos do sujeito. Todavia, no grupo cabe investigar como a fala de um participante repercute coletivamente. O que vemos quando J. intervém e diz: “A Senhora não pode desistir”, é uma reação à fala inicial que estabelece uma ordem. Em uma primeira leitura, poderia até ser entendida essa frase como um incentivo a se perseverar no tratamento. Porém, na sequência, J. ainda emenda dizendo: “ela precisa de você”, o que revela um sentido oposto à fala de Dona D. Quando esta diz que “é só por Deus”, ressalta as dificuldades do tratamento e a sua sensação de impotência, talvez cansaço. Isso é tomado no grupo como uma frase a ser “abafada”, é preciso enfatizar a necessidade do cuidado, da dependência da filha de Dona D. e a atitude de esmorecimento não era bem vinda.

Essa oposição não se instala por uma relação hostil entre os participantes. Pelo contrário, assume a função de apoio. Mas a

comunicação revela os aspectos inconscientes do grupo. Nesse caso específico, há uma interdição em expressar-se as dores, o cansaço e as dificuldades de se estar em um tratamento, sobretudo da parte dos familiares, já que ambos, Dona D. e J., eram acompanhantes de pacientes. O inconsciente grupal será revelado pelas nuances, pelos confrontos, pelas colocações que filtram, balizam ou intermediam as relações. Isso se dá pelo processo comunicativo. Nesse exemplo, é pela comunicação verbal, mas no grupo toda a gama de gestos, ações, expressões verbais e não-verbais entram no processo.

Nesse grupo havia uma tentativa de não ressaltar os aspectos frágeis dos participantes em relação à doença, às expectativas em relação ao tratamento e havia a ordem de se manterem firmes e resignados. Era uma ordem grupal, estabelecida inconscientemente e manifestada diante de alguma colocação que lhe opusesse. A tarefa do coordenador, ou do analista, é traduzir isso e expressar aquilo que não é explicitado por essas ordens implícitas que afetam, diretamente, a expressão de emoções e a exploração de fantasias que podem ser sentidas como ameaçadoras ao grupo.

A matriz grupal é essa fonte do qual surge uma colocação de interdição à fala de determinado participante, por isso é caracterizada por Foulkes como uma rede transpessoal (Foulkes & Anthony, 1967). Ela afeta os participantes e modula os seus estados emocionais e a possibilidade de expressão de seus conflitos, de forma mais ou menos direta de acordo com os determinantes inconscientes da comunicação. Ou seja, o grupo é composto por indivíduos, mas extrapola a livre vontade e a consciência dos mesmos. Ele tem funcionamento e regras próprias.

Considerações finais

Neste capítulo fiz algumas apreciações acerca das ideias de Foulkes, seus pressupostos e bases teóricas e técnicas, bem como da importância que reconheço ter sua obra na grupanálise. Vale notar como o autor aborda o tema do preconceito e da assimilação à novidade e às mudanças. Também deixa claro como o grupo psicanalítico é uma via de investigação das formações inconscientes, dos sintomas e conflitos como uma linguagem cifrada que pode ser esclarecida pelos processos de

comunicação. Como diz Ávila (2016, p. 42), pensar sobre os grupos é estar sintonizado com a psicanálise, uma forma “radical do pensar psicanalítico”. Foulkes foi um dos pilares desse empreendimento.¹⁷

Ao comentar a apreciação estética, a interpretação da obra de arte, Eco (1968) afirma que toda obra é fechada em si mesma, no sentido de ser composta e fechada por seu autor, que a cria e define. “Porém, ela também é aberta, no sentido de possibilitar diversas interpretações de quem a usufrui, criando uma ‘relação frutiva com seus receptores’” (Eco, 1968, p. 29). Comentar os escritos teóricos e técnicos de um autor não é o mesmo que fazer uma apreciação estética, todavia, considero o estudo de um autor como a leitura de uma obra aberta: seu conteúdo sempre pode suscitar novas interpretações, especialmente para se pensar em novas aplicações de seus conceitos.

Considero mais importante neste estudo, manter *circulantes* – e livres – as ideias de Foulkes e pensar suas aplicações no contexto atual, de modo a explorar o trabalho psicanalítico com grupos e as conexões que podem ser feitas com a psicanálise nesse momento em que o estudo vincular se torna mais focalizado e valorizado. É um exercício e uma homenagem a um autor tão importante para o trabalho com grupos.

Referências

- Anzieu, D. (1993) *O grupo e o inconsciente: O imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ávila, L. A. (2016). *Grupos: Uma perspectiva psicanalítica*. São Paulo: Zagodoni.
- Eco, U. (1968). *A obra aberta*. Rio de Janeiro: Perspectiva.
- Fernandes, W. J. (2003). A psicoterapia grupo-analítica de Foulkes e a grupanálise de Cortesão. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 145-149). Porto Alegre: Artmed.
- Foulkes, S. H. (1976). Psicoterapia e psicoterapia de grupo. Em: A. Kadis, J. D. Krasner, C. Winick, & S. H. Foulkes (Orgs.), *Psicoterapia de grupo* (pp. 11-21). São Paulo: IBRASA.

¹⁷ Ver o Capítulo 10, *Grupanálise e psicoterapia analítica de grupo: contribuições da Escola Portuguesa*.

- Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (1967). *Psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: BUP.
- Freud, S. (1910). Cinco lições de psicanálise. Em: *Edição Standard das Obras Completas de S. Freud* (pp. 3-51). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1976)
- Kaës, R. (2002). *O grupo e o sujeito do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: A psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Loyola.
- Mantovani, A. (2008). Grupos de apoio amplo: Ancoragem e apoio psicológico nos grupos terapêuticos. *Revista da SPAGESP*, 9(2), 29-38.
- Mantovani, C., & Mantovani, A. (2008). Psico-oncologia e grupos: Trabalhando vínculos em uma casa de apoio a pacientes com câncer. *Revista da SPAGESP*, 9(1), 12-20.

Grupanálise e psicoterapia analítica de grupo: contribuições da Escola Portuguesa

Isaura Manso Neto e César Vieira Dinis

A grupanálise foi introduzida em Portugal por Eduardo Luís Cortesão (1919-1991). Cortesão era psiquiatra, psicanalista, grupanalista e professor catedrático de psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa, tendo a sua tese de Doutoramento sido sobre *Grupanálise – teoria e técnica*, publicada numa 1ª edição em 1989 e numa 2ª edição em 2008.

Cortesão sofreu influências várias; entre 1950-1954 frequentou os Seminários teóricos e clínicos da Associação Psicanalítica Argentina e do Instituto Pichon-Rivière em Buenos-Aires. Posteriormente trabalhou em Londres no Maudsley Hospital (Institute of Psychiatry, London University). Fez, depois, o seu treino pessoal em grupanálise com S. H. Foulkes, tendo sido um dos primeiros membros da Group Analytic Society – London. Foulkes (1898-1976), por seu lado, sofreu também influência do americano Trigant Burrow (1875-1950), que foi quem primeiro falou no termo *Group analysis* (Pertegato & Pertegato, 2000).

É com S. Foulkes que a *grupanálise – Group Analysis/Group-Analysis* – se transforma num método terapêutico e de investigação ligado aos pequenos grupos, chamando-se-lhe também *psicoterapia grupanalítica/psicoterapia analítica de grupo*. Foulkes começou a trabalhar com grupos, no Hospital Militar de Northfield, nos anos 40, durante a Segunda Guerra Mundial, tendo progressivamente alargado a concetualização de grupanálise, sempre com enfoque de base psicanalítica. A grupanálise de Foulkes incorporou a teoria clássica freudiana e contribuições da *Gestalt* e da sociologia, aplicadas à situação de pequenos grupos, que culminaram com a

fundação da Sociedade de Grupanálise de Londres (GAS – London) na década de 50 do séc. XX.

Cortesão introduziu o Movimento Grupanalítico em Portugal em 1956, através da constituição da Secção de Grupanálise da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. Desde o início, introduziu uma forte conceptualização psicanalítica na grupanálise, mais explicitamente que Foulkes. O próprio termo grupanálise foi uma forma que Cortesão usou para equiparar a grupanálise à psicanálise, com métodos equivalentes de terapêutica e investigação do funcionamento mental. Cortesão fez também a sua formação psicanalítica em Londres, tendo-se tornado *full member* da British Psychoanalytic Society em 1975 e, portanto, da International Psychoanalytic Association (IPA); na sequência da carreira como psicanalista passou a membro titular, supervisor e didata da Sociedade Portuguesa de Psicanálise.

Dotado de grande inteligência e tendo uma personalidade carismática e resiliente, lutou pela definição dos conceitos grupanalíticos (matriz, padrão, processo grupanalítico, níveis de experiência, de comunicação e de interpretação, transferência, neurose de transferência, transferência hostil e contratransferência, perlaboração/*working-through*, investigação e terapêutica de perturbações mentais e psicossomáticas agudas e crónicas com forte influência psicanalítica – Acção Terapêutica Diferenciada).

Mas, aberto e atento aos novos aportes da psicanálise, tentou sempre a sua integração, constituindo-se como modelo de investigador com uma enorme preocupação de rigor e actualização. Assim, o movimento grupanalítico continuou a desenvolver-se com a colaboração dos discípulos que com ele aprendiam e trabalhavam ombro a ombro, tentando integrar criticamente os aportes nacionais e internacionais, lançando as sementes para o que hoje designamos por Escola Portuguesa de Grupanálise.

Sintetizando cronologicamente o movimento grupanalítico em Portugal:

- 1956 – Secção de Grupanálise da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria.
- 1963 – 1º curso teórico de formação em grupanálise.

- 1981 – fundação/registo da Sociedade Portuguesa de Grupanálise (SPG).
- 2012 – SPG e Psicoterapia Analítica de Grupo – SPGPAG.
- 2017 – Acreditação pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e pela Direcção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT).

Hoje em dia – 2019/2020 – os grupanalistas portugueses têm desenvolvido os vários aspectos da grupanálise em continuidade com Cortesão, mas procurando sempre integrar os novos aportes da psicanálise e de outros grupanalistas/terapeutas de grupo de correntes teóricas e culturas diferentes, estando atentos à evolução da ciência, mesmo noutras áreas.

Na Escola Inglesa não há diferença entre Therapeutic Group Analysis, Group-Analysis usado em 1964 (Foulkes, 1964a) e Group Analytic Psychotherapy ou Group Psychotherapy, usado em 1948 (Foulkes, 1948/2005; Foulkes & Anthony, 1957/2003). Todos estes termos foram usados quase indistintamente por Foulkes, como consequência, na nossa opinião, da dificuldade de Foulkes¹⁸ em assumir a psicoterapia analítica de grupo como um *setting* onde se poderá fazer um trabalho semelhante ao que se pretende fazer em psicanálise.

Na Escola Portuguesa de Grupanálise, a principal diferença entre grupanálise e psicoterapia analítica de grupo reside, em síntese, na profundidade de análise de cada membro do grupo, o que implica que o processo decorra com maior frequência na grupanálise, considerando a nossa escola um mínimo de duas sessões semanais. A grupanálise é equiparada à psicanálise nos objectivos, embora com diferenças decorrentes dos *settings* individual e de grupo. Em grupanálise não trabalhamos em coterapia. Em psicoterapia analítica de grupo, sobretudo quando decorre nas instituições (Neto & Dinis, 2004), as coterapias têm uma função dupla: de terapêutica e de formação (Neto, 2010; Neto et al., 2010a, 2010b).

A *Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo* (SPGPAG) é uma sociedade científica sem fins lucrativos, que se dedica ao

¹⁸ Ver o Capítulo 9, *A grupanálise de Foulkes: fundamentos teóricos e técnicos*.

estudo e ao desenvolvimento da grupanálise e da psicoterapia analítica de grupo com objectivos essencialmente clínicos, terapêuticos, mas também aplicada ao ensino e ao estudo dos processos grupais.

Os seus membros, maioritariamente médicos psiquiatras e psicólogos clínicos, fazem a sua *formação em 3 níveis*:

1. formação pessoal em grupanálise duas ou três vezes por semana, em pequenos grupos, com um máximo de 8 elementos, precedida de um tempo variável de psicoterapia dual;
2. curso de formação teórica de quatro anos; e
3. supervisão do trabalho clínico nos primeiros quatro anos de formação.

A SPGPAG tem um *site* www.grupanalise.pt. Publica revistas em papel e *on-line*. Desenvolve uma formação pós-graduada constituída por um seminário mensal Seminário Eduardo Luís Cortesão; organiza um congresso nacional anual e um bienal Luso-Brasileiro. Tem relações privilegiadas e parcerias com Sociedades nacionais: Ordem dos Psicólogos Portugueses, Federação Portuguesa de Psicoterapias, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Centro Hospitalar de Lisboa Norte. E com internacionais: European Group Analytic Training Institutions, European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy, Group Analytic Society International, Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares, Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, tendo coorganizado vários congressos internacionais. De sublinhar que o 1º Congresso da Group Analytic Society-London foi no Estoril em 1970, tal como o 16º, em Lisboa, em 2014.

Em termos de abordagem conceptual, o que é a grupanálise, hoje no século XXI?

Em sentido estrito...

É uma forma de psicoterapia psicanalítica/dinâmica do indivíduo no grupo e através do grupo, utilizando as múltiplas interacções e relações que o *setting* grupal proporciona e, também, um método de investigação com bases teóricas comuns à psicanálise, mas com procedimentos operatórios diferentes que se relacionam com o novo *setting* – grupal – tendo por base uma teoria e técnica grupanalíticas. Conceptualização de Foulkes – modificada por E. Cortesão e muitos outros.

Em sentido lato...

A grupanálise é um método de utilizar os grupos – pequenos, médios e grandes para a compreensão: do funcionamento individual, do impacto dos grupos sobre o indivíduo, e de cada indivíduo sobre os grupos em que se insere, estimulando a capacidade e a liberdade de pensamento e a autonomia. Tem, pois, potencialidades de estimulação da aprendizagem e de transformação pessoal. Experimenta-se a tão difícil atitude de estar em, e respeitar o grupo sem perder a individualidade. Aplica-se às Organizações, incluindo as de educação (Poppe, 2016).

Podemos, pois, considerar a existência de um *espectro grupanalítico* (Neto & Centeno 2006, 2017a, no prelo), incluindo várias formas de usar a conceptualização grupanalítica:

- grupanálise;
- psicoterapia grupanalítica: ambulatorio institucional e privado; em internamento completo e parcial (Neto, 2017);
- grupanálise multifamiliar (Neto, 2017a; Neto & Centeno, 2014);
- grupos terapêuticos baseados na mentalização (Allen & Fonagy, 2004; Kartrud, 2015);
- grupos na internet (Weinberg, 2014, 2016);
- *coaching* grupanalítico (Teixeira, 2012; Thornton, 2010);
- grupos experienciais/de demonstração/T-groups; e
- grupos de trabalho/operativos/centrados na tarefa/grupos Balint/equipas (Fernandes et al., 2003; Zimerman, 2001).

Características comuns ao espectro grupanalítico

1. Importância decisiva dos processos inconscientes nos indivíduos e nos grupos.
2. Importância da relação.
3. São desenvolvidos em grupo.
4. Os membros estão em círculo ou, nos casos dos grupos grandes, em círculos concêntricos. Consideramos que os grupos *on-line* se dispõem em círculos virtuais.
5. Condução não intrusiva e mediada pela empatia.

6. Ambiente de suporte e contenção, baseado na autenticidade, coerência, empatia, confidencialidade, pontualidade e constância.
7. Criação da oportunidade de desenvolvimento de novas aprendizagens e capacidades.
8. Serem conceptualizados por grupanalistas.

Vamos concentrar-nos neste capítulo sobre as formas mais especificamente terapêuticas, que são a *grupanálise* e a *psicoterapia analítica de grupo* e sobre o *processo grupanalítico* – “modo pelo qual as várias dimensões teóricas e técnicas que contribuem para dar corpo e forma à terapia grupanalítica são estruturadas, organizadas e desempenham uma função” (Cortesão, 1989/2008b, p. 46).

As *bases teóricas* que utilizamos têm como objectivos essenciais compreender:

- *Cada indivíduo* (intra e intersubjectivo): conceptualização psicanalítica actualizada (de Freud à chamada psicanálise relacional) que adquire particularidades atendendo ao *setting* de grupo.
- *O grupo/a dinâmica grupal*: conceitos especificamente grupanalíticos: matriz, as defesas dos grupos, as resistências, a importância do condutor, os factores terapêuticos especificamente grupais, os objectivos, que incluem o que classicamente se designa por cura e os benefícios terapêuticos e o processo grupanalítico.
- As defesas dos grupos de pressupostos básicos (Bion, 1961).
- *As resistências aos grupos terapêuticos* – fenómenos destrutivos e factores paradoxais ubiqüitários nos grupos (Neto, 2017b; Nitsun, 1996).
- *A importância da liderança* na condução dos grupos: a personalidade e a formação dos grupanalistas, conceptualizada pelo *padrão* (Cortesão, 1989/2008a) e Escola Portuguesa de Grupanalise (Abreu-Afonso et al., 2015; Brito, 1992; Filipe, 1992, 2000; Neto, 1990; Neto & Dinis, no prelo).
- Os factores terapêuticos – conceptualização de vários autores grupanalistas, de Foulkes à actualidade (Dinis, 2003, 2006; Ferro, 2012; Foulkes, 1964b; Foulkes & Anthony, 1957/2003; Leal, 1990;

Lorentzen, 2014; Neto, 1999, 2010; Neto & David, 2017; Neto & Dinis, 2004; Zimerman, 2001).

- *Os objetivos* – a “cura”/os benefícios terapêuticos (Neto & Babo, 2000; Zimerman, 2001).

Coordenadas teóricas para compreender o indivíduo, que são também válidas na psicanálise e psicoterapia analítica dual:

1. Importância decisiva das *interações e relações precoces* como factores determinantes no desenvolvimento da personalidade e na etiologia da psicopatologia.
2. Matriz inter-relacional interna ou matriz pessoal de grupo.
3. Importância do inconsciente e do não consciente:
 - no desenvolvimento da personalidade;
 - no funcionamento mental;
 - nas relações humanas em geral;
 - na formação dos sonhos; e
 - na formação de sintomas.
4. O narcisismo, a sexualidade, a epistemofilia, a libido, a agressividade.
5. O conflito intra-psíquico.
6. Os mecanismos de defesa.
7. A transferência.
8. A contratransferência.
9. A relação terapêutica.
10. A aliança terapêutica.
11. A compulsão à repetição.
12. A interpretação.
13. A perlaboração.
14. A empatia.
15. O *insight*.
16. Momentos de encontro.

A partir de agora, vamos centrar-nos apenas nos conceitos que adquirem uma configuração específica no contexto grupanalítico.

Matriz inter-relacional interna ou matriz pessoal de grupo

Rita Leal (1968) introduziu o conceito de matriz pessoal de grupo, que também designou por matriz inter-relacional interna/matriz relacional interna (Dinis, 1994), que está intimamente relacionado com a teoria das relações de objecto e com o conceito de “grupo interno” desenvolvido por Pichon-Rivière (Berstein, 1989). Este conceito postula a internalização de objectos relacionais. Estrutura-se através do espelhamento na relação precoce mãe-bebê e é progressivamente influenciado pelas outras relações familiares e pelas relações noutros grupos. O grupo facilita a sua expressão na transferência e posterior elaboração.

Transferência e contratransferência no grupo

Estes conceitos têm sido, na Escola Portuguesa, essencialmente conceptualizados por Cortesão (1974, 1989/2008a), A. Guilherme Ferreira (1980, 2004), César Dinis (1994, 2001, 2003, 2005, 2006), José Abreu-Afonso et al. (2015, 2018) e por Dinis e Abreu-Afonso (no prelo).

Transferência no grupo

O grupalista tem de estar atento a uma maior complexidade de fenómenos transferenciais que na situação individual. A transferência é um fenómeno ubiqüitário para os seres humanos decorrente dos padrões relacionais precocemente adquiridos mas que só se pode observar e analisar/compreender em toda a sua complexidade num processo a que chamamos terapêutico. Pode ocorrer com o grupalista, com o grupo e com os outros membros do grupo o que neste último caso, designamos por Transferências Laterais (Dinis, 1994); as transferências laterais *stricto senso* estão sempre presentes mas podem, por vezes, ser deslocamentos defensivos da transferência em relação ao grupalista.

Contratransferência no grupo

A contratransferência é um fenómeno complexo, mas também uma ferramenta ao serviço do processo terapêutico.

Os *sentimentos do analista* fornecem importantes pistas sobre o que está a passar-se no grupo.

Foulkes (1964a) e Dinis (1994) sublinham que a contratransferência no grupo é mais complexa e mais visível que na terapia individual.

O grupanalista tem de interagir simultaneamente com pessoas diferentes – a sua reacção será diferente do que seria em situação individual.

Grupos diferentes desencadeiam contratransferências diferentes.

Pensamos que nos grupos, tal como no contexto dual, teremos de ter em atenção os *riscos contratransferenciais*:

- um analista onipotente, que não reconhece os seus sentimentos, pode estar a cair na doutrinação do grupo, infantilizando-o;
- o grupo não pode ser uma audiência para expressar e gratificar carências narcísicas ou outras do analista;
- perigo de favorecer um membro e rejeitar outro;
- risco de, inconscientemente, usar o grupo ou um paciente para preencher necessidades não satisfeitas, núcleos conflituais não suficientemente trabalhados (Neto, 1999). Assim, na selecção dos membros, o grupanalista pode ser interferido por estes factores, criando condições para amplificar as resistências, dificultando a estruturação dos factores terapêuticos. Na nossa opinião deverá seleccionar os membros do grupo tendo em conta um razoável equilíbrio contratransferencial inicial em relação a todos eles (Dinis, 2005; Neto, 1999/2003), para evitar assimetrias potencialmente patogénicas no grupo, que se poderão configurar como resistências difíceis de trabalhar; e
- facilitação dos fenómenos de bode expiatório com a conivência do grupanalista.

A aliança terapêutica no grupo

Base indispensável do tratamento psicoterapêutico psicanalítico. Ela é constituída pelos aspectos positivos e de estabilidade da relação terapêutica que permitem a continuidade da relação nos momentos de frustração, que necessariamente terão de ocorrer em qualquer relação terapêutica analítica.

Nos grupos, a aliança terapêutica (AT) é essencialmente com o grupanalista.

O Grupanalista é que escolhe os membros do grupo e com eles estabelece um contrato. Habitualmente não é o grupo que escolhe o grupanalista. Progressivamente a aliança terapêutica estende-se ao grupo e a

todos os membros entre si; alguns grupalistas, como Lorentzen (2014), identificam este fortalecimento da aliança entre todos os membros do grupo com o conceito de *coesão grupal*.

Será altura para enfatizarmos como uma questão fundamental qual a posição e procedimento do grupalista face ao conjunto grupal e a cada analisando, na sua originalidade e especificidades próprias (Dinis, 2005). Tentando exprimir numa síntese como lidamos com essa questão, diremos que, para nós, o indivíduo é o alvo terapêutico e o grupo o meio relacional para concretizar tal objectivo. Deontologicamente, não vemos como possa ser de outro modo, visto que o contrato terapêutico foi celebrado com cada analisando *de per se* e espera-se que se estabeleçam tantas alianças terapêuticas com o grupalista quantos os participantes no grupo. Paralelamente, o grupalista será o objecto de N neuroses de transferência, tantas quanto o número de participantes no grupo. Embora o grupalista seja o destinatário electivo dos movimentos transferenciais em continuidade, estes não se esgotam nele, pois qualquer membro do grupo pode ter para qualquer outro ou outros, significado e representação transferenciais de modo episódico ou até mais prolongado.

Para além das forças transferenciais, estabelecem-se entre os membros do grupo movimentos relacionais conscientes (Dinis, 1994), quer basicamente estratégicos, como os que têm por fundamento afinidades várias (profissionais, ideológicas, culturais etc.), quer meramente táticos, configurando alianças de conveniência, necessariamente efémeros. A uns e outros deverá o grupalista estar particularmente atento para os distinguir da genuinidade transferencial e para minimizar o risco de subgrupagem.

A interpretação no grupo

Como dissemos acima, não é objectivo deste capítulo definir exhaustivamente estes conceitos, mas sim apontar os aspectos que adquirem características específicas nos grupos; apenas assinalaremos a nossa posição teórica sintética sobre eles, como fizemos nos anteriores. Assim, consideramos que o objectivo de qualquer interpretação é o de ampliar e expandir a mente de cada membro do grupo e, simultaneamente, permitir uma maior elaboração do *self*. Nos grupos terapêuticos, as interpretações individuais são fundamentais, mas nos grupos de trabalho não devem existir.

Podem ser dirigidas para um indivíduo e/ou para o grupo como um todo. As interpretações orientadas para o grupo ou para um dos seus elementos ecoarão em cada membro do grupo de forma única, consoante, naquela fase, o seu nível de regressão e fixação, o que corresponde ao conceito especificamente grupal de *fenómeno de ressonância*. Também cada membro do grupo pode interpretar os outros, o que pode ser uma mais valia. Recorremos à interpretação do grupo como um todo quando nos parece haver, no conjunto das comunicações verbais e não verbais, fantasias ou conflitos inconscientes que todos estão a viver num mesmo momento. Privilegiamos as interpretações individuais que consideramos facilitadas pelas potencialidades do *setting* grupal.

Momentos de encontro

Moments of meeting, conceptualizados pelo Boston Change Process Study Group (Daniel Stern et al., 1998). São momentos dos processos analíticos em que os analisandos se sentem particularmente compreendidos e contidos. São momentos de adequação recíproca (terapeuta-analisando) ocorrendo no campo da “relação implícita partilhada” e conduzirão a mudanças no “conhecimento relacional implícito” (Stern et al., 1998), estando altamente relacionados com a transformação no processo terapêutico.

Num grupo grupalítico, outros membros poderão também participar na construção desses momentos raros, a partir da autenticidade própria, ou ecoá-los genuinamente.

Num grupo, os *momentos de encontro* poderão ser momentos de múltipla adequação empática, ilustrando o que costumamos designar por *caixa de ressonância empática* que o grupo poderá proporcionar (Dinis, 2001).

Coordenadas teóricas para compreender o grupo e a sua dinâmica: conceitos especificamente grupálíticos

As coordenadas teóricas são as seguintes e serão tratadas, separadamente, em sequência:

- Matriz.

- Níveis de comunicação e interpretação.
- Discussão livre flutuante.
- *Treino do Ego em acção.*
- Espelhamento.
- Ressonância.
- Koinonia.
- Defesas.
- Formas de resistência.
- Padrão do grupalista/condutor do grupo/psicoterapeuta de grupo.
- Factores terapêuticos especificamente grupais.

Matriz

Conceito usado pela Escola Inglesa e Portuguesa de forma muito semelhante.

Cortesão (2008c, p. 88) definiu-a “como a rede específica de intercomunicação, inter-relação e interacção, a qual, pela integração do padrão grupalítico, fomenta a evolução do processo grupalítico”.

Recentemente, este tema tem sido desenvolvido por Paulo Mota Marques (2015).

Rita Leal (1968, 1981, 1994) desenvolveu o conceito de Matriz Inter-Relacional/Relacional Interna ou Matriz Pessoal de Grupo, como acima dissemos. Ela assume que esta estrutura determina os modelos de comportamento e comunicação de cada indivíduo, que poderão mudar, reexperienciando transferencialmente situações emocionais originadas num passado mesmo pré-verbal, se acontecerem novas respostas, mais adequadas, na matriz grupalítica, conduzindo à evolução de cada indivíduo. O emergir da matriz relacional interna na transferência é, pois, uma pré-condição para o desenvolvimento do processo terapêutico.

Níveis de comunicação e interpretação

E. Cortesão (1989/2008d) refere três níveis de experiência que emergem no grupo:

- *nível de experiência subjetiva individual* – quando, por exemplo, um elemento do grupo relata um acontecimento ou experiência que teve no presente ou no passado, ou mesmo o conteúdo manifesto de um sonho;
- *nível de experiência subjetiva múltipla* – quando numa cadeia de pensamentos outros membros do grupo vão também falar de experiências suas; e
- *nível de comunicação associativa* – quando um ou outro elemento do grupo comenta sobre o que disseram os outros, questionando ou dando sugestões ou informações. Este nível de comunicação está na base de outros conceitos, como a ressonância, o espelhamento e a discussão livre flutuante.

Discussão livre flutuante

Free floating discussion é o que deverá acontecer num grupo de grupanálise/psicoterapia grupanalítica. Os membros do grupo são encorajados a falar espontaneamente e a comunicar o que quer que lhes ocorra, sem evitar nenhum pensamento ou tema que possa surgir.

Cada um comunica com os outros e com o grupanalista os seus sentimentos, medos, fantasias, ansiedades e tudo o que possamos conceber que um ser humano pode sentir.

Não há um tema específico para comunicar; cada um fala com os outros acerca do que quer que seja, de acordo com as suas preocupações no momento.

Este tipo de comunicação é o equivalente grupanalítico do conhecido conceito Freudiano “livre-associação de ideias” e foi designado por Foulkes, em 1948, por *Free floating discussion – the basic rule of Group Analysis* (Foulkes, 1948/2005, p. 71).

Treino do Ego em ação

Ego training in action é característico da grupanálise e psicoterapia analítica de grupo.

Foi descrito, pela primeira vez, por Foulkes (1964a): A grupanálise visa fomentar a mobilidade do Ego e, neste sentido, a terapêutica grupo-

analítica poderia ser essencialmente descrita como um treino do Ego em acção.

“Acção” não significa, aqui, executar ou literalmente actuar ou desempenhar um papel; nem é o equivalente de “passagem ao acto” da psicanálise.

O grupo favorece a ativação de capacidades várias, eventualmente desconhecidas do indivíduo.

Espelhamento

Fenómenos de *Mirroring*, de espelho, são muito desenvolvidos pela Escola Inglesa (Pines, 1998).

O conjunto de interacções e relações que um grupo disponibiliza pode também ser assemelhado a um conjunto de espelhos que proporciona imagens mais ou menos realistas. São uma das mais valias das terapias grupais, através da qual os membros do grupo revelam várias facetas uns dos outros, algumas inconscientes. São as bases psicológicas dos processos de identificação.

Proporcionam o confronto com os vários aspetos da imagem social, psicológica e corporal de cada um, contribuindo para a diferenciação *self-não-self*.

Ver e ser visto é uma mais valia das psicoterapias face a face, atingindo maior riqueza nos processos grupais (Neto, 2002).

O espelhamento, contudo, pode ser fortemente distorcido transferencialmente, podendo atingir níveis de grande destrutividade. Estamos a referir-nos ao Espelhar Maligno (Zinkin, 1983), tão frequente entre humanos, com enorme poder destrutivo que resulta predominantemente de projecções e identificações projectivas geradas na matriz do grupo. Está na base dos mal-entendidos, por sua vez origem de algumas formas de psicopatologia. Num grupo compreendido e conduzido grupanaliticamente o espelhamento pode ser corrigido nas suas distorções com consequências positivas em todas as áreas da vida.

Ressonância

É um conceito introduzido por Foulkes pela primeira vez em 1957 (Foulkes & Anthony, 1957/2003), referindo-se a este conceito de uma forma freudiana recorrendo aos níveis de fixação e regressão. Assim, cada comunicação ecoaria e reverberaria em cada membro do grupo de acordo com o seu nível de regressão e os tipos de fixação predominantes. Progressivamente, Foulkes (1964a) passa a uma descrição menos aprisionada teoricamente, descrevendo-a como uma forma de resposta inconsciente de um indivíduo, quando exposto a outro, usando mais uma vez a Física como metáfora: todos temos cordas que vibram mais com certas comunicações que com outras, de forma consciente e inconsciente. Cada membro do grupo reage/ressoa a qualquer comunicação de acordo com a sua estrutura de personalidade, os seus conflitos básicos, as suas fragilidades, sendo, pois, um fenómeno extremamente útil na análise/compreensão de cada indivíduo. Foulkes, novamente, fala deste conceito no seu último escrito em 1977 (Foulkes, 1990).

Koinonia

Descrita por Patrick de Maré (1991) como uma atmosfera de bonomia, camaradagem, de partilha e cumplicidade entre humanos, diferente de amizade, em que se pode falar, ouvir, ver e pensar livremente, fazendo emergir uma série de recursos e potencialidades.

Pensamos que poderemos ampliar este conceito, considerando que, para se experienciar favoravelmente um processo grupalítico, os momentos de afectos positivos terão de ser predominantes.

Defesas

Bion (1961/1972) identifica três tipos de comportamento que os grupos utilizam para evitar ou dificultar o processo de elaboração: *dependência*; *acasalamento*; e *luta-fuga*. Estes tópicos são contemplados em capítulo específico sobre contribuições de Bion e remetemos o leitor a ele (capítulo 7).

Pensamos que os *pressupostos básicos* são sobretudo formas de defesa contra as capacidades de cada indivíduo e do grupo para pensar e sentir as partes não conscientes e conflituais do *self* de cada membro. Esta perspectiva

é partilhada por outros autores, entre os quais queremos salientar Dennis Brown (2006), um dos fundadores da grupanalise.

Bion (1978) refere claramente a sua preferência pela psicanálise, como terapêutica, tendo desinvestido clinicamente os grupos.

Formas de resistência

Os fenómenos de “anti-grupo” (Nitsun, 1996).

Morris Nitsun quis chamar a atenção para a coexistência do grande potencial construtivo dos grupos com forças destrutivas dos indivíduos, subgrupos ou dos grupos como um todo.

O *anti-grupo* é o conjunto dos *fenómenos agressivos e destrutivos* latentes e manifestos, potenciais e actuais de um grupo, manifestando-se como:

- faltas;
- atrasos repetidos;
- *acting-outs*;
- *drop-outs*;
- bode expiatório;
- espelhar maligno; e
- violência verbal.

Eles não eram, contudo, suficientemente valorizados e colocados conceptualmente a par dos fenómenos de vinculação positiva.

Morris Nitsun introduziu-o na teoria grupanalítica em 1996, no seu livro *The anti group - Destructive forces in group and their creative potential*, foi o autor que mais nos tem ajudado a compreender este problema através das “10 características dos grupos que podem conter elementos paradoxais escondidos que afligem os participantes dificultando sobretudo as fases iniciais dos processos terapêuticos de grupo” (Nitsun, 1996, p. 47-48). Para este autor, o grupo:

1. é uma colecção de estranhos;
2. não é estruturado;
3. é criado pelos seus membros;
4. é uma arena pública;
5. é uma entidade plural;
6. é uma experiência complexa;

7. cria tensões interpessoais;
8. é imprevisível;
9. flutua no seu progresso; e
10. é uma experiência incompleta.

Padrão do grupanalista/condutor do grupo/psicoterapeuta de grupo

O padrão foi introduzido por E. Cortesão (1974/2008e, p. 87-88), que o definiu como “a natureza de atitudes específicas que o grupanalista transmite e sustém na matriz grupanalítica com uma função interpretativa, que fomenta e desenvolve o processo grupanalítico”. Tem sido muito valorizado nas conceptualizações da Escola Portuguesa de Grupanalise, como acima referimos. Tem teoricamente três vértices: *Natureza*, *Função e Propósito*, havendo diferenças e especificidades consoante se trate de grupanalise ou de psicoterapia analítica de grupo institucional. Não iremos explicitar essas diferenças pela necessidade de síntese deste capítulo.

A *Natureza* corresponde às características do grupanalista. Como pessoa/personalidade/carácter, representação internalizada de matrizes familiar e sociocultural, treino analítico pessoal (maneira como internalizou e se identificou com o seu grupanalista), capacidade de empatia, de estar em grupo e estabelecer relações de autenticidade, de verdade e de honestidade.

Profissionalmente, como transmissor, implica o nível de sua formação profissional: curso teórico de formação grupanalítica, supervisão, contemporaneidade da informação científica.

A *Função* relaciona-se com o estabelecimento de *regras e atitudes*, que serão tratadas a seguir.

Regras

- Selecção de pacientes de modo a ser possível o estabelecimento do processo grupanalítico, tendo em conta o equilíbrio contratransferencial em cada grupo, como já abordámos ao referirmos os riscos da contratransferência.
- Estabelecimento de um contrato terapêutico que contemple exigências de sigilo, desaconselhamento de contactos extra grupo

entre os pacientes, de ausência de contactos com os familiares do paciente pelo grupalista.

- Assegurar o *setting* – assegurar um espaço para a realização das sessões terapêuticas, bem como assegurar a pontualidade e a frequência das sessões pelo grupalista.
- Privilegiar a comunicação verbal, não se permitindo a passagem ao acto e o estabelecimento de ganhos secundários.
- Fomentar a comunicação associativa e a discussão livre flutuante.

Atitudes

- Intervenções técnicas – o grupalista terá intervenções de clarificação, de reformulação e de confrontação; fará interpretações que irão de um nível genético evolutivo ao nível da transferência e da transferência comutativa.
- As comunicações, subjectiva individual, subjectiva plural e associativa surgem espontaneamente no grupo ou são estimuladas pelo condutor do grupo ou outro membro da equipa em contexto institucional, quando, na contratransferência deste(s), se sente haver tensões dificilmente mobilizáveis espontaneamente.
- Os terapeutas fazem sugestões de explicitação das comunicações, algumas confrontações facilitantes da mentalização das comunicações com uma maior aproximação aos significados latentes.
- Chamadas de atenção e sugestões de opiniões de todo o grupo, sobre hipotéticas vivências de um ou mais membros que aparentem um sofrimento expresso na mímica ou através do comportamento que, na nossa contratransferência, sentimos como particularmente intenso e desorganizado.
- Os grupalistas ou terapeutas de grupo deverão abster-se de falar de si próprios e de ter atitudes corriqueiras.
- Os grupalistas devem manter-se atentos à compreensão do binómio transferência/contratransferência, de modo a poder estabelecer uma relação empática que se possa constituir como factor terapêutico.

O *Propósito* exprime-se pela indução e manutenção (na matriz grupalítica) do processo grupalítico através de intervenções que produzam modificações do *self*, desenvolvendo o *insight* racional e emocional, levando à estruturação diferenciada do funcionamento do *self*, que poderá aceder a uma autonomia relativa e a uma dependência coerente e natural, ao que podemos apelidar de benefícios terapêuticos e mesmo “cura” (Zimerman, 2001, p. 94). Neto e Babo (2000) detalharam este aspecto da conceptualização grupalítica no artigo sobre o *Fim de uma grupalíse*:

- Cura/melhoria sintomática (sintomas Ego-distônicos).
- Alterações significativas dos comportamentos Ego-sintônicos – sempre que reconhecidos como patológicos e patogénicos.
- Realização de objetivos e desejos.
- Capacidade para lidar com a ambivalência.
- Capacidade para reconhecer e expressar afetos intensos, sem medo de erotizar ou destruir o próprio afeto ou o dos objetos.
- Aquisição e prazer na autonomia e na capacidade para estar sozinho.
- Capacidade para tolerar separações e frustrações sem recorrer a mecanismos de defesa primitivos.
- Capacidade e prazer no investimento da realidade, o que implica o aumento da tolerância do Super-*self* e menos submissão a ideias do *self* primitivo.
- Transformação das necessidades narcísicas primitivas/primárias.
- Aquisição da capacidade de *insight* e autoanálise.

Factores terapêuticos especificamente grupais

Pensamos que intimamente ligado aos factores do grupalista estão os factores especificamente grupais com funções terapêuticas, que têm sido coconceptualizados por vários autores desde Foulkes a muitos outros.

Foulkes, em 1948 (2005), escrevia que havia factores terapêuticos específicos e inespecíficos em grupalíse. Dos específicos: 1 – sociabilização, saída do isolamento, 2 – diminuição da ansiedade e culpa que ele relaciona com o fenómeno de espelhamento; 3 – o material inconsciente é mais rápida e claramente observado; 4 – as intervenções vindas dos outros

membros do grupo que não o terapeuta são mais facilmente aceites; 5 – o grupo como um fórum simbolizando a comunidade, recondicionando o Ego e o Superego; 6 – o grupo como suporte. Também são necessários uma adequada selecção e um condutor bem treinado. Os factores inespecíficos são semelhantes aos da psicanálise.

Acaba este livro com a seguinte formulação que enfatiza a íntima relação indivíduo-grupo:

Quanto melhor o indivíduo for ou se tornar, quanto mais livre e integrado estiver, melhor será como membro do grupo. Quanto melhor estiverem os membros do grupo, melhor será o grupo. Um bom grupo cria e desenvolve o precioso produto que é o humano individual. (Foulkes, 1948/2005, p. 170; tradução dos autores)

Em 1957 (Foulkes & Anthony, 2003) escrevem, sobre alguns factores específicos de grupo que não aparecem na situação de psicoterapia individual: sociabilização, tolerância aos sintomas com diminuição da ansiedade e culpa, fenómenos de espelho, fenómeno de condensação de que resultam o surgir inesperado com grande carga emocional dos fenómenos inconscientes mais profundos, discussão livre flutuante e a ressonância de que já falámos.

Foulkes (1964b) acrescenta o treino do Ego em acção.

Steinar Lorentzen (2014) aponta os mesmos factores de forma semelhante.

Poderemos verificar semelhanças e equivalências nos Factores Terapêuticos dos Grupos segundo Yalom e Modyn Leszcz (2006):

- Instilação de esperança.
- Universalidade.
- Partilha de informações.
- Altruísmo.
- Recapitulação correctiva do grupo familiar.
- Desenvolvimento de técnicas de socialização.
- Comportamento imitativo/novas identificações.
- Aprendizagem interpessoal.
- Coesão grupal.

- Factores existenciais.

Estes factores têm sido aproveitados como base de investigação dos resultados em grupanálise e psicoterapia analítica de grupo por vários autores, entre os quais Tschuschke e Dies (1994).

Zimerman (2001, p. 176-177) fala também de dez factores como favorecedores do processo grupanalítico e que são explicitados de forma muito semelhante àquela como pensamos e trabalhamos:

1. “Visualização mais clara da inter-relação íntima entre os indivíduos e os grupos”.
2. “todo o indivíduo é portador de um grupo interno”... facilmente observável no processo transferencial dos grupos.
3. “O grupo comporta-se como uma galeria de espelhos...”
4. O grupo possibilita a resignificação e transformação de certos papéis desadequados adquiridos na infância.
5. “O grupo, mais do que qualquer outra modalidade psicanalítica, favorece a observação da normalidade e da patologia da comunicação...” contribuindo para o esclarecimento dos mal-entendidos que são considerados por Zimerman como “o grande mal da humanidade”.
6. “O grupo, por si próprio, comporta-se como função continente...”
7. “A terapia grupal favorece o assinalamento de como os indivíduos estão executando as suas funções, nas quais o Ego consciente tem grande participação activa...”
8. estimula o Vínculo do Reconhecimento.
9. “Mais do que na terapia individual a grupoterapia possibilita evidenciar três aspectos: a) identificação colectiva; b) ocorrência do complexo fraterno; c) existência de fantasias compartilhadas entre as pessoas, um aspecto que está merecendo atenção da psicanálise contemporânea”.
10. Em muitos aspectos a terapia analítica grupal apresenta características singulares, em outros ambas se sobrepõem.

Pensamos que o grupo conduzido e compreendido grupanaliticamente favorece a *externalização transferencial dos grupos relacionais*

internos de cada membro, tornando-se claro e consciente o que não estava claro nem consciente. Assim, as projecções e identificações projectivas surgem mais rapidamente que na situação dual, sendo esta uma das formas de elaboração dos mal-entendidos, dos traços de carácter patogénicos e patológicos, geralmente Ego-sintónicos, ou seja, geradores da patologia relacional (Neto, 2014).

O grupo comporta-se como uma *sala de espelhos* cuja activação fomenta as identificações estruturantes que, se adequadamente trabalhadas, corrigem as auto-representações malignas decorrentes do funcionamento em projecção e identificação projectiva patológica.

A terapia grupal favorece o assinalamento de como os indivíduos e a totalidade do grupo estão a aproveitar as suas capacidades, potencialidades e funções, nas quais o Ego consciente tem grande participação activa, como são as que se referem à percepção, juízo crítico, pensamento, conhecimento, criatividade, comunicação, discriminação, responsabilidade, acção motora etc. Estamos a falar do conceito denominado acima como *treino do Ego em acção*.

A grupanálise/psicoterapia analítica de grupo estimula a *activação dos self-objects* idealizados, especulares, de alter-ego e do Vínculo do Reconhecimento gerando as transferências narcísicas (Kohut, 1984), cuja elaboração é fundamental para a reconstrução narcísica, base da autoestima e do sentimento de identidade.

A *consciencialização* e a *elaboração da agressividade* (Neto, 1999). Esta surge com mais facilidade no grupo do que nas sessões individuais. Nestas, a idealização do terapeuta ou o medo da sua retaliação aniquilante tendem a protelar o surgir da agressividade. Esta surge com mais facilidade na relação com os outros membros do grupo que não o terapeuta do grupo. A identificação da agressividade e a eventual interpretação por qualquer membro do grupo que não seja o terapeuta pode torná-la menos culpabilizante.

O grupo facilita a *explicitação da conflitualidade fraterna*, muito dificilmente vivenciada na relação individual.

Neto e David (2017) enfatizaram que *os grupos facilitam a abordagem de sentimentos difíceis como a raiva, inveja, o ciúme, os desejos de vingança* e permitem

uma mais completa compreensão e elaboração destas emoções tão culpabilizantes.

Pensamos que ser protegido, ser útil, ser parecido com outros, diminuam a culpa, a inferioridade, a vergonha.

“Ser um membro respeitado e eficiente de um grupo, ser aceite, capaz de partilhar e participar são experiências construtivas básicas na vida humana. Não há saúde sem elas” (Foulkes & Anthony, 1957/2003, p. 27; tradução dos autores).

Em complemento:

A grupanálise permite encenar, penso que de modo único, a viagem de regresso ao grupo familiar. Espera-se que as condições por ela proporcionadas ofereçam uma preciosa oportunidade para a reformulação, talvez sobretudo, da memória implícita. Neste sentido, poderá ser entendida também como a recuperação possível do tempo malbaratado. (Dinis, 2003, p. 35)

Para finalizar, podemos dizer que na nossa experiência, a psicoterapia analítica de grupo e a grupanálise tal como a pensamos, com forte influência psicanalítica actualizada, e praticamos, são uma ferramenta de grande valor na compreensão do funcionamento mental humano e do seu sofrimento, podendo também aplicar-se a áreas não terapêuticas. São um poderoso instrumento terapêutico das perturbações psíquicas e das inerentes disfunções relacionais.

O contexto multi pessoal disponibilizado e a correspondente pluralidade relacional constituir-se-ão como um cenário privilegiado para a transposição da matriz pessoal de grupo de cada um, para o desenvolvimento da autonomia, da empatia e da aquisição de padrões relacionais mais autênticos e libertadores. Cientes da exigência de coerência dos procedimentos técnicos com os conceitos teóricos que os enformam, a nossa prática de décadas ensinou-nos, porém, que tal não é suficiente e que a qualidade de relação que proporcionarmos será determinante para o bom resultado terapêutico. Qualidade que terá de se adequar às diferenças entre os elementos do grupo, tentando que cada um se sinta não um entre outros, mas *primus inter pares* (Dinis, 2005).

Referências

- Abreu-Afonso, J., Dinis, C.V., Ferreira, G., Ferro, S., Marques, P. M., Melo, J. C., Neto, I. M., & Rodrigues, T. B. (2015). Group analysis: Other sights of the conscious and the unconscious. *Psychology Research*, 5(1), 10-22.
- Abreu-Afonso, J., & Neto, I. M. (2018). Grupanálise e psicoterapia analítica de grupo. Em I. Leal (Org.), *Psicoterapias* (pp. 203-220). Lisboa: Edição Pactor. Distribuição Lidel.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Orgs.) (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Berstein, M. (1989). Contribuições de Pichon-Rivière à psicoterapia de grupo. Em L. C. Osório (Org.), *Grupoterapia hoje* (pp. 108-132) (2. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bion, W. R. (1972). *Experiences in groups and other papers*. London; Sydney; Toronto; Wellington: Tavistock publications. (Trabalho original publicado em 1961)
- Bion, W. R. (1976). *Four discussions with W. R. Bion*. Scotland: Clunie Press; The Roland Harris Educational Trust.
- Brito, M. E. (1992). Padrão grupanalítico. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 4, 7-21.
- Brown, D. (2006). Bion and Foulkes, basic assumptions and beyond. Em J. Maratos (Ed), *Resonance and reciprocity: Selected papers by Dennis Brown* (pp. 208-231. London: Routledge.
- Cortês, E. L. (1974). *Transference neurosis and the group-analytic process*. Paper read at the London Workshop 1974. British GAS.
- Cortês, E. L. (1991). Group analysis and aesthetic equilibrium. *Group Analysis*, 24(3), 271-77.
- Cortês, E.L. (2008a). Processo Grupanalítico. Definição. In *Grupanálise. Teoria e Técnica* (2ª ed.). SPG. Fundação Calouste Gulbenkian (Trabalho original publicado em 1989)
- Cortês, E.L. (2008b). Processo Grupanalítico. Definição. In *Grupanálise. Teoria e Técnica* (2ª ed.). SPG.
- Cortês, E. L. (2008c). Matriz. Em *Grupanálise: Teoria e técnica* (2ª ed.). SPG. Fundação Calouste Gulbenkian (Trabalho original publicado em 1989)

- Cortês, E.L. (2008d). Níveis de comunicação. In *Grupanálise: Teoria e técnica* (2ª ed.). SPG. Fundação Calouste Gulbenkian (Trabalho original publicado em 1989)
- Cortês, E. L. (2008e). *Grupanálise: Teoria e técnica* (2.ed.). SPG. Fundação Calouste Gulbenkian (Trabalho original publicado em 1989)
- De Maré, P., Piper, R., & Thompson, S. (1991). *Koinonia: From hate through dialogue, to culture in the large group*. London: Karnac.
- Dinis, C. V. (1994). Algumas reflexões a propósito da neurose de transferência em grupanálise. *Grupanálise*, 5, 7-18.
- Dinis, C. V. (2001). Existir na *net* e ser na matriz grupanalítica. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 3, 15-26.
- Dinis, C. V. (2003). O tempo e a mudança. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 5, 35.
- Dinis, C. V. (2006). Le temps et le changement. Em: L. Michel & J.-N. Despland (Orgs.), *Temps et psychothérapie* (pp. 27-37). Press Éditions. Collection Explorations Psychanalytiques.
- Dinis, C. V. (2005). “Um entre outros” ou “primus inter pares”. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 9-16.
- Dinis, C. V., & Abreu-Afonso, J. (no prelo). Transference and countertransference. Em I. M. Neto, & M. França (Eds.), *The Portuguese School of Groupanalysis: Towards a unified and integrated approach to theory research and clinical work*. London: Routledge.
- Ezquerro, A. (2010). Cohesion and coherency in group analysis. *Group Analysis*, 43(4), 496-504.
- Fernandes, W. J., Svartman, B., Fernandes, B. S. (2003). *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, A.G. (1980). Transference and transference neurosis in group-analysis. *Group Analysis*, 13(2), 93-99.
- Ferreira, A. G. (2004). O problema e a procura duma metateoria em grupanálise. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 17-30.
- Ferreira, S. (2012). A acção terapêutica em grupanálise: Interpretação e outros elementos de mudança. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 19-26.
- Filipe, E. C. (1992). Padrão grupanalítico. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 4, 23-37.

- Filipe, E. C. (2000). Padrão grupanalítico. Em E. M. C. Filipe (Ed.), *Reflexões pontuais sobre grupanálise, psicanálise e música* (pp. 87-99). Lisboa: Editora.
- Foulkes, S. H. (1964a). *Therapeutic Group Analysis*. Ed. London George Allen & Unwin LTD.
- Foulkes, S. H. (1964d). Therapeutic factors. Em S. H. Foulkes, *Therapeutic group analysis*. London: George Allen & Unwin 33-34, 76-82.
- Foulkes, S. H. (1990). Notes on the concept of resonance. Em S. H. Foulkes, *Selected papers: Psychoanalysis and group analysis* (pp. 297-305). London: Karnac Books.
- Foulkes, S. H. (2005). *Introduction to group analytic psychotherapy* (4. ed.). London: Karnac Classics; William Heineman Medical Books. (Trabalho original publicado em 1948)
- Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (2003). Group psychotherapy and group-analysis: Basic considerations. In S. H. Foulkes, & E. J. Anthony, *Group psychotherapy: – The psychoanalytic approach* (pp. 15-30). London; New York: Karnac Classics. (Trabalho original publicado em 1957)
- Kartrud, S. (2015). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G), a theoretical, clinical, and research manual*. UK: Oxford University Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure? The self-object transferences and interpretation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leal, M. R. M. (1968). Transference neurosis in Group Analytic treatment. *Group Analysis*, 1(2), 99-109.
- Leal, M. R. M. (1981). Resistances and the group-analytic process. *Group Analysis*, 15(2), 97-110.
- Leal, M. R. (1990). Porque resulta a Grupanálise? *Revista Grupanálise*, 2, 41-54.
- Leal, M. R. M. (1994). A neurose de transferência no tratamento grupanalítico. Em: Sociedade Portuguesa de Grupanálise (Ed.), *Grupanálise, um percurso* (pp. 77-89). Portugal: SPG.
- Lorentzen, S. (2014). Methodology. Em: *Group Analytic Psychotherapy: Working with affective, anxiety and personality disorders* (pp. 46-56). London: Routledge.
- Marques, P. M. (2015). *O conceito de matriz grupanalítica na Escola Portuguesa de Grupanálise*. Dissertação de doutoramento em Psicologia, ISPA-Instituto Universitário, Lisboa.

- Neto, I. M. (1990). *O padrão*. Trabalho para a candidatura a Membro Titular da SPG. Lisboa, SPG.
- Neto, I. M. (1999). The freedom and the capacity to say NO and its healing potential. EFPP II *European Conference on Group Analytic Psychotherapy*. May 1999. Barcelona.
- Neto, I. M. (1999). Selection in groupanalysis: Similarities and differences - Some risks we take in group analysis. Paper presented at the 11th GAS Symposium in Group Analysis. Budapest, August 1999. Ano I, Nov-2003, <https://grupanalise.pt/wp-content/uploads/2015/07/revistaonline1.pdf>, 24-28.
- Neto, I. M. (2002). To see and be seen: One of the “added values” of group analysis – *12nd European Symposium in Group Analysis* – Bologne, 26-31 Agosto de 2002.
- Neto, I. M. (2010). Moving groupwork into the day hospital setting. Em J. Radcliffe, K. Hajek, J. Carson, & O. Manor (Eds.), *Psychological groupwork with acute psychiatric inpatients* (pp. 325-342). London: Whiting & Birch; Forest Hill.
- Neto, I. M. (2014). Psicopatologia relacional: Os grupos grupanalíticos como situações de eleição para o seu diagnóstico e tratamento. *Revista Portuguesa de Grupanalise*, 69-76..
- Neto, I. M. (2017a). Multifamily group analysis. *Current Psychiatry Reviews*, 13, 165-170.
- Neto, I. M. (2017b). Quem tem medo dos grupos terapêuticos? Paradoxos e mais valias. *Conferência. XIII Encontro Luso-Brasileiro de Grupanalise e Psicoterapia Analítica de Grupo*. Serra Negra, São Paulo, 18-21 de Maio de 2017.
- Neto, I., & Babo, T. (2000). O termo de uma Grupanalise e a elaboração estética do conflito. *Revista Portuguesa de Grupanalise*, 1, 59-73.
- Neto, I. M., & Centeno, M. J. (2006). Is there a crisis in psychoanalysis and group analysis? Essence and Preconceptions. *Conference. 34th. GAS Winter Workshop*. Lisboa, 12-15 Janeiro.
- Neto, I. M., & Centeno, M. J. (2017a). Reflectindo sobre Grupanalise e suas várias aplicações. Lisboa, *Seminário Eduardo Luís Cortesão*, 4 de Fevereiro de 2017.

- Neto, I. M., & Centeno, M. J. (2017b). Multifamily group analysis. *Poster*. 16th. GASi Symposium in Group Analysis. Lisbon, Agosto 2014.
- Neto, I. M., & Centeno, M. J. (no prelo). Group Analysis: A cluster identity - Redefining/Rethinking group analysis. Em I. M. Neto, & M. França (Eds.), *The Portuguese School of Groupanalysis: Towards a unified and integrated approach to theory, research and clinical work*. London: Routledge.
- Neto, I. M., & David, M. (2017). Dealing with conflicts, rage, anger and aggression in group analysis. Em G. Ofer (Ed.), *A bridge over troubled water – Conflicts and reconciliation in groups and society* (pp. 91-105). London: Karnac for the European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy.
- Neto, I. M., & Dinis, C. V. (no prelo). The pattern. Em I. M. Neto, & M. França (Eds.), *The Portuguese School of Groupanalysis - Towards a unified and integrated approach to theory research and clinical work*. London: Routledge.
- Neto, I. M., & Dinis, C. V. (2004). A liberdade de pensamento e o crescimento psíquico em grupos de psicoterapia institucional: Experiência de uma equipa de formação grupanalítica num Hospital de Dia Psiquiátrico. *Revista Portuguesa de Grupanalise*, 77-89.
- Neto, I. M.; Fialho, T.; Godinho, P. & Centeno, M. J. (2010a). Treating and training: A 30 year experience of a team with a group-analytic framework - Part I. *Group Analysis*, 43(1): 50-64.
- Neto, I. M., Fialho, T., Godinho, P. & Centeno, M. J. (2010b). Treating and training: A 30 year experience of a team with a group-analytic framework - Part II. *Group Analysis*, 43(2): 107-126.
- Nitsun, M. (1996). *The Anti- Group: Destructive forces in the group and their creative potential*. London: Routledge.
- Pertegato, E. G., & Pertegato, G. O. (2000). Trigan Burrow's eight propositions of Group Analysis: From conflict to cooperation. 14th International Congress of the International Association of Group psychotherapy (IAGP). Jerusalem, Israel, 20-25 August 2000.
- Pines, M. (1998). Reflections on mirroring. Em: M. Pines, *Circular reflections - Selected papers on Group Analysis and Psychoanalysis* (pp. 17-39). London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Poppe, P. (2016). Escola de Pais – Abordagem grupanalítica em grupos de pais. *Apresentação oral, XVI Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Grupanalise e Psicoterapia de Grupo*, Outubro, Lisboa.

- Stern, D. N. et al. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Teixeira, A. (2012). *Aplicação da Grupanálise ao coaching: Estudo de um grupo com problemática centrada na área profissional dos seus membros*. Tese de mestrado para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialidade em Psicologia Clínica, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Thornton, C. (2010). *Group and team coaching: The essential guide*. London; New York: Routledge.
- Tschuschke, V., & Dies, R. R. (1994). Intensive analysis of therapeutic factors and outcome in long-term inpatient groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(2), 185-208.
- Weinberg, H. (2014). *The paradox of internet groups: Alone in the presence of virtual others*. London: Karnac.
- Weinberg, H., (2016) Impossible Groups that Flourish in Leaking Containers – Challenging Group Analytic Theory? *Group Analysis*. 49(4), 330-349.
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.
- Zinkin, L. (1983). Malignant mirroring. *Group Analysis*, 16, 113-126.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Sobre a perspectiva psicanalítica de grupo francesa: três importantes aportes

Pablo Castanho

Escrevo este texto durante a quarentena relativa ao COVID-19, vendo memes que dizem “só saia de casa quem entende Lacan”. O chiste com o psicanalista francês funciona pela dificuldade de entender este autor, mas penso que nos conta de algo de um estilo hermético, de difícil compreensão, comum a boa parte da psicanálise francesa, inclusive dos autores que abordaremos aqui. Nossos autores neste capítulo possuem um pensamento bastante distinto do pensamento de Lacan, mas podem ser tão difíceis de ler quanto ele. Espero neste capítulo atravessar esta dificuldade, mostrando a potência e as praticidades de três grandes eixos do pensamento da perspectiva psicanalítica francesa sobre os grupos.

Estes três eixos, ao mesmo tempo em que caracterizam a particularidade e a direção do pensamento francês, representam um aporte muito significativo para a prática e a pesquisa sobre grupos em um cenário global. Primeiramente abordarei o estudo sobre as crenças relativas ao grupo, destacando, com Anzieu, o papel da ilusão grupal, seguirei então para sublinhar a proximidade das produções francesas com o trabalho com grupos em instituições socioassistenciais, enfocando tanto o uso de objetos mediadores em grupo quanto sua afinidade com a problemática das instituições. É talvez neste ponto que o caráter prático desta perspectiva, tão frequentemente eclipsado pelo discurso acadêmico, se mostra mais forte. Por fim, tratarei de uma questão bastante densa e filosófica, mas de desdobramentos técnicos e teóricos importantes: a

articulação complexa e *sui generis* entre sujeito e grupo que nos faz pensar o trabalho em grupo como uma forma de promover singularizações.

A origem destes três eixos pode ser claramente remetida ao contexto no qual esta perspectiva se constituiu na França. Passarei então a abordar este tema.

Primeiros passos da perspectiva psicanalítica de grupo na França e as demandas do contexto sociocultural

Em seu livro *O campo grupal*, Ana Maria Fernández (2006) retoma os estudos sobre grupo contrastando o contexto americano com o argentino e identificando esta diferença como importante na compreensão da obra de Kurt Lewin e de Pichon-Rivière. A autora aponta como cada sociedade coloca problemas distintos a serem resolvidas pelos corpos teóricos que nela se desenvolvem. Tentarei nesta seção apresentar como os três eixos que creio caracterizarem a abordagem francesa de grupos derivam do encontro das demandas do contexto histórico francês com o lugar específico da psicanálise nele, bem como acidentes do percurso da chegada das técnicas e do pensamento sobre os grupos na França.

Ao propor uma perspectiva de conjunto sobre a história do que denomina teorias psicanalíticas de grupo, Kaës (2007) data a perspectiva francesa da década de 60. Mas se é nesta década que se delimita o campo e surgem os alicerces e as diretrizes que conduziram este trabalho, há experiências significativas com o dispositivo de grupo desde a década de 50 (Castanho, 2013), notadamente através do uso da técnica do psicodrama por psicanalistas, como o realizado por Didier Anzieu (1956). Atentemos para que o uso da técnica do psicodrama, desenvolvida por Moreno, não significa adesão nem tampouco convergência de modelos teóricos. Seguindo Anzieu, esclarecemos que o interesse de psicanalistas pela técnica do psicodrama de Moreno é acompanhado de um igual desinteresse pelas teorizações do autor.

Esta relação inicial com o psicodrama é muito importante na história do pensamento psicanalítico de grupo francês por dois motivos que cabe sinalizar: primeiro porque diferentemente do que aconteceu anteriormente na Inglaterra e na Argentina, a perspectiva francesa não nasce propondo um dispositivo próprio, mas transformando dispositivos

de grupo pré-existentes. Os processos de transformação são pautados por uma lógica psicanalítica, na qual o primado da não-diretividade é talvez o operador mais claro (Anzieu, 1973). Em segundo lugar, sublinhemos como pela via do psicodrama o uso de recursos para além do verbal se insere no nascedouro mesmo do trabalho com grupos na França. Isso é muito diferente do que ocorreu em outros lugares, notadamente na Inglaterra, onde até hoje a identidade da psicanálise no trabalho com grupos está ligada a exclusividade do recurso verbal.

Ora, esta retomada e reinvenção de dispositivos de grupo pré-existentes está relacionada com o contexto histórico da França. Interessante também que o nascimento psicanalítico do grupo na França é contemporâneo do nascimento da “análise institucional” e com ela dialoga e dela se nutre. Por isso, Rodrigues (2007) ao apresentar o campo do surgimento da análise institucional na França nos apresenta, simultaneamente, o contexto sociocultural do surgimento dos dispositivos de grupo. De um lado, o legado da chamada resistência francesa (que lutou contra a ocupação nazista na Segunda Guerra Mundial), de outro, a chegada de dispositivos de grupo na França, oriundos dos EUA, impulsionados pelo plano Marshall.

Igualdade, liberdade e fraternidades são valores fundamentais da república francesa que de algum modo foram atualizados no contexto do debate político do século 20. Rodrigues nos conta que a resistência francesa teve ativo envolvimento de partidos de esquerda, o que teria permitido uma associação entre este ideário e os valores nacionalistas e da República Francesa. É assim que a autora explica o interesse muito especial dos franceses na potência de transformação social que os dispositivos de grupo oriundos dos EUA reivindicavam para si.

Lembremos que os EUA são considerados o berço da terapia de grupo a partir dos grupos de tuberculosos realizados pelo Dr. Pratt a partir de 1914 (Klapman, 1946) e que se desdobraram em diferentes estratégias de cuidados de doentes somáticos, e posteriormente, de cuidado psicológico. É também o epicentro das perspectivas humanistas de trabalho com grupo, nutridas em diálogo com a contracultura, e não nos esqueçamos da teoria sistêmica, tão importante no trabalho com casais e famílias. Entretanto, neste momento histórico que analisamos, o mais

importante é o fato dos EUA terem operado como uma terra de destino para Jacob Moreno e seu psicodrama, e Kurt Lewin e seus estudos em psicologia social focada nos grupos. São estas duas tradições que farão grande impacto em solo francês e serão objeto de crítica e reapropriação mais intensas.

A psicologia social de Kurt Lewin entendia o pequeno grupo tanto como um laboratório para o estudo da sociedade como um veículo para sua transformação e de suas instituições. No contexto da Segunda Guerra Mundial, a implicação política da pesquisa e a atuação de Lewin com os grupos se destacou. De outro lado, Moreno afirmava que através da sociometria sua teoria de grupo constituía-se também como uma teoria sociológica dotada ainda de um dispositivo de intervenção sobre o social. Chegando na França, estas proposições empolgaram muitos franceses que as tomaram em seu valor de face, mas tantos outros passaram a interrogar seus fundamentos de modo que nunca haviam experimentado em outros países.

Ora, figura central do institucionalíssimo francês, Lapassade (1967/1970) fará uma crítica determinante aos herdeiros de Lewin mostrando como o pequeno grupo não pode ser considerado como independente de seu contexto. Os chamados *training groups* ou *T-groups* eram o foco deste debate. Originados do pensamento de Lewin, propunham um aprendizado vivencial do grupo marcado pela não diretividade. As pessoas vinham ao grupo onde encontravam um “monitor” silencioso no início. Invariavelmente os membros do grupo interagiam de algum modo e então o monitor poderia ajudar na nomeação dos processos grupais que emergiam. Falava-se destes grupos como se não possuíssem constrangimentos, como se fossem espaços desconectados do contexto social, mas Lapassade irá demonstrar como as instituições sociais os atravessavam, por exemplo, em relação a estrutura de poder que sustenta a função do monitor.

Neste mesmo livro Lapassade irá debater com o psicanalista Didier Anzieu ilustrando esta interlocução entre o institucionalismo e a perspectiva psicanalítica de grupos nascentes. Por caminhos diferentes, ambos portarão alguns elementos comuns, notadamente a crítica à ideia do grupo como totalidade, como algo que se basta e se fecha em si mesmo.

Grupos não podem ser compreendidos de forma desconectada de seus contextos, nem pensados como espécies de blocos, frente aos quais a singularidade de seus membros se esvazia.

O que se desenha na abordagem psicanalítica de grupo na França é largamente um desdobramento destas questões. As vias específicas que serão seguidas neste processo são bem definidas em três textos fundamentais do psicanalista Pontalis, reunidos e publicados em 1968 em *Après Freud* (Pontalis, 1968/1993).

No primeiro, *Um novo curandeiro: J.-L. Moreno (Um nouveau guérisseur: J.-L. Moreno)*, Pontalis identifica pontos muito ricos do pensamento e da prática de Moreno, mas critica de forma embasada e aguda a crença de Moreno no enorme poder de sua abordagem na resolução de grandes problemas sociais. Fascismo, luta de classes, delinquência... todos os problemas sociais estariam no escopo de resolução do arsenal de Moreno. Mas o que mais surpreende na leitura deste capítulo é o contraste desta visão com o caráter simplório da teoria sociológica que a acompanha. O caso de sua intervenção na prisão americana de Hudson é ilustrativo. Apresentado como mostra da potência de transformação social do repertório de Moreno, a intervenção logrou que os presos fossem reagrupados em celas, levando-se em conta suas preferências. Entretanto, em nenhum momento, Moreno se pergunta sobre porque só havia negros nesta prisão, sobre os interesses envolvidos na autorização que lhe foi dada e tantas outras questões de grande importância para ampla gama de teorias sociológicas e psicossociológicas. A experiência potente com o pequeno grupo parece levar a eclipsar os atravessamentos e complexidades sociais existentes.

O segundo texto *As técnicas de grupo: da ideologia ao fenômeno (Les techniques de groupe: de l'ideologie aux phénomènes)* parte da herança de Lewin. Novamente Pontalis sublinha importantes contribuições do campo, mas introduz o termo “ideologia” para nomear certa autonomia das crenças sobre o grupo em relação aos fenômenos. Perspectiva que, em sentido amplo, já havia parecido em sua análise da dimensão sociológica do pensamento de Moreno resumida no parágrafo anterior. Aqui, entretanto, Pontalis se deterá mais nos pequenos grupos. A análise da formação para o trabalho com dinâmica de grupo é um ponto importante e esclarecedor

de sua abordagem. Há algo de ácido em sua análise. Uma frase ilustra bem o caminho de sua argumentação no capítulo. Ao comentar sobre o percurso de formação, afirma: “(...) chega o momento no qual você para de pensar em indivíduos e pensa em grupo. Mas será que realmente você encontrou uma nova dimensão da existência? Houve aprendizagem ou doutrinação?” (p. 246. Tradução do autor).

Ao analisar os herdeiros de Moreno e de Lewin, o que emerge do trabalho de Pontalis é exatamente o caráter emocional e ilusório da crença nos poderes do dispositivo de grupo. Em seu terceiro texto, Pontalis irá propor este aspecto como objeto de pesquisa para a psicanálise. Avança assim a ideia que há um patente exagero fantasioso ligado às experiências com os pequenos grupos, mas que é justamente então como fantasia que o pequeno grupo se qualifica como objeto para a psicanálise. Vejam que a hipótese em obra é a de que por traz dos exageros dos grupelistas, há um combustível do próprio fenômeno grupal que cabe ser estudado.

Articula-se a isto um outro problema fundamental dado o lugar que a psicanálise ocupava no contexto sociocultural francês: frente aos discursos sociologizantes, caberia à psicanálise preservar ou resgatar o lugar do sujeito em sua singularidade. Kaës também tocará neste tema em alguns momentos, pontuando como para instaurar o grupo como objeto para a psicanálise na França era mister contrapor-se às visões correntes do grupo que acabavam por opor o grupo ao sujeito singular. A resposta da perspectiva francesa a esta demanda é sua maior proeza teórica: uma visão de sujeito complexa que articula sujeito e grupo evitando reducionismos e que abordaremos como nosso último eixo neste capítulo.

Grupo: idealizado e temido

A perspectiva de Pontalis do estudo do grupo para o psiquismo é trilhada por Anzieu (1975), em sua analogia entre o grupo e o sonho e, notadamente, em seu conceito de ilusão grupal. Para Anzieu, “Os sujeitos humanos vão aos grupos do mesmo modo que em seu sono entram no sonho. Do ponto de vista da dinâmica psíquica, o grupo é um sonho” (Anzieu, 1975, p. 146. Tradução do autor). Como no sonho, Anzieu entende o grupo como espaço de realização imaginária do desejo e por isso mesmo- seguindo o pensamento freudiano- algo que assusta, ou

mesmo aterroriza. Daí o lugar do grupo na cultura: ora desejado, ora temido.

Já o conceito de ilusão grupal tem como referência prática o célebre grupo dito do Paraíso Perdido, vivência grupal realizada em poucos dias, sob condução conjunta de Anzieu e Kaës, cujo relato detalhado e comentado foi publicado em 1976 (Kaës & Anzieu, 1976). Tanto Anzieu quanto Kaës retomam este relato em momentos importantes de sua teorização como no conceito de ilusão grupal de Anzieu. O autor teoriza com este conceito sobre algo prosaico nas experiências com pequenos grupos: um pequeno grupo formado há pouco tempo passará por um momento de hipervalorização de si mesmo em detrimento do que lhe é exterior. Esta hipervalorização pode tomar a forma de um enaltecimento do coordenador do grupo, dos colegas, do grupo como um todo, de seus potenciais etc.

Desde Freud (1921/1999), a literatura psicanalítica aponta como o narcisismo individual é abalado no encontro grupal. Para Anzieu, investe-se em uma espécie de narcisismo do grupo como forma de compensar este abalo. Mas se a ilusão grupal pode ser lida por uma perspectiva defensiva, é fundamental reconhecer seu papel fundante da vida do grupo, pois para Anzieu, este momento é necessário na constituição intersubjetiva do grupo. Mesmo quando a desilusão chega, algo deste período mítico inicial se mantém. Talvez esta ideia fique mais clara quando o autor discorre sobre a ilusão do casal. Para Anzieu (1986), os pares românticos passam por uma variação deste mesmo fenômeno que se apresenta como o momento de apaixonamento inicial do casal. Anzieu argumenta que por mais que a paixão inicial não tenha como perdurar em sua intensidade característica por muito tempo, sua existência cria um registro e uma base para o vínculo do casal, importante também ao longo prazo da relação.

Evidentemente Anzieu não usa o termo ilusão desconsiderando o uso prévio do termo na psicanálise. Cabe aqui salientar a proximidade do uso feito por Anzieu com o proposto por Winnicott. Lembremos que Winnicott (1971/2001) coloca o fenômeno da ilusão como fundamental para a constituição psíquica de todos os sujeitos. Para Winnicott é importante que um bebê possa se experimentar onipotente, experimentar que ele é capaz de criar aquilo de que precisa. A ilusão, quando tudo vai

suficientemente bem, será ultrapassada em seu desenvolvimento, mas a experiência lhe permitirá apostar em sua existência no mundo, investir sua relação com o entorno, enfrentar dores e dissabores, enfim, é condição para que se possa sentir que, mesmo com todos seus dissabores, a vida vale a pena. A constituição do ser humano e sua saúde dependem da experiência da ilusão que pode então abrir caminho para a experiência da desilusão, igualmente importante para o sujeito.

Destacarei aqui dois aportes muito relevantes do conceito de ilusão grupal para o trabalho com grupos. O primeiro diz respeito a retomar o caminho feito desde Pontalis para pensar que a relação que temos como profissionais com os dispositivos de grupo pode ser marcada pela ilusão e o segundo é apontar alguns elementos técnicos na condução de qualquer grupo quando informados pelo conceito de ilusão grupal.

Verdade que muitas vezes os profissionais recorrem ao uso do grupo por imposição da alta demanda ou de seus superiores. Começar a utilizar um dispositivo de grupo sem acreditar nele é que nem começar um relacionamento sem gostar da pessoa, as chances de dar certo são mínimas. Neste sentido, há algo de muito positivo quando o profissional se encanta com uma palestra, uma leitura, uma experiência de grupo. Acreditando ele mesmo no recurso, há mais chances de seus pacientes acreditarem. Mas é igualmente importante entender que a relação humana com os pequenos grupos é marcada por este “a mais de idealização”. Podemos nos encantar e é bom que isso ocorra, mas devemos estar cientes de que há aí um componente de ilusão. Melhor encarmos esta relação apaixonada com a técnica como parte do “brincar” profissional (estou me referindo aqui ao brincar winnicottiano, evidentemente). Não é tão raro, ainda hoje, que uma escola ou técnica de psicoterapia de grupo ou processo grupal encante de tal modo seus adeptos que eles saiam professando-a em um proselitismo perigoso. Ora, se cada técnica de grupo pode realmente ser algo bem-vindo e contribuir com os trabalhos nas diferentes instituições socioassistenciais, nas empresas, nas escolas e nos consultórios, só o será com a condição de permitir espaço para outros saberes e para o confronto, sempre doloroso em algum momento, com a realidade.

O segundo ponto concerne nossa técnica de trabalho. Psicanalistas têm fama de pessimistas. Não sei se é verdade ou não, mas de fato Freud

nos advertiu muitas vezes sobre o caráter defensivo de muitas de nossas crenças sobre a realidade e a necessidade de as atravessarmos. Mas quando um coordenador de grupo se depara com um grupo em ilusão grupal, não deve atacá-la diretamente. Seu papel não é “trazer o grupo para a realidade”, mas acompanhar o grupo neste momento necessário, sabendo que se trata de uma fase importante e, eventualmente, quando surgirem sinais que pressionam o grupo pela também necessária desilusão, ajuda-lo neste processo.

Não é, portanto, o coordenador do grupo que “introduz” a realidade contra a ilusão grupal, mas ele entende que a ilusão grupal é um fenômeno que gera um ajuste precário com as demandas do mundo e dos sujeitos e que mais cedo ou mais tarde, a desilusão precisa ocorrer para que se evite o adoecimento. Em ilusão grupal não se aceitam diferenças dentro do grupo, se avaliam mal os próprios recursos e o contexto externo, se rechaçam dores e a passagem do tempo. Quando qualquer um destes aspectos começa a se impor, quando o preço para se manter a ilusão grupal é o sofrimento de um membro, sua expulsão ou adoecimento, ou ainda a perda de vista da tarefa do grupo (no sentido pichoniano), é hora do processo de desilusão dar alguns passos. Por vezes, o coordenador precisa ajudar o grupo neste processo, impedindo uma agressão a um membro, evocando a razão de ser do grupo, e ao mesmo tempo formulando em palavras a dificuldade do grupo com este ou aquele aspecto, ou seja, oferecendo uma interpretação que relacione o vivido no aqui e agora do grupo com algum aspecto da ilusão grupal.

Um ponto ainda relevante já presente neste conceito de Anzieu é a articulação entre a análise do grupo como fantasia, na linhagem de Pontalis, e a identificação de processos grupais aparentados à noção de “dinâmicas de grupo”. De fato, se a trajetória francesa parte de uma crítica intensa à Moreno e à Lewin, ao mesmo tempo neles se apoia, sem poder assim se desembaraçar deles totalmente. A dívida a Lewin é importante e complexa. Kaës endereçará este problema em 1976 com o conceito de aparelho psíquico grupal como articulador do estudo das imagens e fantasias sobre o grupo com os processos nele ocorrido. O conceito proposto como resposta a este desafio, por sua vez, delimita um campo e um modo para a abordagem da complexidade da relação entre sujeito e

grupo que será intensamente explorado na obra de Kaës, e ao qual retornaremos em breve.

Grupos em instituições: o uso de objetos e a consideração do contexto institucional

Algo que despertou meu interesse pela perspectiva francesa no início dos anos 2000 foi o diálogo que encontrava nela com a minha prática profissional em saúde pública. Notadamente, os aportes desta teoria sobre o uso de objetos em grupo me ajudavam a pensar minha prática e a de colegas com suportes que não encontrava em outras teorias psicanalíticas de grupo. Outro elemento importante foi a consideração constante, nesta corrente de trabalho, do contexto institucional. Nestes dois pontos remontamos ao histórico que apresentamos, com a importância dos recursos psicodramáticos já nos anos 50 e o diálogo com os institucionalistas nos anos 60.

Soma-se ainda uma preocupação sustentada com a condução de pesquisas universitárias ligadas ao cotidiano das instituições socioassistenciais. Esta perspectiva de pesquisar a partir da prática é especialmente importante no caso do uso dos objetos mediadores em grupo. Em uma palestra no Brasil, Kaës (2005) apresenta este campo sublinhando que tais práticas são normalmente realizadas em contexto institucional, reunindo um número restrito de pessoal em um grupo e valendo-se de objetos variados que acionam a sensorialidade e portam elementos da cultura. Estamos aqui na versão francesa daquilo que no Brasil frequentemente nomeamos como oficina, mas que também pode receber outros nomes. São práticas que teriam sido criadas pelos trabalhadores da linha de frente dos atendimentos e somente depois teriam se tornado objeto de pesquisas psicanalíticas, dentre as quais a da própria equipe de Kaës merece destaque. Nas palavras do autor:

As práticas de grupos de mediação são, provavelmente, as técnicas de grupo mais comumente utilizadas nos serviços psiquiátricos. As pessoas que praticam esse tipo de grupo nas instituições psiquiátricas não são normalmente nem psicólogos, nem médicos; são enfermeiros, às vezes educadores ou assistentes sociais. São eles que, essencialmente, inventaram essas técnicas, que, a seguir,

foram retrabalhadas pelos psicólogos (...). Essas técnicas mantiveram-se empíricas por muito tempo, porém, recentemente, esforço considerável foi feito para dotar essas práticas de acento clínico mais preciso de enquadre metodológico mais rigoroso e de bases teóricas mais sólidas. (Kaës, 2005, p. 47-48)

Por outro lado, constatamos que a teorização sobre os objetos mediadores realizada por Kaës e colaboradores é muito diretamente ligada à teorização anterior sobre o psicodrama psicanalítico de grupo. De fato, esta experimentação com técnicas do psicodrama parece ter aberto não só uma disponibilidade para a pesquisa sobre o uso de recursos diferentes da fala em grupo, mas estabeleceu os alicerces teóricos que seriam requisitados nesta empreitada.

Grosso modo, a teorização francesa sobre o psicodrama e os objetos mediadores aponta para a mobilização das vias sensoriais como forma de colocar em movimento registros psíquicos precários ou primitivos. Uma forma ilustrativa de nos aproximarmos deste tema complexo é lembrarmos que mesmo um animal, digamos um cachorro, que passe por castigos físicos terá seus músculos retesados e pode disparar em fuga se levantamos um braço subitamente em sua frente. De modo semelhante, crianças pequenas que sofrem algum acidente ou abuso antes mesmo da aquisição da linguagem, portam marcas destas experiências ao longo da vida.

Estes exemplos mostram que há formas de registro da experiência vivida que não passam pela linguagem verbal. Ao que tudo indica, há uma “associatividade sensório motora” (Brun, 2013). Um braço levantado de um adulto pode fazer uma criança fechar e apertar os olhos, o coração acelerar etc. Uma percepção visual que pode disparar um movimento de olhos e uma mudança no ritmo cardíaco sem necessariamente passar pelo registro de memórias evocativas de espancamentos no passado, por exemplo.

A teoria francesa do uso de objetos mediadores busca retirar o máximo deste fenômeno. As teorizações são complexas e diversas dividindo-se sobretudo em dois campos. De um lado aquele protagonizado por Kaës (2005) e Vacheret (Vacheret, 2000). De outro, com uma produção mais recente, René Roussillon, Anne Brun e

colaboradores (Brun et al., 2013). Bernard Chouvier deve ainda ser mencionado como um pensador original que transita bem entre estas duas vertentes. De modo introdutório, posso dizer que todos esses olhares buscam maximizar e utilizar clinicamente algo da ordem do efeito do braço levantado no exemplo acima. Ou seja, o uso de objetos mediadores nos grupos seria pensado como modo de se trabalhar com estes registros psíquicos precários, pouco simbolizados, muito próximos do corporal. Por isso mesmo, seriam potentes na clínica do traumático e de psicopatologias que remetem a falhas nos registros psíquicos, identificadas normalmente como fora do campo da neurose.

Em uma linguagem psicologicamente rigorosa, mas ao mesmo tempo poética, lemos em Kaës:

(...) as mediações utilizadas nos processos terapêuticos de grupos de mediação são os herdeiros do sonho, elas são os meios de restaurar a capacidade de sonhar. Elas lhes propõem equivalentes. Quando a capacidade de sonhar e de brincar está falha, as mediações de próteses são necessárias, pois restauram essas capacidades. Sob este ângulo, as atividades dos grupos de mediação têm função essencial: a de tornar possível a criação de sintomas que poderão, então, ser situados, nomeados, reapropriados e reconhecidos a partir do conflito que lhes organizam. Isso tudo sob a condição de que a fala acompanhe a experiência de mediação (Kaës, 2005, p. 50).

Se na seção anterior falamos da necessidade de interpretações para ajudar um grupo a dar passos no sentido da desilusão grupal, podemos agora entender que a proposição de objetos mediadores em um grupo pode ajudar ali onde a dificuldade é chegar até a ilusão grupal. Não à toa, o uso de objetos seja opção frequente nos equipamentos de saúde mental.

Mas notemos que, como afirma Kaës (2005), as mediações não substituem a fala, elas devem puxar a fala! Só faz sentido um uso psicanalítico de objetos compreendendo-se que o grupo repousa em regras que são comunicadas pela fala (portanto é a fala que possibilita o grupo) e que os ganhos pelo trabalho de simbolização que se almejam, demandam tanto a ativação da sensorialidade pelo uso dos objetos, quanto espaços de fala sobre a experiência com estes objetos.

Do ponto de vista da técnica, deve-se sublinhar a ideia de um brincar junto com os membros do grupo e os objetos. Claro, o coordenador (ou analista ou ainda animador, como preferem os franceses, conforme o autor e o caso) não se confunde com os outros membros do grupo. A ele ou a ela cabe garantir o enquadre da atividade, suas regras constitutivas. Seu envolvimento também pode ser compreendido como um facilitador do processo. Há, é bem verdade, diferenças no papel do coordenador em uma contação de história, em uma atividade com fotos, nas diversas técnicas presentes na literatura. Mas de modo geral, evitam-se as interpretações em sentido clássico do termo, pois se desviam da proposta de estimular a capacidade de sonhar, podendo inclusive criar situações de inibição ao livre associar.

Se os estudos franceses se aprofundam no uso terapêutico das mediações, eles não fecham a porta para outros usos. Nesta perspectiva, os objetos mediadores ajudariam na formação de novos vínculos, permitiriam a aproximação de novos objetos de estudo e o encerramento de atividades de formação, o trabalho sobre dificuldades pontuais de um grupo etc. (Castanho, 2018). No entanto, são raros os trabalhos nesta literatura que investiguem o uso de grupos com objetos mediadores fora do contexto estrito do atendimento psicoterapêutico e algumas de suas variações mais próximas.

O grupo como espaço de singularização

É Ana María Fernández (2006) que fala de uma lógica disjuntiva que opõe indivíduo à sociedade como característica do pensamento ocidental. Esta lógica seria caracterizada por uma oscilação entre extremos: uma redução dos fenômenos humanos ao indivíduo redundando no psicologismo, ou sua redução à dimensão social. Fernández irá encontrar no pensamento de Kaës um avanço significativo nesta superação. Em diálogo com esta autora reafirmei este entendimento da contribuição de Kaës, ainda que ao redor de outro aspecto de sua obra (Castanho, 2015), caminho semelhante ao de Claudine Vacheret ao ver em Kaës uma ruptura de paradigma no sentido do pensamento de Thomaz Kuhn (Vacheret, 2010). O que se evidencia aqui é a potência do pensamento do autor em renovar este debate clássico das Ciências

Humanas, potência que se concretiza na obra de Kaës, mas responde a questões que atravessam de modo particularmente forte os autores da perspectiva francesa de grupo desde sua origem.

Retomando a seção anterior, interessante notar que Vacheret (2000) fala em sinergia entre o grupo e o objeto mediador ao indicá-los para os casos mais graves. Ocorre justamente que a tradição francesa entende o dispositivo de grupo (mesmo sem objetos mediadores) como um recurso capaz de responder aos desafios da clínica frente a problemáticas não neuróticas. Há um grande debate na psicanálise contemporânea sobre os limites ou as dificuldades do dispositivo analítico proposto por Freud no trato das chamadas patologias narcísicas, que aparentemente vêm crescendo em nossa época, mas que remetem também a certos públicos que tradicionalmente não frequentavam os consultórios de psicanalistas. Assim, ao falarmos de grupo, estamos, na verdade, no mesmo terreno da problemática que desenvolvemos em relação aos pacientes que se beneficiariam do uso de objetos mediadores. Falamos de pessoas cujas dificuldades nos remetem a falhas de seu ambiente que ocorreram em fases precoces de seu desenvolvimento e/ou falhas ambientais e culturais que dificultam ou impedem processos necessários à constituição do sujeito.

Nesta perspectiva, o dispositivo de grupo seria um espaço onde se reeditam estes processos mais primitivos, sendo, por isso mesmo, uma estratégia promissora para abordá-los clinicamente. Esta especificidade clínica do dispositivo de grupo remete a uma concepção na qual a intersubjetividade, a presença humana múltipla, é constitutiva para o sujeito. No linguajar winnicottiano poderíamos dizer que um bebê não existe desde seu próprio ponto de vista. O ser humano emerge desta relação inicial com a mãe ou com outra figura de cuidado, ou ainda, do ambiente como um todo, quando tudo se passa suficientemente bem. Trabalhar em grupo seria então se posicionar mais proximamente destes processos constitutivos. Este tipo de olhar traz uma marca muito importante para a corrente francesa: a perspectiva do grupo como berço originário do psiquismo.

Verdade que o problema da lógica disjuntiva entre sujeito e sociedade sempre foi endereçada pelas teorias psicanalíticas de grupo. Em

Pichon-Rivière (1985/2000, 1985/2007) vemos um grupalista que pensa a relação entre sujeito singular e grupo de modo dialético. Ao dizer que este autor latino-americano parte da psicanálise para a psicologia social já temos uma ideia de como ele poderá encontrar apoio na dialética para pensar a determinação mútua e recíproca entre o sujeito e seus grupos. A categoria da dialética no pensamento psicanalítico francês de grupo mereceria um capítulo especial, mas o que me parece importante aqui é que ao mesmo tempo que os franceses reconhecem esta mútua e recíproca determinação entre sujeito e grupo, apontam que ela não se dá entre elementos de mesma natureza. Para eles, o grupo é anterior ao sujeito e se relaciona com ele fortemente naquilo que diz respeito às suas origens, seus processos mais fundamentais e vitais, sua existência e transcendência.

Tudo que é da ordem do grupo mobiliza aquilo que nos originou como sujeitos, nos sustenta em nossa existência no presente e permite que sigamos nosso processo de subjetivação. Os modelos vão se multiplicando, complexificando e especificando, sobretudo em Kaës. Desde o conceito de aparelho psíquico grupal, Kaës (1976/2000) postula que uma parte da vida psíquica do sujeito ocorre fora dele, nos grupos. Os espaços psíquicos comuns e partilhados do grupo são co-construídos inconscientemente de modo complexo e mobilizam estratos profundos do funcionamento psíquico de cada sujeito. Daí que uma interpretação ou manejo dirigido a algo comum e partilhado no grupo possa ser considerado como atingindo cada sujeito de modo potencialmente diferente, convocando-os a mudanças e reequilíbrios psíquicos. O trabalho com grupos, neste sentido, vai sendo menos percebido como o trabalho com uma totalidade, “o grupo”, e mais como um transitar entre espaços psíquicos comuns, partilhados e singulares que permitam relançar esta potência do grupo como berço originário do psiquismo, visando processos de subjetivação e singularização.

Esta visão, inovadora e complexa da relação entre sujeito e grupo remete à problemática das alianças inconscientes (Castanho, 2015; Kaës, 2009) e implica uma visão do sujeito do inconsciente como sujeito do vínculo (Castanho 2018; Kaës, 2007). Tema extremamente complexo que não podemos mais do que assinalar no escopo deste capítulo. Ele implica uma discussão filosófica densa sobre o que é o ser humano (ontológica),

sobre o que ele pode conhecer do mundo (epistemologia) e sobre o que é saúde para ele. Discussões extremamente complexas que possuem implicações práticas importantes a salientar neste capítulo.

Aportes importantes sobretudo em um mundo adoecido pelo que, desde Lasch (1979/1983), chamamos de cultura do narcisismo e que poderíamos referir sinteticamente hoje como uma sociedade que sofre e faz sofrer do narcisismo. Nela, encontramos de um lado tendências individualizantes e isolacionistas que encarceram sujeitos em sofrimentos sem saída, de outro, movimentos homogeneizantes, que igualam todos e impedem ou atrapalham singularizações. O olhar de grupo francês é promissor no campo teórico e clínico para endereçarmos esses problemas. Trabalhamos sobre as bases psíquicas comuns e partilhadas de todos os sujeitos, para relançar de um lado a vida e a experiência de pertencimento humano, de outro, abrir os processos de singularização e de subjetivação incessantes.

Conclusão

Vimos ao longo deste capítulo como o contexto histórico do nascimento da perspectiva francesa de grupos marca as opções iniciais feitas pelos estudiosos desta área e como estas opções organizaram longas e frutíferas trajetórias de pesquisa. Começamos abordando o estudo das crenças relacionadas aos grupos e suas relações com o processo grupal. Seguimos apresentando a proximidade com o trabalho em instituições pela via do olhar institucional e do uso de objetos. Finalizamos apresentando a perspectiva do dispositivo de grupo como aquele que promove processos de singularização, indicando a relação desta perspectiva com questões ontológicas e epistemológicas e sublinhando sua importância no enfrentamento do sofrimento narcísico da atualidade.

Em sua trajetória histórica, a afirmação da centralidade do referencial teórico psicanalítico e da prática clínica (em sentido ampliado) ajudou a distinguir esta perspectiva em relação à análise institucional, com a qual se unia em algumas posturas críticas comuns nos anos 60. Tais opções também contribuíram para que a perspectiva psicanalítica de grupo francesa se mantivesse próxima dos campos nos quais a psicanálise já atuava, notadamente nas instituições de saúde e em algumas interfaces

com o Judiciário, como no trabalho com adolescentes em conflito com a lei. Esta característica ganha nitidez ao ser comparada com o desenvolvimento do trabalho com grupos na América Latina a partir do grupo operativo.

O grupo operativo de Pichon-Rivière (2007/1985) foi desenvolvido sob demandas sociais bem diferentes das demandas do contexto Francês que analisamos. O contexto Argentino viu nascer um dispositivo de grupo que transita elegantemente entre campos totalmente distintos de atuação. A proposta do centramento na tarefa do grupo é o que permite esta maleabilidade em relação aos campos de atuação. É por esta característica que Pichon-Rivière afirma que “O grupo operativo é universal (...)” (Pichon-Rivière, 2007/1985, p. 240. Tradução do autor).

Acredito que seja possível e frutífera a empreitada de retomar os três eixos do pensamento francês aqui apresentados, utilizando-os em grupos que sejam centrados na tarefa e ampliando assim seu escopo de ação. Mas na finalização deste capítulo, não posso fazer mais do que sugerir que esta empreitada é bem mais complexa e que o leitor poderá encontrar mais sobre ela em outro texto (Castanho, 2018).

Referências

- Anzieu, D. (1956). *Le psychodrame analytique chez l'enfant*. Paris: PUF.
- Anzieu, D. (Org.). (1973). *Le travail psychanalytique dans les groupes I*. Paris: Dunod.
- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod.
- Anzieu, D. (1986). Introduction à l'étude des fonctions du Moi-peau dans le couple. *Gruppo*, 2, 75-81.
- Brun, A. (2013). *Spécificité de la symbolisation dans les médiations* Em: A. Brun, B. Chouvier, & R. Roussillon. *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp.122-158). Paris: Dunod.
- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris: Dunod
- Castanho, P. (2013). Dispositivos grupais utilizados por René Kaës: Apontamentos para o estudo de sua arqueologia e gênese. *Vínculo*, 10, 14-25.

- Castanho, P. (2015). O conceito de alianças inconscientes como fundamento ao trabalho vincular em psicanálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6, 92.
- Castanho, P. (2018). *Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições*. São Paulo: Linear A-barca.
- Fernández, A. M. (2006). *El campo grupal: Notas para una genealogia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1999). Massenpsychologie und Ich-Analyse. Em: S. Freud, *Gesammelte Werke* (v. 13; pp. 72-161). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Trabalho original publicado em 1921)
- Kaës, R. (2000). *L'appareil psychique groupal*. Paris: Dunod. (Trabalho original publicado em 1976)
- Kaës, R. (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: Transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel: La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscient*. Paris: Dunod.
- Kaës, R., & Anzieu, D. (1976). *Chronique d'un groupe*. Paris: Dunod.
- Kaplan, J. W. (1946). *Group psychotherapy: Theory and practice*. New York: Grune & Stratton.
- Lapassade, G. (1970). *Groups, organisations et institutions* (2. ed.). Paris: Gauthier-Villars. (Trabalho original publicado em 1967)
- Lasch, C. (1983). A cultura do narcisismo: A vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1979)
- Pichon-Rivière, E. (2000). *Teoria del vínculo* (21 edição). Buenos Aires: Nueva Visión. (Trabalho original publicado em 1985)
- Pichon-Rivière, E. (2007). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social* (1) (2. ed.). Buenos Aires: Nueva Visión. (Trabalho original publicado em 1985)
- Pontalis, J.-B. (1993). *Après Freud*. Saint-Amand: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1968)
- Rodrigues, H, B, C. (2007). “Sejamos realistas, tentemos o impossível!” Desencaminhando a Psicologia através da análise institucional. Em: A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. FEREIRA, & F. T. Portugal, (Orgs.),

- Histórias da Psicologia: Rumos e percursos* (pp. 515-563). Rio de Janeiro: Nau.
- Vacheret, C. (Org.) (2000). *Photo, groupe et soin psychique*. Lyon: PUL.
- Vacheret, C. (2010). L'appareil psychique groupal: Révolution et évolution. Em M. Pichon, H. Vermorel, & R. Kaës (Orgs.), *L'expérience du groupe* (pp. 43-69). Paris: Dunod.
- Winnicott, D. W. (2001). *Playing and reality*. East Sussex: Brunner-Routledge. (Trabalho original publicado em 1971)

Mais alguns conceitos bionianos importantes para a psicanálise das configurações vinculares

Waldemar José Fernandes

Há inúmeros conceitos e reflexões trazidos por Bion, que enriqueceram a psicanálise. Muito deles são de grande importância no trabalho com grupos, casais, famílias e instituições. Discutiremos um pouco mais sobre alguns desses conhecimentos neste capítulo, na intenção de convidar o leitor a refletir conosco e avaliar se lhe parecem úteis, como consideramos.

Selecionamos os seguintes itens para reflexão:

- 1) Função psicanalítica da personalidade;
- 2) Universo em expansão;
- 3) Conhecimento;
- 4) Mudança catastrófica – *establishment*;
- 5) O pensar e os pensamentos;
- 6) Teoria das Funções – Funções alfa (α) e beta (β) – *Rêverie*;
- 7) Teoria das Transformações – Realidade incognoscível;
- 8) Teoria dos Modelos;
- 9) Barreira de contato e sua deterioração; e
- 10) Psicopatologia da Posição Esquizo-paranoide – Personalidade psicótica – Ataque aos vínculos – “Super”-ego.

1) Função psicanalítica da personalidade

É a *atração que sentimos em direção à verdade e ao conhecimento de nós mesmos*. Entre os conceitos de Bion, esse é um dos mais significativos, e refere-se ao fato de que a busca epistemológica é inata em cada um de nós.

A tendência a buscar a verdade deve ser desenvolvida no processo psicanalítico, com a introjeção dessa função do analista. Num grupo bem evoluído, essa busca é algo que se tornará parte do grupo. Sempre que alguém distorce os fatos ou utiliza muito de mecanismos de defesa, outros participantes tendem a fazer questionamentos que possam levar à verdade.

Chamamos de *realidade psíquica* à realidade interna do sujeito, forma especial da existência que não deve ser confundida com a realidade material. “O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica; em sua natureza mais íntima é tão desconhecido quanto a realidade do mundo externo” (Freud, 1900/1996, p. 33). Essa realidade interior é mais rica, e geralmente preferida à realidade externa.

Para Melanie Klein e Bion, tal realidade psíquica está povoada por fantasias inconscientes. “O objeto de conhecimento em psicanálise é a *realidade psíquica* – de si mesmo e do outro... A busca da realidade psíquica é inerente ao ser humano; é a chamada *Função psicanalítica da personalidade*” (Bion, 1962/1991, p. 123).

Podemos entender tão importante função, como a que *está diretamente relacionada com a busca da verdade e do conhecimento da realidade psíquica de si mesmo*, desde o nascimento, antes e depois da análise, o que deixa para o analista apenas a possibilidade de ajudar no seu desenvolvimento, enquanto o processo analítico durar. Tal tendência a buscar a verdade deve ser desenvolvida no processo psicanalítico, com a introjeção dessa função do analista.

2) *Universo em expansão*

Esse conceito de Bion refere-se à meta do trabalho analítico: uma ampliação do espaço interno e externo dos analisandos, que denominou “um universo em expansão, o que envolve a conquista e o respeito à liberdade, própria e do outro. Zimmerman (1995, p. 66) reflete que, com essa expressão, Bion costumava afirmar que “o processo psicanalítico não deve procurar verdades acabadas e nem conclusões definitivas; pelo contrário, ele deve se constituir em novas e progressivas aberturas numa constante interrelação entre o sensorial e o abstrato (...)”.

Gostaria então de enfatizar o interesse de Bion pelo tema do pensar, como sinal e fator de expansão do universo mental. Essa

abordagem deixa entrever que o movimento psicanalítico teve grande impulso com Bion, no sentido de propor um alargamento das mentes do analista e do paciente e, eu acrescentaria, dos participantes das configurações vinculares, em geral.

Um *universo em expansão* implica alterações dos pontos de vista, que terão de ser expandidos. É um processo interminável de constante abertura e crescimento mental, que faz lembrar da “espiral dialética” de Pichon-Rivière (1980/1982, p. 56). Esse projeto de abertura se aplica a pacientes e a analistas, sendo de grande interesse para quem trabalha com grupos.

No grupo terapêutico, não adianta o analista se manter no *modo universo em expansão*, enquanto o grupo buscar algo diferente ou cada paciente procurar a cura de todos os seus males ou mesmo uma orientação sobre o que fazer em determinada situação. Há que encontrar um caminho do meio, um acordo que viabilize o trabalho.

A meta *universo em expansão* exige disponibilidade para lidar com as diferenças e com ideias novas, assim como autenticidade e flexibilidade do analista. O processo psicanalítico grupal, tal como o familiar ou o institucional, deve possibilitar novas aberturas, em constante crescimento grupal e pessoal, com aprendizado pela experiência; verdadeiramente aprender a pensar, no sentido bioniano, como veremos a seguir.

3) *Conhecimento*

O tema do conhecimento, como é visto por Bion, tem grande importância no trabalho psicanalítico e, muito especialmente, na psicanálise vincular.

Todos conhecemos, nos grupos, na atividade clínica e no dia a dia de qualquer sujeito, como é difícil se encontrar pessoas que realmente consigam aprender com a experiência. Tal ocorrência pode surpreender, já que consideramos natural e esperada uma certa atração pela verdade, pelo conhecimento. Qual a origem dessa dificuldade?

Como vimos na abordagem sobre o Vínculo K, o do conhecimento, ele caminha sempre junto com o Vínculo do Amor, assim como o não conhecimento caminha com o Vínculo do Ódio, H. Numa evolução da teoria kleiniana, Bion colocou as dificuldades de

aprendizagem junto com a patologia da posição esquizo-paranoide, o que fica bem claro na explicação de David Epelbaum Zimerman (1995, p. 110-111): Se “prevalecer (...) uma admiração pelas capacidades criativas do interior materno desenvolve-se uma progressiva e sadia capacidade epistemofílica. Já os distúrbios de aprendizado e (...) psicóticos relacionam-se à curiosidade destrutiva e invejosa com relação ao corpo da mãe”.

A aprendizagem está diretamente relacionada à capacidade de lidar com aquilo que é novo. O problema é que esse novo costuma incomodar, assustar e, de certa forma, até agredir, ou seja, a ideia nova contém uma força potencialmente disruptiva e ameaçadora, que pode despertar reações violentamente contrárias por aqueles que são porta-vozes das velhas estruturas, que não querem ver renovadas. Por exemplo, nos mitos do Éden, de Édipo e de Babel vemos que a curiosidade de chegar ao conhecimento é castigada, por ser um pecado. Tais mitos mostram as vicissitudes do indivíduo e dos grupos na busca da verdade – proibida pelos deuses.

Veremos que a função do pensar, na concepção bioniana, não é o mesmo que possuir pensamentos ou adquirir informações, mas é resultante de uma disponibilidade e desejo do sujeito para saber o que não sabe.

No trabalho clínico, frequentemente as pessoas pretendem se livrar do que as incomoda, fazer algo e, tal como numa cirurgia bem-sucedida, o que estava doente seria extirpado. Por vezes, perdem o sono e, como um cachorro perseguindo o próprio rabo, ficam compulsiva e inutilmente querendo *resolver* o incômodo.

Em situações assim, dizem que ficaram pensando o tempo todo. Mas o que me parece é que isso é exatamente o que não fizeram. Então, acho pertinente a observação de Bleger: “muito do que se chama pensar é somente um círculo vicioso e estereotipado (...), uma dissociação com a tarefa, um pensar que não acontece nem segue à ação, mas que a substitui” (Bleger, 1961/1979, p. 64).

Pode-se dizer que psicanalisar é pensar e estimular o pensar do outro, assim como trabalhar psicanaliticamente com as configurações

vinculares é o mesmo que estimular o pensar nas vinculações intra e intersubjetivas. Isso implica lidar com o pensamento e com a intuição.

Intuir vem do latim *intuitus*, formado de *in* (dentro) + *tuere* (olhar) = olhar para dentro. Esse é nosso objetivo: ajudar aqueles que nos procuram a *olhar para dentro de si*, para aprenderem a lidar com sua afetividade, presente em todos os contextos. Nesse sentido, Zimerman (2012, p. 167) expressa bem “(...) uma metáfora de Bion, que recomenda que o analista lance sobre sua visão um *facho de escuridão* para que possa ver melhor, da mesma forma como *as estrelas ficam mais visíveis na escuridão da noite*”.

Os pacientes que nos procuram frequentemente querem soluções para seus problemas e respostas para suas aflições, mas pensar tem a ver com o desafio de tentar lidar com os problemas e com as aflições, em vez de pretender exterminá-los como uma praga.

4) *Mudança catastrófica*

Bion queria indicar com essa expressão que “o crescimento exige todo um processo de transformação que, às vezes, implica mudanças muito significativas, como, por exemplo, a transição da posição esquizo-paranoide para a posição depressiva” (Zimerman, 2012, p. 184). Essa transição pode ocorrer acompanhada de intensa angústia, de tal modo que a pessoa, mesmo num processo sadio de evolução, sofre muito e tem a impressão de que vai enlouquecer ou morrer.

Como relatado em Fernandes (2003), esse é um conceito de Bion, de 1966, que mostra que sempre encontramos uma conjunção constante de fatos específicos nos mais diferentes contextos, como na mente, no grupo ou nas instituições, com a tendência a se manterem estáveis. Sempre que tal conjunção de fatos encontrar-se com a *possibilidade iminente de crescimento*, de mudança, pode ocorrer o que ele chamou de *mudança catastrófica*.

O clima emocional existente nesse caso é caracterizado pela *violência, invariância e subversão do sistema*, o que pode acontecer, por exemplo, nos grupos terapêuticos, quando um fato novo, uma nova ideia ou uma intervenção eficaz pode promover mudança estrutural no grupo.

As vicissitudes da ideia nova dentro do grupo podem ocorrer para evitar o nível de funcionamento grupal chamado de *Grupo de Trabalho*, entrando parcialmente no nível de *Supostos Básicos*. São defesas contra a mudança catastrófica. A crise psicótica, contida ou não nos limites da situação analítica, é também um exemplo de mudança catastrófica. “A mudança é catastrófica no sentido restrito de um acontecimento que determina uma subversão da ordem ou sistema de coisas; é catastrófica porque desperta sentimentos de desastre nos participantes e porque aparece de forma brusca e violenta” (Grinberg et al., 1972/1973, p. 63).

Pela mesma razão é violenta, pois a ideia nova tende a promover a subversão de sistemas com aspectos organizados, estáveis e rigidez caracterológica, tipo casal, grupo institucional, familiar ou outra configuração grupal – a mente inclusive. Bion denominou *establishment* a essa organização rígida, que resiste ao crescimento vinculado à mudança.

4.1) *Establishment*

É a situação de poder, estabilidade e organização – mental ou institucional – com tradições e normas estabelecidas, condizentes com a época e a cultura. Essa estabilidade é ameaçada sempre que surge uma *ideia nova*, que, para Bion, é trazida por alguém, que ele denominou “gênio”, “místico” ou “herói”, como foram as ideias de Jesus para o poder romano, por exemplo, ou de Giordano Bruno, que, tal como Copérnico, ousou afirmar que a Terra não era o centro do universo, ideia que foi altamente disruptiva, verdadeiro sacrilégio, para o *establishment* científico da época.

No grupo (Fernandes, 2003), o portador de uma ideia nova provoca na parte estável e de nível mais evoluído do grupo (que é o nível de grupo de trabalho) uma instabilidade, isto é, reações de evitamento e hostilidade contra a mudança, sempre inerente a uma ideia nova.

O grupo pode expulsar o *gênio* ou endeusá-lo, e pode ser absorvido pelo *establishment*, perdendo assim a força ameaçadora de suas ideias. Por outro lado, o *establishment* torna a ideia nova mais acessível ao resto do grupo, por exemplo, mediante dogmas religiosos, leis etc., o que provoca limitação e controle da ideia nova, mas permite sua sobrevivência e eventual transmissão.

Nas instituições de saúde pública conhecemos bem o papel inovador daqueles que pensam criativamente, que oferecem espaços para discussões em grupos e que aproveitam as brechas na estrutura rígida do *establishment* para introduzir ideias e propostas, semeando mudanças; conhecemos também as resistências a isso. O mesmo fenômeno ocorre no campo da educação-aprendizagem na área psi.

Nas instituições educadoras, ou formadoras na *área psi*, a necessidade de se ter abertura, questionar projetos e fazer constante reavaliação do desempenho é vital, o que pode ocorrer com auxílio de grupos psicanalíticos de reflexão.

Mecanismo análogo ao descrito até aqui também é encontrado nas instituições psiquiátricas tradicionais, onde há um verdadeiro muro que separa os profissionais dos pacientes. Já o relacionamento horizontal, existente nas comunidades terapêuticas, é baseado na premissa de que os loucos não são tão loucos, nem os sadios tão sadios.

Da mesma forma, quando propomos Grupos Psicanalíticos de Discussão nos eventos científicos, o *establishment*, formado pelos que se autopromovem e se regozijam com os aplausos, se organiza contra a ideia de horizontalizar o conhecimento latente e suas possibilidades criativas. Parece um bom modelo para uma reflexão: a divisão em castas pode ser agradável enquanto pertencemos à casta superior, com suas vantagens, mas, como seres humanos, seremos tão diferentes assim?

Vimos, então, como os conceitos de mudança catastrófica e de *establishment* estão implicados. A mudança catastrófica está relacionada à *arrogância*, mais um conceito de Bion, que, entre outros sentidos, refere-se à tendência à negação, seja da realidade externa, seja da interna, geralmente relacionada a uma ideia nova que ameaça induzir o participante do grupo, ou o paciente de modo geral, a rever estruturas estabelecidas, tornando mais frágeis suas defesas. Ela é inevitável na evolução. “(...) proponho mudança catastrófica como uma passagem necessária pela posição depressiva à superação da negação e aceitação do sofrimento no processo positivo de mudança e de crescimento emocional” (Gerber & Figueiredo, 2018, p. 19).

É fundamental a repercussão clínica que a mudança catastrófica pode provocar, como o ataque aos vínculos e o medo de enlouquecer, a

explosão de *acting-outs*, angústia, depressão, sentimentos de confusão etc. É aí que o vínculo analista-analisando se vê mais ameaçado, e a capacidade do analista é essencial.

Tanto o analista como os pacientes temem a mudança e o crescimento, porque a *ameaça do desconhecido* é acompanhada de uma dolorosa angústia catastrófica. Por isso usamos diversos caminhos para tentar escapar de situação tão sofrida: “Assim, Bion alerta para o fato de que os caminhos de fuga dessa tão temível mudança catastrófica são de três modalidades: uma fuga para o passado (memória), para o futuro (desejo) ou para o presente (compreensão intelectual)” (Zimerman, 1995, p. 173). Tendo refletido sobre o conhecimento e a mudança catastrófica, podemos nos deter agora sobre o instigante tema do pensar.

5) O pensar e os pensamentos

Freud já havia aludido ao instinto do saber/de pesquisa. Melanie Klein, em *O desenvolvimento de uma criança* (1921/1991), referiu-se à *pulsão epistemofílica*, como meio de controlar a ansiedade, mencionando a curiosidade inata da criança para conhecer *o mistério do corpo da mãe*.

O conhecimento é perigoso e penoso. É uma entrada no desconhecido que está à frente e a necessidade de sair de um terreno que parecia seguro até então. A tendência a buscar conhecimento desperta uma defesa automática e inconsciente que contrabalança o medo ligado ao recalque de *aspirações, desejos e instintos*.

Segundo Bion, os afetos são o alimento da mente. Os pensamentos são formados por interações cognitivo-afetivas e têm capacidade para promover o desenvolvimento mental, permitindo à mente a comunicação e a expansão rumo ao intersubjetivo.

Freud (1936/1969) achava que o pensamento seria o processo mais adequado para se suportar o adiamento da satisfação relacionada a uma pulsão. O pensamento e o princípio da realidade seriam sincrônicos. Ele enfatizou que *o princípio da realidade vai se fortalecendo junto com a habilidade para pensar*, o que ocorreria da seguinte forma: entre uma necessidade não satisfeita e uma ação que a satisfaça, há um vazio – de espera – com algum grau de frustração. *O pensar visa a preencher exatamente esse vazio*.

A partir da experiência emocional primitiva da *ausência do objeto*, formam-se os pensamentos, o conhecimento cognitivo, o conhecimento intuitivo e o conhecimento de si mesmo. Esse é o caminho da busca da verdade, utilizado no referencial analítico.

No trabalho grupal buscamos a verdade que está por trás do material latente. Para Bion, a realidade última do objeto é incognoscível. Trabalhando psicanaliticamente com grupos – tanto quanto na situação bi-pessoal – o objeto de conhecimento será a realidade psíquica, povoada de amor, ódio e angústias as mais diversas, e tendência ao conhecimento, sendo que *toda conhecimento se origina de experiências primitivas de ordem emocional, em que existe ausência de objeto*.

A tolerância à frustração é uma condição *sine qua non* para o processo do pensar, processo que ocorre com os encontros e com a interação entre os diversos pensamentos.

O pensamento é um substituto da descarga motora. A capacidade de pensar permite protelar e suportar a espera entre o momento do desejo e o da ação para satisfazer a necessidade.

Bion sustentava que o princípio de realidade funcionaria sempre simultaneamente com o princípio do prazer. Na medida em que ganha em realismo, a psique vai substituindo a descarga motora pelo pensamento, assim fazendo para modificar o meio ambiente.

Habitualmente as teorias se referem aos pensamentos como sendo produzidos pelo ato de pensar. Bion revolucionou tais teorias.

É interessante e inédita a ideia bioniana de que os pensamentos antecedem e independem do pensador. Quando o pensador vai pensá-los, tais pensamentos deixam de ser verdadeiros, tornando-se falsos: “(...) trata-se de um pensamento errante em busca de algum pensador, para se alojar nele” (Bion, 1977/1992, p. 131). Na verdade, Bion “(...) sustentava que a psique é obrigada a pensar pois se depara com pensamentos que antecedem a própria existência dela” (Bléandonu, 1990/1993, p. 142).

Concepção e realização do desejo – Bion colocava certa cronologia nas experiências que levam à capacidade de pensar, começando, antes de tudo, com a *preconcepção*, cujo modelo é o *conhecimento a priori do seio*, uma

disposição inata do bebê quanto à expectativa de algo que certamente lhe dará satisfação.

Quando uma *preconcepção* encontra uma *realização positiva*, como o seio bom gratificador, delinea-se uma *concepção*, já com certa qualidade perceptiva e sensorial. Em outras palavras, a preconcepção se transforma numa concepção quando o lactente entra em contato com o *seio mesmo*.

A conscientização dessa realização vem acompanhada de um desenvolvimento conceitual. Por conseguinte, “todas as concepções estarão constantemente ligadas a uma experiência emocional de satisfação” (Bléandonu, 1990/1993, p. 142).

Da correlação entre as concepções surgem os *conceitos*, que posteriormente permitirão o *julgar*, e da avaliação das diferentes formas de julgar emergirá a capacidade de *raciocinar*.

Se a capacidade para tolerar frustrações for suficiente, a ausência de satisfação do desejo (a ausência do seio, por exemplo) torna-se um elemento primitivo do pensamento – um *protopensamento*. Desenvolve-se, então, uma espécie de aparelho psíquico para pensá-lo – o *Aparelho para pensar os pensamentos*.

Caso a tolerância à frustração seja muito pequena e não exista a necessária continência materna, o seio ausente, internalizado como *mau* (o *não-seio*) terá de ser evacuado por identificação projetiva, fator importante na compreensão da personalidade psicótica, outro conceito bioniano que veremos um pouco adiante.

Vimos um pouco do processo de pensar os pensamentos e suas vicissitudes na mente, no grupo, nas famílias ou nas instituições, questões que envolvem a criatividade, as possibilidades de comunicação e de crescimento pessoal ou grupal.

Mas será que nossos pacientes sabem pensar? Esse foi o tema de uma conversa com o saudoso David E. Zimmerman, que provocou em mim uma inquietação: será que nós, terapeutas, sabemos pensar?

Fragmento de sessão grupal

Mário: Estou muito deprimido. Meus filhos não se entendem entre eles, nem comigo. Tenho de sustentá-los até hoje. Fico desolado.

Josefa: Oh, Mário, lá vem você! Já discutimos sobre isso diversas vezes, e sempre alguém sugere que você deixe que eles vivam a própria vida, trabalhem e gastem o próprio dinheiro. Não tem cabimento você sustentar marmanjos de 30 anos de idade!

Renato: Estou cansado de vir aqui e não receber nenhuma orientação. Me sinto embananado.

Comunicações como essas, em que a posição esquizo-paranoide predomina individualmente ou prepondera na dinâmica grupal, torna difícil o pensar, pois o grupo tenta se fixar na suposição básica de luta e fuga, de dependência ou qualquer outra forma estereotipada de estar.

No exemplo citado, só uma participante do grupo tentava argumentar e promover uma reflexão. No caso, a reação a essa argumentação foi “mas o meu problema é que *penso demais!*”

Talvez se possa dizer para os participantes do grupo, então, que *estão pensando de menos*, e que confundem pensar com reclamar.

Vimos anteriormente os níveis de funcionamento mental em que o pensamento de grupo, em suas expressões primitivas e evoluídas, coexistem na situação grupal. São os aspectos transobjetivo-míticos do pequeno grupo.

Além desse *pensamento grupal*, os sujeitos ali presentes quando o grupo está reunido estarão em busca de ajuda, de conhecimento e de vislumbrar saídas para suas labirínticas confusões.

É importante, então, que façamos um estudo de um tema muito caro para Bion: o *processamento do pensar*, que tem fortes componentes intrassubjetivos e intersubjetivos e posicionamento ímpar na psicanálise vincular.

Uma das formas de não se usar *o pensar* é gastar tempo tentando convencer o interlocutor que nós é que temos *a verdade*, nós é que temos *razão*, evento comum no dia a dia dos casais, das empresas etc.

A dinâmica grupal muitas vezes é: *cada um tem a verdade, e o outro tem de aceitá-la como única*. Há outras possibilidades de o grupo evitar o pensar: alguém que insiste em que é perseguido por algum personagem mau, culpado de tudo – enquanto ele é bom e vítima dele, sem disponibilidade de ouvir e pensar sobre qualquer intervenção do terapeuta ou dos demais.

Assim, a *evasão do pensar* é das defesas mais comuns, embora nem sempre captadas por nós, um tipo de *resistência*, e como tal corresponde à *repressão*, ao *recalque* de material que não foi elaborado.

Tal como Zimerman (1999), acreditamos que:

(...) a função de pensar não é o mesmo que possuir pensamentos ou conhecimentos (*saber*), mas sim que ela resulta de uma disposição do sujeito para saber o seu não saber; logo, pensar consiste em ter problemas a solucionar, e não em ter soluções para os problemas. (p. 18)

6) A Teoria das Funções – Funções alfa (α) e beta (β)

Podem ser encontrados em Fernandes (2003) alguns temas para dar sequência à reflexão que estamos fazendo. Inspirado na matemática, Bion (1962/1991) criou as noções de função e fator como variáveis em relação com outras variáveis psíquicas. O termo função não tem o mesmo sentido que em matemática, nem faz parte da teoria psicanalítica. “São instrumentos de trabalho para que o psicanalista praticante possa mais facilmente pensar sobre o desconhecido” (Bion, 1962/1991, p. 121).

Para ele, fatores são elementos que fazem parte de uma função, como, para exemplificar, o excesso de identificações projetivas e o excesso de objetos maus são *fatores* da *não satisfação dos desejos*, das pulsões.

A função alfa (α) e a tela beta (β)

Bion propôs uma função da personalidade, à qual denominou função alfa (α), que *opera sobre as impressões sensoriais e experiências emocionais percebidas, transformando-as em elementos alfa (α)*.

Os elementos α , já transformados no plano mental em modelos auditivos, olfativos e, principalmente, em imagens visuais, podem ser utilizados para pensar, sonhar e simbolizar.

Ao conjunto organizado de elementos α , Bion denominou *barreira de contato*, que, tal como uma membrana semipermeável, separa e une o consciente e o inconsciente. Com isso, impede que a fantasia prevaleça e distorça a realidade. Da mesma forma, impede que a visão realista perturbe a criatividade e interfira demais no mundo intrassubjetivo, assim como o ato de sonhar protege o sono. A barreira de contato é a base do vínculo consigo mesmo e com o outro, dentro da normalidade.

Quando o conjunto não é organizado – tela beta (β)

Elementos beta (β) são as *impressões sensoriais* e as *experiências emocionais não transformadas*, vividas como coisas em si, que serão evacuadas por identificação projetiva patológica, como no *acting-out*, por exemplo, e não servirão para pensar nem sonhar.

Como vimos, a limitação consciente-inconsciente advém da barreira de contato formada por elementos alfa. Quando não ocorre a discriminação consciente-inconsciente, quem sabe poderíamos pensar numa barreira de contato *composta* de elementos beta? Mas, como falar em *composição*, se os elementos beta não são capazes de uma vinculação organizada?

A esse amontoado de elementos beta, incapazes de vinculação, Bion chamou tela beta.

Clinicamente, esta tela de proteção dos elementos beta faz lembrar de estados confusionais ou oníricos.

A comparação da tela de proteção, feita de elementos beta, com os estados confusionais, semelhantes aos sonhos, permite conjecturar sobre a finalidade desta tela. Pode muito bem acontecer que o paciente extravase o seu fluxo de material com a única finalidade de destruir a potência do analista, ou que prefira conservar a informação a comunicá-la. A tela beta tem a

propriedade de suscitar justamente o tipo de resposta emocional que um paciente deseja. (Bléandonu, 1990/1993, p. 150)

A tela β é característica do mundo psicótico, seja no paciente psicótico, seja no interior de todo ser humano, como uma parte psicótica da personalidade de cada um. Mas veremos ainda, dentro da normalidade, como transcorre o desenvolvimento da função alfa. Nada mais oportuno, então, do que estudar o conceito de *Rêverie*.

Rêverie é um conceito bioniano fundamental, sobre o qual podemos encontrar algum detalhamento em Fernandes (2003). Vejamos um pouco mais a respeito.

Basicamente, é *um estado de sonho da mãe*, no qual ela pode captar intuitivamente o que se passa com o seu bebê. Isso é possível devido à função α – que acolhe as identificações projetivas. É uma função de *continência, acolhimento e processamento*.

Pode-se dizer que é a capacidade do analista, e primeiramente da mãe, de receber e decodificar as angústias do paciente ou do filho, devolvendo essas angústias com menor carga destrutiva, já <i>desintoxicadas</i> .

No desenvolvimento normal, o bebê será cuidado e alimentado pela mãe. Além disso, dependendo da *Rêverie* da mãe, o bebê será cuidado emocionalmente, pelo olhar, pelo contato físico, sua voz e serenidade, ou seja, ocorrerá também a comunicação por via empática entre mãe e bebê, e entre analista e clientes, o que é essencial para o bom desenvolvimento do bebê, do analisando e do grupo como um todo.

O termo *Rêverie* aplica-se a todos os conteúdos. Reservo-o entanto, apenas àquele repleto de amor e ódio. Nesse sentido estrito, a *rêverie* é estado mental aberto a receber quaisquer *objetos* do objeto amado, e, portanto, acolher as identificações projetivas do bebê, se boas ou más. Em suma, a *rêverie* é fator da função alfa da mãe. (Bion, 1962/1991, p. 60)

O significado de *Rêverie* mostra certa analogia com outro conceito, enunciado anos depois por Kaës (1984), o de ancoragem (*etayage*), que podemos encontrar em *Grupos e configurações vinculares* (Fernandes, 2003).

Trata-se de uma forma ampla de apoio entre duas partes, como mãe e bebê, por exemplo, havendo uma entreabertura entre essas partes, suficiente para um processo de elaboração, de trocas.

O conceito de ancoragem, baseado em Freud e pós-freudianos, foi retrabalhado por René Kaës, ampliando a compreensão vincular do processo de formação do psiquismo, abrindo novas perspectivas, principalmente no campo grupal.

Os conceitos de função alfa e de *Rêverie* têm importância também para nossa própria capacidade de trabalhar. Para o analista interessado na vincularidade, a *Rêverie* lhe possibilita dar livre curso às fantasias, devaneios e emoções, em um estado da mente semelhante ao que Freud chamou *atenção flutuante*, porém de forma mais ampliada. O vínculo analista-pacientes e analista-grupo, tanto quanto o vínculo mãe-bebê, implica uma ressonância profunda entre as partes.

Dissemos que *Rêverie* é uma função de continência, acolhimento e processamento. Bem, podemos dizer também que *Rêverie* implica *comunicação*.

Qual a real possibilidade de nos comunicarmos? Partindo do princípio de que o emissor de uma mensagem pretende ser entendido pelo receptor, o que importa é o *quanto conseguimos transmitir* e o *quanto conseguimos captar*.

O tema *comunicação* é amplo e fundamental em nosso trabalho com a grupalidade.

Fragmentos de um grupo terapêutico

Luiz, que predominantemente está quieto e com “cara fechada”, dando a impressão de estar com raiva, conta sobre uma discussão que teve com sua esposa. Esta se queixava de que ele não colaborava nas tarefas domésticas.

Diz ele que na ocasião falou *mais uma vez* sobre seu horário abusivo de trabalho e que chegava cansado, sendo que ela *nem ligava para isso*.

Luiz: Não sei por que ela ficou tão agressiva, não quis falar mais nada, e saiu chorando e batendo portas!

Lúcia: Talvez seja o jeito de olhar e o tom em que você falou!

Armando (para Luiz): Você olha com raiva. É raiva da gente, de alguém em especial?

Luiz: Não! Eu gosto daqui, de vocês e do doutor.

E conta que a mulher sempre diz que ele tem raiva, mas ele não percebe. Concorde que se exaltou quando discutia com ela em tom áspero.

Foram discutidas outras questões, sendo abordadas formas de sentar-se nas cadeiras, sobre os mais inquietos, os olhares e tons de voz.

Terapeuta: Vocês puderam confirmar o que imaginavam ou corrigir impressões erradas que tiveram com relação aos colegas do grupo, como ocorreu na conversa até agora. É possível que em casa não façam o mesmo, ao ficarem presos nas “impressões”, causando problemas e mal-entendidos.

Na mesma sessão:

Joana: Tenho prestado mais atenção em mim, e já consigo perceber o jeito como falo com meus filhos, sempre aos gritos, porque não me obedecem...

Maria José: Você diz que grita e que não obedecem. Então não está adiantando gritar. Precisa experimentar algo diferente e ver se funciona...

Temas da comunicação verbal e não verbal sempre aparecem nos grupos. Costumo fazer apontamentos nesse sentido, o que tem permitido que percebam as distorções existentes na comunicação, para que então possam pensar nos significados que poderiam estar por trás disso. Quanto a esse tema, há um importante trabalho de Bion, sobre as *transformações* que todos nós fazemos. Vamos examinar a questão.

7) Teoria das Transformações

No texto de David Epelbaum Zimmerman *Etimologia de termos psicanalíticos*, encontramos:

Transformações – a etimologia dessa expressão procede do étimo latino *trans* (= através do espaço e do tempo) + *formações* (= novas formas). Na psicanálise, esse termo foi introduzido por Bion, com o propósito de valorizar a importância continuada, no processo analítico, de que haja uma sucessão de mudanças, transformações grandes ou pequenas, na pessoa do paciente, mas

também na do analista, no vínculo entre ambos e também na marcha do processo analítico. Bion estudou e descreveu uma série de transformações distintas umas das outras. (Zimerman, 2012, p. 237)

Em Fernandes (2003) há diversas reflexões sobre o tema, que procurarei sintetizar de acordo com o que me parece mais importante para as finalidades deste livro.

Podemos dizer que transformar é *formar para além de – mudar*. O conceito de transformações é prioritariamente clínico e auxilia a compreender a evolução da experiência emocional do vínculo entre analisando e analista, entre as partes de cada um consigo mesmo e com o grupo como um todo.

Esse texto de Bion (1965/1983) trouxe contribuição importante para outros ramos das ciências, assim como para a psicanálise.

A elaboração onírica é o processo de transformação do conteúdo latente de ideias em imagens visuais manifestas. Da mesma forma, o processo transferencial é o resultado da transformação de *matrizes vinculares*¹⁹ e de situações infantis reprimidas, em uma nova edição, já com algumas diferenças, que vão ocorrer no vínculo com o analista ou demais participantes do dispositivo vincular.

As importantes transformações que ocorrem no vínculo analítico, seja na situação bi-pessoal, seja na grupal, podem provocar modificações na configuração das capacidades afetivas e intelectivas dos participantes.

Na prática psicanalítica vincular ocorre o seguinte:

- As associações dos pacientes, já formuladas em palavras, são o produto de transformações de pensamentos e emoções, que se referem a fatos passados ou presentes, externos ou internos, dos quais também são transformações.
- A interpretação psicanalítica é uma transformação verbal dos pensamentos do analista, “e estes são parte de um processo de transformação de uma experiência emocional em contato com o paciente” (Grinberg et al., 1972/1973, p. 92).

¹⁹ Ver o capítulo 7, *Contribuições de Bion para o estudo e o trabalho com grupos*.

Na transformação há um fato ou estado original desconhecido (letra Ó), um processo de transformação e um produto, já transformado.

É importante sabermos em que meio foi realizada a transformação: na mente, no corpo ou no mundo exterior. Além disso, a técnica empregada – que Bion denominou grupos de transformações, como as teorias psicanalíticas – influirá no processo, assim como o vértice (ponto de vista) do observador.

Um mesmo fato, ao ser comunicado, pode ser transformado diferentemente em momentos diversos, dependendo dos *estados da mente*²⁰ de quem emite e de quem recebe a comunicação.

No que se refere ao esquema do processo comunicativo, já utilizado anteriormente, temos:

- Emissor → (mensagem) → receptor.

Devemos ressaltar que um mesmo produto, como, por exemplo, uma palavra que chega ao receptor, poderá ser uma representação errônea ou algo mais primitivo do que uma representação, mera evacuação psicótica, por vezes, impossível de ser decifrada.

Há uma parcela que fica inalterada no processo de transformação: o *invariante*. É o invariante que nos permite reconhecer algum aspecto do fato original no produto já transformado.

A invariância pode ter grau de alteração maior ou menor, dificultando a compreensão, quando a alteração for muito grande. Bion classificou as transformações no plano mental em três tipos, de acordo com esse grau de invariância: *transformações de movimento rígido, projetivas e em alucinose*.

- *Transformações de movimento rígido*: a invariância é pequena. Podemos reconhecer o fato original com alguma facilidade. Haverá pequenas deformações, devidas à repressão ou mecanismos de defesa neuróticos do emissor e do receptor. Ainda assim, os códigos utilizados podem não ser tão simples, como nos sonhos ou em certos relatos de sessões. Necessitaremos de alguma técnica, como a psicanalítica, por exemplo, para interpretar o

²⁰ Ver o capítulo 6, *Contribuições da teoria kleiniana para a compreensão dos fenômenos grupais*, item *Posições*.

sentido latente, contido na mensagem manifesta. Um exemplo de transformações de movimento rígido acontece com as transformações *em pensamento*, isto é, os pensamentos que já são representados por palavras poderão ser verbalizados.

- *Transformações projetivas*: as invariâncias são mais amplas, havendo maior grau de deformação. Nesse caso, o conteúdo é mais complexo, devido às identificações projetivas, e o que é dito advém da parte psicótica da personalidade. Necessitaremos de teorias mais elaboradas, como as kleinianas, para poder levantar hipóteses sobre o que está sendo comunicado.
- *Transformações em alucinação*: as invariâncias são mais amplas ainda, com maiores deformações. O produto transformado poderá ser até mesmo uma alucinação. Para Bion, é na área psicótica da personalidade que ocorrem tais transformações, seja em pessoas consideradas normais ou não.

Retomando a questão colocada anteriormente (qual a real possibilidade de nos comunicarmos?), veremos um pouco sobre as vicissitudes do processo comunicativo na vida e no grupo.

Há muitas formas de comunicação em que ocorre transformação no processo comunicativo, como na elaboração onírica e nos sintomas estudados em medicina psicossomática. Da mesma forma, a interpretação, assim como todas as outras intervenções do terapeuta, são produto da transformação verbal de suas ideias e sentimentos que, por sua vez, são produtos de transformação da experiência emocional de cada participante do grupo, e, de certo modo, do pensamento grupal estabelecido a cada momento.

Podemos observar que, no processo comunicativo grupal, tanto emissor como receptor fazem transformações o tempo todo. Desse modo, *comunicação completa e verdadeira é impossível*.

Winnicott dizia que no centro de cada um de nós há sempre algo não comunicável e digno de preservação. Por isso, embora as pessoas normais se comuniquem e gostem de se comunicar, tendo em vista esse núcleo não comunicável, também “(...) é igualmente verdadeiro, que cada indivíduo é isolado, permanentemente sem

se comunicar, permanecendo desconhecido, e na realidade, nunca encontrado” (Winnicott, 1963/1966, p. 192).

A realidade incognoscível – Nos três casos de transformações classificados, o fato original Ó não pode ser alcançado inteiramente, pois seria a realidade última, a coisa em si, a verdade absoluta, que não é passível de ser conhecida. Assim, esse Ó, incognoscível, significa *todo o desconhecido, presente na realidade psíquica* dos pacientes e dos analistas.

Há um quarto tipo de transformação – *as transformações em Ó* – referentes a *ser o que se é*. Nesse caso, Bion está se referindo a um passo além de saber acerca da personalidade do paciente, conhecimento esse que não pode ser alcançado de fato – incognoscível, um *vir a ser*.

Vir a ser equivale ao indivíduo *ser ele mesmo* – *ser o que ele é* – o que despertará forte resistência, porque nesse caminho se aproximará das fantasias inconscientes mais primitivas, o que envolve sofrimento e responsabilidade, inerentes ao amadurecimento mental e às mudanças envolvidas.

8) *Teoria dos Modelos*

Embora talvez nunca tenhamos pensado nisso, sabemos que um conjunto de dados pode parecer apenas um agrupamento heterogêneo até o momento em que alguma imagem lhe dê sentido.

Para Bion, o modelo é uma espécie de abstração de uma experiência emocional, que poderá ser mais bem captada se essa abstração, provisoriamente, for vista de um modo concreto, como que materializada.

Bion, entretanto, discrimina o modelo de abstração:

(...) o termo modelo refere-se à estrutura de imagens concretas combinando-se entre si. O vínculo entre elas dá frequentemente a ideia de narrativa, implicando alguns elementos causarem outros. Ele se constrói com elementos do passado individual, enquanto a abstração impregna-se, digamos, de concepções do futuro do indivíduo. (Bion, 1962/1991, p. 95)

Os modelos facilitam a investigação psicanalítica, permitindo o uso de imagens concretas, apesar das abstrações teóricas que se faça, assim como melhor integração teórico-clínica. Como os modelos são mais

flexíveis do que as teorias, seu uso pode ser efêmero, durando apenas enquanto se mostrarem úteis para pensar a situação.

O vínculo entre analista e analisando é uma forma de modelar as abstrações existentes e facilitar a comunicação. O sucesso do trabalho dependerá, em grande parte, de ambos os extremos do vínculo utilizarem bem seus modelos.

Será importante para nós, que trabalhamos com dispositivos vinculares, estarmos atentos não só aos nossos modelos, mas também aos modelos utilizados pelas famílias e grupos com quem estivermos em interação. O modelo deve estar um passo antes de nossas intervenções, permitindo a necessária transformação que desembocará numa intervenção geral ou numa interpretação.

Os modelos podem ser biológicos: *Digestivos* (engolir mal determinado acontecimento, sentimento amargo, ficar atravessado na garganta, digerir a ideia, o assunto me causou náusea etc.); *Respiratórios/olfativos* (isso me cheira mal, essa ideia me sufoca); e muitos outros.

Outro modelo: personalidade não cresce como se fosse distensível, mas sim em camadas, como uma cebola. Nesse modelo bioniano, podemos entender situações nos grupos nas quais os participantes passam de um estado da mente a outro, conseguindo, por vezes, atravessar uma camada que separa estados da mente ou tirar proveito de situações difíceis, como indica o adágio “transformar um limão em limonada”.

Temos também modelos de identificação projetiva no relacionamento mãe-bebê que podem ocorrer com sucesso ou não. Bion dá como modelo de identificação projetiva fracassada, quando a mãe não contém a angústia do bebê. Já no caso de boa continência, ocorre um modelo de identificação projetiva com êxito.

Outra expressão utilizada por Bion é *vértice*, com significado de *ponto de vista*, porém, dando um sentido mais amplo do que apenas sensorio.

Vértices e modelos podem ser vistos como conceitos de uso sempre relativo, e com implicações relacionadas ao momento histórico; passado e futuro sempre aparecem nas sessões, em quaisquer configurações vinculares.

Participantes do grupo, no início do processo analítico, muitas vezes respondem enfaticamente a algum apontamento, dizendo: *isso eu já falei!* (parece, então, que nunca mais poderá ser repetido...). O fato é que os modelos, por si mesmos, geram novas abstrações, que podem ser mais bem elaboradas a partir de outros modelos, num processo ininterrupto.

Bion considera como um modelo de *pensamento* a sensação de fome, que se associa à imagem visual de um seio que não satisfaz, embora necessitado, e, portanto, mau. “Os pensamentos então, ou estes elementos primitivos, que são os protopensamentos, são maus (...), um desafio ao pensar (...)” (Bion, 1962/1991, p. 117).

Outro modelo usado por Bion é o da turbulência emocional, que deve ser provocada pelo analista, para não permitir a estagnação do processo investigativo. No dispositivo grupo, quando os comportamentos estereotipados predominam – assim como os papéis fixos, e tudo se encaminha para manter o *establishment* – muitas vezes uma intervenção mais contundente, um questionamento individual ou a transmissão de sensações contratransferenciais pode provocar a turbulência emocional necessária para a evolução do processo grupal.

Antes de estudarmos o modelo continente-conteúdo, examinemos melhor a questão do pensar e de seus mecanismos.

8.1) *O modelo continente-conteúdo: a relação dinâmica entre as posições kleinianas e o pensar*

Com a expressão pensar, vimos que Bion considerava um pensar que dava origem aos pensamentos e um processo de pensar os pensamentos, epistemologicamente preexistentes. Nesse segundo caso, propôs uma espécie de *Aparelho para pensar os pensamentos*, cujo funcionamento depende de *dois mecanismos*; um deles envolve o conceito de *posições*, de Melanie Klein, e o outro envolve o modelo *continente-conteúdo*, de Bion.

Mecanismo I: a coexistência das posições kleinianas e sua importância – perspectiva reversível e fato selecionado

Tudo o que vimos sobre Melanie Klein, até o momento, dependerá das experiências boas terem predominado sobre as más nos primeiros tempos de vida do bebê, e nada tem a ver com patologia.

Numa visão apenas kleiniana, poderíamos dizer que o desenvolvimento ocorre no sentido: PEP → PD, mas Bion aprofundou o conceito, dizendo que *na psique coexistem as posições esquizo-paranoide e depressiva, em uma perspectiva reversível*. Para Bion, há uma oscilação constante entre as duas posições, que variam da desintegração à integração, da desordem à ordem, dinâmica que pode ser simbolizada por: PEP ← → PD.

Esse é o primeiro dos mecanismos importantes no funcionamento do *Aparelho para pensar os pensamentos*. Tal relação simboliza também a descoberta do *fato selecionado*, um importante conceito, inspirado no matemático Poincaré, sobre a relação entre fatos.

Poincaré mostrou que o *fato selecionado* pode ser uma ideia ou emoção que coloca ordem na desordem e dá coerência ao que está disperso. É um sentimento de descobrimento.

O fato selecionado foi considerado por Bion uma importante conquista do psicanalista em seu trabalho, isto é, conseguir chegar a um fato que possa integrar o que está disperso, dando coerência ao material até então caótico.

Como vimos no estudo da teoria das transformações, espera-se que o analista, observando os fatos com seus analisandos, possa fazer as devidas transformações e chegar ao fato selecionado.

O fato selecionado possibilita o pensamento verbal do analista, seguindo-se daí a transformação em interpretação, processo que Bion denominou <i>evolução</i> – o que quer dizer que há uma <i>mudança na mente</i> do analista de um <i>estado de paciência</i> (correspondente à posição esquizo-paranoide) para um <i>estado de segurança</i> (correspondente à posição depressiva).

O nome paciência está relacionado com tolerância às frustrações. Tal passagem de paciência para segurança, aliada à descoberta do fato

selecionado, possibilita ao analista uma *ação eficaz*, produto desses dois fatores.

Considero a experiência de oscilação entre paciência e segurança a indicação de que um trabalho valioso está sendo realizado. (Bion, 1970/1973, p. 137). No grupo, mais ainda, devido à complexidade das comunicações multipessoais, é necessário se aguardar por algum acontecimento, palavra, ato falho etc., que nos ajude a perceber o vínculo entre as diversas comunicações, aquilo que dará nexos ao que estava caótico.

Quando Bion diz que todo pensamento é verdadeiro até que seja formulado por um pensador, temos de diferenciar falsidade de mentira, já que sabemos que a verdade é essencial para o crescimento mental, o que, aliás, Freud já afirmara em diversos momentos.

A capacidade humana para tolerar verdades a respeito de si mesmo é pequena, pois as verdades são, de modo geral, dolorosas. Na mentira há uma deliberada intenção, consciente ou pré-consciente, de distorcer a verdade. Pode ter dimensão mais ampla e existencial, isto é, o sujeito pode tornar-se uma mentira. Já na falsidade a distorção é inconsciente.

Bion ora concebeu a mentira como uma patologia, ora como uma forma de criatividade, pois conferia aos mentirosos o papel de uma contracultura, já que os mentirosos, de todas as épocas, puderam manter “(...) uma ilusão que protegeu os contemporâneos de se confrontarem com verdades científicas ou religiosas que eles não estavam preparados para as encarar. Por isso, dizia jocosamente Bion, a humanidade deveria reverenciar o túmulo do mentiroso desconhecido” (Zimerman, 1995, p. 161).

Zimerman (2012) relata que Bion mostrou, em diversos momentos, a importância da verdade no vínculo com os pacientes, isto é “a verdade sem amor é crueldade e o amor sem verdade não é mais do que paixão” (p. 241). Entretanto, não nos esqueçamos de que se, por um lado, a busca da verdade está no cerne do processo analítico, por outro lado, as resistências também existem e devem ser respeitadas.

Dentro dessa linha de raciocínio, no trabalho psicanalítico com grupos, famílias e instituições é necessário lidar sutilmente com o medo da

verdade, já que o medo de conhecê-la pode ser tão poderoso que faça mal e cause sofrimento demais.

Mecanismo II: o modelo continente-conteúdo

O segundo mecanismo fundamental no funcionamento do *Aparelho para pensar os pensamentos* é a relação dinâmica entre algo que contém e algo que é contido, o modelo continente-conteúdo, simbolizado por ♂♀. É um símbolo empregado para caracterizar a identificação projetiva.

A partir da teoria kleiniana da identificação projetiva, em que o bebê projeta parcialmente sua psique no seio bom e introjeta novamente esse material modificado, Bion criou essa abstração teórica: o modelo continente-conteúdo. Nesse modelo, ambas as partes se conjugam e influenciam, podendo ou não proporcionar crescimento mútuo.

No Vínculo K, impregnado de amor e ódio, há uma projeção do conteúdo dentro do continente. No caso da mãe com *Rêverie*, esta “empresta” a função alfa ao bebê, que se beneficia e tem crescimento mental.

“Os signos ♂♀, desenvolvendo-se, fornecem base do aparelho para aprender com a experiência” (Bion, 1962/1991, p. 127). No processo de integração e de pensar os pensamentos, os sistemas ♂♀ e PEP ← → PD *operam em conjunto*, ambos com essencial importância.

O pensar envolve um tipo de *visão binocular*, isto é, uma visão que integra diferentes perspectivas como a imagem total, formada pelos dois olhos.

Os problemas de comunicação e de percepção podem ser entendidos prioritariamente em termos de mecanismos inconscientes, mas Bion também se interessou pela percepção consciente, principalmente pelos diferentes *vértices* de observação que se podem utilizar, principalmente o modelo visual.

Bion ilustrou sua conceituação de vértice psicanalítico por meio do fato, conhecido da psicologia da *Gestalt*, de que em um mesmo desenho pode-se perceber um aspecto que se realça, mas, observando melhor, percebe-se mais alguma coisa, como no desenho de um vaso que também mostra perfis de rostos humanos. *Na psicologia da Gestalt, o conceito de*

percepção figura-fundo refere-se à tendência a facilitar a percepção do que salta aos olhos numa cena, permanecendo o resto como fundo.

No caso da psicanálise vincular, é importante que os vértices mútuos entre analista e analisandos mantenham uma distância adequada, isto é, que não sejam tão distantes que impeçam a correlação entre os vértices, mas tampouco próximos demais que impeçam a diferenciação, podendo acarretar alguma estagnação na investigação do objeto psicanalítico.

É somente através de uma distância adequada que será propiciada a possibilidade de ambos fazerem correlações e confrontações entre os recíprocos vértices, assim atingindo ao que Bion chama de visão binocular (...) Da mesma forma, a conceituação de vértice permite uma melhor compreensão do maior mal da humanidade, que é o problema dos mal-entendidos, assim como também o problema do vértice adotado por cada um, que adquire uma importância fundamental na Comunicação do par analítico. (Zimerman, 1995, p. 178 e 179)

Na *perspectiva reversível*, que é binocular, a parte não psicótica da personalidade pode fazer flutuar *figura e fundo*, dando mais possibilidades de crescimento mental e de contato com o todo. Isso mostra a necessidade de o terapeuta, seja no grupo, seja na situação bipessoal, utilizar de técnicas que favoreçam diferentes visões das partes e do todo, do direito e do avesso das situações.

Já no predomínio da parte psicótica da personalidade ocorre o oposto – a *reversão da perspectiva*, que torna imutável uma situação dinâmica, impedindo o desenvolvimento psíquico, desvitalizando o trabalho psicanalítico e distorcendo a comunicação. Dessa forma, “(...) o analisando vê a interpretação em função de sua hipótese e rejeita sorrrateiramente a do analista” (Bléandonu, 1990/1993, p. 171).

O tema nos faz lembrar das vicissitudes da comunicação entre os participantes do dispositivo vincular e o analista em suas intervenções (Fernandes, 2003). Concluímos que os assuntos focalizados por ambas as partes e os vértices deveriam ser os mesmos para um aproveitamento analítico. Melhor dizendo, o progresso analítico só é possível se houver uma sintonia entre os vértices dos pacientes e do analista: “(...) [já] na

reversão da perspectiva, há um mal-entendido da comunicação entre analista e paciente, e entre as partes psicótica e neurótica dentro de um mesmo analisando” (Zimerman, 1995, p. 191).

A reversão da perspectiva está impregnada de narcisismo. Pode ocorrer, em alguns casos, verdadeiro impasse analítico, principalmente se as reversões forem muito exageradas. Nesses casos há uma estagnação no processo. É em situações assim que o terapeuta necessita provocar uma *turbulência emocional*.

Os mecanismos PEP $\leftarrow \rightarrow$ PD e $\sigma \otimes$ intervêm nas sucessivas experiências emocionais que estruturam a *função psicanalítica da personalidade*, a qual permite conhecer o desenvolvimento dessa função em nossos clientes.

9) Barreira de contato e sua deterioração

Em *Etimologia de termos psicanalíticos*, David Epelbaum Zimerman (2012) enfatiza que os elementos alfa da mãe ou educadora podem transformar as sensações e sentimentos dolorosos do bebê, sob a condição de ela ter uma boa função alfa.

Para Zimerman, tal capacidade da mãe possibilitará que os elementos beta do bebê se transformem em elementos alfa, processo que recebeu de um discípulo de Bion, James Grotstein, a denominação de *alfa-betização*, “à qual sugiro acrescentar a palavra *emocional*, porque essa passagem é fundamental na formação das capacidades do ego da criança e de seu desenvolvimento psicomotor” (Zimerman, 2012, p. 53).

Portanto, a partir da *Rêverie* da mãe, esta realiza verdadeira *alfa-betização emocional* ao propiciar a transformação de elementos β em α – que possibilitarão o crescimento da capacidade para pensar os pensamentos do ser em desenvolvimento.

Quando o desenvolvimento não vai tão bem, a barreira de contato pode se deteriorar. “Uma reversão na direção da função alfa acarreta uma dispersão da barreira de contato. Os elementos alfa que a constituem encontram-se despojados daquilo que os distingue dos elementos beta (...)” (Bléandonu, 1990/1993, p. 150-151).

Se a barreira de contato chegar a se deteriorar, devido a tal inversão, os elementos α ficarão privados de suas características,

convertendo-se em elementos β , com novas e complexas características, como veremos logo adiante.

Assim, os pacientes com graves problemas de aprendizagem não conseguem pensar os pensamentos porque a função α não se desenvolveu bem ou porque se deteriorou, prevalecendo então a tela beta, com as consequentes transformações em alucinação. Já as transformações de movimento rígido²¹, que ocorrem na barreira de contato, permitem o aprender com a experiência.

Vimos que, no desenvolvimento normal da posição esquizo-paranoide há uma divisão entre os objetos bons e os maus, e entre o Ego que ama e o Ego que odeia, divisão em que as experiências boas predominam sobre as más, o que é considerada condição para a integração nos estádios posteriores do desenvolvimento.

Entretanto, todos esses processos são perturbados quando, por razões internas, externas, ou por uma combinação de ambas, a *experiência má predomina* sobre a boa. Nesse caso, a identificação projetiva é usada de modo diferente de como é usada no desenvolvimento normal.

10) Psicopatologia da Posição Esquizo-paranoide – Personalidade psicótica

A psicopatologia da PEP é um processo violento, que ocorre quando a ansiedade e os impulsos hostis são muito intensos. A descrição das características da *identificação projetiva patológica*, de Bion, é mostrada de forma clara por Hanna Segal (1964/1973). Tentarei expor sinteticamente como tais características foram assimiladas por mim, esperando não estar cometendo excessivas transformações.

É importante ressaltar que, para Bion, se o complexo invejoso-destrutivo for acentuado, a percepção do objeto ideal será tão penosa quanto a percepção do objeto mau, pois o objeto ideal provoca agudos e insuportáveis sentimentos de inveja. Dessa forma, as identificações projetivas patológicas podem ser dirigidas tanto ao objeto ideal como ao objeto perseguidor.

A parte projetada é estilhaçada e desintegrada em fragmentos muito pequenos, e esses fragmentos são projetados no objeto,

²¹ Ver o capítulo 12, *Mais alguns conceitos bionianos importantes para a psicanálise das configurações vinculares*, tópico *Teoria das Transformações*.

desintegrando-o, por sua vez, também em partes diminutas. Aos elementos beta convertidos na deterioração da barreira de contato e estilizados, se juntam vestígios do Ego e do Superego, configurando os *objetos bizarros* que precisam ser evacuados ou projetados.

O objetivo dessa violenta identificação projetiva é duplo:

- 1) No desenvolvimento patológico, a experiência da realidade é sentida primariamente como perseguição; por isso, há violento ódio a qualquer experiência da realidade, externa ou interna. Como tentativa de se desfazer de toda percepção, o aparelho da percepção é atacado e destruído.
- 2) O objeto responsável pela percepção é igualmente odiado, e a projeção visa também a destruí-lo.

Se as percepções do objeto ideal e do objeto mau são tão dolorosas, na patologia da PEP as identificações projetivas podem ser dirigidas tanto ao objeto ideal como ao objeto perseguidor.

Consequentemente, não há “divisão limpa” entre objeto ou objetos ideais e objeto ou objetos maus, mas o objeto, em fantasia, é *percebido* de forma fracionada, em *pedaços minúsculos*, cada um contendo pequena parte hostil do Ego, que está algo desintegrado, aos quais se juntam restos do Superego e do objeto. Tais pedaços foram descritos por Bion como “objetos bizarros”.

10.1) *Personalidade psicótica*

Bion desenvolveu um conceito básico para a compreensão de estados da mente em que o sujeito se mostra seriamente perturbado – a personalidade psicótica. Fernandes (2003) lembra que Freud, já em 1900, em sua obra sobre os sonhos, havia se referido à *consciência* como uma *espécie de órgão sensorial para a percepção das qualidades psíquicas*. No mesmo texto, vemos que Bion considerou que a referida consciência já existe – de forma rudimentar – desde o início da vida, e *todo o contato* com a realidade externa e interna dependerá da *prevalência* no sujeito de sua *tendência a ter consciência* sobre a *de não a ter*.

Essa instância foi denominada *parte não psicótica da personalidade*, que convive em permanente confronto com um *funcionamento de evasão, de intolerância ao contato consigo mesmo e com o outro* – instância a que chamou

personalidade psicótica, ou “parte psicótica da personalidade”, como denominaram Grinberg et al. (1972/1973), facilitando a compreensão do conceito.

Dizemos, então, que personalidade psicótica ou parte psicótica da personalidade é um estado da mente cujo funcionamento ocorre dentro de características manifestadas na linguagem, na conduta e nos efeitos sobre o observador. A existência dessa instância, que é um nível psicótico de funcionamento mental, pressupõe uma disposição inata, com predominância de alto grau de *destrutividade e inveja*. Quanto ao vínculo mãe-bebê, pode carecer da *Rêverie*, capaz de conter e transformar o violento conteúdo emocional do bebê em algo *menos indigesto*.

De certo modo, ninguém escapa de ter tido dificuldades em seu desenvolvimento, em maior ou menor grau. Por isso, todos nós apresentamos as duas instâncias, com a coexistência dos seus funcionamentos característicos, ora com o predomínio de um, ora de outro, desses estados da mente.

As principais características da personalidade psicótica ou parte psicótica da personalidade são:

1. intolerância à frustração;
2. predominância dos impulsos destrutivos, manifestados com ódio à realidade interna e externa e a todas as suas vinculações (órgãos dos sentidos, percepção, juízo, pensamento etc.); e
3. medo de aniquilamento iminente, devido ao mecanismo de identificação projetiva patológica, com muita inveja e voracidade.

As tentativas do Ego para se desfazer do sofrimento de tão dolorosa percepção conduzem a um aumento de percepções penosas, seja devido à mutilação do aparelho perceptual, seja pela natureza persecutória dos “objetos bizarros”.

A vivência da realidade é cada vez mais persecutória. “Essa parte da realidade que é afetada pelo processo é experimentada pelo bebê doente como estando cheia de ‘objetos bizarros’ carregados de enorme hostilidade, ameaçando um ego esvaziado e mutilado” (Segal, 1964/1973, p. 68).

Fica estabelecido, então, um círculo vicioso, onde o sofrimento produzido pela realidade leva à identificação projetiva patológica, tornando a vivência da realidade cada vez mais persecutória.

No trabalho com psicóticos, quem já coordenou grupos em comunidades terapêuticas, por exemplo, sabe que, por vezes é um movimento muscular quase imperceptível que o psicótico se desembaraça desses objetos bizarros hostis, de sentimentos de inveja e ódio – e isso pode ocorrer por meio de uma alucinação, segundo Bion, numa tentativa criativa de cura semelhante ao ato de sonhar.

10.2) Ataque aos vínculos

Na personalidade psicótica ou parte psicótica da personalidade ocorre um ataque permanente aos vínculos com o analista, ao vínculo entre os pais, ao pensar-sentir, aos vínculos entre os diversos aspectos intrassubjetivos, à realidade externa e à capacidade de percepção da realidade em geral.

Basicamente, o que é atacado é nossa capacidade intuitiva, a possibilidade de compreender os pacientes, sua linguagem e seu espaço intrassubjetivo. Muitas vezes, o vínculo com o analista e o progresso em qualquer direção é tão atacado, mesmo que veladamente, que o trabalho pode se tornar inviável.

Quando um paciente muito comprometido, com predominância da personalidade psicótica, se encontra em um grupo heterogêneo, com participantes menos comprometidos, pode causar atraso no desenvolvimento do processo grupal, mal-estar nos demais participantes e grande desconforto contratransferencial.

Descobri a duras penas, há muitos anos, porque determinado grupo não evoluía, e os pacientes entravam e, rapidamente, abandonavam o trabalho grupal. Tanto nesse caso, como no de outros profissionais em situação semelhante, o grau de patologia causava distúrbio tamanho, que o abandono parecia ser a solução. Na ocasião, tentei mais de uma vez pôr em discussão o que poderia estar acontecendo no grupo, mas, como esse

grupo não estava suficientemente forte em seus vínculos, nem muito evoluído como configuração grupal, optei por remover o participante causador do incômodo, convidando-o para um trabalho individual.

Com a predominância da parte psicótica da personalidade, as relações que permanecem possuem apenas certa lógica (Fernandes, 2003). Emocionalmente não parecem razoáveis, tendo caráter perverso e estéril, associado à *arrogância*, *estupidez* e *curiosidade*.

- No que se refere a esta última, embora Bion valorize a *curiosidade* no estudo do Conhecimento, aqui ele se refere ao seu aspecto mais estéril e invasivo.
- Denomina *arrogância* ao orgulho extremamente exagerado, impregnado de instinto de morte, que ocorre na personalidade psicótica; já na personalidade não psicótica o orgulho se relaciona com a autoestima e com o Vínculo R (do Reconhecimento), conforme visto nas contribuições à psicanálise vincular, de Bion e de Zimerman, neste livro.
- Quanto à *estupidez*, é provocada pelo desconhecimento, e trata-se de uma espécie de *emburrecimento*, a serviço da *negação*.

Quando o domínio da configuração mental da personalidade psicótica ocorre na maior parte do tempo, podemos ter o funcionamento patológico do psicótico, propriamente dito.

O psicótico tenta pensar utilizando os objetos bizarros, o que o leva a confundir objetos reais com pensamentos muito primitivos. Comprime e aglomera pensamentos confusos, tendo dificuldade de fazer sínteses, de articular e integrar.

Bion diz que o paciente psicótico se move não em um mundo de sonhos, mas em um mundo de objetos bizarros, que não servem para pensar, pois “a personalidade psicótica carece dos meios essenciais para o desenvolvimento do pensamento verbal” (Grinberg et al., 1972/1973, p. 59).

O paciente psicótico necessita da ilusão de ser superior, pois tal superioridade é idealizada, ficando a onipotência e arrogância como a origem de todo poder. Ataca então o Vínculo K – do conhecimento, que traria reação desagradável e dolorosa. Utilizando –K, troca o enfoque

científico pelo enfoque moral, já sem poder discriminar entre verdadeiro e falso.

10.3) “*Super*”-ego

Esse é um conceito de Bion, apresentado em 1962, em *O aprender com a experiência*. É uma espécie de objeto concreto sem exterior, assim como um tubo digestivo sem corpo, ou mesmo um Superego primitivo, sem as características do Superego freudiano. Consiste em uma compulsão invejosa, onde falta o poder de abstração e que, praticamente, ignora os relacionamentos, acreditando ter uma superioridade moral “(...) que apenas é a incapacidade de representar mentalmente; o objeto (...), faltando-lhe as respectivas representações mentais (verdade, realidade) (...) descamba em soberana aparência de superioridade *moral* (...)” (Bion, 1962/1991, p. 133).

Na predominância mais duradoura da parte psicótica da personalidade, ou seja, no psicótico, organiza-se o “*Super*”-ego bioniano, que se opõe ao processo de aprendizagem, ao crescimento com a experiência, ao desenvolvimento científico etc., sendo regido por uma moral própria. Tal moral é uma afirmação da superioridade destrutiva e a determinação de possuir, para evitar que o possuído tenha existência própria, tudo com a permanência de culpa persecutória extrema (Grinberg et al., 1972/1973).

Zimerman chama a essa instância de “*Super*”-Superego ou *supraego*, que está acima do bem e do mal.

Na vigência desse “*Super*”-ego, o espaço intrassubjetivo permanece com autossuficiência narcisista, ingrediente extremamente difícil de ser trabalhado no vínculo transferência-contratransferência.

Mexe com nosso narcisismo a perturbadora ponderação de Bion, ao mostrar que tanto os indivíduos psicóticos, como os chamados neuróticos, ou mesmo os que se pretendem muito saudáveis do ponto de vista psíquico (nós?) têm partes psicóticas em sua personalidade. Por outro lado, para quem se considera doente mental ou tem receio de enlouquecer, pode ser tranquilizador perceber no grupo que, tal como Caetano Veloso colocou na música *Vaca Profana*, “de perto ninguém é normal”. Acrescento: tampouco alguém é 100% anormal, pois a parte não psicótica

da personalidade, o instinto de vida e o Vínculo L, do amor, nos equilibram.

Referências

- Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1970)
- Bion, W. R. (1983). *Transformações*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1965)
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962)
- Bion, W. R. (1992). *Conversando com Bion (4ª Conferência de Nova Iorque)*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1977)
- Bléandonu, G. (1993). *Bion, 1897–1979: A vida e a obra*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1990)
- Bleger, J. (1979). *Temas de psicologia: Entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961)
- Fernandes, W. J. (2003). Bion: O conhecimento e a vincularidade – vínculos K, L, H, R. Os níveis de funcionamento grupal: O pensar e os pensamentos. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 129-144). Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1969). Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise: a dissecação da personalidade psíquica. Em: *Edição Standard Brasileira*, vol.XXII (pp. 75-102). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1936)
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. Em: *Edição Standard Brasileira*, vol. IV (p. 33). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Gerber, I., & Figueiredo, L. C. (2018). *Por que Bion?* São Paulo: Zagodoni.
- Grinberg, L., Sor, D., & Bianchedi, E. T. (1972/1973). *Introdução às ideias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kaës, R. (1984). Etayage et structuration du psychisme. *Connexions*, 44, 11-48.

- Klein, M. (1991). O desenvolvimento de uma criança. Em: *Obras completas de Melanie Klein*, vol. I (pp. 22-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Pichon-Rivière, E. (1982). *Teoria do vínculo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Segal, H. (1973). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1964)
- Zimerman, D. E. (1995) *Bion: Da teoria à prática – uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimerman, D. E. (2012). *Etimologia de termos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. (1966). *Explorações psicanalíticas de D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963)

Winnicott: estimulador da criatividade – o grupo como fenômeno transicional

Betty Svartman

O propósito deste capítulo é dar a conhecer o dom criativo de Winnicott, bem como o valor que o autor dá à criatividade e ao brincar. Também traz um aprofundamento a respeito de temas como *preocupação materna primária, mãe suficientemente boa, holding, objetos e fenômenos transicionais*. Inclui um exemplo clínico de um grupo como fenômeno transicional e o *holding* oferecido pela grupanalista.

Alguns comentários sobre Winnicott

Winnicott sempre evitou formar um grupo de seguidores. Suas ideias foram, no entanto, formando um corpo teórico consistentemente integrado. Este contém algumas posições antagônicas à psicanálise então consagrada na Europa, onde as personalidades mais importantes eram Freud e Melanie Klein.

É um psicanalista pós-freudiano que transita livremente entre autores freudianos, kleinianos, kohutianos, lacanianos etc.

Foram 40 anos de vida produtiva dedicados à psicanálise.

Não queria sua teoria transformada numa doutrina. Queria, sim, que suas ideias fossem conhecidas, mas valorizava a liberdade de pensamento. Esperava que aqueles que utilizavam suas ideias, sempre muito originais, brincassem com elas: as utilizassem de forma também criativa.

Seus conceitos são complexos, embora às vezes apresentados de maneira simples. Sua obra consiste numa coleção de livros, sem uma organização que facilite o seu estudo. Entre eles podemos citar: *O ambiente*

e os processos de maturação, O brincar e a realidade, A criança e seu mundo, O gesto espontâneo, Textos selecionados: da Pediatria à psicanálise. Estudá-lo exige navegar por toda sua obra e constituir uma organização própria.

Há psicanalistas que o criticam. Dizem que não se pode falar numa teoria winnicottiana. Alguns também demonstram que entenderam mal alguns conceitos.

Basearei o conteúdo deste capítulo em textos do próprio Winnicott, bem como em alguns autores que estudaram, em profundidade, sua obra. Entre eles: Outeiral e Graña, Elza Oliveira Dias, Júlio de Mello Filho, Alfredo Paineira Plot, Leopoldo Fulgêncio e Peter Giovacchini.

Cito o próprio Winnicott (1988/1990, p. 60), para ilustrar sua maneira de pensar: “(...) o leitor deve formar uma opinião pessoal dessas questões, depois de estudá-las tanto quanto possível através do seu desenvolvimento histórico, que é a única forma de uma teoria, num dado momento de seu progresso, mostrar-se inteligível e interessante.”

Dados biográficos

São dados biográficos que tiveram forte influência em toda sua criação:

Winnicott nasceu em 1896 e morreu em 1971, de problemas cardíacos. Nasceu em Plymouth, na Inglaterra e viveu em contato com 2 irmãs mais velhas, vários primos, mãe, pai e babá. Sentia-se muito amado, a família era alegre e esta experiência inicial tão positiva certamente contribuiu para que ele se sentisse à vontade em todos os lugares. Assim, na Sociedade Psicanalítica, tinha facilidade de expressar suas opiniões, concordâncias e discordâncias. Correspondeu-se com muitos dos analistas importantes, seus contemporâneos. Seu livro “O gesto espontâneo” é uma coletânea de cartas que mandou para Melanie Klein, Bion, Rosenfeld, Hanna Segal, James Strachey (seu primeiro analista), Money-Kirle, Joan Rivière, Anna Freud e outros. Era sempre muito espontâneo e transparente em relação aos seus pontos de vista. Foi analista do filho de Melanie Klein.

Decidiu tornar-se médico, quando ficou internado devido a uma fratura de clavícula. Foi médico na Marinha, durante a Primeira Guerra.

Pretendia ser clínico geral, tornou-se pediatra. Quando entrou em contato com a obra de Freud, descobriu a psicanálise e viu muito sentido no que leu. Nunca, porém, abandonou a pediatria. Como pediatra, teve a oportunidade de examinar milhares de crianças, na presença de suas mães. Esta experiência teve forte influência na formulação de sua teoria. Foi para Londres para iniciar sua própria análise. Tornou-se um estudioso de Freud e especialmente de Melanie Klein, com quem fez supervisão.

Sua principal contribuição é o estudo profundo e original dos relacionamentos iniciais da vida, Seu foco é a relação mãe-bebê. Formulou uma Teoria do Amadurecimento, onde descreve seu entendimento das origens do psiquismo, mas também produziu trabalhos interessantes e alguns muito originais sobre a adolescência, delinquência, agressividade e outros assuntos. Sua maior experiência na clínica psicanalítica foi com adultos, mas apoia grande parte de suas formulações na sua experiência como pediatra.

Reflexão de Winnicott

A análise é algo que nos tornamos capazes de fazer quando um certo estágio na aquisição de uma técnica médica é atingido. O que nos tornamos capazes de fazer permite que cooperemos com o paciente no andamento do processo, aquilo que para cada paciente tem seu próprio ritmo e segue seu próprio curso, todas as características importantes desse processo derivam do paciente e não de nós como analistas. (Winnicott, 1954/1988a, p. 459)

Quando atendemos um paciente ou um grupo, eles também têm seu próprio ritmo. A livre-associação de ideias ou, quando se trata de um grupo, a livre conversação flui e devemos respeitá-la. Os pacientes precisam desta escuta atenciosa e respeitosa. As intervenções devem facilitar sua expressão espontânea e interpretações devem ser reservadas para quando estão preparados para ouvi-las. Winnicott se autocritica por ocasiões em que não soube esperar o momento certo, o que o levou a gerar prejuízo ao processo analítico.

Ele também valorizava a criatividade e espontaneidade do analista. Neste sentido, cito aqui um exemplo de uma ocasião em que uma paciente do grupo contou uma situação em que se sentiu aprisionada e me ocorreu

uma metáfora que continha o elemento porta. A paciente riu e imediatamente se referiu a uma situação ocorrida na véspera, em que sua filha se mostrara muito incomodada com a porta fechada do quarto dos pais. A outra paciente do grupo logo associou com uma vivência sua que também envolvia porta. Assim as associações foram fluindo num ritmo tal que parecia que a sessão fosse durar infinitamente. Quando chegou o momento de encerrarmos, eu disse: hoje falamos muito sobre portas que se abriam, se fechavam, incomodavam, mas agora chegou o momento de *nós* abrirmos uma porta: aquela. E aponte para a porta de nossa sala. Todos rimos e a sessão terminou. Eu escolhi brincar, ao invés de elaborar uma intervenção formal.

Escreve Elsa Oliveira Dias em seu livro sobre Winnicott:

A saúde inclui a capacidade de brincar, que é o protótipo do viver criativo; diz respeito à possibilidade de habitar o espaço potencial e entregar-se aí a uma experiência que está sustentada pela ilusão básica. (...) abarca a capacidade de estabelecer relações com o mundo objetivo sem muito sacrifício da espontaneidade pessoal. (Dias, 2003, p. 85)

Winnicott enfatizou muito a criatividade, o brincar como expressão de saúde. A espontaneidade e a sensação de estar vivo eram consideradas fundamentais. Escreve, na introdução de seu livro *Natureza humana*:

A noção básica de que saúde é uma relativa ausência de doenças não é suficientemente boa. A palavra saúde possui seu próprio significado positivo, fazendo com que a ausência de doenças não seja mais que o ponto de partida para uma vida saudável. (Winnicott, 1988/1990, p. 21)

Reflexão de Claire Winnicott

DWW [Donald Woods Winnicott] podia ficar excitado com as idéias de outras pessoas, mas só podia utilizá-las e sobre elas erguer algo, após haverem passado pela refinaria de sua própria experiência (...). Embora as idéias de outra pessoa o enriquecessem como clínico e como pessoa, era a elaboração de suas próprias idéias que realmente o absorvia (...). DWW tomou como meta

ingressar em todas as situações sem as defesas de seu saber, de maneira a ficar tão exposto quanto possível ao impacto da própria situação (...) esta era a única maneira pela qual a descoberta se tornava possível, para si e para o paciente. (Winnicott, 1990/1995, p. 13)

Esta é uma maneira sábia, a meu ver, de fazer uso das teorias que estudamos. Também, cada um de nós, como clínicos, devemos metabolizar o que absorvemos através de nossos estudos teóricos e experiências clínicas, bem como vivências pessoais. Costumo dizer que os conteúdos assim aprendidos passam a circular no nosso sangue (Winnicott dizia: passam para os nossos ossos) e aí podemos empregá-los criativamente.

Reflexão de Masud Khan

Nunca conheci nenhum outro analista mais inevitavelmente ele mesmo. Foi esta qualidade que lhe permitiu ser tantas pessoas diferentes para criaturas tão diversas. Cada um de nós, que o conheceu, tem seu próprio Winnicott e ele jamais desrespeitou a visão que o outro tinha dele, afirmando seu próprio estilo de ser. E, contudo, permaneceu sempre e inexoravelmente Winnicott. (Khan, 1988, p. 7)

Isto é compatível com a opinião de Winnicott de que o estudioso de psicanálise, após estudar muito, levando em conta sua experiência pessoal, forme uma opinião própria. Sempre defendeu a ideia de um psicanalista criativo, inteligível e interessante.

Objeto transicional e espaço potencial

Para Winnicott, ao nascer, não existe o bebê, mas uma unidade mãe-bebê. Só podemos considerar o indivíduo uma unidade, quando já existe a noção de um dentro e um fora intermediados por uma membrana. A chegada a esse estágio exige todo um processo que Winnicott estuda em profundidade e que será exposto, futuramente, neste capítulo.

Porém ele postula que há algo, sim, que é inato: a tendência ao amadurecimento. Ele diz que o que põe a vida em movimento é o fato de estar vivo. Estar vivo é estar dotado desta tendência inata ao

amadurecimento. Embora, ao nascer, o bebê não seja ainda uma unidade e não se possa pensar nele como um ser isolado, assim mesmo ele é imediatamente lançado na tarefa de viver.

Como vimos, para Winnicott, ao nascer, não existe o bebê. Existe, isto sim, uma unidade mãe-bebê. Este pequeno ser (mãe-bebê) muito frequentemente leva à boca o polegar (observa-se isto ocasionalmente ainda dentro do útero, através de ultrassom).

Já era formulada pela psicanálise da época a existência de um mundo interno e um mundo externo. Winnicott, porém, postula a existência de um terceiro reino, que não é nem o mundo interno, nem o mundo externo.

Freud fala de uma primeira fase, a fase oral, em que há uma excitação em torno da boca. Winnicott não discorda de que haja esta excitação, mas vê muito mais complexidade neste gesto. Ele observa que, enquanto chupa o polegar, o bebê acaricia o próprio rosto com os demais dedinhos. Considera isto tão ou mais importante do que chupar o polegar. É uma forma de o bebê ninar-se.

Muito cedo, vivendo a experiência de lhe serem apresentados os objetos de que necessita no exato momento em que a necessidade desponta, passam da fase: o “objeto sou eu”, para a ilusão onipotente de serem criadores de tudo do que necessitam. Explico: bem no princípio o objeto que se aproxima do bebê é percebido como uma parte sua e nesta fase ganha o nome de objeto subjetivo. Muito rapidamente, porém, tudo o que se apresenta a ele no exato momento em que precisa daquilo é por ele interpretado como uma criação sua (por exemplo, o leite quando sente fome, um agasalho quando sente frio, um colo, quando se sente despedaçado). A observação de bebês nos ensina que chega um momento no qual o bebê se afeiçoa a um paninho, um bonequinho de pano, um bichinho de pelúcia etc. Winnicott propõe que esta situação é uma evolução do estágio de dedo na boca. Essa passagem de uma fase a outra se dá através de um processo muito rico, que pode ser chamado de transicionalidade.

Até certo ponto, este objeto, esta criação, representa o seio, mas isto não é tudo. O paninho, ou o bonequinho de pano ou de pelúcia, chupeta, que mencionei anteriormente, todos estes são chamados por

Winnicott de objetos transicionais. Às vezes há um murmurar, para se acalmar, que também pode ser considerado um fenômeno transicional. Esta utilização de objetos transicionais costuma surgir desde os 4, até os 12 meses. Tem a função de diminuir a ansiedade e pode se tornar imprescindível na hora de dormir. Pode persistir na tenra infância e reaparecer em momentos de depressão ou em momentos de solidão. O adulto também pode fazer uso de objetos ou fenômenos transicionais. São exemplos disto a utilização permanente de uma corrente ou pulseira, o murmurar de uma prece, um cantarolar em momentos específicos. Ressalto que não são objetos internos, tampouco, do ponto de vista da própria pessoa, pertencem ao mundo externo mas sim ao que chamo de terceiro reino, que Winnicott denomina de espaço potencial ou espaço transicional.

Resumindo: os objetos transicionais, pertencem ao mundo externo, do ponto de vista do observador, mas, do ponto de vista do bebê, são percebidos como uma criação sua, É uma criação, não uma alucinação, nem uma fantasia (para Winnicott só se pode falar em fantasia quando já há a separação de mundo interno e mundo externo). Este conjunto de objetos ilusoriamente criados, dão origem à área de ilusão, também chamada de espaço transicional ou espaço potencial, como já foi dito. Sua existência é fundamental para o desenvolvimento emocional saudável do bebê. À mãe é imprescindível manter no bebê tal ilusão de onipotência, até que se torne necessário que ela (a ilusão de onipotência) vá sendo substituída pela noção de realidade. Até então ele precisa se sentir “um criador de mundos” (Dias, 2003, p. 237). Este desenvolvimento será apresentado a seguir, quando falarmos nas fases de dependência absoluta e dependência relativa.

Vamos ver agora quais são as características da relação do bebê, ou da criança maior, ou mesmo do adulto, com o objeto transicional:

1. É uma posse e há com ele uma relação de onipotência: faço com ele o que quiser.
2. É acariciado, mas também mutilado.
3. Não deve mudar, a não ser por iniciativa do seu dono.
4. Deve sobreviver ao amor, mas também à agressividade.
5. Deve parecer como tendo vitalidade própria.

6. Não é objeto externo, tampouco uma alucinação.

7. Tem um destino que descreveremos a seguir.

Diz Winnicott:

Seu destino é permitir que seja gradativamente ‘descatexizado’, de maneira que com o curso dos anos, se torne não tanto esquecido mas relegado ao limbo. Com isso quero dizer que, na saúde, o objeto transicional não “vai para dentro”, tampouco o sentimento a seu respeito necessariamente sofre repressão. Não é esquecido e não é pranteado. Perde o significado e isto se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, espalharam-se por todo o território intermediário entre a ‘realidade psíquica interna’ e o ‘mundo externo tal como percebido por duas pessoas em comum’, isto é, por todo o campo cultural. (Winnicott, 1951/1988b, p. 394)

Vale salientar que objetos transicionais adotados por adultos não são os objetos originais da infância. São criações da fase adulta em momentos de aumento de ansiedade, ou traumas, que afetam a sensação de continuidade da existência. Volta a ilusão de onipotência se necessidades despertadas na ocasião forem supridas por alguém. Sob o efeito da ilusão de onipotência, ressurge a criatividade primitiva (crio o objeto de que necessito) Isto quando não é o caso das produções culturais que são a evolução normal e desejável do espaço potencial.

Vemos, assim, que a origem dos fenômenos culturais é o espaço potencial. Podemos pensar em atividades tais quais brincar, fazer objetos de tricot, escrever poesias ou quaisquer obras literárias, pintar, esculpir, como resultados de um bom encaminhamento de objetos transicionais. Podemos pensar nos objetos como transicionais, mas também no grupo psicoterápico, como um todo, como um fenômeno transicional. Isto se explica porque os pacientes de um grupo terapêutico chegam buscando ajuda. Às vezes, durante a sessão, mergulham num estado de dependência absoluta (ou relativa) Se o grupo estiver num bom momento, as necessidades podem ser supridas ou pelo manejo ou interpretações do analista, ou mesmo por intervenções sensíveis de outros integrantes do grupo. O grupo, nestas condições, torna-se um fenômeno transicional, já

que o que é recebido pelo paciente em questão é exatamente aquilo de que necessita e alimenta sua área de ilusão onipotente.

Existem também exemplos de más evoluções: uso de drogas, jogo aditivo, fetichismo. Eles, contudo, não serão tratados neste capítulo.

O objeto transicional está a meio caminho da simbolização. Só se pode falar em simbolização quando há uma diferenciação clara entre mundo subjetivo e objetivo, dentro e fora. Durante a utilização do objeto transicional ou de um fenômeno transicional, como vimos, vigora um terceiro espaço que não é interno e não é externo:

Bem no início, a tarefa de contato com a realidade é favorecida pelo fato de a mãe apresentar o mundo ao bebê de tal maneira que este, a princípio, não tem que saber que o objeto foi encontrado, ao invés de ter sido criado por ele. Ele começa, portanto, a relacionar-se com a realidade – externa, do ponto de vista do observador – por via da criatividade e não da submissão. Num momento posterior do amadurecimento – no estágio do – EU SOU – ele terá de se haver com o fato da existência separada do mundo, e o grande desafio será relacionar-se com a objetividade do mundo externo, da realidade externa sem perda da espontaneidade pessoal e da criatividade originária. (Dias, 2003, p. 233)

Mãe suficientemente boa

A visão winnicottiana enfatiza a importância do ambiente favorável para a aquisição da capacidade de brincar, de ser espontâneo. Isto será melhor visto quando detalharmos a relação mãe-bebê, a seguir.

Winnicott tinha uma profunda admiração por Darwin. Percebeu que sua admiração por Darwin tinha a ver com o seguinte: pode-se examinar o ser humano, mas esta investigação é sempre cheia de lacunas. Essas lacunas não devem nos desesperar e nos desanimar. É preciso aceitar este fato para diminuir a tensão e liberar energia para experimentação e descobertas. Mas o que isto tem a ver com a teoria winnicottiana? Tomemos a noção de *mãe suficientemente boa*, conceito tão importante desenvolvido por Winnicott.

É que, segundo ele, nós não nascemos com esta capacidade de suportar as lacunas, postura tão fundamental para toda a criação artística, científica, profissional. Para o bebê as lacunas são insuportáveis. A mãe deve estar junto dele, atenta para evitar a experiência excessiva de contato com as mesmas.

Winnicott desenvolve o conceito de *preocupação materna primária*. Trata-se de um estado da gestante que a habilita para a maternagem.

Como vimos anteriormente, fenômenos transicionais emergem da área da ilusão da onipotência. Esta ilusão é possibilitada pela presença de uma *mãe suficientemente boa*.

É hora de falarmos dela, também chamada por Winnicott de *mãe devotada comum*. Ele está preocupado com o início da vida. Postula que já, a partir dos meses finais de gestação, a mãe adquire uma condição psicológica muito especial. A este estado ele chama de *preocupação materna primária*. Dura até algumas semanas após o nascimento do bebê. Nele há um grande aumento da sensibilidade. A capacidade de identificar-se com o bebê é plena. Trata-se de uma condição psíquica tão especial que Winnicott afirma que aproxima-se de uma psicose. Há uma exacerbação do contato com o bebê em detrimento do contato com o resto do mundo. Há um certo isolamento em relação a tudo que não se refere ao bebê. Isto é, porém, plenamente desejável e necessário neste momento da vida. A mãe identifica-se com seu bebê e isto lhe possibilita praticamente adivinhar do que ele precisa a cada momento. Este estado a habilita a reconhecer se um desconforto se deve a fome, frio, necessidade de colo, de ouvir sua voz, talvez. Tudo isto é necessário para o desenvolvimento saudável do bebê. Falhas, nesta primeira etapa da vida acarretam uma interrupção na sensação de estar vivo.

Nossos pacientes nos procuram por algum tipo de sofrimento. Portam dentro de si falhas no seu processo de amadurecimento. Podem reeditar suas experiências fracassadas nos cuidados iniciais. Reeditam, na vivência da sessão de terapia, suas experiências primevas.

Do psicoterapeuta ou psicanalista também se espera que, no momento em que está com seu paciente ou atendendo um grupo, distancie-se de tudo o que se passa fora do âmbito da sessão e que ative sua intuição para identificar do que o paciente ou o grupo necessitam a

cada momento: uma postura que autoriza e estimula o fluir da conversa? Uma fala que possa ser sentida como apoio? Silêncio? Um olhar compenetrado? Um sorriso? Permissão para receber um presente de um outro integrante do grupo? A nomeação de uma emoção que ele não está sabendo identificar?

Winnicott postula que quando aquilo de que o bebê necessita lhe é apresentado no exato momento em que ele o necessita, ele se ilude de que criou aquele objeto. A apresentação do objeto com tal sincronicidade depende da presença de uma *mãe devotada*, também. Isto gera a ilusão de onipotência que mencionei anteriormente. Recebendo tal tratamento bem no início da vida, o mundo do bebê vai se povoando de objetos que, embora do ponto de vista do adulto pertençam ao mundo externo, do ponto de vista do bebê são criações suas. Estes objetos, ilusoriamente criados, povoam o espaço transicional. O destino saudável dos objetos transicionais é transformarem-se em criações: culturais, científicas ou mesmo atividades da vida cotidiana dotadas de criatividade. Aquilo a que anteriormente denominei de terceiro reino, que não é o mundo interno nem o mundo externo.

Esta ilusão de onipotência é indispensável. Pode ocorrer de falhas no início da vida a terem impedido. Dela depende o desenvolvimento da capacidade de criar. A adequação destes cuidados na infância precoce evitam a ansiedade inicial, que, segundo Winnicott consiste em:

1. Desintegração: incapacidade de integrar as várias partes do corpo: segurar adequadamente o bebê o ajuda a ir juntando seus pedaços. A vivência de integração não é definitiva, mas alterna-se com vivências de não integração. Isto é normal. Faz parte do processo de amadurecimento. A desintegração é sentida como uma ameaça.
2. Despersonalização: falta de relacionamento entre a *psique* e o soma. Ser pego ao colo pela mãe, trocar as fraldas, dar banho usando bastante as mãos para tocar o nenê, tudo isto é o que permite ao bebê constituir a noção de que ele habita seu próprio corpo. “Se for deixado longo tempo sem ser sustentado, o bebê perde o contato com seu próprio corpo, que fica desrealizado, e é

isto que caracteriza os estados de despersonalização que estão na base dos distúrbios psicossomáticos” (Dias, 2003, p. 205).

Falei em *psique*. Mas o que é *psique* para Winnicott?

A *psique* é a elaboração imaginativa de partes e funções do corpo. É uma capacidade inata. As primeiras necessidades do recém-nascido são somáticas. Ele é uma unidade psicossomática:

A primeira tarefa da *psique* é, como foi dito, a elaboração imaginativa das funções corpóreas. O corpo elaborado imaginativamente é o corpo vivo de alguém que respira, se move, busca algo, mama, esperneia, chupa o polegar, descansa, é acalentado, trocado, envolvido pela água do banho, etc. (...) a experiência direta que o bebê faz do funcionamento, das sensações e dos movimentos do corpo têm para ele um sentido, pelo fato de estar sendo imaginativamente elaborada. (Dias, 2003, p. 106)

Elaborar imaginativamente não é fantasiar, embora em alguns momentos da obra essas palavras sejam usadas como sinônimas. No meu entendimento, fantasia é um processo mais elaborado que depende de uma separação entre dentro e fora, que nesse iníciozinho da vida ainda não há. Mas se tomarmos as palavras de Fulgêncio (2016/2018, p. 37):

No princípio a elaboração imaginativa é uma atividade inata que registra, cataloga e diferencia os acontecimentos corporais (elaboração imaginativa das funções corporais). No entanto, no curso do processo de desenvolvimento emocional, torna-se cada vez mais complexa, considerando-se elaborações imaginativas dos acontecimentos existenciais desejar, sonhar, devanear, brincar, bem como reagir aos problemas existenciais (o que classicamente engloba os mecanismos de defesa).

Podemos ver aí uma equivalência dos termos. Já em outro texto encontramos: “(...) a elaboração imaginativa das funções corpóreas é a base necessária para que a fantasia, no sentido de mecanismo mental, possa vir a ser uma aquisição posterior no desenvolvimento do indivíduo” (Dias, 2003, p. 109).

Ou ainda:

Na perspectiva de Winnicott a fantasia, como operação mental que se desenvolve no mundo interno já constituído, pertence a um

momento posterior do amadurecimento e não é, como a imaginação, uma elaboração direta do real, mas uma criação a partir da memória, requer portanto que uma certa temporalização já tenha sido estabelecida, o que ainda não ocorreu no início da vida. (Dias, 2003, p. 108)

Dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência

A etapa inicial da vida é chamada por Winnicott de dependência absoluta. Depois disto vem a fase de dependência relativa e, por último, rumo à independência, pois a independência absoluta nunca é alcançada.

No estágio de dependência absoluta o bebê não tem noção da providência materna. Para ele, cria tudo de que necessita. Falhas nesta provisão são vividas como invasões. Já o ambiente favorável viabiliza uma vivência de continuidade. Neste processo o bebê vai adquirindo condições de suportar as lacunas que, no início, eram insuportáveis, podendo chegar a causar angústia de aniquilamento. Mudanças ocorrem tanto no bebê quanto na mãe. O primeiro vai amadurecendo cognitivamente e a segunda volta a ter sua atenção voltada para um mundo que extrapola as necessidades do filho. Agora sua dependência é relativa. Ele já pode esperar. Identifica cheiros, sons, sinais de que a mãe está a caminho. Tem recursos para tolerar as falhas. E nesta fase espera-se da *mãe suficientemente boa* que ela, de fato, falhe. Agora o exagero de cuidados é que é sentido como invasão. O bebê começa a saber que depende da mãe. Pode suportar que nem tudo está sob seu controle. Observa-se numa criança de 4, 5 meses que ela esperneia, grita, protesta. São, segundo Winnicott, manifestações de ódio. É positivo que o meio, falhando em provisões absolutas, dê motivos para esse novo sentimento:

Muitas vezes o crescimento da criança corresponde muito precisamente à recuperação pela mãe de sua própria independência, e se concordará que uma mãe que não pode gradualmente falhar deste modo em uma adaptação sensível está falhando de uma outra maneira; ela está falhando (por causa de sua própria imaturidade ou suas próprias ansiedades) em dar ao lactente razões para estrilar. Uma criança que não tem razão para estrilar, mas que naturalmente tem em si a quantidade usual de

quaisquer ingredientes de agressividade, está em uma dificuldade especial, uma dificuldade de fundir a agressão com o amor. (Winnicott, 1963/1983, p. 82-83)

A percepção evolui. Passa a ter muita importância. Ocupa o lugar da ilusão de onipotência. Através dela o novo indivíduo começa a ter controle sobre o mundo externo e também sobre o mundo interno.

O autor continua: “Agora então o crescimento do lactente toma a forma de um intercâmbio contínuo entre a realidade interna e a externa, cada uma sendo enriquecida pela outra” (Winnicott, 1963/1983, p. 86).

A este respeito, Phillips (1988/2017, p. 154) diz:

Esse potencial agressivo (...) é equivalente ao potencial de desenvolvimento. A agressão (...) é vista mais como evidência de vida. Mas deve estar inclusa, fundida, com a capacidade do bebê para o relacionamento pulsional que ele [Winnicott] iguala à vida erótica do bebê (...). De outra forma esse potencial agressivo pode ser dissociado ou experienciado como uma força estranha à personalidade.

Da dependência relativa o ser humano segue rumo à independência. Torna-se capaz de se defrontar com o mundo e suas complexidades. Não há independência absoluta, mas o amadurecimento saudável caracteriza-se por sentir-se vivo, ter preocupação, importar-se com o outro e com a sociedade, às vezes por tornar-se capaz de se identificar com pessoas significativas para seu próprio processo de amadurecimento.

Holding

O *holding* é um termo introduzido por Winnicott que se tornou muito conhecido. Existem algumas traduções portuguesas para ele, mas creio que nenhuma tem sua força expressiva. Como vimos neste capítulo, Winnicott enfatiza a importância da *mãe suficientemente boa*. Ela é fundamental para o bom desenvolvimento do ser humano, desde a origem.

O homem nasce imaturo, sob todos os pontos de vista: fisiológico e psicológico. Nós não falamos, não andamos, não temos noção do nosso corpo como uma unidade integrada, não temos recurso para identificar e

muito menos para nomear nossas sensações. Vivemos um período de dependência absoluta. Dependemos para tudo isto de nossa mãe que, segundo Winnicott, tem, já durante a gestação, alterações biológicas que aumentam sua sensibilidade, favorecem sua identificação com ele para adivinhar suas necessidades a cada momento. *Holding* é esta somatória de cuidados. Mas Winnicott também inclui nos seus ensinamentos que uma mãe adotiva ou um cuidador habilitado desenvolvem estas capacidades e podem cumprir adequadamente o papel da mãe devotada. Assim, o bebê é amamentado, aquecido, banhado, ninado com histórias e cantigas, informado através de palavras a respeito do que está se passando consigo.

O bebê cresce e sua dependência vai se tornando relativa. Sua percepção se desenvolve e também aumenta sua capacidade de esperar pelas gratificações. O cuidador devotado dá-se conta disto e deixa o bebê experimentar suas novas atividades. O bebê winnicottiano também tem uma agressividade inata, que no princípio é sua própria força motriz e que propicia estados agitados que precisam poder ser expressados.

Winnicott é muito claro na sua afirmação de que não existe um estado de independência absoluta. Nossa vida se dá rumo à independência. Precisamos de *holding*, em qualquer fase da vida. Precisamos de colo (às vezes concreto, às vezes metafórico); precisamos, às vezes, ser adivinhados naquilo de que necessitamos e sozinhos não damos conta de suprir. Inventamos, ao longo da vida, novos objetos transicionais. Às vezes não se trata de um simples objeto, mas de uma situação que cumpre este papel.

É com base nisto que considero que um grupo terapêutico pode ser um fenômeno transicional. Tanto os integrantes, quanto o grupanalista podem intuir, se identificar, oferecer *holding*. No grupo aprende-se identificar e nomear sentimentos, recebem-se manifestações carinhosas, há lugar para expressar raiva e ciúmes. E o terapeuta está lá atento para impedir destruições. Com base nestes argumentos, sigo para um caso clínico.

Caso clínico

Vou incluir aqui um caso clínico que, a meu ver, ilustra a relação com um grupo como fenômeno transicional, e a postura de acolhimento

do pedido do grupo como uma forma de conservar a ilusão do objeto transicional como posse pelo tempo que se fez necessário.

Tratava-se de um grupo de 3 mulheres, todas com idades entre 55 e 60 anos, que já estavam juntas há mais de três anos e que tinham uma interação muito boa. Suas angústias familiares eram compartilhadas com muita liberdade e elas trocavam muitas opiniões. Muitas vezes encontravam pontos coincidentes em suas famílias de origem e, trocando ideias, faziam elaborações interessantes. Uma delas era um tipo muito cômico e brincalhão, tornando mais leves as elaborações das angústias. Era a mais recente no grupo. O entrosamento entre elas era muito sincero e construtivo.

Vale dizer que a paciente acima citada me pagava pelas suas sessões com bordados e objetos de tricô e crochê feitos por ela e que o valor dado a estes objetos lhe possibilitou restaurar um reconhecimento de seu valor, que tinha sido muito prejudicado pela improdutividade da aposentadoria. Ela também presenteava eventualmente suas colegas de grupo, quase sempre com cachecóis de lã fofinha. Tanto aceitar suas criações como forma de pagamento, quanto permitir que ela presentearasse as colegas, eu considerava estar dando *holding* à paciente, uma vez que a valorização de seu potencial criativo era, naquele momento, aquilo de que ela precisava. E o efeito de *holding* se difundia por todo o grupo.

Um dia, esta que era a mais recente no grupo, muito querida pelas companheiras, ausentou-se por ter surgido um sintoma súbito no olho. Antes que ela pudesse voltar, isto evoluiu para um acidente vascular cerebral. Estando melhor anunciou sua volta. O grupo estava feliz. Subitamente, no decorrer de uma sessão na qual esperávamos que ela viesse, nos chega a notícia de seu falecimento.

Aqui retomo, com minhas palavras, o que citei anteriormente sobre objeto transicional: pertence ao que chamei de terceiro espaço. Não é do mundo externo, tampouco do interno. Sua utilização pode persistir na tenra infância e pode reaparecer em momentos de depressão ou em momentos de solidão. Também nos momentos em que a ilusão de onipotência é abruptamente abalada.

Cabe esclarecer aqui que o grupo constitui-se num dispositivo que pode se inserir na área de ilusão. Atendendo, através da postura do

terapeuta, as necessidades dos pacientes, com manejos ou intervenções que suprem essas necessidades no momento exato em que se manifestam, adquirem a característica de um objeto transicional. O falecimento repentino de uma integrante é traumático. É um momento em que ocorre uma ruptura de continuidade de existir.

O grupo, vivenciado como uma unidade, devido ao *holding* fornecido pelo terapeuta e também pelos próprios pacientes, sente que perdeu um pedaço de si. É uma vivência de desintegração. Uma das integrantes pôde falar do quanto as histórias de família desta paciente lhe traziam recordação de sua própria família de imigrantes. A outra paciente também referiu pontos de identificação. Ficamos todos muito tristes e chocados com a rapidez dos fatos. Imediatamente surgiu um pedido das pacientes de que evitássemos ao máximo que alguma delas viesse a ter sessões sozinha quando uma delas precisasse faltar.

Identifiquei que o grupo era, naquele momento, uma posse delas; concordei com o pedido. Entendi que aquele grupo, naquele momento, passou a funcionar como um fenômeno transicional; e que a súbita perda de um integrante correspondia a um contato brusco com uma realidade desestruturante (mexeram no meu objeto). Que precisavam adquirir algum controle sobre o grupo. Respeitei. Quando uma delas precisasse faltar, por motivos plenamente justificáveis, dedicávamo-nos juntas a encontrar uma alternativa. Elas sentiam assim que tinham um controle sobre o objeto grupo. Eu acolhia, dava *holding*. Em nenhum momento mantive a rigidez dos horários como a coisa mais importante. Considerava o mais importante as duas estarem juntas na sessão e participarem juntas da escolha de um horário possível. Era uma forma de vermos que tínhamos sido impotentes em manter a integridade do grupo, mas podíamos ter algum controle sobre aquele espaço potencial. Isto foi recebido pelo grupo como um acolhimento. Considerava-me intuindo do que o grupo estava precisando naquele momento, como é colocado por Winnicott, seguir o ritmo do paciente e não nosso próprio ritmo, como terapeutas.

Passados vários meses a característica de transicionalidade do grupo evoluiu para uma relação mais madura: grupo como fenômeno objetivo, possibilitando trocas cheias de vitalidade e com um claro discernimento entre dentro e fora sem haver perda da espontaneidade.

Retomamos o que diz Winnicott sobre isto:

O que nos tornamos capazes de fazer permite que cooperemos com o paciente no andamento do processo, aquilo que para cada paciente tem seu próprio ritmo e segue seu próprio curso, todas as características importantes desse processo derivam do paciente e não de nós como analistas. (Winnicott, 1954/1988a, p. 459)

Conclusão

Este capítulo contém uma pequena parte das ideias de Winnicott. Minha intenção, ao escrevê-lo, foi dar ênfase ao aspecto da importância da criatividade. Estou de acordo com ele quanto ao fato de que a espontaneidade é uma das principais manifestações de saúde e que vem dela o *sentir-se vivo*.

Winnicott discorre muito sobre os prejuízos das invasões excessivas na relação mãe-bebê (e isto é válido também em muitas fases da vida, por exemplo, na relação professor-aluno; na relação de um casal, na relação terapeuta-paciente). Alerta-nos para o fato de que as invasões decorrem de falhas e que essas falhas tanto podem corresponder a deixar de oferecer ao sujeito humano aquilo que lhe é essencial em dados momentos, quanto podem se tratar de experiências em que o cuidado, as ofertas são excessivas, as capacidades do sujeito já evoluíram, e ele fica sem oportunidade de exercitá-las. Isto vale para a percepção, para as atividades motoras, para o aumento da tolerância à frustração. Considero também importantes as posições de Winnicott quanto à necessidade de um analista ser criativo, espontâneo, respeitar o ritmo do paciente exercitando também a sua capacidade de esperar os momentos mais adequados para intervir.

Winnicott foi uma pessoa exemplar e uma de suas grandes virtudes foi se dirigir à população leiga (mães, pais, professores, adolescentes) buscando numa linguagem simples, comunicar-lhes suas descobertas sobre a natureza humana.

Referências

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

- Fulgêncio, L. (2018). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni. (Trabalho original publicado em 2016)
- Khan, M. R. (1988). Prefácio. Em: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 7-61). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.
- Phillips, A. (2017). *Winnicott*. Aparecida: Idéias Letras. (Trabalho original publicado em 1988)
- Winnicott, C. (1995). DWW: Uma reflexão. Em: P. L. Giovacchini (Org), *Táticas e técnicas psicanalíticas* (pp. 13-26). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1990).
- Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. Em: *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1988a). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. Em: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (pp. 459-482). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves (Trabalho original publicado em 1954)
- Winnicott, D. W. (1988b). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. Em: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (pp. 389-408). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (1990). Relacionamentos interpessoais. Em: *Natureza humana* (pp. 54-68). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988)

Grupos Psicanalíticos de Reflexão e Discussão enquanto modalidades de Grupos Operativos

Solange Aparecida Emílio

A importância de marcar o referencial psicanalítico no nome

Os Grupos Psicanalíticos de Discussão e de Reflexão são duas modalidades de grupos que têm como referência os Grupos Operativos desenvolvidos por Pichon-Rivière (1980/1994) e vêm sendo utilizados como dispositivos de aprendizagem e intervenção em diferentes contextos, em especial por nós, membros do NESME²², já há alguns anos.

Inicialmente, os nomes adotados para os referidos dispositivos raramente incluíam o termo “psicanalítico”, apesar do apoio no referencial da psicanálise. Mas, fomos percebendo que havia um uso indiscriminado e bastante genérico dos termos “grupo de discussão” e “grupo de reflexão” para nomear os mais variados tipos de grupos, o que incluía desde a utilização de diferentes abordagens psicológicas para a leitura dos fenômenos grupais, como a total ausência de articulação teórico-prática na apresentação dos grupos ou discussão dos resultados obtidos por eles.

²² Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares – instituição sediada em São Paulo, que completou 30 anos de existência em 2019 e que congrega psicólogos, psiquiatras e profissionais de áreas afins que trabalham com grupos e outras configurações vinculares (como casais e famílias), tendo como principal referencial a psicanálise vincular. Faço parte da referida instituição há mais de vinte anos.

Há dez anos, fiz um rápido exercício em uma busca no *Google*²³ e encontrei quase 200.000 páginas na língua portuguesa que faziam referência ao termo exato “grupo de discussão”. O acesso a alguns dos materiais encontrados evidenciou que, sob este nome estavam grupos com diferentes finalidades e formas de funcionamento e manejo, mas tinham a promoção de discussão como eixo comum (Emílio, 2010).

Resolvi repetir o exercício acima mencionado²⁴, ampliando a consulta para verificar também as referências aos grupos de reflexão. Então, recorri ao *Google* e ao *Google Acadêmico*²⁵, usando as expressões exatas: “grupo de discussão” e “grupo de reflexão”. Usei como filtro as páginas publicadas no Brasil e em idioma português. O primeiro resultado que chama atenção é o da quantidade de páginas e artigos científicos que se referem tanto aos “grupos de discussão” quanto aos “grupos de reflexão”, pois na consulta feita pelo buscador geral (*Google*) foram localizadas mais de 1.750.000 páginas que contêm a expressão exata “grupos de discussão” e 555.000 resultados para a expressão exata “grupos de reflexão”. Mesmo em uma consulta um pouco mais específica, ao optar pelo *Google Acadêmico* (que direciona para artigos científicos), encontrei cerca de 23.500 referências para “grupos de discussão” e cerca de 3.500 resultados para “grupos de reflexão”. A leitura de todos os artigos não seria possível e nem interessante no momento, mas a partir de uma pequena amostra de conveniência retirada de alguns dos artigos mais recentes foi possível encontrar, por exemplo, relatos e formulações sobre:

- um grupo de discussão *online*, estudado para se compreender as práticas de poder e resistência em uma organização pública e presentes no próprio grupo (Bretas, 2019);
- um grupo de discussão com mulheres jovens utilizado para a coleta de dados em uma pesquisa sobre o feminismo (Vargas & Saraiva, 2019);

²³ Pesquisador geral *Google*: google.com

²⁴ Realizada em 28/01/2020.

²⁵ Pesquisador *Google Acadêmico*: scholar.google.com.br

- um grupo para a recepção de calouros de um curso de enfermagem, denominado ora como “grupo reflexivo” e ora como “grupo de reflexão e discussão” (Rossato & Scorsolini-Comin, 2019, p. 1-2).

Um fato que também chama a atenção nos grupos apresentados sob a denominação de grupo “de discussão” ou “de reflexão” é que muitas vezes nos textos sobre eles, como, por exemplo, nos trabalhos de Gvozdz et al. (2016), Silva e Bernardo (2018) e Vieira et al. (2020), não há explicação do que os caracteriza, como se os nomes já fossem autoexplicativos, não ocorrendo, assim, o esclarecimento sobre o que poderia diferenciar um do outro ou até mesmo de outras modalidades de grupo, uma vez que a discussão e/ou debate de ideias ou a reflexão de seus participantes podem estar bastante associadas e presentes nos mais variados grupos.

Por outro lado, ainda no mesmo exercício acima mencionado, quando inseri o termo “psicanalítico”, consultando a ocorrência de referências às expressões exatas “grupo psicanalítico de discussão” e “grupo psicanalítico de reflexão” encontrei, pelo buscador geral (o mesmo que apresentou mais de um milhão de resultados para “grupo de discussão”), em torno de 28 resultados para “grupo psicanalítico de discussão” e 11 resultados para “grupo psicanalítico de reflexão” (tendo sido apresentadas meio milhão de referências quando buscado somente “grupo de reflexão”). Outro dado importante foi que todos os artigos encontrados nesta última busca remetiam às definições de grupos que se aproximam ou são inspiradas nos grupos que abordarei aqui. Assim, pareceu importante nomeá-los incluindo o “psicanalítico”, de forma a reconhecer as especificidades e características destes grupos, como já feito anteriormente por Fernandes (2003) e por Emílio (2010).

Breve histórico dos Grupos Psicanalíticos de Reflexão e de Discussão

Os Grupos Psicanalíticos de Discussão e de Reflexão são definidos como modalidades de Grupos Operativos (Emílio, 2010; Fernandes, 2003). Como este livro tem um capítulo dedicado aos Grupos Operativos (capítulo 8), não vou me deter ao seu detalhamento. No

entanto, é importante resgatar uma comunicação feita pelo idealizador dos Grupos Operativos no Primeiro Congresso Latino-americano de Psicoterapia de Grupo, em 1951, publicada posteriormente em uma coletânea de textos do autor (Pichon-Rivière, 1980/1994) com o título: *Aplicações da psicoterapia de grupo*, na qual ele apresenta a importância do grupo para o processo de aprendizagem, tendo como base sua experiência no ensino para estudantes de psiquiatria. Ele relata a primeira experiência que teve com um grupo de seis estudantes dos primeiros anos de medicina, que já frequentavam o hospital psiquiátrico como campo de estudo, na qual sugeriu que se aproximassem dos pacientes, a partir daquele momento, sem retomar a teoria, para poderem elaborar a experiência desse contato em sessões semanais de uma hora de duração. O texto a seguir ilustra a proposta do autor:

(...) uma técnica que pouco a pouco foi surgindo – porque na realidade aprendemos uma técnica com esse primeiro grupo – era a seguinte: cada vez que aparecia um quadro clínico determinado, eu solicitava aos alunos que cada um falasse sobre a vivência que tinha em relação a um determinado distúrbio. Em uma aula sobre esquizofrenia, por exemplo, cada um havia recebido um impacto particular. Ou seja, para alguns chamou a atenção o isolamento, para outros, a indiferença, ou a dissociação, ou o delírio, e assim podíamos montar o quadro fragmentado através do grupo, facilitando sua assimilação. (Pichon-Rivière, 1980/1994, p. 59-60)

O relato acima demonstra uma aposta incondicional de Pichon-Rivière na potência do grupo para o processo de aprendizagem. Os Grupos Psicanalíticos de Reflexão e de Discussão trazem esta importante marca desde o seu início.

O surgimento dos Grupos Psicanalíticos de Reflexão, de acordo com Fernandes (2003), está associado à formação de coordenadores de grupo e grupoterapeutas, pela aplicação, por alguns dos membros do Instituto de Técnicas Grupais da Associação Argentina de Psicologia e Psicoterapia de Grupo (como Bernard, Ulhoa, Dellarossa, Ferschtut e outros) da reflexão em grupo no processo formativo de coordenadores de grupo e grupoterapeutas. Isso ocorreu nos anos setenta do século passado e a estratégia utilizada replicou a experiência realizada alguns anos antes

por Marcos Bernard e F. Ulhoa junto a residentes em psiquiatria do Instituto Borda, em Buenos Aires. O ponto em comum entre as experiências com os residentes, os grupos de reflexão descritos por Dellarossa e aquele primeiro grupo de Pichon-Rivière retomado acima é a possibilidade de explicitação e elaboração de tensões oriundas da e pela vivência em grupo. No entanto, Fernandes (2003) aponta uma especificidade em relação aos Grupos Psicanalíticos de Reflexão, quando comparados aos grupos operativos, em geral, que é a presença dos questionamentos à instituição formadora, que já aparece nos relatos presentes no texto de Dellarossa (1979, citado por Fernandes, 2003).

Apesar das dificuldades e resistências encontradas, o dispositivo, nomeado em geral como “grupo de reflexão” (principalmente porque já eram realizados em contextos em que o referencial teórico era a psicanálise), foi sendo cada vez mais utilizado na Argentina, passando também a ser considerado no Brasil, tanto na formação de médicos (Zimerman, 2000), como em instituições de formação de coordenadores de grupo e grupoterapeutas (Donato et al., 2002; Fernandes, 2003; Osório, 2002). Encontramos, também, mais recentemente, relatos de sua utilização em escolas de Educação Básica (Mataresi & Emílio, 2011), em universidades (Diniz & Aires, 2018; Donato et al., 2002; Franco & Volpi, 2011; Rossato & Scorsolini-Comin, 2019; Silva & Brandt, 2015) e até para um grupo de jovens formandos em uma instituição religiosa (Peruzzo & Rosa, 2015). Em todos os contextos descritos, percebemos como principal característica o cumprimento da essência do que vem enunciado no próprio nome do dispositivo: o retorno de cada um e do grupo (re) sobre si mesmo (flexão), o espelhamento de uns nos outros como em uma galeria de espelhos – como bem lembrado por Zimerman (2002) – e o processo de aprendizagem, assim como proposto por Pichon-Rivière (1980/1994).

Os Grupos Psicanalíticos de Discussão, apesar de, como já mencionado, também serem considerados modalidades dos grupos operativos, derivaram, conforme aponta Fernandes (2003), de uma atividade que não tinha relação direta com tais grupos, mas, gradativamente foram assumindo as características e o funcionamento que veremos neste capítulo.

Segundo Fernandes (2000), na década de oitenta, era usual nos congressos da Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo (ABPAG)²⁶ a organização de pequenos grupos em seguida às apresentações de trabalhos em mesas-redondas, nos quais promovia-se a discussão entre os participantes (realizada após a leitura do relatório que sintetizava o que havia sido apresentado na mesa). No entanto, a atividade, apesar de útil, tendia a ser cansativa quando o sintetizador era muito prolixo.

A partir dos anos noventa, a experiência foi sendo aprimorada, em especial pela promoção de eventos da ABPAG em parceria com o NESME e também da ocorrência do I Encontro Luso-brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo (Fernandes, 2000, 2003), nos quais mantinha-se a ideia de realização dos grupos após a apresentação dos trabalhos nas mesas-redondas e optava-se por colocar coordenadores de grupo experientes para auxiliar as discussões nos grupos e promover maior participação dos envolvidos. Apesar de em alguns momentos ter havido a utilização equivocada do termo “grupo de reflexão” para referência a esta atividade (Donato et al., 2002), já que a reflexão também era objetivada, optou-se pela formalização de seu nome como “grupo de discussão”, uma vez que as características de constituição (ter sempre um evento disparador) traziam especificidades ao funcionamento e coordenação deste dispositivo. Cabe ressaltar que por um bom tempo também não foi inserido o “psicanalítico” no nome, pois entendia-se que estaria subentendido o seu referencial.

Os resultados de aprendizagem proporcionada pelos Grupos Psicanalíticos de Discussão mobilizaram a sua utilização cada vez mais presente, ao ponto de serem considerados na atualidade um diferencial nos eventos científicos promovidos ou apoiados pelo NESME, além de terem sido incorporados nos encontros mensais ocorridos na instituição para o aprimoramento teórico-prático de seus membros.

Abro aqui um parêntese para relatar o meu primeiro contato com estes grupos e com o NESME, pois é neste ponto que há um importante entrelaçamento. Na ocasião, eu era professora de psicologia no curso de

²⁶ Atualmente, extinta (nota da autora).

odontologia, estudante do mestrado e pesquisava o tema dos vínculos (entre os profissionais de odontologia e seus pacientes com deficiência). Já havia feito um curso de aprimoramento com enfoque dos grupos operativos e tinha muito interesse em pesquisar mais sobre os fenômenos grupais. Então, fui capturada pelo cartaz de divulgação de um congresso que ocorreria em Serra Negra²⁷, que trazia a abordagem dos vínculos e era organizado por uma instituição da qual nunca havia ouvido falar, o NESME, mas trazia a psicanálise em seu nome.

Então, fui para o evento, esperando encontrar o modelo de congresso ao qual estava acostumada, em que o palestrante era considerado o detentor do saber e o público estaria lá para aprender e participar de forma silenciosa ou, no máximo, por meio de perguntas direcionadas à mesa. Logo na primeira atividade, vi que tudo seria diferente, pois, escolhi a mesa-redonda de interesse e escutei, com bastante atenção, todas as falas, anotando freneticamente, as apresentações. No entanto, ao final da mesa, ao invés de haver a abertura para perguntas, estava prevista a participação de todos em um Grupo de Discussão com uma hora de duração. Isso foi explicado pelo presidente da mesa, mas demorei a entender o que significava. Fiquei sentada, um pouco atônita, vendo as pessoas se levantarem e organizarem a sala em um grande círculo. Cheguei a pensar que seria alguma atividade exclusiva para membros da instituição, mas a pessoa que iria coordenar o grupo insistiu que todos estavam convidados a participar e por isso eu fiquei.

Hoje, mais de vinte e dois anos depois, não consigo me lembrar do tema da mesa, nem os autores das apresentações ou quais foram os teóricos abordados (apesar de meus registros da ocasião). No entanto, ainda me recordo de quem coordenou este primeiro Grupo de Discussão do qual participei, de como me senti estimulada a compartilhar minhas opiniões e sensações com pessoas que nunca havia visto e do profundo contentamento em perceber, na prática, o que eu havia estudado na teoria dos grupos operativos, pois o compartilhamento de ideias que ocorreu e o aprendizado que se processou em mim foram fundamentais para acolher

²⁷ II Congresso de Psicanálise das Configurações Vinculares/ I Encontro Paulista de Saúde Mental e Psiquiatria – Serra Negra, 1997.

algumas das inquietações teórico-práticas que eu vinha enfrentando na escrita da minha dissertação de mestrado. Ao final do evento, quis saber mais sobre a instituição que o havia organizado e fui convidada a visitar o NESME em um de seus encontros mensais. Me encantei ainda mais com o que vi e ouvi e resolvi me tornar membro. Nunca mais deixei de estudar a psicanálise das configurações vinculares e tenho tentado, desde então, contribuir para o aprimoramento dos dispositivos para intervenções grupais, como o Grupo Psicanalítico de Discussão. Fecho o parêntese.

Vimos até o momento que há diferenças importantes nos momentos e motivos de criação dos Grupos Psicanalíticos de Discussão e de Reflexão, apesar das aproximações teóricas que são evidentes e da clara herança nos grupos operativos. A seguir, abordarei cada um dos dispositivos de forma separada, trazendo seus possíveis usos, suas características, alguns dos fenômenos identificados e as especificidades da coordenação.

Os Grupos Psicanalíticos de Reflexão

Definição e aplicações

O Grupo Psicanalítico de Reflexão é definido por Fernandes (2003) como uma modalidade de grupo operativo, com ênfase na reflexão e no conhecimento oriundo da vivência grupal. Como vimos acima, ele vem sendo adotado, principalmente, na formação de psicoterapeutas de grupo com orientação psicanalítica; no cuidado institucional às sociedades que congregam grupoterapeutas e em congressos da área de grupos, como vivência para promover o aprendizado sobre o dispositivo (Fernandes, 2003). No entanto, há registros de sua utilização para a supervisão de psicanalistas no trabalho individual (Rosa, 1996) e em situações em que o trabalho é realizado com um subgrupo da instituição, tendo como a perspectiva a obtenção de transformações nas relações ocorridas na instituição de forma mais ampla (Mataresi & Emílio, 2011; Peruzzo & Rosa, 2015).

Nos relatos encontrados e na minha experiência, estes grupos costumam ter uma hora ou uma hora e meia de duração. Quanto ao número ideal de participantes para estes grupos, Dellarossa (1979, citado

por Coronel, 2002) sugere que seja entre dez e catorze. Parece um bom número para permitir a circulação dos afetos e a aprendizagem, que se aproxima do estabelecido para outros dispositivos grupais com o referencial psicanalítico, como na Fotolinguagem, por exemplo, para a qual recomenda-se o número de cinco a oito participantes nas aplicações terapêuticas e doze a quinze participantes em processos de formação (Vacheret, 2008). No entanto, já participei de grandes Grupos Psicanalíticos de Reflexão em congressos, com mais de cinquenta pessoas (até em torno de setenta) e tive a experiência de coordenar grupos muito pequenos nesta modalidade (com quatro a seis componentes). Em ambas as situações, o tamanho do grupo, inicialmente, chegou a aparecer como um problema. Por exemplo: nos grupos muito grandes, surgiram dificuldades na comunicação ou mesmo de organizar as cadeiras de forma que parecesse satisfatório a todos; nos grupos muito pequenos, vinham as queixas de que ocorre uma sobrecarga aos seus membros, que não se sentem autorizados a se ausentarem ou que percebem o tempo de uma hora e meia muito longo, com a fantasia de possibilidade de se esgotar o “assunto”. No entanto, as intervenções dos coordenadores e as associações que se seguiram evidenciaram que essas vivências não são problemas; ao contrário, podem ser entendidas como emergentes, pois permitiram, em movimentos dialéticos de esclarecimento, a explicitação de conteúdo implícito dos grupos, das instituições, dos profissionais ou mesmo das histórias e relações entre os países de origem dos participantes.

Apesar de ser um espaço muito potente de preparação e transformação profissional, sustentá-lo nos processos formativos não é algo simples. Foi feita uma compilação, pela Área de Grupos do NESME²⁸, das experiências relatadas por profissionais atuantes em

²⁸ Durante um bom tempo dos mais de trinta anos de existência do NESME, alguns de seus membros se organizavam em áreas temáticas, a saber: Área de Grupos; Área de Família; Área de Instituições. Tal divisão objetivava promover estudos, organizar eventos e elaborar textos dentro do tema em questão para apresentação aos demais membros e contribuição à comunidade científica. Nos últimos dez anos, novas demandas institucionais surgiram e a organização por áreas deixou de fazer sentido, tendo ocorrido outra forma de organização dos membros para o aprofundamento nos estudos dos referidos temas.

diferentes instituições formadoras do estado de São Paulo (NESME, SPAGESP²⁹ e SPAG-CAMP³⁰) com os grupos de reflexão realizados em seus cursos. Destaco, abaixo, algumas das conclusões a que chegaram em relação a este dispositivo de grupo:

- Tem como objetivo favorecer um espaço para troca e intercâmbio de experiências, para que possam ser conhecidos e reconhecidos tanto os conceitos de fenômenos grupais, como seus próprios participantes.
- É como um vaso alquímico, pois permite que as coisas não se percam e não se fragmentem, embora contenha o caos, além de ter o objetivo de nutrir, promover saúde mental.
- É um espaço transicional, ambiente que envolve o vínculo como uma pele.
- (...) as interpretações ocorrem num nível inter e transpíquico. Ruído é a realidade que tem a ver com o que vivemos hoje. A instituição precisa acolher o fato de que os membros pertencem a outros espaços e isso interfere em sua presença nele. (Donato et al., 2002, p. 121-122)

Para Oliveira Jr. (2002), o Grupo de Reflexão dentro do referencial psicanalítico é o espaço adequado para a livre-associação de ideias, que promove um fenômeno chamado de ressonância afetiva, caracterizada pela comunicação de inconsciente para inconsciente e que resulta na manifestação de emoções. O autor sugere que as escolas em geral organizem esta atividade com os alunos pelo menos uma vez por mês, pois contribuiriam para o processo educativo, por “estimular a saída de algo que vem de dentro, como, por exemplo, a capacidade de aprender, de pensar, de ser criativo, ou mesmo estimular a saída de conflitos, queixas, ódios, enfim o que tiver que sair deverá ou poderá sair” (Oliveira Jr., 2002, p. 12). Sou favorável a tal sugestão, mas recomendo que ela seja realizada por um coordenador que tenha preparo suficiente para auxiliar no

²⁹ Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, sediada em Ribeirão Preto.

³⁰ Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo de Campinas.

aproveitamento da potência do grupo e na mobilização de transformações institucionais.

Características e especificidades da coordenação

Quanto à coordenação dos Grupos Psicanalíticos de Reflexão, Bernard (1991) já destacava a importância de o coordenador de tais grupos não realizar nenhuma outra atividade de docência junto aos participantes. Nos textos de Oliveira Jr. (2002) e Fernandes (2003), há também a recomendação de não haver envolvimento do coordenador do grupo nas atividades acadêmicas e nos processos avaliativos, para permitir maior liberdade no fluxo das associações livres aos participantes. No entanto, é comum que o coordenador desse grupo seja membro da instituição formadora ou tenha outras possibilidades de encontro ou de realização de atividades com os participantes ou com pessoas com eles relacionadas. Como o material trazido nestes grupos pode expor conteúdos sensíveis a algum dos membros ou mesmo de pessoas de fora deste, considero que deve ser garantido que o espaço utilizado não permita o vazamento das falas no momento do grupo e que os participantes compreendam a importância do sigilo e a reserva do que for tratado no grupo.

No que se refere aos cuidados a serem tomados pelo coordenador, um conceito que tem ajudado é o da regra de abstinência. Para Laplanche e Pontalis (1991), esta constitui a recusa do analista em satisfazer os pedidos do paciente e de assumir os papéis impostos por ele. Considero que, em um Grupo Psicanalítico de Reflexão, o coordenador precisa se abster não somente de atender às solicitações dos membros do grupo, mas também deve ficar atento às advindas de outros participantes da instituição. Além disso, a regra serve para o analista ou coordenador, mas não deveria ser utilizada como substituta à interpretação do pedido.

Vamos imaginar, como exemplo, um grupo de estudantes que está vivenciando muitas dificuldades para comunicar a um determinado professor do curso as suas insatisfações em relação às aulas, uma vez que o professor é descrito como tendo reações agressivas com os estudantes. Quando isso aparece no Grupo de Reflexão, é dito por um dos participantes que no espaço do grupo eles se sentem escutados e acolhidos e que gostariam que o mesmo ocorresse nas aulas; na sequência, outro

participante sugere que o coordenador do grupo converse com o professor para tentar ajudá-lo a promover um espaço saudável de aprendizagem, pois certamente o professor não iria ser agressivo com ele. Então, apesar da clara convocação dos estudantes, é recomendável que o coordenador do grupo não atenda ao pedido, mas também não se dedique a negá-lo. Buscar a sua compreensão é mais importante do que responder afirmativa ou negativamente à solicitação. Uma estratégia interessante é tentar verificar, a partir da formulação do grupo, o que está sendo comunicado no que se refere às fantasias inerentes ao processo de aprendizagem, às relações entre os participantes, à instituição e ao macro contexto, de forma a promover a compreensão do grupo acerca do pedido formulado.

Um ponto que é muito importante em relação aos Grupos Psicanalíticos de Reflexão é a sua proximidade com os grupos psicoterapêuticos de orientação psicanalítica, uma vez que não há direcionamento por parte do coordenador, não existem disparadores e não há recursos mediadores, como fotos, textos, para os quais os participantes possam direcionar suas projeções. É comum ocorrerem movimentos de regressão, principalmente no início dos grupos, com ataques à coordenação, fantasias persecutórias, tentativas de mudar o contrato, como, por exemplo: solicitar alteração do tempo; propor uma discussão temática; dizer que a atividade ocupa o lugar de outra mais importante e pragmática (Donato et al., 2002). Assim, como estes ocorrem em contextos institucionais nos quais as pessoas têm outras formas de convivência, encontrando-se antes e depois dos grupos, cabe ao coordenador ficar atento aos conteúdos institucionais e relacionados ao aprendizado, na elaboração de suas hipóteses interpretativas e ao exercitar sua função de pensar junto com o grupo.

Os Grupos Psicanalíticos de Discussão

Definição e aplicações

Em um trabalho elaborado por Fernandes e Fernandes (1999, citado por Fernandes, 2000) e bastante utilizado em textos posteriores (Emílio, 2010; Fernandes, 2003), os Grupos Psicanalíticos de Discussão

são descritos como modalidades de grupos operativos que têm como tarefa a discussão de ideias, a circulação e a horizontalização de saberes, a partir do contato com um disparador comum. Um pequeno ajuste na descrição acima resultou em uma nova formulação que foi criada de forma coletiva por membros do NESME e está presente no convite encaminhado aos participantes dos grupos realizados nos encontros mensais. Ela traz a ideia de ser um espaço de compartilhamento horizontal de saberes para a construção coletiva de conhecimento, inspirado nos grupos operativos de Pichon-Rivière e realizado após um disparador comum, que pode, por exemplo, ser um texto, caso clínico, um filme ou uma apresentação em um evento. No último congresso do NESME, a explicação sobre tais grupos foi disponibilizada dentro do programa oficial do evento com o seguinte texto:

(...) são grupos psicanalíticos realizados após as apresentações em mesas redondas, mesas de comunicações temáticas e sessões de pôsteres e coordenados por especialistas em grupos. Com isso, procuramos quebrar, pelo menos parcialmente, o nível de funcionamento grupal de dependência, tradicional nos Congressos, partindo para uma discussão horizontal e criativa. De maneira democrática, tais grupos estimulam a circulação do saber de cada participante, despertam associações e constroem novo conhecimento a partir do material exposto pelos participantes/autores de trabalhos. (NESME, 2019, p. 4)

Como vimos, desde a sua criação, esta modalidade de grupos está bastante associada aos congressos de grupo, em especial os promovidos ou apoiados pelo NESME e mais recentemente ficou também vinculada aos encontros mensais realizados na instituição. Assim, fica evidente a sua importância como dispositivo de promoção de conhecimento e de vivência para estudiosos de grupos. No entanto, seus usos não se restringem a estes contextos, como veremos no próximo tópico.

As definições do dispositivo do Grupo Psicanalítico de Discussão que apresentamos acima apresentam como ponto comum a importância do compartilhamento de ideias e da construção coletiva do conhecimento. Então, um ponto bastante relevante quando penso nos seus possíveis usos é o fato de que ele pode ser utilizado sempre que o grupo objetivar a

promoção da discussão para a ampliação do conhecimento de todos, uma vez que concordo com a afirmação de Fernandes (2003) de que ele pode ser efetivo para estimular o pensamento horizontal e democrático, não somente em eventos científicos.

Em minha experiência, tenho utilizado e supervisionado a realização de Grupos Psicanalíticos de Discussão para intervenções em contextos nos quais é importante a promoção de espaços de reflexão e discussão de ideias, de aprendizagem, de sensibilização em relação a algum tema e de promoção de saúde, principalmente quando a intervenção se dá com pessoas que convivem cotidianamente, como: professores, estudantes, membros da equipe pedagógica e administrativa em escolas; usuários e membros da equipe técnica e de gestão de centros de convivência, serviços de saúde, casas de acolhimento; entre outros. O uso de textos, imagens, músicas, trechos de filmes como disparadores e a condução de uma discussão que permite o surgimento de associações, convergentes e divergentes, e o compartilhamento e acolhimento dos diferentes saberes configura os Grupos Psicanalíticos de Discussão como dispositivos interessantes de intervenção em instituições e podem ser menos geradores de ansiedade e fantasias persecutórias do que os Grupos Psicanalíticos de Reflexão. Tornam-se bastante recomendados, inclusive, para atividades pontuais ou com populações que não estejam ainda tão disponíveis para uma vivência emocional muito intensa.

Assim, considero que suas aplicações são as mais variadas, mas não deve ser constituído com a finalidade de realização de tomadas de decisões ou quando não for possível o respeito às diferentes ideias que surgirem, uma vez que ele não prevê uma resolução final ou uma “moral da história”, sendo importante que cada participante saia dele com sua própria síntese pessoal, apesar de esta ser construída no e com o grupo.

Características e especificidades na coordenação

Quando penso na criação de um grupo como dispositivo de intervenção, considero: a sua finalidade; os participantes; as condições materiais (como a instituição ou contexto mais amplo, o espaço, o tempo e os recursos disponíveis); além do preparo técnico de quem contribuirá

para a sua condução (terapeuta, coordenador, facilitador, animador, observador, entre outros).

Como visto acima, os Grupos Psicanalíticos de Discussão podem ser utilizados tanto com pessoas que têm convivência cotidiana (como colegas de classe ou de trabalho, amigos, parentes, membros de uma comunidade), como com pessoas que têm relações assimétricas de poder, desde que estas concordem que no espaço do grupo tal assimetria deixará de existir. Então, o critério para participação dos referidos grupos é a concordância dos participantes com as “regras do jogo”, tomando de empréstimo uma expressão utilizada por Zimerman (2000) quando fala do enquadre dos grupos.

Em relação ao espaço, o fato de o Grupo Psicanalítico de Discussão não ter finalidade psicoterapêutica permite que não seja necessária a preservação do sigilo das falas o que possibilita, por exemplo, que seja realizado em uma quadra ou pátio de uma escola ou empresa ou em uma sala que tenha vazamento do som. No entanto, é muito importante que as pessoas consigam se escutar e se ver durante a discussão proporcionada. A organização das cadeiras em círculo contribui bastante para isso, mas outras formas de organização podem ser necessárias, em função do número de participantes e do formato da sala. Já percebi que se a sala for muito pequena para o grupo, podem ser tentadas outras estratégias de organização das cadeiras, desde que os participantes fiquem confortáveis em compartilhar suas ideias e possa ser repensada a organização, caso não funcione da forma como está.

No que se refere ao número de participantes, ao contrário do que ocorre em relação a outras modalidades grupais, como as que têm finalidades psicoterapêuticas (Fernandes, 2003; Zimerman, 2000), não encontrei registros em relação ao número mínimo e máximo ideal para a realização dos Grupos Psicanalíticos de Discussão. Em meu percurso profissional, já coordenei, co-coordenei e supervisionei a realização de grupos com esta finalidade com um número que considerei muito pequeno (em torno de quatro participantes, incluindo o coordenador) e com um número muito grande (aproximadamente 50 pessoas). O que observei nas diferentes situações é que, para uma hora de discussão, a presença de dez a vinte e cinco participantes tende a ser bastante viável,

não sendo um grupo tão pequeno que as pessoas se sintam muito expostas e forçadas a falar mais do que gostariam, e nem tão grande que dificulte a participação e a comunicação de todos os que desejam.

O tempo de realização do grupo pode variar em relação aos objetivos, ao contexto e ao número de participantes. Bleger (1961/1980) recomenda que os grupos operativos tenham sempre mais de uma hora de duração, pois, considera que é a partir da primeira hora que o grupo tem melhor rendimento. Sabemos, com Pichon-Rivière (1980/1994) e com Bleger, que os primeiros momentos dos grupos operativos são marcados por ansiedades decorrentes da quebra dos estereótipos na aprendizagem e que estas vão diminuindo com o tempo e o movimento do grupo, de forma a permitir que conteúdos difíceis possam emergir. Os Grupos Psicanalíticos de Discussão não deixam de promover os mesmos fenômenos. No entanto, em função de sua especificidade, os disparadores que os antecedem fornecem um elemento de apoio às associações, o que promove a proteção dos conteúdos de seus participantes e também a sua evidenciação, em um interessante jogo de mostrar e esconder, permitindo, assim, que o grupo possa operar desde o seu princípio, uma vez que tanto as associações provocadas pelo disparador quanto a falta delas podem se converter em elementos de compreensão do processo grupal e, portanto, de aprendizagem.

Tenho observado que a duração de uma hora para a realização de tais grupos funciona bem, quando considerado um número entre dez e vinte e cinco participantes. Um ponto importante a ressaltar é que o Grupo Psicanalítico de Discussão é sempre considerado um grupo breve (Emílio, 2003), pois, cada grupo é único e o seu término já está previsto desde o seu início (Emílio, 2010).

A coordenação dos Grupos Psicanalíticos de Discussão pode ser feita por uma ou duas pessoas (a co-coordenação pode ser muito recomendada em grupos maiores), mas é importante que estes profissionais tenham preparo para isso (Fernandes, 2003). Alguns cuidados precisam ser destacados na coordenação, como apontado em um trabalho anterior, do qual pincelei alguns pontos para apresentar abaixo (Emílio, 2010):

- cuidar da organização do espaço e da configuração das cadeiras, respeitando a quantidade de pessoas e as condições concretas, de forma a garantir que todos os participantes se vejam e se escutem durante a discussão;
- em caso de co-coordenação, é importante estabelecer combinados acerca dos papéis de cada um no manejo do enquadre e nas pontuações e interpretações; combinar as possibilidades de comunicação entre os coordenadores durante o grupo (alguns preferem se posicionar no grupo de forma a se verem para poderem se comunicar pelos olhares e expressões faciais e outros optam por se sentar um ao lado do outro e poder se falar rapidamente e em voz baixa, se necessário);
- autorizar e estimular a participação de todos os presentes, compreendendo que o silêncio também é uma forma legítima de estar no grupo;
- preparar para o término do grupo, pontuando sobre a aproximação do fim e respeitar o tempo combinado para a finalização do grupo. Isso exige bastante atenção e manejo técnico, pela identificação dos movimentos de negação do fim ou de transgressão da regra estabelecida;
- evitar emitir opiniões pessoais sobre o conteúdo em discussão pelo grupo, uma vez que sua concordância ou divergência em relação às ideias de algum membro poderá conduzir mais à estereotipia do que ao esclarecimento e à aprendizagem;
- ficar atento à possibilidade de repetição no funcionamento do grupo, de forma dramatizada e inconsciente, do tema presente no disparador. Explicitar tal repetição pode auxiliar o grupo a sair da estereotipia.

Um último ponto que pretendo abordar sobre o funcionamento dos Grupos Psicanalíticos de Discussão é sobre a presença ou não de um observador não participante nos referidos grupos. Para Pichon-Rivière (1969), este seria recomendável nos grupos operativos, pois teria a função de fornecer ao coordenador o material (verbal e pré-verbal) expresso no grupo, para auxiliar a avaliação e reajuste da técnica. Nos Grupos

Psicanalíticos de Discussão, como visto acima, são pensadas estratégias de co-coordenação, mas não encontrei registros da presença de observadores nos grupos com esta denominação. No entanto, há alguns meses o NESME vem adotando, nos Grupos Psicanalíticos de Discussão realizados nos encontros mensais³¹, a função de leitor do grupo. Este é um observador participante que fica designado (em geral, de forma voluntária) para observar e registrar, por escrito, suas impressões e o movimento do grupo, sem deixar, no entanto, de contribuir para as discussões realizadas e sem intervir como co-coordenador no decorrer do grupo. As anotações são convertidas posteriormente em um texto, que é enviado aos membros, para que todos possam acompanhar a leitura realizada daquele grupo e servem como uma espécie de aproximação e distanciamento do fenômeno vivenciado.

Como ilustração, apresento a seguir um trecho do relato elaborado por uma leitora³² observadora participante de um Grupo Psicanalítico de Discussão realizado no NESME, que teve como disparador o texto “O problema epistemológico do grupo na psicanálise”, do livro de Kaës (2011)³³, O grupo, na ocasião, estava constituído por membros do NESME e convidados, sendo que alguns dos presentes já eram mais familiarizados com as obras do autor e outros o haviam lido pela primeira vez para a participação no grupo:

³¹ Uma vez por mês, os membros do NESME se reúnem para seu encontro mensal, que contempla atividades exclusivas aos membros, como a reunião administrativa e a supervisão institucional, mas também há espaço para uma hora de Grupo Psicanalítico de Discussão, com a possibilidade de participação de convidados externos. Os disparadores para os grupos são enviados por correio eletrônico, de forma antecipada aos convidados (junto com o convite) e são em forma de textos (capítulos de livros, artigos científicos, relatos de casos clínicos, livros infantis) ou vídeos (filmes, documentários), escolhidos conforme os interesses e necessidades do grupo.

³² O texto foi elaborado integralmente por Andréia Pereira Lopes, que autorizou sua publicação.

³³ O texto utilizado como disparador aborda a extensão do campo da psicanálise e discute a realidade do grupo, considerando que esta tem estruturas, organizações e processos psíquicos específicos.

A coordenadora se apresenta em meio a burburinhos e ruídos, informa como se dará o encontro, sobre o funcionamento do grupo, seu objetivo, combinados e o horário de início e fim. A partir desse momento, o silêncio começa a fazer parte do encontro; são percebidas no ambiente diferentes emoções que se mesclam entre ansiedades, curiosidades, inquietações, angústias, serenidades... Até que começam as falas; estas surgem com apontamentos sobrepostos, que vão chamando a atenção de todos os presentes. É como se o grupo estivesse observando uma pintura, uma obra de arte e cada um começasse a apontar o que lhe chama a atenção. O momento é de colaboração, começamos a construir nosso “texto/tela” e o mais interessante é que somos criadores dessa “obra”.

A leitura que cada um faz é variada, mas impressiona a importância de cada voz para resultar na elaboração e compreensão do texto. O grupo reconhece a importância do autor, mas assume a dificuldade para compreendê-lo. O acolhimento dessa dificuldade se dá pelas falas que sugerem formas de amenizar tamanha angústia. Então, o que é singular passa a ser comum e compartilhado, afinal todos mencionam suas incompreensões diante do texto. Até que surge uma fala que aponta e evidencia a importância das associações livres ali mencionadas, conclui-se que estamos diante de um aparelho psíquico do grupo. É como se nesse momento a pintura ganhasse um significado único para cada um, mas ao mesmo tempo compartilhado (...).

Considerações gerais sobre ambos os dispositivos à guisa de conclusão

Como visto acima, tanto o Grupo Psicanalítico de Reflexão quanto o Grupo Psicanalítico de Discussão buscam promover a explicitação do que está implícito e as mudanças pessoais dos seus participantes pelo processo de aprendizagem, resultando em mobilizações afetivas e tendo, também, efeitos terapêuticos. No entanto, pelas suas próprias características e limitações, eles não devem ser utilizados com a finalidade psicoterapêutica, uma vez que existem dispositivos mais adequados para isso.

A função dos coordenadores dos Grupos Psicanalíticos de Reflexão e de Discussão é bem semelhante à prevista nos grupos operativos, ou seja, de pensar com o grupo, realizando um processo dialético de indagação e esclarecimento, que parte do que é explícito para promover o surgimento de conteúdos implícitos. Assim, o conteúdo manifesto, trazido pelos porta-vozes do grupo é integrado pelo coordenador, que formula uma hipótese interpretativa, a qual provoca o surgimento de outro emergente grupal (Pichon-Rivière, 1969). No entanto, vale ressaltar que a hipótese a ser formulada pelo coordenador do Grupo Psicanalítico de Reflexão deverá considerar o curso, a instituição e o macro contexto, enquanto a hipótese do coordenador do Grupo Psicanalítico de Discussão poderá se apoiar em elementos presentes no disparador utilizado. Então, a atenção do coordenador é relativamente flutuante, pois, na medida em que se permite associar livremente enquanto acompanha o fluxo de associações dos demais membros do grupo, pode se perguntar, por exemplo: “por que esta associação surgiu neste grupo, neste momento?”; “que aspecto da dinâmica institucional está presente nesta afirmação ou pergunta?”; “que elementos presentes no disparador utilizado inspiraram esta associação?”.

Para finalizar, apresento, abaixo um trecho do relato enviado por um convidado³⁴ que participava pela primeira vez do Grupo Psicanalítico de Discussão realizado no NESME³⁵, pois é o registro da percepção de alguém não familiarizado com o dispositivo e que parece ilustrar bem a sua proposta e seus efeitos sobre os participantes. É importante esclarecer que todos haviam recebido o texto por correio eletrônico uma semana antes do grupo e que este teve como disparador uma breve apresentação feita sobre o texto por sua autora, também convidada externa:

(...) impressionante como a matéria mental circulou (e acredito que circule sempre...) naquele ambiente, a ponto de ser quase palpável.

³⁴ Joaquim Pereira, psicanalista, em comunicação encaminhada por correio eletrônico aos membros do NESME, como devolutiva, após sua participação. Obs.: o uso da comunicação neste capítulo foi autorizado por seu autor.

³⁵ Grupo Psicanalítico de Discussão, realizado na sede do NESME em 15/02, tendo como disparadores a leitura do texto "A terceira tópica" de Gislaïne Varela Mayo de Dominicis,

Ou melhor, é palpável, na dimensão (limitada) onde a palavra e a linguagem são instrumentos de apropriação dessa matéria mental que, obviamente, escapa à possibilidade de encarnação completa na palavra. Por isso somos o que somos... porque escapamos... e é aí que escapamos, no prazer e na dor. Mas, dentro daquilo que a palavra e a linguagem nos auxiliam nesse processo de encarnação, nesse jogo entre o singular e o grupal, estávamos todos lá, singulares, mas plurais na grupalidade. Heterogêneos pertencendo a um Grupo. Impressionante capturar essa circulação de afetos e palavras. Entre a demanda grupal pela garantia da receita pronta da convidada-autora e a transgressão ampliada inclusiva, vocês me incluíram.

Referências

- Bernard, M. E. (1991). Grupos Psicoanalíticos de Reflexión en la Formación de Analistas Grupales. *GrupAl: Revista de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo*, 1, 41-46.
- Bleger, J. (1961). Grupos Operativos no ensino. Em J. Bleger, *Temas de psicologia: Entrevista e grupos* (pp. 53-82). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Bretas, P. F. F. (2019). De servidores públicos marajás a profissionais eficientes: Uma genealogia das práticas de poder e resistência a partir de um Grupo de Discussão. *Administração Pública e Gestão Social*, 11(1), 28-44.
- Coronel, L. C. I. (2002). Grupo de Reflexão na formação de grupoterapeutas. Em J. F. Oliveira Jr. (Org.), *Grupo de Reflexão no Brasil: Grupos e Educação* (pp.137-154). Taubaté, SP: Cabral Universitária.
- Diniz, N. F. P. S., & Aires, S. (2018). Grupo de escuta e reflexão com estudantes universitários. *Vínculo*, 15(1), 61-75.
- Donato, A., Fernandes, B. S., Oliveira, N. M., Emílio, S. A., Galli, V. L., & Fernandes, W. J. (2002). Grupos de Reflexão: Uma modalidade dos Grupos Operativos, uma técnica a ser utilizada, um “tipo” diferente de grupo? Em J. F. Oliveira Jr. (Org.), *Grupo de Reflexão no Brasil: Grupos e Educação* (pp. 117-124). Taubaté, SP: Cabral Universitária.

- Emílio, S. A. (2003). Grupos breves em clínicas-escolas. Em W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.) (2003), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 269-277). Porto Alegre: Artmed.
- Emílio, S. A. (2010). O Grupo Psicanalítico de Discussão como dispositivo de aprendizagem e compartilhamento. *Vínculo*, 7(2), 35-43.
- Fernandes, W. J. (2000). Alguns aspectos do trabalho psicanalítico com grupos de discussão. *Revista da SPAGESP*, 1(1), 61-69.
- Fernandes, W. J. (2003). Grupos de reflexão e grupos de discussão. Em W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.) (2003), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 205-214). Porto Alegre: Artmed.
- Franco, E. M.; Volpe, A. J. (2011) Sentidos para a formação em um grupo de reflexão. *Psicol. Ensino & Form.*, 2(1), p. 33-42.
- Gvozdz, R., Garcia, S. D., Haddad, M. C. L., Vannuchi, M. T. O. & Garanhani, M. L. (2016). Teoria Tornar-se Humano: Prática em grupo de pré-aposentadoria. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(1), 40-49.
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: A psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Loyola.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. P. (1991). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mataresi, A., & Emílio, S. A. (2011). Grupos de reflexão no contexto escolar: A vez e a voz dos alunos. *Vínculo*, 8(2), 31-36.
- NESME (2019). Programa do XII Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares e X Encontro Paulista De Saúde Mental. Serra Negra/SP.
- Oliveira Jr., J. F. (2002). Observações introdutórias do organizador. Em J. F. Oliveira Jr. (Org.), *Grupo de Reflexão no Brasil: Grupos e Educação* (pp. x-y). Taubaté, SP: Cabral Universitária.
- Osório, L. C. (2002). Prefácio. Em J. F. Oliveira Jr. (Org.), *Grupo de Reflexão no Brasil: Grupos e Educação* (pp. 5-10). Taubaté, SP: Cabral Universitária.
- Peruzzo, M. O. S., & Rosa, M. F. R. (2015). O complexo diálogo entre uma instituição religiosa, um grupo e seus sujeitos. Em S. A. Emílio (Org.), *Anais do X Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares; VIII Encontro Paulista de Saúde Mental; XII Jornada da SPAGESP*. Serra Negra, SP: Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares.

- Pichon-Rivière, E. (1969). Estrutura de uma escola destinada à formação de psicólogos sociais. Em E. Pichon-Rivière (1994), *O processo grupal* (5.ed.) (pp. 121-130). São Paulo: Martins Fontes.
- Pichon-Rivière, E. (1977). Concepto de ECRO. *Temas de psicologia social*, 1(1), x-x.
- Pichon-Rivière, E. (1994). *O processo grupal* (5.ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Rosa, J. T. (1996). Grupo Psicanalítico de Reflexão em supervisão de psicoterapia individual. Em I. F. D. M. Catafesta (Org.), *D.W. Winnicott na Universidade de São Paulo: O Verdadeiro e o Falso* (pp. 253-276). São Paulo: Lemos.
- Rossato, L., & Scorsolini-Comin, F. S. (2019). “Chega mais”: O grupo reflexivo como espaço de acolhimento para ingressantes no ensino superior. *Revista da SPAGESP*, 20(1), 1-8.
- Silva, D., & Brandt, R. (2015). A influência do Grupo de Reflexão na formação profissional. Em S. A. Emílio (Org.), *Anais do X Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares; VIII Encontro Paulista de Saúde Mental; XII Jornada da SPAGESP*. Serra Negra, SP: Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares.
- Silva, M. P., & Bernardo, M. H. (2018). Grupo de Reflexão em saúde mental relacionada ao trabalho: Uma contribuição da psicologia social do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43(Suppl. 1), e11s. Epub, dezembro 03, 2018.<https://doi.org/10.1590/2317-6369000005018>
- Vacheret, C. (2008). A Fotolingagem©: Um método grupal com perspectiva terapêutica ou formativa. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 180-191.
- Vargas, J., & Saraiva, K. (2019). Feminismos e redes sociais: (In)ações e (im)possibilidades de jovens de periferia urbana. *Revista Práxis Educativa*, 14(3), 1188-1209.
- Vieira, C., Nascimento, A., & Urquiza, A. (2020). O currículo e a produção das identidades/diferenças de crianças indígenas em espaço escolar. *Reflexão e Ação*, 28(1), 21-33.
- Zimmerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2.ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Zimerman, D. E. (2002). A minha prática com grupos de reflexão. Em J. F. Oliveira Jr. (Org.), *Grupo de reflexão no Brasil: Grupos e Educação* (pp. 63-78). Taubaté, SP: Cabral Universitária.

Grupos com tempo e/ou objetivos limitados

Beatriz Silverio Fernandes

O que são grupos com tempo e/ou objetivos limitados?

Acredito e concordo com Kesselman (1972) que as necessidades atuais como tempo, deslocamento, dinheiro, pouco interesse em tratamento em longo prazo e tempos modernos são incompatíveis com tratamentos psicológicos individuais prolongados. Não vou repetir aqui os conceitos de grupos e efeitos benéficos dos grupos, pois foram brilhantemente descritos pelos colegas.

Segundo Small (1974), dois itens que justificam a procura por métodos breves e eficazes se destacam: a necessidade de tratamento psicológico em curto prazo, sem perda de horas de trabalho, e o limitado número de psicoterapeutas especializados para o trabalho. Estamos falando de um processo que teve início no pós-Guerra (1944-1945).

Em Small (1974) encontramos Grinker, que afirmava que a psicoterapia breve derivada da psicanálise era o “único” tratamento novo adequado àquele momento.³⁶

No que se refere ao entendimento sobre grupos em geral, houve nos últimos 35 anos uma expansão muito grande em seu emprego, inclusive nos grupos com foco ou tempo limitado. A partir da década de 40, os clínicos passaram a utilizar esses tipos de grupo em ambulatórios e, principalmente, em tratamentos hospitalares.

Os grupos breves, em geral, duram seis meses, ou 25 sessões, e podem ser desenvolvidos em serviços públicos ou em consultórios privados, com ou sem intermédio de serviços de saúde suplementares (convênios médicos). Penso, assim como outros autores (Budman &

³⁶ Detalhes sobre esses movimentos históricos serão vistos no capítulo 1, *Psicoterapia de grupo: sua origem, seus caminhos*.

Gurman, 1988; Klein, 1996), que os consideramos breves não só devido à duração, mas por serem um tratamento realizado com cuidado e responsabilidade, e que “utiliza o tempo que lhe é concedido de forma eficaz, eficiente”, sempre mantendo o foco.

Onde e como são realizados

O espaço onde se reúne o grupo breve é igual ou semelhante aos outros grupos descritos neste livro: uma sala mobiliada com cadeiras, dispostas em círculo. A população do grupo poderá variar de oito a dez elementos, no máximo. Em geral, são grupos fechados (que iniciam e terminam com a mesma população), mas podem ocorrer também na forma de grupos abertos (onde saem e entram pessoas novas). O tempo destinado a cada sessão varia de 45 a 60 minutos, em geral, e os grupos têm duração de seis meses em média, e o contrato pode ser renovado.

Como em outras modalidades, o objetivo do grupo breve é o alívio dos sintomas e das angústias, visando a um maior equilíbrio emocional dos seus integrantes e promover a utilização dos recursos sadios de cada paciente para conseguir maior controle e domínio de si próprio. Mais importante ainda é que colabore para o desenvolvimento e a compreensão de cada participante sobre o mal que o aflige, para ajudá-lo a enfrentar e a não negar, com as limitações que o tempo imporá.

Esses quesitos devem estar presentes sempre no coordenador, assim como dentro do mundo psíquico de cada participante, para que o tratamento possa florescer e tornar-se eficaz.

Manter sempre o foco do grupo, evitar a dispersão e sempre chamar a atenção para esses aspectos é fundamental para o progresso do grupo.

Quem poderá participar do grupo terapêutico breve?

Muito se lê e se fala, mas a literatura, por vezes, sugere que pessoas com uma ou mais das características a seguir poderiam atender a critérios para se beneficiarem desses grupos:

- presença de uma queixa circunscrita;
- presença de problemas de surgimento de crise súbita;

- história de vida que mostre ajustes razoáveis anteriores às crises;
- história de relacionamentos mais ou menos estáveis;
- capacidade de manifestar confiança no terapeuta e nos outros membros;
- capacidade de engajar-se num processo psicoterápico (motivação positiva para o tratamento);
- capacidade de relacionar-se consigo e com os outros de maneira flexível pela vida afora;
- disposição para abdicar de algo de sua vida para direcioná-lo ao tratamento; e
- prevalência da realidade em comparação ao mundo da fantasia.

As características mencionadas para a seleção de pacientes são discutidas também por Sifneos (1987/1991), Mackenzie (1988/1991), Strupp (1981) e no trabalho de Klein (1996).

Cada grupo será configurado de maneira diversa em termos de tarefa, estrutura, papéis dos pacientes e de seu coordenador, conforme os atendimentos forem acontecendo. Uma vez selecionados os pacientes e decidido o foco do grupo, as sessões podem se iniciar.

Mas como chegar à conclusão de quem poderá participar do grupo breve? Temos em mãos um instrumento relevante para obter os dados que nos mostrarão se “João” tem ou não as características adequadas para participar do grupo: de uma a três entrevistas iniciais, incluindo uma boa investigação da história de vida pregressa ou anamnese; e conhecer seu desenvolvimento, como foi seu crescimento físico, social e emocional. Isso fornecerá um material riquíssimo para avaliar se “João” terá ou não bons indicadores de aproveitamento no grupo. Mas ressalvo que ainda assim podemos falhar, pois não somos infalíveis; não podemos abstrair essa nossa incompetência natural.

Se “João” não tiver uma história de fidelidade relacional mínima, condições de estabelecer uma relação de confiança e esperança de alcançar lucros no tratamento, dificilmente conseguirá tirar proveito do tratamento, e até poderá contribuir para o não desenvolvimento do grupo, desviando constantemente o foco e a atenção do coordenador.

Deve-se esclarecer a todos o contrato do grupo: sua duração, como serão as sessões, como fazer com faltas, pagamentos e reposição de sessões, se atrasados poderão ou não entrar etc.

Yalom e Vinogradov (1985) ressaltam como tarefas importantes dos terapeutas de grupos breves a manutenção do grupo e a construção de uma cultura grupal. Esse trabalho incrementaria o processo desenvolvido pelo grupo. Não parece uma tarefa possível. À medida que o terapeuta consiga ater-se ao foco do grupo, utilize adequadamente dos conteúdos contratransferenciais, deixe seus recursos narcísicos guardados e tolere o que o grupo pode dar, ou desenvolver, o processo crescerá.

Uma alternativa é o meu desejo, a outra é o que o grupo poderá construir com minha ajuda – em termos de esclarecimentos, informações, clarificações dos conteúdos, apresentação de novos modelos de conduta para antigos comportamentos, incentivo a todos para se colocarem nos lugares dos outros e pensar como se sentiriam –, caso o próprio grupo, por si só, não o trouxer. Por vezes nos deparamos com pacientes que são “excelentes coterapeutas” sem terem consciência de que nos ajudam na tarefa terapêutica.

Para um grupo breve funcionar, seus participantes precisam sentir-se integrados, definir o problema ou a tarefa a realizar, para executarem juntos o que lhes foi confiado. Os problemas, segundo Mailhiot (1985), precisam da ajuda do líder, no sentido da sensibilização para certos fatores da realidade, suas disponibilidades e os recursos que o grupo terá a seu dispor.

Esse tipo de grupo continua a ser uma possibilidade de atenção à saúde mental a expandir-se nos dias de hoje, cada vez mais. Observa-se ser uma opção que vem sendo muito utilizada dentro das faixas sociais menos favorecidas economicamente ao redor do mundo.

Alguns cuidados técnicos têm que ser adotados com esse tipo de trabalho grupal. Não se pode conduzi-los com a técnica de longo prazo. O terapeuta deve ser um pouco mais diretivo e focado, e muito eficaz, conforme constatado em diversas pesquisas, como salienta Klein.

Vimos um pouco do que consideramos grupos breves. Atenhamo-nos agora aos grupos realizados em comunidades terapêuticas.

Grupos em comunidades terapêuticas

Toda comunidade vive em grupos. Não há praticamente atividade individual, com exceção das consultas. Esses grupos todos ocorrem numa instituição, cuja definição pode ser “coisa instituída ou estabelecida. Leis fundamentais de uma sociedade política e social” (Michaelis, 1998). Segundo os conceitos sociológicos, a instituição é um complexo de ideias, padrões de comportamento, relações inter-humanas que se organizam em torno de um interesse reconhecido, conforme Fernandes (2003).

Assim, encontraremos as comunidades terapêuticas: um complexo integrado de ideias e padrões comportamentais; uma organização estruturada para dar conta do tratamento de pessoas com inúmeras dificuldades dentro da esfera da vida, num grau elevado de patologias e comprometimentos emocionais. Essa instituição terá que dar conta da administração e do equilíbrio do princípio do prazer e da realidade, tanto de seus pacientes como de seu *staff*, assim como dela própria.

A comunidade, segundo Fernandes e Fernandes (1998), possui um conjunto de técnicas integradas, com normas conhecidas dos pacientes, seus participantes mais ativos, e da equipe técnica, com um funcionamento que poderá ser alterado em comum acordo com todos (Fernandes & Fernandes, 1998).

Os grupos estão presentes em todos os locais e âmbitos da comunidade. Tais grupos seguem o modelo dos grupos operativos³⁷, cuja tarefa primordial é a convivência das pessoas no dia a dia.

Um dos alicerces do trabalho em comunidades terapêuticas é valorizar os aspectos saudáveis de pacientes, isto é, os aspectos não psicóticos da personalidade³⁸. Dar-se-á mais atenção aos vínculos emocionais amorosos e atados ao desejo de crescimento. O ser humano será valorizado em sua amplitude, quer dizer, em todos os aspectos, o que poderá vislumbrar um crescimento pessoal no decorrer do tempo, de cada integrante e, quiçá, da instituição.

³⁷ Ver o capítulo 8, *Teoria e técnica dos grupos operativos segundo Enrique Pichon-Rivière*.

³⁸ Ver o capítulo 7, *Contribuições de Bion para o estudo e o trabalho com grupos*.

A problemática dos grupos em comunidades terapêuticas muitas vezes é uma extensão dos problemas institucionais, da convivência, dos altos e baixos que espelharão as situações não resolvidas em qualquer área.

Nos grupos não poderemos deixar de cuidar do sigilo, dos silêncios, da transferência e da contratransferência. O mundo primitivo floresce a todo momento, e sempre encontraremos a distorção da realidade. Nossa tarefa é continuamente fazer provas da realidade, isto é, confrontar o que é falado com o que acontece, bem como facilitar os intercâmbios entre as pessoas, reduzir ansiedades e tentar ajudar a incrementar a autoestima dos integrantes, sem deixar de lado o grande papel da compreensão maior de cada quadro diagnóstico.

Os grupos em comunidades terapêuticas são, em geral, recursos permanentes na estrutura organizacional, mas a população é altamente variável. Os grupos que acontecem na instituição são inúmeros. Eles serão tratados no próximo item e ilustrados com vinhetas clínicas.

Algumas possibilidades, frutos de minha experiência

Relato como funcionava uma comunidade terapêutica em São Paulo, na época em que lá trabalhei (Fernandes & Fernandes, 1998):

1. Grupo de terapia ocupacional: grupo semanal, com pacientes, coordenador e funcionários, com duração de uma hora, cuja atividade era planejar e operacionalizar tudo o que acontecia na comunidade, como festas, churrascos, torneios, almoços, trabalhos na oficina de criatividade. Neste grupo era decidido o cronograma da semana, em termos do que fariam e como seriam organizados os materiais para a semana seguinte.
2. Grupo da cozinha: grupo semanal com pacientes, coordenador e funcionários, com duração de uma hora, cujo objetivo era a divisão de trabalho para as atividades da cozinha. Por exemplo, se o combinado fosse uma feijoada, seria determinado quem cortaria as carnes, quem as colocaria de molho, quem escolheria o feijão, quem picaria os temperos, quem faria o arroz e a couve, e assim por diante.
3. Grupo da jardinagem: grupo semanal com pacientes, coordenador e funcionários, com duração de uma hora, com o

propósito de organizar as tarefas do jardim, como quem ficaria encarregado de regar os vasos internos e externos da casa, retirar as ervas daninhas dos canteiros de flores, cortar as folhas secas, recolher o material retirado e levá-lo para o local adequado, e quem chamaria o funcionário para recolher o lixo.

4. Grupo da horta: grupo semanal com pacientes, coordenador e funcionários, com duração de uma hora, cujo objetivo era organizar as tarefas da horta, determinando quem prepararia o canteiro, quem semearia, aguaria, retiraria ervas daninhas etc.

5. Grupo de boas-vindas: grupo semanal com pacientes, coordenador e funcionários, com duração de uma hora, com a finalidade de preparar uma comissão de pacientes e um atendente para receber os pacientes novos, mostrar a clínica e suas instalações, e contar um pouco como funciona a instituição e quais as atividades de todos os dias.

O que ocorria como produto de cada atividade, correto ou não (por exemplo, se o churrasco queimou), sempre era discutido nos grupos diários coordenados pelo diretor clínico da instituição.

Breve vinheta de um grupo de terapia ocupacional

Osvaldo: *Os botões da blusa, que você usava...* [cantava olhando para o alto].

Marcos: Seu Osvaldo, conta pra gente o que esta música tem a ver com o planejamento do torneio de futebol.

Osvaldo: Bem... é que eu me lembrei de um momento erótico. É uma festa.

Coordenador: Então, Seu Osvaldo, como poderia nos ajudar a organizar o torneio? Já que o senhor gosta de festas.

Júlio: Assim não dá. Não vai sair nenhum jogo assim.

Carlos: Aqui é um bando de pernas de pau. Mentirosos. Dizem que todos são iguais, mas cadê médico que joga? E se jogar, quem vai marcar?

Osvaldo: É, você não entende mesmo. Claro que há jogos. Claro que há marcações.

Cesar: Você joga, Osvaldo?

Osvaldo: Eu não, mas me divirto. Eu sou muito atrapalhado para jogar, e tenho problemas graves de reumatismo. Mas ajudo a ver as faltas.

Clara: Credo, até aqui tem futebol? Que saco!

Osvaldo: Aqui é muito engraçado.

Coordenador: Mas e aí, como vamos organizar o dia, a hora, quem ataca, quem defende, goleiros etc.?

Marcos: Eu convido Júlio, Carlos, Antonio e Clara para jogarem. Topam?

Osvaldo: Eu apito e convido o doutor Agnaldo para jogar, mas quero a “Bunitinha” marcando o doutor.

Susana: Por que isso? Não entendo, você quer mandar no jogo?
[Osvaldo e Marcos sorriem]

Osvaldo: Não. É que você vai apreciar um espetáculo único. A “Bunitinha” marca o médico, chuta, cai, levanta-se, deixa o cara atordoadado.

Susana: Tudo o que você gostaria de fazer com ele.

Osvaldo: Bem, não exatamente. Ele é meu médico. É engraçado, e eu posso vê-lo em dificuldades. Mas o melhor mesmo é ver que a “Bunitinha” encarna o jogador e não tem medo, ela vai... se diverte, brinca... queria ser assim.

Esse fragmento retrata um pouco o mundo primitivo que acompanha cada um dos pacientes, que foram internados depois de um surto psicótico muito grande, ou, ainda, que são doentes mentais crônicos. Como observamos, o Sr. Osvaldo parece estar fora de órbita, assoviando, falando de festas, de um erotismo e depois consegue mostrar aos demais que também pensa, quando fala que é bom ver o médico sentir dificuldade.

Caminhando com o grupo, o paciente saiu de um estado onde só ele importava, para depois fazer colocações pertinentes à realidade. Com a participação organizada no grupo, aspectos mais saudáveis emergem na sessão. Essa estrutura funciona como um continente, que abrigará as angústias dos participantes e propiciará condições para que se solucionem problemas cotidianos.

Enquanto coordenadores desses grupos, precisamos facilitar a redução dos níveis de angústia, ao permitir e dar condições aos integrantes

de falar e se colocar. Haverá flutuações de humor, que são frequentes em todos os grupos e em todas as esferas. Devemos ter como meta desenvolver as capacidades de cada um, estabelecer um relacionamento razoável com o grupo e não nos prendermos a diagnósticos e medicamentos. O foco é o ser humano, mais ou menos equilibrado, não importa; aproveitar o que cada um tem de bom.

A evolução humana nos conduz a um aperfeiçoamento das organizações. Podemos dizer que é como uma escada, e não podemos nos esquecer que cada degrau é um degrau a mais. Devemos cuidar também para não escorregarmos pelos degraus, o que também é possível.

O coordenador deverá também ajudar a esclarecer situações e ideias, e facilitar a expressão dos desejos e pensamentos de cada elemento que compõe o grupo hoje. Digo hoje, porque nesses grupos podemos ter o mesmo participante por um mês ou mais, ou por apenas um ou dois dias. Não cabe ao grupo discutir as ausências, mas o que se sente na falta do outro.

Podemos citar algumas dificuldades para a condução de grupos com pacientes internados, como descrevem Yalom e Vinogradov (1985):

1. hostilidade e ambivalência em relação ao líder, por causa da ideação paranoide ou da incapacidade de diferenciar entre líder e outras figuras que representam autoridade;
2. problemas para o desenvolvimento de autonomia e de coesão;
3. comunicação limitada e distorcida entre doentes mentais crônicos.

Como mencionado em outras oportunidades neste livro, os grupos evoluem, caminham junto com seus participantes, cada um em seu tempo e ritmo. Ao viver ambivalências institucionais e conseguindo entrar no trabalho grupal com dor, frustração e até, como Bernard (1996) ressaltava, ao falarmos do imaginário e das fantasias, mostramos como esses fatores operam papel importante como organizadores do grupo.

Segundo Hassan e Azim (1993), as fraquezas, por parte de todos, aparecem à medida que as atividades amadurecem. Observamos, segundo os autores, que os técnicos, assim como os pacientes, vão perdendo um pouco sua onipotência, sua competição e a colaboração floresce.

Karterud (1993) nos mostra também que pacientes regredidos intensificam conflitos latentes na esfera social, nos quais emerge, acima de tudo, a necessidade de esclarecimento. Não devemos interpretá-los jamais; mas coletar dados, confrontá-los e relacioná-los, isso parece funcionar. Juntos, pacientes e terapeutas podem elaborar o que lhes foi confiado.

Observa-se que estar em grupo é uma oportunidade para a exploração do que se pode denominar de inconsciente social. Sentimentos e reações de cada indivíduo refletem as influências que sofre por parte de outros indivíduos do grupo e do grupo como um todo, por menos consciência que possa ter de que isso se passa.

Para finalizar, mencionarei algo que um dos pacientes, Jonas, sempre falava nas reuniões: “Vou parafrasear Shakespeare – o mundo inteiro é um cenário e todos homens e mulheres são meros atores”. O que penso que podemos entender com os dizeres de nosso querido paciente: cada grupo e cada indivíduo contém uma estrutura verbal e uma dramática. O cenário é a comunidade e os atores são tanto os médicos quanto os atendentes, os psicólogos, as faxineiras, e os pacientes. Assim poderemos entender melhor os grupos realizados em comunidades terapêuticas.

Referências

- Bernard, M. (1996). *El trabajo psicoanalítico con pequeños grupos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fernandes, B. S. (2003). Grupos em comunidade terapêutica e hospital psiquiátrico. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 261-268). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, B. S., & Fernandes W. J (1998). *Comunidade terapêutica*. Em: S. V. Bettarello (Org.), *Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria* (pp. 333-346). São Paulo: Lemos.
- Hassan, F. A., & Azim, H. F. A. (1996). Psicoterapia grupal no hospital diurno. Em: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Orgs.), *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp. 215-225). Porto Alegre: Artmed.
- Karterud, S. W. (1996). Reuniões comunitárias e a comunidade terapêutica. Em: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Orgs.), *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp. 498-505). Porto Alegre: Artmed.

- Kesselman, H. (1972). *Psicoterapia breve*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Klein, H. R. (1996). Psicoterapia de curto prazo. Em: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Orgs.), *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp. 215-225). Porto Alegre: Artmed.
- Mailhiot, G. B. (1985). *Dinâmica e gênese dos grupos*. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Michaelis (1998). *Dicimax: Moderno dicionário da língua portuguesa* (edição eletrônica). São Paulo: Melhoramentos.
- Small, L. (1974). *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro: Imago.
- Yalom, I. J., & Vinogradov, S. (1985). Psicoterapia interpessoal de grupo. Em: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock, (1996), *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp. 156-163). Porto Alegre: Artmed.

Aspectos da teoria da técnica das grupoterapias psicanalíticas

Beatriz Silvério Fernandes e Waldemar José Fernandes

Introdução – alguns fenômenos do campo grupal

Já vimos no início deste livro, uma classificação possível do trabalho grupal, visando a enfatizar a importância de o coordenador saber o que pretende fazer e o que está fazendo (capítulo 3). Sinteticamente, vimos algumas classes de grupos, como de crianças/adolescentes; grupo da instituição/grupo que ocorre em ambiente institucional; psicoterapia de família/de casal; entre outros. Todos esses grupos são muito específicos e são visto em capítulos à parte³⁹, em que são abordadas diversas peculiaridades, inclusive sobre seu manejo.

Neste capítulo, exporemos algumas questões que envolvem grupos abertos ou fechados, que ocorrem em ambiente preferencialmente privado, mas não só, quer sejam homogêneos ou heterogêneos. Como algumas abordagens grupais com finalidades operativas foram vistas em capítulos sobre Pichon-Rivière e sobre Grupos Psicanalíticos de Discussão e de Reflexão (capítulos 8 e 14, respectivamente), veremos aqui, principalmente as abordagens grupais terapêuticas.

No dispositivo vincular convivem os membros do grupo ou do casal, da instituição ou da família, nos quais existem vínculos entre si e com o terapeuta. Partindo dessa premissa, alguns fenômenos ocorrerão, como resistência, transferência, contratransferência e *acting-outs* (atuações). Tais fenômenos costumam ocorrer durante as diferentes comunicações nas sessões de grupo, seja por parte dos pacientes, seja por parte do terapeuta.

³⁹ Ver capítulos 18, 19, 21, 22 e 23.

O terapeuta, no seu trabalho, observa e faz intervenções diversas, inclusive interpretações. Podem ocorrer *insights* e elaborações, ou não. Veremos um pouco sobre tudo isso, que podemos enquadrar como *aspectos da teoria da técnica das grupoterapias psicanalíticas*.

Inicialmente, acompanhemos uma sessão de grupoterapia, para reflexão.

Grupo de adultos

O grupo é composto por três homens e uma mulher (nomes fictícios): Álvaro, 34 anos, técnico de informática; Bruno, 38 anos, advogado; Carlos, 37 anos, economista; Maria Clara, 39 anos, filósofa. O grupo se encontra uma vez por semana pelo período de uma hora, e funciona há 8 meses.

Bruno [Havia faltado a duas sessões seguidas. Chega com cara de irritado, senta-se “mudo”.]

Álvaro: Oi, bom dia, Cara, tudo bem?

Carlos: Olá, sou novo aqui.

[Silêncio]

Álvaro: Eu acho que nós precisamos ser mais cordiais, afinal temos um colega novo e nem sabemos o que o aflige.

Carlos: Não se preocupem comigo. Com o tempo eu vou tomando conhecimento de como as coisas acontecem.

Bruno: Vai se acostumando, Cara. Falam uma coisa e fazem com a gente outra bem diferente.

Terapeuta: Pode explicar melhor, Bruno? Não entendi. Vocês entenderam?

Álvaro: Credo, Cara, como você está irritado! O que aconteceu?

Bruno: Estou avisando que sairei do grupo. Vocês são uns babacas. Hipócritas. Falam coisas aqui e depois fazem outra!

Álvaro: Posso saber do que você está falando?

Bruno: Faltei duas semanas e ninguém me ligou. Vocês se dizem preocupados... Chego aqui e vejo que tem gente nova. Nem fui consultado! É assim que funciona? [Olhando para a terapeuta] Você manipula tudo, não é?

Álvaro: Credo, acho que está falando de algum outro grupo. Ou enlouqueceu. Esqueceu de nossos combinados? Ou está misturando com sua família? Parece que está falando de seu pai. É a mesma história e parece a mesma raiva, Cara.

Terapeuta: O que acha, Bruno?

Bruno [Com cara de raiva, respira fundo.]

Terapeuta [Fico com a sensação que quer brigar comigo, no lugar de seu pai, mas acho prematuro. Preciso respirar fundo e deixar que o tempo me mostre algo.]

Álvaro: Bruno, como está sua vida com seu pai? Vocês fizeram as pazes?

Bruno: Por que isto te interessa?

Carlos: Sou novato aqui, mas vou falar algo. Estou escutando... eu não vim aqui para brigar. Vim porque quero melhorar de vida, me conhecer e fazer menos besteiras. Me sinto incomodado. Estou ficando com raiva, tem um negócio aqui dentro de mim.

Terapeuta: Conte mais, Carlos, o grupo é para isto, para que possamos falar o que estamos sentindo.

Álvaro: Eu também quero falar, mas estou com medo. Medo que vire briga. Também me dá raiva quando sinto o caminho fechado. Quer dizer, quando se coloca um ponto final sem ser pensado.

Terapeuta [Também sinto muito medo neste momento, medo da agressividade de Bruno, um pouco confusa, sem saber o que fazer.]

Carlos: Olha, como sou novo, vou falar, não sei se há alguma proibição, mas acho que, se não quer ajuda, por que está aqui?

Bruno, por que você não esclarece as coisas? Seria tudo mais fácil. Me ajudaria, sabia? Tô ficando muito angustiado.

Bruno: Pago ela [olhando para a terapeuta]... para ela resolver os problemas.

Terapeuta: Parece-me que está claro, Bruno, que está com muita raiva de mim. Talvez por que coloquei mais um no grupo? Talvez porque entrou mais alguém na família? O que você pensa?

Bruno: Não quero falar disso.

Carlos: Lembrei da minha filha. Ficou muito brava porque contamos a ela que um irmãozinho iria nascer. Dias depois nos

disse que não pedimos para ela se quera, e se podiam decidir sem ela, dando as ordens. Não sei o que tem de comparável, mas foi o que me veio na cabeça.

Álvaro: Crianças são espetaculares, mesmo longe podem nos ajudar. Carlos, sabe que também revivi isto aqui? Mas eu queria muito alguém no grupo para fazer o papel que eu sempre quis na minha vida – um irmão.

Terapeuta: Considerando o que Carlos falou sobre a filha, estamos enfrentando o mesmo problema aqui. Mas nos deram duas versões: ruim e boa. Ruim porque a chegada do novo ameaça uma situação que, bem ou mal, já era conhecida, e onde não houve o controle, aqui no grupo, o controle de Bruno. E, no exemplo de Carlos, o controle da sua filha. Boa porque abre a possibilidade do novo, de ampliar relacionamentos, ampliar nosso mundo, se pudermos aceitar o novo, a quebra do estabelecido anteriormente. Acho que agora podemos seguir adiante, Carlos feliz, Bruno angustiado, com a possibilidade de o irmão estar sendo mais querido, e despertar o amor da mãe ou do pai. *Infelizmente*, assim como nas famílias, os pais é que decidem quando virão os bebês, e aqui, eu é que decido quando entram novos colegas de grupo.

Clara: Estou pensando e consultando aqui o meu pensamento. Estou incomodada com a posição de Bruno. Mas, estou com medo de que ele vá embora. Seria triste para mim. Bruno, gosto de você, de suas contribuições e de suas maluquices. Mas, acho que você pode usar seu lado bom aqui com a gente. O amor irá fluir, e você, nesta postura, se afasta da gente.

Terapeuta: Bruno, parece que todos estão preocupados com você, ora pelo que provoca nos outros, ora pelo que provoca em você mesmo. O tempo está terminando, mas vamos pensando sobre o assunto.

Comentários que nos ocorreram. Faremos uma reflexão sobre o que poderia estar ocorrendo e sobre alternativas de intervenções. Para não nos alongarmos, faremos tais reflexões nas pausas após cada fala da terapeuta:

Terapeuta (1): O grupo mostra uma divisão, em que três membros, com atitude amorosa e construtiva, procuram ajudar o colega e

esclarecer o que estava ocorrendo. Por sua vez, um membro mostra-se irredutível, em estado da mente francamente esquizo-paranoide (Melanie Klein). Como dinâmica do grupo, há uma tentativa de integração, que não teve sucesso. [Isso, eventualmente, poderia ser apontado para o grupo.] A terapeuta convida Bruno para esclarecimento. Poderia também, se quisesse, perguntar o que o grupo estava achando da conversa. Poderia aguardar em silêncio, também... Como ninguém perguntou ao Bruno, a terapeuta eventualmente poderia perguntar: *notamos suas faltas, Bruno. Por que você não veio?* (ou até: sentimos falta de você no grupo; o que houve?) [São reflexões que ocorrem com mais facilidade após o grupo, fora do calor da sessão.] Outra possibilidade: elogiar Bruno por estar mostrando sua raiva, em vez de guardá-la para si [e convidá-lo a dizer o motivo]. Uma interpretação possível: Bruno mostra que tem um vínculo forte com o grupo e que se decepcionou por não terem procurado por ele, pensando até em abandonar o grupo. O grupo poderia informar ao Bruno o que cada um sentiu com suas faltas.

Terapeuta (2): O grupo mantém-se na dinâmica anterior, mesmo com alternativas fornecidas por alguns membros. A terapeuta se dirige diretamente a Bruno, perguntando o que achou das falas, sem sucesso. Chama a atenção que ninguém tenha dito algo do tipo: estamos interessados porque gostamos de você. [Talvez ninguém goste mesmo, ou o clima emocional de raiva e persecutoriedade paralisasse tais sentimentos e pensamentos.] Talvez a terapeuta, se tivesse lhe ocorrido, poderia ter perguntado: *Bruno, o que foi que eu fiz? A que manipulações você se refere?* [Às vezes não conseguimos pensar no grupo, pois a carga emocional causa verdadeiro turbilhão mental.]

Terapeuta (3): Poderíamos pensar que Carlos esteja sendo porta-voz dos sentimentos persecutórios do grupo, o que coloca Bruno como bode expiatório. O risco que correm talvez seja que toda a agressividade deles venha à tona. Uma possibilidade seria indagar do grupo se apenas Bruno tem raiva e apenas Álvaro tem medo. [A terapeuta percebeu contratransferencialmente seu medo.] É

interessante o que por vezes acontece nos grupos, e que pode ter ocorrido aí: a terapeuta convida o grupo a participar, dirigindo-se ao membro mais novo, Carlos. Quem responde, em nome do grupo, é Álvaro, que traz a metáfora do beco sem saída [caminho fechado]. Bruno aponta a contradição de “estar ali” e não querer ajuda. Poderia ser apontado, sem criticar, como isso é interessante, e que talvez já tenha ocorrido aos demais [vontade de não vir, de não conversar, não pensar etc.]. Bruno mostra uma defesa maníaca (Melanie Klein), quando despreza e desvaloriza a terapeuta, que “não resolve” os problemas, mesmo sendo “paga para isso”. Parece ser difícil para ele, e talvez para outros participantes, reconhecerem o valor e o esforço da terapeuta, e serem gratos por isso.

Terapeuta (4): Há um novo convite para Bruno pensar, mas ele não renuncia a sua postura rígida. Carlos aceita o convite e associa sobre as crianças serem espetaculares. Traz o desejo de ter um irmão ali no grupo. [Poderíamos conjecturar que idealiza a fraternidade, que viveria sem tensões nem agressões – um tema que poderia ser levantado como hipótese.]

Terapeuta (5): O grupo, por meio de Clara, tenta uma aproximação amorosa, e explicita que Bruno seria importante no grupo e declara o receio de perdê-lo.

Terapeuta (6): A terapeuta encerrou a sessão com mais uma fala sobre o grupo estar interessado e preocupado com Bruno. Situação difícil: terminou o tempo da sessão, não se sabe como o grupo poderá se desenvolver no futuro. Muitas vezes nos encontramos em situação semelhante, e há terapeutas que prolongam a sessão, inconformados com o que se passou. Boa oportunidade, com essa sessão, para refletirmos sobre a impotência humana, no caso, do terapeuta, e sobre a necessidade de se lidar com a incerteza, assim como com ataques diretos que recebemos frequentemente.

Realmente, às vezes ficamos impactados com a situação, bloqueados, provavelmente por identificações projetivas, mas é evidente que sofremos bloqueios, e o mais simples nos foge. Nessas ocasiões, às

vezes nossos pacientes são os que nos ajudam, quando estão fora do bloqueio.

Antes de prosseguirmos com conceitos importantes da grupalidade, vale a pena pensarmos sobre alguma *forma de seleção*, pois, há classicamente *contraindicações* para grupoterapia, como, por exemplo, para depressivos graves e para psicóticos graves (nesses casos, costumam se sair melhor em grupos homogêneos, só com patologias mais graves). É importante também estarmos atentos ao tipo de grupo, ou seja, com quem agrupar aquela pessoa, pois alguém pode se sair mal num grupo e bem em outro.

Quanto ao número de pessoas para se começar um grupo, em nossa experiência, se tivermos quatro elementos, seria suficiente para iniciar um trabalho com menos tropeços, pois poderá faltar alguém, e ainda teremos três deles, número que possibilita certa interação, importante no trabalho com grupos.

Entretanto, se o profissional *acreditar mesmo* no seu trabalho com grupos e *tiver o grupo já dentro de si*, poderá decidir-se por dia e horário, e começar sua atividade ainda que com um único elemento, o que já fizemos por diversas vezes, e presenciamos colegas também agindo desse modo. Aos poucos, o participante vai recebendo mais companheiros e o grupo vai se instalando concretamente.

É importante, como já demonstrado em capítulo inicial (capítulo 3), termos muito claro se o grupo tem objetivo focal, se tem objetivos de autoconhecimento etc., para imprimirmos ao grupo esse padrão desde o início, evitando confusões sobre o que estamos fazendo ali.

Alguns conceitos

Resistência

Pode-se definir resistência como Zimerman (2000, p. 152): “tudo o que – no decorrer do tratamento analítico, nos atos e palavras do analisando – se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente”. Indica ainda um desejo desesperado de busca de sobrevivência psíquica ante as angústias que afligem o sujeito. Podemos refletir que, pior do que a resistência, seria a desistência.

Resistência à análise é o correspondente da repressão atualizada. A resistência revela o processo doloroso da repressão e mostra que houve recalque de um desejo, sem metabolização. Segundo Burnier (2003):

(...) a resistência que comparece no processo psicanalítico, quer no trabalho individual, quer em grupo, é uma defesa do analisando contra a tentativa do analista de penetrar nos territórios proibidos do inconsciente. É uma defesa paradoxal, pois o analisando busca equilibrar-se pela análise e, ao mesmo tempo, procura fugir e bloquear esta mesma busca. (p. 174)

No processo analítico grupal, trabalha-se a resistência de cada paciente e a resistência à livre comunicação associativa entre os membros do grupo. As resistências podem ocorrer sob forma de atuações, como atrasos e faltas, silêncios longos, fala exageradamente monopolizadora, não cumprimento de combinações como pagamentos, sigilo e muitas outras. No grupo relatado, Bruno mostra grande resistência para sair de sua posição rígida de vítima e de perseguido, bem como para aceitar a ajuda que lhe oferecem.

Transferência

O constructo psíquico é o que vai engendrar a transferência. Dentro do *setting* do dispositivo vincular, percebemos que os pacientes buscam recriar, seja no vínculo com o terapeuta, seja com os demais membros do grupo, um tipo de relacionamento que repete os primeiros relacionamentos ao longo de seu desenvolvimento. Freud (1912/1969) deu a esse processo o nome de transferência. Em nossas palavras, todo ser humano, devido à disposição inata e influências da infância, adquire um certo modo de conduzir sua vida amorosa, quer dizer, as condições que estabelece para o amor, os instintos que satisfaz, e até seus objetivos, podem se constituir em clichês, que no curso da vida são repetidos nas suas vinculações.

Nós, terapeutas, também precisamos reconhecer restos de relações, com as quais fomos fundados ou constituídos, e que repetimos ao longo de nossa vida. Relembramos nossa concepção de vínculo, vista em capítulo inicial (capítulo 2), que é compatível com a visão de Zimerman, Pichon-Rivière e Bion: “estrutura relacional, em que ocorre

experiência emocional entre duas ou mais pessoas ou partes da mesma pessoa – engloba a transferência e a contratransferência” (Fernandes, 1994, p. 28). Assim, estaremos sempre pensando no conjunto transferência-contratransferência, verdadeiro binômio de partes implicadas entre si.

Entendemos transferência como *o conjunto de emoções e configurações mentais despertadas nos pacientes pela presença do analista*. Na situação de grupo, devemos ampliar o conceito para as reações despertadas também pela presença dos *outros membros do grupo*.

A transferência tem a ver com o tempo, a memória e a repressão. Através dela nos inteiramos de como não existe a noção de tempo para o inconsciente, já que a lembrança reprimida tende a reproduzir-se indefinidamente (...). O que o paciente vivencia diz respeito a algo de uma natureza particular, porque tendo acontecido há muito tempo, está incrivelmente presente. Este algo (re)experimentado e que viaja no túnel do tempo do vínculo transferencial é da mesma natureza do sonho. (Durand, 1995, p. 39)

Acrescentaríamos: as características desse sonho têm a ver, também, com todo o grupo e com as especificidades de cada sessão.

Nos fenômenos transferenciais inerentes ao processo comunicativo vincular não existe a noção de tempo; a lembrança reprimida pode reproduzir-se indefinidamente. Matrizes vinculares⁴⁰ e situações passadas estão presentes.

O processo transferencial é o resultado da transformação de matrizes vinculares e de situações infantis reprimidas em uma nova edição, já com algumas diferenças, que vão ocorrer no vínculo com o analista ou com os demais participantes do dispositivo vincular. Veremos adiante, o instigante conceito de *interferência*, que complementará o que acabamos de expor.

Vale acrescentar que Melanie Klein trouxe importantes contribuições para o estudo do binômio transferência-contratransferência, com o conceito de identificação projetiva, no relacionamento pacientes-

⁴⁰ Ver o capítulo 7, *Contribuições de Bion para o estudo e o trabalho com grupos*.

terapeuta⁴¹. No grupo relatado, a transferência fraterna fica evidente nas comunicações de Carlos e de Álvaro. Bruno nos faz pensar na transferência ligada à resistência.

Zimerman (2000) faz uma interessante indagação: “(...) a transferência é meramente uma necessidade de repetição, ou antes, ela é a repetição de necessidades (não satisfeitas no passado?)” (p. 160).

Quando desenvolvemos algumas ideias de Bion neste livro, estudamos a *Teoria das Transformações*. Recordemos, então, que transferência é a maneira de o paciente transformar em sua mente a relação entre ele, o terapeuta e os demais participantes do grupo. É bom salientar que a situação da transferência no grupo é muito intrincada, havendo as transferências com o terapeuta e as transferências laterais entre os demais participantes do grupo, todas entrelaçadas.

Contratransferência

Quando nos referimos àquilo que nasce do terapeuta, como resposta psíquica advinda do relacionamento com os pacientes, denominamos isso contratransferência, que constitui um assunto controverso, mas envolvente.

No dicionário de psicanálise de Elizabeth Roudinesco e Michel Plon (1997), encontramos uma carta de Freud a Binswanger sobre a problemática da contratransferência: “é um dos aspectos mais difíceis da técnica psicanalítica” (p. 133). O analista (e isso deve ser uma regra para Freud) nunca deve dar ao analisando nada que tenha saído de seu próprio inconsciente. Vez após outra, ele deve “reconhecer e ultrapassar sua contratransferência, para que possa estar livre” (Roudinesco & Plon, 1997, p. 133).

Esse conceito evoluiu. Há um estudo em Melanie Klein, sobre a identificação projetiva, em que podemos encontrar um ponto de referência para o tema da contratransferência. Klein, a partir das observações sobre os bebês, dá importância aos processos de projeção e identificação, onde se externalizam alguns conteúdos e se internalizam

⁴¹ Ver o capítulo 6, *Contribuições da teoria kleiniana para a compreensão dos fenômenos grupais*.

outros. O que é colocado para fora, portanto projetado, a princípio é o ódio. Vai identificar o mundo externo como odioso (mãe/terapeuta) e expulsá-lo, até mesmo para seu controle.⁴²

Resumidamente, para Klein, a identificação projetiva pode ser uma projeção no outro, de parte de si, tanto para se livrar de algo ruim, como para poder controlá-lo. Sabemos pela literatura e pela experiência clínica que a mãe não deve devolver a agressão aos filhos, mas sim ajudar a introjetar essa parte expulsa, o que nem sempre é fácil. Com essa analogia, podemos entender estranhas sensações que nos acometem enquanto terapeutas.

A percepção contratransferencial por parte do analista é rica fonte de informações a respeito dos conteúdos internos dos pacientes e um importante instrumento, pois emergem sentimentos das pessoas que compõem o grupo, e não há nada a fazer para evitar o surgimento desses sentimentos.

Nossa autoanálise, enquanto terapeutas, é que possibilita reconhecer sentimentos e fantasias que surgem dentro de nós, a partir dos contatos na sessão grupal, e utilizá-los para levantar hipóteses sobre o mundo interno de nossos pacientes, em vez de descartá-los. Seria desejável que nunca os descarregássemos na sessão (embora sejamos humanos). É o destino que nós, terapeutas, damos a esses sentimentos e fantasias que potencializa nosso trabalho em vez de nos embargar.

O termo contratransferência foi utilizado pela primeira vez por Freud, em 1910. Na época, era vista como obstáculo ao analista para sua compreensão do paciente. Desde então, temos visto inúmeros significados para essa palavra, conforme descreve com grande clareza Joseph Sandler: “a resposta normal do analista ao paciente, base para a empatia” (1973/1977, p. 55).

Até hoje é muita respeitada a visão de Paula Heimann (1950/1960) sobre a contratransferência: “todos os sentimentos que o analista experiencia para com seu paciente” (p. 82). No grupo, a situação transferencial-contratransferencial é de extrema complexidade. Pichon-

⁴² Ver o capítulo 6, *Contribuições da teoria kleiniana para a compreensão dos fenômenos grupais*.

Rivière (1980/1983) usa, em vez desse termo, a expressão *transferência recíproca*, que considera de valor inestimável para se estabelecer hipóteses sobre o acontecer implícito do grupo.

A contratransferência resulta basicamente das contraidentificações projetivas⁴³. Por isso, tanto pode servir como um instrumento de empatia, como, inversamente, para um reforço da patologia do paciente. Portanto, é fundamental que percebamos o quanto estamos trabalhando a favor do desenvolvimento dos pacientes ou se estamos procurando reforçar narcisicamente tendências caracterológicas de autossatisfação.

Para Paula Heimann e H. Racker, a contratransferência se origina das cargas de identificações projetivas que os pacientes depositam no terapeuta. Zimerman (2000) comenta: “Assim, o prefixo *contra* ganhou um claro significado de contraparte, ou seja, aquilo que o terapeuta sente é o que o paciente o fez sentir” (p. 164). O mesmo autor alerta que tal concepção permite certos exageros e abusos, porque tudo o que o analista sentisse seria sempre da responsabilidade dos pacientes. Na verdade, teríamos de ver as resistências, transferências, contrarresistências etc. também do terapeuta.

Bion em alguns momentos considerou a contratransferência como uma manifestação do inconsciente do analista, portanto potencialmente prejudicial, já que não poderia ser percebida. Recomendava, nesse caso, que o analista fizesse mais análise pessoal. Entretanto, para David Epelbaum Zimerman, tal posição não deve ser interpretada literalmente, e sim como uma tríplice advertência:

(...) a primeira é contra o risco de que os psicanalistas supervalorizem a importância da contratransferência, e justifiquem todas as deficiências da situação analítica como sendo unicamente provenientes das projeções do paciente; a segunda é que ele nos alerta contra o risco da banalização e perda do significado original de um conceito tão importante; e a terceira advertência é no sentido de que o psicanalista deixe sua onipotência de lado e tenha

⁴³ Termo cunhado por León Grinberg para se referir à impregnação no analista de identificações projetivas do paciente, o que ele considera fundamental para a formação da contratransferência.

bem claro, incontestavelmente, que ele tem pontos cegos, neuróticos ou psicóticos. (Zimerman, 1995, p. 199)

A essas considerações, adicionamos uma: não nos esqueçamos das especificidades do trabalho analítico multipessoal, quando a complexidade dos fenômenos transferenciais-contratransferenciais é infinitamente maior.

Todavia, em nossa maneira de ver, seja o que for que o analista traga para a sessão, deve ter alguma relação com o material discutido ou com as pessoas ali presentes. Assim, preferimos conceituar contratransferência da seguinte forma: “é a totalidade de reações emocionais e atitudes conscientes e inconscientes que experimentamos com relação à parte dos membros ou ao grupo como um todo, inclusive frente à transferência” (Fernandes, 1993, p. 173).

O tema da contratransferência é fascinante. É o jeito de o analista participar vividamente, por meio de suas emoções, da análise de seus pacientes, como diz Mello Filho (2006). Isso dá ao analista um sentimento todo especial, de autenticidade, de verdade, no vínculo com os membros do grupo.

No grupo somos constantemente postos à prova, e de modo frontal. Os pacientes nos agredem face a face e a agressividade grupal experimenta frequentes incrementos por situações de ciúme, inveja ou rivalidade, vividas diretamente pelos participantes entre si ou experimentadas em relação ao terapeuta. (Mello Filho, 2006, p. 3)

No grupo relatado, Bruno deu verdadeira exibição de sua agressividade, o que deixou a terapeuta na necessidade de conter cargas emocionais muito pesadas.

Muitas vezes, no frente a frente e na imersão no todo grupal, nós, terapeutas, podemos acabar por dar respostas diretas, revidando a agressão, pois a contratransferência pode ser brutal e intolerável, sem que consigamos tempo para pensar em uma resposta que esclareça, em vez de ser apenas reação atuada à contratransferência, tal o clima regressivo em que transcorrem muitas sessões.

O binômio transferência-contratransferência

Sabemos que indivíduos se relacionam a partir de modelos de vínculos: as “matrizes vinculares” (Fernandes, 2003, p. 44). Conceito relacionado com o de matriz vincular é o de *matriz relacional interna*, descrito por Maria Rita Leal (1993):

Os grupanalistas (e alguns psicanalistas) afirmam que *as relações primitivas* são sempre vividas numa *rede de outros* e, no contexto psicoterapêutico, as relações poderão ser sempre focadas sob a faceta grupal. A comunicação ocorre sempre numa matriz de grupo, quer o tratamento se concretize numa situação a dois ou numa situação de encontro entre seis a oito indivíduos... A vida humana se processa num ciclo... em que as experiências se encontram localizadas numa complexa rede de relações, que podemos identificar e dar-lhe um nome: rede interna interpessoal... ou *matriz relacional interna*. (p. 77)

No binômio transferência-contratransferência, é fato que cada elemento do grupo traz, dentro de si, seu grupo de referência, suas matrizes vinculares e o registro às diferentes formas de pertença à grupalidade, em que já se inscreveu. Entretanto, no trabalho grupal também há que se considerar todos os relacionamentos extratransferenciais, o contato com a pessoa real do terapeuta e a força do encontro no presente, entre todos os participantes do grupo.

Interferência – o impacto do presente

Janine Puget chama de *interferência* aos efeitos causados pela presença do outro: “o presente impõe seus próprios significados, seus próprios sinais – uma via de abordagem para o que não pode ser pensado como repetição do passado. A isto poderíamos chamar *a imposição de um presente*” (Puget, 2006, p. 252).

No grupo relatado inicialmente, fica evidente o impacto causado em todos os participantes pela atitude agressiva de Bruno, utilizando-se de defesas maníacas (controle, triunfo, desprezo), já vistas no capítulo sobre Melanie Klein (capítulo 6).

Nesses casos, além do vínculo transferencial-contratransferencial, ocorre *a inevitável repercussão da presença real de um sujeito no mundo interno do outro*, o que nos leva a Bion. Para ele, em um vínculo intersubjetivo,

quando duas personalidades se encontram, cria-se uma tempestade emocional, “(...) um estado emocional se produz, ocorrendo uma perturbação, que produz um estado muito diferente daquele que ocorreria se nunca tivessem se encontrado” (Bion, 1979/1983, p. 469).

Fica uma reflexão: dar valor ao presente tem implicações – o que fazer com a experiência anterior, com a memória e com o desejo de que ocorra novamente algo do tipo já conhecido e almejado para o futuro?

Atuações

Atuações ou *actings* são *passagens aos atos*, isto é, atitudes ou condutas que ocorrem para substituir sentimentos ainda não claramente manifestos. Para Zimerman (2000), servem para preencher vazios e comunicar algo em situações em que é necessário acalmar ansiedades de vários tipos, como podemos resumir: ansiedade de separação; intolerância à frustração; ódio e vontade de revidar; pedido de socorro; busca de depositários para desempenhar papéis complementares; ansiedade por não ocorrer a reação desejada em um grupo, gerando uma atuação substituta em nome do grupo.

As faltas, silêncios e algumas falas cheias de agressividade são bons exemplos de *actings*. Freud dizia que ocorrem por fantasias reprimidas que não podem ser recordadas – ou, como diria Bion, não podem ser pensadas, nem contidas dentro de cada um, nem verbalizadas, e acabam por ser atuadas.

Nos grupos, são frequentes as atuações, e estas podem ser de vários tipos: quebra de sigilo, busca de privilégios, controle, tentativas de relacionamento amoroso, convívio social exagerado, atrasos nas sessões ou nos pagamentos, faltas, formação de pares que trocam informações apenas fora do grupo, e outros. Frequentemente estão ligadas à resistência, como ilustrado no grupo relatado inicialmente.

Atuações inevitáveis, geralmente inofensivas, são os momentos de bate-papo em sala de espera ou no cafezinho pós-grupo. Todas as outras podem ser trabalhadas, quando algum membro do grupo se decide por comentá-las em sessões posteriores.

Intervindo no grupo – o trabalho do grupoterapeuta

Para facilitar a reflexão, vejamos mais alguns fragmentos de sessão grupal, antes de entrar nas intervenções.

Sessão de grupoterapia semanal, com 1h de duração, com cinco participantes (nomes fictícios): João Carlos, 43 anos, professor universitário, há um mês no grupo; Carol, 62 anos, biomédica, há quatro anos no grupo; Ricardo, 57 anos, psicólogo, há cinco anos no grupo; Júlio, 26 anos, assistente social e estudante de direito, há três meses no grupo; Manuela, 17 anos, estudante universitária e estagiária, há dois anos no grupo e que, apesar da idade, foi aceita experimentalmente no grupo por ser o único horário possível para ela e para o terapeuta.

[Com poucos minutos para começar, após convite do terapeuta, os participantes vão entrando na sala, se ajeitando nos lugares habituais, desligando celulares e comentam sobre futebol, brincando com colegas que torcem para o time que perdeu o último jogo. O terapeuta, que estava finalizando coisas no consultório, entra no horário combinado, sorri, fecha a porta e se acomoda em sua poltrona.]

[Silêncio de uns três minutos, todos aparentando estar recolhidos em seus pensamentos.]

Manuela [olha para todos, porém aparenta estar absorta, e talvez triste] respira fundo, e nada diz.

João Carlos: Quero entender o que pode estar por trás de meus sintomas, mas não consigo. Será que foi o acidente? Ou a separação? [E repete o tema...]

Carol: Quando comecei também tinha muitíssima dificuldade, João. Só lembrava do mesmo assunto – só falava da traição. Enquanto isso, as alergias me pegavam cada vez que ficava irritada.

Ricardo: Uma coisa que aprendi aqui, nem sei como, é que eu vivia corrigindo todo mundo, sempre exaltado, procurando erros nas pessoas, reclamando, arrumando brigas. Isso diminuiu muito. Parece que já não faço tanta questão e, às vezes, como na semana passada, vi um sujeito jogar papel no chão e não perdi o controle, *fiquei na minha*.

João Carlos: Queria mudar também. Isso de eu reclamar acontece direto. Não me conformo de terem me tirado do setor do trabalho, em que eu estava há anos. É evidente que irão ter problema com as mudanças, e não percebem. Não é um jeito respeitoso de se trabalhar. Eu não ajo assim com as pessoas. Podiam ter me consultado antes. Será que conversar aqui vai me ajudar? Às vezes tenho dúvidas...

Júlio: Também não me conformo com uma coisa. Estou há pouco mais de três meses aqui, só fazia terapia individual, e estou gostando. Só que ninguém vai me convencer de que meu pai não foi negligente ou prepotente.

João Carlos: Do que você está gostando, Júlio?

Júlio [parece pensativo, em silêncio e se mexendo muito na poltrona].

Terapeuta: Vocês notaram como Manuela e Júlio estão quietinhos?

Ricardo [olhando para Júlio]: Ele me faz lembrar de meu filho, que já morreu. Tinha essa fisionomia de “bonzinho”, querendo agradar a todos, mas era muito carente, por mais que eu tentasse me aproximar dele. Tinha uma barreira entre nós.

Carol: Não deve ter sido fácil essa perda do Ricardo... Eu, que quase perdi o marido, de tanto ódio que demonstrei por ele, acabei por ter muito medo de perdê-lo.

Júlio: Bem... Eu gosto daqui porque parece que vocês se importam e cuidam um do outro.

João Carlos: Estou me lembrando da separação de mais de seis meses que tive, quando minha mulher me traiu. Eu não me conformava por ela ter feito isso comigo.

Ricardo: Era seu orgulho de macho ferido, não era?

Manuela [parece tensa, e diz, com voz trêmula]: Estou achando difícil, mas preciso dizer uma coisa. Terei de sair do grupo. Meus pais têm de se mudar para o Canadá. Meu pai foi promovido, na condição de viver no Canadá por alguns anos. Não me deram opção. Tenho de ir com eles.

Carol: Quando será isso, Manuela?

Manuela: No final do mês que vem... daqui uns 40 dias. Não queria me afastar dos amigos, da escola, de vocês!

Ricardo: Puxa! Você vai fazer falta. Quando você, Manuela, entrou no grupo, estranhamos sua pouca idade, mas logo mostrou grande participação. Diferente do que o João Carlos contou, neste caso não dá para acharmos que não valoriza a gente. Ela sempre reconheceu o quanto o grupo fez bem para ela, nesses dois anos.

João Carlos: Mas, se Manuela tem de ir, é pena, mas pode fazer terapia lá no Canadá.

Júlio: E você não sente nada com essa saída? É tão racional assim? O João não parece valorizar muito o grupo. Espera milagres.

João Carlos: Acho que sim, mas não sei o que fazer. Mesmo nessa questão do orgulho. Tenho pensado nessa ideia. Não acham que fui passado para segundo plano? Como ela pôde fazer isso?!

Júlio: Você parece se achar “o tal”, como meu pai. Ele engravidou minha mãe e já tinha outra família. Achou que iria atrapalhar sua vida ter um filho bastardo. Só me procurou dez anos depois!

Carol [para Júlio]: E você vem se vingando dele, se mantendo longe... Não tem medo de perder seu pai? Ele ainda está vivo! Eu, depois de um bom tempo aqui, acho que quase três anos, passei a valorizar mais meu marido. Não é perfeito, me traiu e tal, mas, como o doutor sempre diz, “é humano”. Realmente acho que me traiu porque teve desejo e oportunidade, mas não foi nada contra mim, nem é um monstro. Ele gosta de mim, demonstra isso, e é uma boa pessoa.

[Certo silêncio]

Terapeuta: Ouvimos queixas do João Carlos, de que não percebe o que causa suas dores. O grupo vem levantando a hipótese de seu orgulho ferido ser importante. Júlio associa o orgulho com seu pai. Mas, na verdade, ninguém sabe o que aconteceu de fato com as traições e com a falta de aproximação do pai de Júlio. Carol traz uma possibilidade: Será que dá para valorizar essas pessoas, aceitar que talvez não tenham agido como agiram, para sacanear vocês? Dá para ficar sem saber? Também não sabemos como Manuela irá se comportar no Canadá, nem como o grupo irá reagir a essa

perda. O que dá para perceber é que temas como esse, dessa perda anunciada, mexem com a maior parte do grupo, mas João Carlos, pelo menos até hoje, tem respostas mais racionais. Podemos aguardar para ver como isso tudo estará no futuro?

[Informações complementares: O grupo se reuniu mais quatro vezes, nas quais o tema da saída de Manuela sempre voltava. Enquanto isso, Júlio tinha tido pequena aproximação do pai, que o procurou. Desta feita não tratou o pai com desprezo. João Carlos estava começando a perceber como é autoritário e controlador. O grupo parecia evoluir, todos se despediram de Manuela, que realmente viajou. Durante todo o ano seguinte, vez por outra lembravam dela, de suas falas e como tinham feito um vínculo forte com ela. O grupo existiu por mais dez anos, com entradas e saídas, e teve evidente progresso grupal e crescimento pessoal da maioria dos membros, com exceção de João Carlos, que sempre teve grande dificuldade com sua subjetividade. Mesmo assim, quando saiu, três anos depois, estava com sintomas mais toleráveis e muito menos frequentes.]

Comentários

Poderíamos pensar: Que grupo *bonzinho*! Essa hipótese pode sugerir que o trabalho ficou muito no racional, mas pode não ter sido assim. João Carlos parece estar muito bravo; entretanto, devido a seus princípios, talvez ainda não possa reconhecer isso. Não pode falar claramente que está com ódio porque não agiram como ele queria, e que *infelizmente* o mundo é povoado de humanos. Embora possa realmente ter sido vítima de interesses escusos ou pessoais, seria necessário ver também sua parte da responsabilidade: Quem sabe ele mesmo não ajudou nesse desfecho infeliz? (Mas não parece o momento de se mostrar isso para ele. Tudo em seu tempo...) Em termos de fenômenos grupais, ele parece resistir ao processo grupal. Ora calando-se, ora racionalizando. A dificuldade de entrar em contato com seu mundo mais profundo parece muito grande.

O grupo tenta mostrar para João Carlos um pouco do seu jeito de ser e de se comportar, aparentemente com pouco sucesso. É visível que,

transferencialmente, Júlio o vê desfavoravelmente, *como a seu pai – pensa que é o tal!* Reeditamos situações passadas, uma vez que não foram elaboradas, e que se repetirão ao longo das sessões e quiçá ao longo da vida inteira, se não pudermos entrar em contato com essa parte e ter alguma elaboração.

Na dinâmica da sessão grupal há elementos persecutórios, primitivos e desintegrados, como cisão corpo-mente, identificações projetivas e outros, mas também tentativas de mostrar em tom amigável aspectos como por exemplo o orgulho ferido, que, trazidos para reflexão, contribuem para a integração grupal.

A leitura da sessão mostra também que, na opinião do terapeuta, houve crescimento e progresso pessoal, apesar das racionalizações. O terapeuta está sempre no calor das comunicações grupais, vivenciando o clima. Para ele, não estavam apenas racionalizando defensivamente, mas conseguiram mesmo alguma integração do que fora cindido. Por outro lado, nesse e em qualquer caso, devemos estar alertas, pois podemos não nos dar conta que os participantes do grupo querem ser *filhos bonzinhos*. É possível que Júlio, inicialmente idealizando o terapeuta, possa se aproximar e reorganizar a figura paterna dentro de si.

Um alerta sobre a contratransferência: É sempre muito difícil aceitar as dificuldades dentro de nós. A sensação de perseguição, de ser vítima, sempre parece ser a primeira a aparecer, não só na sessão, mas também no dia a dia. Quando não achamos algo, a primeira sensação é a de que alguém pegou, alguém é culpado, não é mesmo? São comuns essas fantasias e sensações, quando não estamos captando coisa alguma no grupo ou quando somos agredidos verbalmente com muita intensidade, como ocorreu no primeiro grupo citado.

Deixar o grupo fluir é sempre muito bom, mas não devemos confundir tal postura com a liderança tipo *laissez faire*, em que o coordenador deixa a sessão correr, sem maior vinculação com ela. Podemos às vezes ter a sensação de perder a vez, perder o protagonismo, mas, tal qual os pais que conseguem abrir mão desse protagonismo, e permitir o crescimento dos filhos, pode ser uma experiência muito rica e gratificante ver o grupo e seus participantes caminharem com suas pernas, conseguirem crescimento e desenvolvimento.

É claro que no primeiro grupo citado isso deve demorar mais tempo, pois não é um grupo tão antigo como o segundo. Os vínculos são mais frágeis, crescimento pessoal e grupal são penosos, levam tempo e exigem persistência.

Um aspecto ainda a comentar: Saídas do grupo após se discutir o tema durante algumas sessões, seja por alta, seja por necessidades concretas, como no caso de Manuela, são raras. Depende de o grupo estar bastante evoluído e capaz de lidar com a perda iminente, com a tristeza se houver, porém sem o sofrimento de uma perda irreparável. Há que trabalhar seus sentimentos para a nova fase que virá e ajudar aquele que se despede, valorizando o grupo e o que parte, num reconhecimento mútuo de valores e de gratidão.

O mais comum é algum tipo de abandono, quando as resistências estão muito fortes, gerando grande desconforto. Seria boa hora para examinar isso no grupo, mas nem sempre acontece.

Como vimos, a resistência pode ser um fenômeno que atrapalha o prosseguimento do grupo, mas é um instrumento muito útil para que possamos esclarecer os fatos, conversar sobre eles e quem sabe conseguir dar um passo além.

Com relação à transferência, quanto mais o grupo evolui, menos frequentemente esse fenômeno ocorre, pelo menos não de maneira tão dramática e ruidosa, como lembra Zimerman (2000).

Sobre a contratransferência, é o momento em que, nós, terapeutas, recebemos uma enxurrada de identificações projetivas, que são depositadas dentro de nós. Podem se tornar uma bússola para que possamos identificar e interpretar o ocorrido, assim como podem nos desorientar, se estivermos muito envolvidos emocionalmente, com pontos cegos. Se o terapeuta não estiver atento, poderá ocorrer grande dificuldade para o prosseguimento do trabalho.

Coordenar um grupo é uma arte. Assim como o jogador de xadrez tem que estar alerta para as jogadas de seu oponente e não se deixar envolver pelas jogadas inesperadas, o terapeuta também precisa estar alerta, não no sentido de ganhar ou de ter razão, como poderia ocorrer no xadrez, porém sem pretensão de esperar falas ou atitudes predeterminadas, e observar o que elas dizem em seu interior e exterior. É um processo

empático, um entra e sai de emoções dentro de nós que devem flutuar e não se enraizar.

Bem, após as sessões que foram apresentadas e parcialmente comentadas, poderemos agora examinar alguns detalhes da teoria da técnica.

O que fazer?

Tudo o que descrevemos, inclusive os fragmentos ilustrativos de sessões, são úteis para nossa reflexão; para nossa compreensão, ótimo. Mas o que fazer com tudo isso na sessão do grupo? Dizemos algo? Calamo-nos? Fazemos o quê?

Como dissemos anteriormente, carregamos modelos anteriores dentro de nós. E muito vai de nossas análises e de nossas supervisões para conseguirmos montar nosso próprio modelo. A princípio copiamos nossos mestres, mas, nem sempre isso dá bons frutos. Eram modelos elaborados por eles e não reedições como as nossas.

Antes de, eventualmente, interpretar, pensamos ser muito útil fazer perguntas para esclarecer o que vem ocorrendo, como relatado na primeira vinheta. Esclarecer as situações é a ferramenta mais eficaz. Depois de muito bem esclarecidas é que talvez seja possível dizer algo que faça sentido, ou melhor ainda, quem sabe teremos algum elemento no grupo que tenha captado alguma coisa inconscientemente? Isso costuma ocorrer com frequência e trazer contribuições inovadoras, talvez melhores do que alguma interpretação nossa.

Sabemos que existem profissionais que gostam muito de dar interpretações. Nós preferimos aguardar os acontecimentos do grupo para poder interpretar, e sempre o mínimo possível. O intuito é propiciar o crescimento pessoal e grupal, além de não favorecer dependências.

Um dos autores relata experiência pessoal no início de sua formação:

Certa feita, numa supervisão de profissionais, ouvíamos várias interpretações, uma mais freudiana, outra mais kleiniana, outra winnicottiana, sendo que cada uma parecia mais uma aula do que algo contentor de alguma angústia. Pensei: Como sou burra, não

consegui ver estas coisas na hora do grupo. Será que preciso levar o livro? E caminhei com esta sensação por dias.

Um dia, em minha própria análise grupal participei da seguinte sessão (nomes fictícios):

Ana [dirigindo-se ao analista]: Nossa, não sei o que te dar no Natal – perfume, bebida importada?

Jane [também dirigindo-se ao analista]: Ah, eu já sei, vou comprar uma camisa linda que vi no *shopping* Iguatemi. Sim, porque tem que ser muito fina para você. Você merece.

Bernardo [olhando para as mulheres, dá um sorriso.]

[Eu olhei para o Bernardo e pensei: Xi, somos os “únicos” duros aqui no grupo.] Olhei para a Ana e falei: Sabe o que ele usa todos os dias? Desodorante, está sempre cheirosinho. [Olhei para o analista e ele parecia sorrir, seu bigode tremia, como quem prende o sorriso.]

Ana: Credo, desodorante.

Terapeuta: Bia, por que lembrou do desodorante? [sorrindo]

Bia: Porque quando eu estiver triste poderei lembrar do seu cheirinho. E lembrei nesse momento da galinha com os pintinhos embaixo das asas.

Bernardo: Para não correr o risco de sentir cecê [rindo]. Eu vou te dar uma surpresa.

Assim sucedeu a sessão. Sempre com esclarecimentos, perguntas. Até que:

Joana: Sabe, estou achando isto aqui uma babaquice. Vocês querem agradá-lo de qualquer maneira. Ah! Também querem saber quem vai dar o melhor presente?

[Eu, quieta e entristecida, não falava. Apenas pensava... nossa, que festival de conversa furada. Parece a supervisão de Dr. X.]

Analista: O que está pensando, Bia?

Bia: Por quê?

Analista: Você parece que ficou com a cara triste...

Bia: Me sinto um pouco pobre, perto dessa lista de presentes comprados no Iguatemi [*shopping* de alto nível econômico].

Analista: Seria essa a única razão?

Não precisou falar mais nada. Lembrei-me imediatamente da supervisão quando tive a mesma sensação – *pobre, burra*. Mas, serviu-me para poder refletir e assimilar que aquele modelo empregado na supervisão não me ajudava, mas me atrapalhava. Interpretou? Não, apenas me fez pensar. Isso me ajudou, aos poucos, a adotar minha maneira de trabalhar.

Ambos tentamos, no trabalho com grupos, esperar e armazenar o máximo possível de material para não produzir na sessão o que costumamos chamar de “interpretite” (assim como uma *inflamação de um processo interpretativo*). Pelo contrário, podemos ouvir, acolher, armazenar, digerir, conferir, organizar, filtrar e depois devolver, no intuito de sermos esclarecedores, produtivos e, na medida do possível, contribuindo com algo que faça sentido.

Interpretação e outras intervenções

O tema das transformações e transcrições, tão importante no trabalho psicanalítico vincular, leva-nos às intervenções do coordenador de grupos. O ato de interpretar é assunto polêmico e dos mais discutidos nos congressos; além disso, atualmente trabalhamos de modo um tanto diferente do que há anos. E cada terapeuta terá seu estilo próprio, baseado em sua experiência de vida, na sua própria análise, supervisões e experiência profissional em geral.

Na década de 50, como os grupoterapeutas vieram de experiência com análise individual; era comum se considerar o grupo total como se fosse um indivíduo, e interpretar tudo transferencialmente, com o terapeuta no foco central das transferências.

Talvez o que mais tenha mudado com relação à teoria e à técnica dos primeiros tempos do trabalho psicanalítico com grupos seja o fato de procurarmos estudar teorias próprias de grupo, que satisfaçam o entendimento vincular nos três espaços psíquicos, intra, inter e transobjetivo.⁴⁴

Como já dissemos, mudamos muito nossa forma de trabalhar. Isso foi ocorrendo com a experiência (um de nós com 44 anos de trabalho,

⁴⁴ Ver o capítulo 2, *Conceitos introdutórios sobre grupalidade e Psicanálise Vincular*.

outro com 50 anos de clínica). Hoje em dia estamos mais interessados em comparar e estudar os vínculos comunicacionais no “laboratório grupal”. Para tanto, intervenções individuais e grupais se alternam. Procuramos ainda priorizar as intervenções próprias do grupo, em princípio mais importantes do que as nossas.

O fato é que não há unanimidade até hoje com relação a questões tipo: O que são interpretações? Quais suas finalidades? As interpretações configuram uma psicoterapia analítica de grupo? Em grupo? Do grupo? Devem ficar no aqui e agora, só com relação ao terapeuta? Quando são efetivas?

Os autores entendem por *intervenções* tudo que se faz ou diz no grupo, e que são inerentes ao processo psicodinâmico grupal. Parte das funções do psicoterapeuta é fazer intervenções no sentido de auxiliar o grupo em sua evolução. Preferimos separá-las em interpretações e outras intervenções.

Gostamos da forma como Sigmund H. Foulkes conceituou a interpretação, que tem afinidade com o que vimos sobre transformações⁴⁵. Podemos dizer que, para esse autor, como relata Jorge Ponciano Ribeiro, interpretação é uma comunicação verbal, geralmente feita pelo condutor do grupo, dirigida ao grupo todo ou a membros do grupo, esperando atrair sua atenção para alguns significados a respeito dos quais ele julga que não estão conscientes, mas que poderiam se tornar conscientes: “(...) Interpretar, portanto, é transferir ou traduzir alguma coisa de um contexto para outro” (Ribeiro, 1981, p. 138).

Concordamos com Janine Puget, quando diz que em um grupo terapêutico se desenvolvem processos transferenciais múltiplos, os quais permitirão ao terapeuta conhecer as modalidades vinculares dos pacientes, assim como a organização de seus grupos internos. A interpretação poderá, então, ser o veículo para a compreensão desses processos. Em síntese, “(...) a observação das configurações grupais, o reconhecimento da particular modalidade de cada integrante, a fina captação das mudanças

⁴⁵ Ver o capítulo 12, *Mais alguns conceitos bionianos importantes para a psicanálise das configurações vinculares*, tópico *Teoria das Transformações*.

e a capacidade de discriminar e tolerar a ansiedade são a base do exercício da função analítica” (Puget, 1991/1993, p. 67).

Podemos interpretar a partir da transferência central e lateral, ou a partir das ansiedades básicas, suas defesas, ou dos níveis de funcionamento grupal de trabalho e de supostos básicos⁴⁶, ou ainda a partir da teoria do narcisismo, pois a interpretação visa à discriminação e à ruptura da fantasia de fusão com objetos imaginários. Em nosso caso, costumamos interpretar ou intervir, preponderantemente, a partir de deformações comunicativas, que nos permitem estudar os vínculos intra e intersubjetivos.

Concordamos então que interpretar é verbalizar a compreensão dos fenômenos que ocorrem no grupo analítico. Entretanto, para nós, esse não é o único fator de “cura”. Todos, no grupo, de certo modo têm a função analítica e a capacidade de interpretar, o que enriquece e fomenta o desenvolvimento grupal. Nessa situação, “o narcisismo do terapeuta pode sentir-se atacado, já que perde a estruturação vertical na qual detém o poder interpretativo” (Puget, 1991/1993, p. 66).

A interpretação é um instrumento de poder. É espantoso o quanto estamos sujeitos a desviar o grupo de seu caminho, pois, devido à nossa posição de realce, influenciemos os demais participantes. Isso cria uma situação delicada, já que, mesmo dizendo algo equivocado, podemos induzir o grupo a seguir “nossa orientação”, ainda que esteja distante de suas reais necessidades.

Para aqueles que consideram verdadeira *missão do psicoterapeuta* interpretar o tempo todo, “renovamos uma advertência: muitas vezes atrapalhamos o desenvolvimento grupal” (Fernandes, 1993, p. 173). Nesse caso, melhor faríamos se nos calássemos.

Pensamos que é muito fácil cairmos no que magistralmente Zimerman (2000) chama “Patologia da Interpretação”. Damos alguns exemplos, sucintamente: *patologia de conteúdo* – não interpretando o mais relevante, ou desconsiderando o aspecto positivo; *patologia de forma* – como instrumento de poder e doutrinação, ao preço da submissão dos pacientes, utilizando forma intelectualizada demais ou abstrata demais, que não

⁴⁶ Ver o capítulo 7, *Contribuições de Bion para o estudo e o trabalho com grupos*.

provoca aberturas; *sistematicamente reducionista* – *tudo é aqui e agora-comigo*, ou só grupal, ou só individual, separadamente, sem conexão entre si; *patologia de quantidade* – uso excessivo, o que pode configurar o que já chamamos de *furor interpretativo* (Fernandes, 1989) ou de *interpretite*; *patologia de estilo* (retórico) – dono da verdade (bloqueia a independência e a criatividade); acusador – (se não aceitam a interpretação é resistência: *não estão querendo ver*). A lista seria interminável.

Valorizamos a transferência com o terapeuta, transferências laterais e aspectos extratransferenciais. Procuramos relacionar interpretações individuais com os outros membros do grupo no contexto da sessão e, eventualmente, até no contexto de sessões passadas.

Costumamos mostrar condutas estereotipadas individuais, acontecidas na sessão grupal ou fora dela. Mostramos também alguma estereotipia grupal, caso ocorra.

Procuramos jamais fazer algo que o grupo possa fazer por si. Assim, valorizamos mais as interpretações surgidas do grupo, desde que não sejam meras repetições de frases dos terapeutas, sem elaboração própria.

Grande parte do que expusemos como patologia da interpretação está relacionada com os temas candentes que são a onipotência e o narcisismo, dos quais ninguém escapa. Muitas vezes já tivemos problemas contratransferenciais de envolvimento e dificuldade para trabalhar. Por exemplo, já sentimos grande incômodo quando recebemos julgamentos desfavoráveis, capazes de abalar nossa autoestima, deixando-nos ora perseguidos, ora deprimidos com a situação. Em muitas ocasiões, acreditamos ter lidado bem com os aspectos contratransferenciais. Noutras, a constante competição nos deixou irritados ou magoados.

Cada um de nós já teve pensamentos do tipo: *como ousa desmerecer meu trabalho! Logo eu que tanto me esforço para ajudá-los!* Creio que todos já passaram por isso, e, conseqüentemente, pelo sentimento de impotência.

Por menos que isso seja recomendável, todos nós ansiamos por receber mostras de gratidão, de reconhecimento sobre nosso valor, e não ataques de inveja. Temos evidentemente o desejo de curar e de propiciar mudanças positivas, segundo nossos critérios, desejo que temos de conter, refletir a respeito e evitar alimentar.

Acreditamos que das coisas mais difíceis e necessárias para o terapeuta de grupo – devido à contratransferência – é poder conservar para si mesmo, por algum tempo, o que pensa estar acontecendo com o grupo, dessa forma dando oportunidade a que os demais participantes utilizem seus próprios recursos e concluam algo sobre a experiência pela qual estão passando.

É a atitude profissional de terapeuta que nos permite manter alguma distância, *alguma neutralidade*, na medida do possível, sem renunciar a *certa pessoalidade* também, e assim continuar em contato com nossos próprios sentimentos e com os sentimentos dos participantes do grupo; por exemplo, a uma pergunta direta e pessoal, não deixamos de responder, mas mais importante será perguntamos o porquê da pergunta e qual a finalidade dela. Daí respondemos.

Sempre que tivermos a disponibilidade e atenção necessárias, poderemos aprender com nossos clientes sobre o que fazer e sobre o que não fazer, pois, como seres humanos, têm certo saber, que é peculiar a cada um. Valorizá-los como seres humanos, ter carinho por eles, é desejável. Contudo, podemos, às vezes, ter raiva, sono, sensação de emburrecimento, tensão muscular, dor de cabeça, entre outras possibilidades contratransferenciais.

Para nós, o dispositivo grupal é um excelente instrumento de trabalho. Se não atrapalharmos o grupo, já daremos boa contribuição. Como o terapeuta é uma pessoa, chega, em alguns casos, a ser o motivo principal da procura dos pacientes, tanto que, quando indicam alguém para trabalhar conosco, é muito comum ouvirmos dos pacientes que vieram porque lhes disseram: *vai lá, são gente boa, eles te ouvem e podem colaborar com você em qualquer sentido*.

Abrindo mão do poder interpretativo a todo custo, pode ser mais adequada a postura de *observação ativa*, complementada por intervenções tais como questionamento, indagações e confrontações, seja em relação a algum participante, seja ao grupo na sua totalidade, do que entrar cegamente no estado mental de exageros interpretativos em que nos consideramos *iluminados* e, portanto, *únicos donos da verdade grupal*.

Grande parte das interpretações que habitualmente se faz tem muito a ver com a subjetividade do terapeuta, situações que foram

vivenciadas pessoalmente e outras reações de envolvimento contratransferencial, no aqui e agora grupal.

Pensamos que o papel do terapeuta de grupo é de estar presente, interpretar pouco e estar *atento às possibilidades comunicativas do grupo*. Observar as faltas, os atrasos, os silêncios; ouvir o que é falado, como e quando foi dito e em que contexto; do mesmo modo os gestos, olhares e tons de voz dos participantes, incluindo o terapeuta, devem estar em nossa mira. Com tudo isso em mente, falar pouco é o mais difícil, mas essencial, e manter o bom humor.

Por isso, concordamos com algumas reflexões e recomendações de Winnicott, expostas em diversos textos, quanto ao humor e à capacidade de brincar, pois a psicoterapia implica que duas pessoas sejam capazes de brincar juntas. Tal espaço lúdico tem maior importância do que “argutas interpretações”. Brincar é ser criativo no trabalho analítico. Da mesma forma, pensamos que a criatividade dos membros do grupo pode ser embotada por um “terapeuta que saiba demais”, não importando, de fato, quanto o terapeuta saiba, desde que possa “abster-se de anunciar o que sabe” (Winnicott, 1971/1975).

Por outro lado, com as intervenções já mencionadas, podemos ir clareando aqui e ali, dando tempo para o grupo ir associando e tirando conclusões.

Dentre os acontecimentos grupais, são importantes as comunicações, tais como: Quem fala o quê, para quem e quando? Como cada um ouve?

No grupo, a todo momento surgem mal-entendidos, comunicações distorcidas, que costumamos apontar. Quando são percebidas proporcionam, por vezes, elaborações importantes. Temos nos interessado especialmente pelo tom de voz, pelos gestos e olhares. “Nesse sentido, o arrogante, o detalhista, o ambíguo, o dramático, o depressivo, o hipomaníaco em sua exuberância, todos se mostram na comunicação extraverbal” (Fernandes, 1993, p. 172).

O que é verbalizado frequentemente tem a finalidade de impedir a comunicação, mantendo a situação em nível social, intelectualizado ou prolixo, mera evacuação. No aspecto comunicacional, chama nossa atenção também a posição *autorreferente*, as distorções e a pouca

disponibilidade para ouvir, além da patologia geral no processo comunicativo. O fato é que terapeutas e clientes fazem transformações o tempo todo. Desse modo, não estamos isentos de distorções comunicativas, também em nossas interpretações.

Por tudo isso é que propomos para o terapeuta de grupo acreditar mais no grupo, ouvir e observar muito, intervir só quando necessário, interpretando apenas se os participantes não conseguirem fazê-lo por si, como resultado do desenvolvimento natural da sessão.

Muitas vezes, entendemos mal ou não somos bem entendidos por alguém, o que geralmente provoca irritação e fantasias persecutórias. Ou seja, na vida e nos grupos, nem sempre o que se pretende com a pergunta do emissor é captado pelo receptor da mesma forma, ocasionando os citados mal-entendidos.

Há alguns itens que deixamos para o fim do capítulo, questões simples, que ocorrem diariamente, mas que são muito importantes, as quais procuramos apontar nas sessões, pois geralmente permitem aprofundar os temas, verificar o grupo e a dinâmica de cada um.

Sobre o inesperado, o desejo e a memória

Bion propõe que “o analista deva estar na sessão sem desejo e sem memória” (1967/1969, p. 679), frase que tem causado certa controvérsia, no sentido de que não é possível perder a memória, simplesmente tomando tal decisão.

Há grande interesse de nossa parte naquilo que não é esperado, naquilo que é incerto (quase tudo, em nossa experiência psicanalítica, seja individual, seja com casais e grupos). O tema da incerteza, para nós, está implicado com *sem memória e sem desejo...*, assim como o do imprevisto e o do inesperado, os quais aparecem nos grupos a todo momento.

Quanto a não exagerar no uso da memória e do desejo, tomamos emprestado de David Epelbaum Zimmerman o seguinte:

(...) essa proposição de Bion está fundamentada em Freud, particularmente nos seguintes aspectos interligados entre si: o da recomendação de que *o analista deveria cegar-se artificialmente, para poder ver melhor esses lugares obscuros* (trecho de uma carta que, em 1916, Freud escreveu para Lou Andreas Salomé); o segundo

aspecto consiste na regra técnica que recomenda enfaticamente um estado de *atenção flutuante* por parte do analista. (1995, p. 71-72)

Em nossa experiência, quase sempre a memória é altamente influenciada pelo desejo, no presente. A memória raramente representa o que aconteceu de fato, pois ocorrem transformações, desde a observação do fato original, passando pela forma como aquilo fica registrado na memória, seguindo-se por outras transformações no momento em que recorremos a ela, para pensar e, mais ainda, ao comunicarmos o que foi pensado.

No final, a mensagem terá algo a ver com os fatos originais, mas nem sempre serão fidedignos. Para Bion, “(...) a memória sempre é equívoca como registro de fatos, porquanto ela está distorcida pela influência das forças inconscientes (...). Para o analista, cada uma das sessões deve carecer de história e de futuro” (1967, p. 679). Assim, a recomendação para o analista abolir sua memória, seus desejos e sua compreensão intelectual refere-se ao risco de a mente do analista ficar saturada com excessivo interesse em ter uma compreensão imediata, repleta de lembranças e de ideias preconcebidas e, portanto, com pouca receptividade para a intuição e para o vínculo com os pacientes, que é basicamente afetivo.

Pensamos que o passado aparece no agora. O que é possível e necessário, é estudar e elaborar questões infantis ainda presentes na sessão grupal, que nos provocam e estimulam o pensar cognitivo e intuitivo, o que é, de certa forma, bem difícil (Neto & Fernandes, 2019).

Finalizando

A produção conjunta deste capítulo foi um momento de pôr o narcisismo à prova, reforçar a necessidade e dependência um(a) do(a) outro(a), assim como poder aprender e reconhecer o valor e ser grato(a) e reconhecido(a) a quem nos questiona e complementa. Momento também de aceitação da diversidade, de que não existe uma verdade única, e de valorizar a experiência, sem deixar de valorizar os autores clássicos que colaboraram dando base às nossas reflexões. Da mesma forma, acreditamos que não exista uma interpretação “certa”. Há muitas

possibilidades de intervenção e o terapeuta, no calor da sessão grupal, faz o que lhe ocorre.

Referências

- Bion, W. R. (1969). Notas sobre la memoria y el deseo. *Revista de Psicoanálisis*, 26, 679-692. (Trabalho original publicado em 1967)
- Bion, W. R. (1983). Como tornar proveitoso um mau negócio. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 13, 467-478. (Trabalho original publicado em 1979)
- Burnier, T. (2003). Lidando com a resistência. In W. J. Fernandes, B. Svartman, B., & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 171-176). Porto Alegre: Artmed.
- Durand, M. (1995). Transferência no consultório e na instituição. *Revista ABPAG*, 4, 35-39.
- Fernandes, W. J. (1989). O terapeuta, o narcisismo e o grupo analítico. *Revista ABPAG*, 1, 59-65.
- Fernandes, W. J. (1993). *La interpretación puede estar a servicio del narcisismo del psicoterapeuta? Memorias del V Congreso de AMPAG – Cuernavaca: AMPAG.*
- Fernandes, W. J. (1994). *Tentativa de elaboração de alguns aspectos teóricos em psicanálise das configurações vinculares: Memorias del XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo.* Buenos Aires: AAPPG.
- Fernandes, W. J. (2003). O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 43-55). Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1969). A dinâmica da transferência. Em: *Obras completas*, vol. XII – *O caso de Schreber. Artigos sobre técnica e outros trabalhos* (pp. 133-143). São Paulo: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Heimann, P. (1960). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84. (Trabalho original publicado em 1950)
- Leal, M. R. M. (1993). A neurose de transferência no tratamento grupanalítico. Em: *Grupanálise: Um Percurso; 1963-1993* (pp. 77-89). Lisboa: SPG.

- Mello Filho, J. (2006). Sobre o manejo da contratransferência na psicoterapia analítica grupal. *Grupanálise Online.pt*, 4(4), 17-20.
- Neto, I., & Fernandes, W. J. (2019). *Reflexões luso-brasileiras sobre o trabalho com grupos terapêuticos*. Lisboa: Conferência proferida no XIV Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, 14-16 de novembro de 2019.
- Pichon-Rivière, E. (1983). Transferência e contratransferência na situação grupal (com a colaboração de Ana P. de Quiroga). Em: E. Pichon-Rivière, *O processo grupal* (pp. 161-166). São Paulo: Livraria Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Puget, J. (1993). Modelo de interpretación. Em: J. Puget, M. Bernard, G. Chaves, & E. Romano (Orgs.), *El Grupo y sus configuraciones: Terapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial. (Trabalho original publicado em 1991)
- Puget, J. (2006). El presente de la historia, la historia del presente. Em L. G. Fiorini (Org.), *Tiempo, historia y estructura: Su impacto en el psicoanálisis contemporáneo* (pp. 241-264). Buenos Aires: Lugar Editorial; APA Editorial.
- Ribeiro, P. J. (1981). *Psicoterapia grupo-analítica: Abordagem foulkiana – Teoria e Técnica*. Petrópolis: Vozes.
- Roudinesco E., & Plon, M. (1997). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sandler, J. (1977). *O paciente e o analista*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1973)
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)
- Zimerman, D. E. (1995). *Bion – Da teoria à prática: Um estudo didático*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed.

O início e o término da intervenção psicológica grupal

Cláudia Alexandra Bolela Silveira e Felipe Santos da Silva

A intervenção psicológica grupal constitui-se como uma modalidade de atuação profissional que favorece o acesso ao serviço de psicologia a um número maior de pessoas principalmente nas instituições de saúde, educação, públicas ou privadas, e organizações não governamentais (ONGs). As áreas de intervenções grupais do psicólogo podem ser a clínica ou as instituições. Na clínica, tal intervenção se dá por meio da grupoterapia, já nas instituições, tal interação ocorre com os grupos operativos, que possuem diversas modalidades de intervenção (Fernandes et al., 2003). O início e o término das intervenções psicológicas grupais ocorrem em decorrência da demanda apresentada e das características específicas de cada modalidade grupal. Assim, o objetivo deste capítulo é evidenciar os aspectos que envolvem o início e o término dos grupos psicológicos tanto na clínica quanto nas instituições.

Breves considerações sobre a intervenção grupal

Para tratarmos mais especificamente do tema “início e término dos grupos”, faz-se necessário realizarmos algumas considerações iniciais sobre o campo teórico, no qual se inserem os estudos sobre grupos, para em seguida, tratarmos com maior especificidade do foco proposto para este capítulo.

O campo de estudos sobre grupos, relacionado à psicanálise, tem sido discutido e disseminado por autores brasileiros desde 1951 como: Bernardo Blay Neto, Alcyon Baer Bahía, David Epelbaum Zimmerman,

Luis Carlos Osório, Odilon de Melo Franco Filho, Waldemar Fernandes, Beatriz Fernandes, Betty Svartman, Solange Emílio, Laszlo Ávila (Ávila et al., 2016), entre outros. Os estudos desses autores apontam um caminho para se realizar uma árdua e difícil tarefa: estudar os *fenômenos grupais*, respeitando sempre a *subjetividade humana*. Tais fatores são considerados constituintes da obra prima dos estudos de grupo, na clínica psicanalítica.

A partir da concepção de que o ser humano é gregário mesmo antes de seu nascimento, que ele sempre existiu e se constituiu por meio dos grupos aos quais fez e faz parte, compreende-se que existe uma demanda natural para o trabalho psicológico grupal, ou seja, estar em grupo é algo inerente à condição humana. Portanto, participar de intervenções psicológicas em grupo possibilita resgatar o outro em si e compreender a própria existência.

Na perspectiva psicanalítica, o resgate do eu-plural está nas diversas possibilidades de relações transferenciais que o estar em grupo pode manifestar. O manejo destas manifestações está na identificação dos papéis fixos representados pelos membros do grupo e da “situação dramática vivenciada pelo grupo num dado momento” (Blay Neto, 2001, p. 30), que possibilita ao grupoterapeuta a visão do grupo como um todo. Em contrapartida, Neri (1999) ressaltou que nem sempre o discurso nos grupos analíticos deve voltar-se para a síntese unitária, ou seja, no grupo, podem estar presentes vários pontos de vistas que levam à identificação entre seus membros.

Para Blay Neto (2001), quanto mais fixos os papéis representados pelos membros do grupo, maior será a regressão, ao passo que, quanto maior a capacidade de seus membros de representar papéis diversos no grupo, maior a evolução de grupal. Assim, se um membro deixa o grupo, ou se afasta por um tempo, a homeostase do grupo é retomada quando outros membros assumem o papel daquele que saiu, o que denota a flexibilidade de seus membros no desempenho de papéis no grupo.

Para Neri (1999), o grupo tem a capacidade de desintoxicar a mente do indivíduo, ao eliminar as tensões excessivas que podem ter se acumulado e ocupado a sua mente. Osório (2013) utiliza a metáfora do lixo psíquico para esclarecer a função continente do grupo, que o autor denomina ambiência, ou seja, espaços grupais recebem e metabolizam as

angústias produzidas pelas vivências do cotidiano ao reutilizar as energias dispendidas em proveito dos membros.

A intervenção psicológica grupal

O início de uma intervenção psicológica em grupo constitui o primeiro desafio para que o processo grupal ocorra e seja consolidado. Assim, para o início de um grupo, bem como para seu encerramento é preciso clareza. Tal clareza deve permear alguns fatores, como: sobre quais serão os objetivos norteadores daquele grupo em específico; quais serão os indivíduos que o irão compor; qual será a frequência de encontros; o local onde serão realizados os encontros; a duração total dos encontros; e, acima de tudo, a importância do contrato e do enquadre grupal entre o coordenador e o grupo⁴⁷.

Deve haver a instituição de um enquadre (*setting*) e o cumprimento das combinações nele feitas. Assim, além de ter os objetivos claramente definidos, o grupo deve levar em conta uma estabilidade de espaço (local das reuniões), de tempo (horários, férias...), algumas regras e outras variáveis equivalente que delimitam e normatizam a atividade grupal proposta. (Zimerman, 2000, p. 83)

Dessa forma, no enquadre, precisa estar estabelecida a proposta da intervenção, com seus objetivos de início e de término, ou seja, se acontecerá a curto ou longo prazo, se o grupo será aberto ou fechado, possibilitando ou não a entrada de novos membros durante o seu percurso.

É considerado grupo aberto aquele em que, com a saída de um participante, outro preenche o seu lugar. O grupo fechado caracteriza-se por um contrato grupal, onde se estabelece o prazo de vida do grupo, e, uma vez iniciado, já não há possibilidade da entrada de novos elementos e, teoricamente, aqueles que

⁴⁷ Ver capítulo 3, *Proposta introdutória de classificação do trabalho grupal* para detalhamentos a esse respeito.

pertencem ao grupo não poderão sair até a data aprazada. (Castilho, 2002, p. 16)

É importante destacar a necessidade do conhecimento do coordenador a respeito de qual é a sua função no grupo, suas limitações e responsabilidades. Trata-se, portanto, de um saber técnico, um *know how*, de maneira que o coordenador se sinta seguro e convicto de que está realizando algo com plena consciência, conseguindo avaliar riscos e vislumbrar resultados positivos após a execução de seu desempenho enquanto grupo analista.

É fundamental e imprescindível o acolhimento do grupo, para que seus membros possam se sentir aceitos e amparados, ainda que, inicialmente, tal tarefa apresente-se como um grande desafio, uma vez que cada participante do grupo possui uma necessidade específica, recebe e aporta o que sente de maneira singular. O coordenador deve atuar como facilitador desse processo, em busca da solução e da resolução de conflitos latentes e/ou manifestos. Trata-se de um espaço onde serão expostos conteúdos que demandam cuidado, atenção e respeito por parte dos membros participantes, sobretudo do coordenador do grupo.

O resultado mais notável e também o mais importante da formação de um grupo é a ‘exaltação ou intensificação de emoção’ produzida em cada membro dele (ibid., 24). Segundo McDougall, num grupo as emoções dos homens são excitadas até um grau que elas raramente ou nunca atingem sob outras condições, e constitui experiência agradável para os interessados entregar-se tão irrestritamente às suas paixões, e assim fundirem-se no grupo e perderem o senso dos limites de sua individualidade. A maneira pela qual os indivíduos são assim arrastados por um impulso comum é explicada por McDougall através do que chama de ‘princípio da indução direta da emoção por via da reação simpática primitiva’ (ibid., 25), ou seja, através do contágio emocional com que já estamos familiarizados. O fato é que a percepção dos sinais de um estado emocional é automaticamente talhada para despertar a mesma emoção na pessoa que os percebe. Quanto maior for o número de pessoas em que a mesma emoção possa ser simultaneamente observada, mais intensamente cresce essa

compulsão automática. O indivíduo perde seu poder de crítica e deixa-se deslizar para a mesma emoção. Mas, ao assim proceder, aumenta a excitação das outras pessoas que produziram esse resultado nele, e assim a carga emocional dos indivíduos se intensifica por interação mútua. (Freud, 1856/1996, p. 95)

Ao mesmo tempo em que o clima contagiante pode permear e afetar positivamente os membros do grupo e levá-los a uma coesão grupal, os processos obstrutivos também surgem por meio das diversas reações grupais, que podem, inclusive, fragmentar o grupo e levá-lo ao término antecipadamente. Esse fenômeno ocorre em específico quando “(...) os homens se agrupam para instrumentalizar seu domínio e poder sobre seus pares (...)” (Osório, 2013, p. 46).

Portanto, o início e o término de um grupo estão associados, primeiramente, aos seus objetivos e às suas propostas iniciais, explícitos no enquadre grupal, assim como aos processos latentes, inconscientes, que podem surgir durante o percurso, visando à disputa de poder entre seus membros, sendo esse, mais um aspecto importante para lidar no manejo de grupos. A identificação desse fenômeno pelo coordenador, bem como o direcionamento de tal ocorrência ao grupo, para que seus participantes reflitam sobre este conteúdo inconsciente que se manifesta, pode ser um manejo favorável à manutenção, coesão e evolução do grupo.

A intervenção grupal em instituições

A princípio, grupos institucionais apresentam início e término pré-determinados por seus objetivos e propostas, embora, estas não garantam sua manutenção até o final. O ser humano é imprevisível, assim como suas constituições grupais, ou seja, cada grupo constituído é único e tem a sua dinâmica própria que vai sendo construída podendo se consolidar ou não.

Partindo de um referencial mais prático, os grupos constituídos por meio de uma intervenção institucional, vivenciados pelos autores deste capítulo nas áreas da educação, social e da saúde, realizadas nos estágios de formação em psicologia, são propostos a partir de uma demanda da instituição e com um prazo de início e de término determinado pelo cumprimento da carga horária de estágio.

Desta forma, toda estruturação é realizada a partir desses requisitos e no enquadre são estabelecidos início, término, número de encontros, objetivos da proposta, o que, por sua vez, constitui as intervenções psicológicas grupais que acontecem em ONGs, instituições públicas, privadas, centros comunitários, espaços vinculados a religiões (mesmo que a intervenção não professe nenhuma fé religiosa), pois os trabalhos estão sempre relacionados à promoção de saúde, educação, desenvolvimento intra e interpessoal, com objetivos mais amplos como os autores Zimerman (2000), Fernandes et al. (2003) e Ávila (2016), citados anteriormente, definiram os grupos institucionais.

Nas instituições, os grupos podem ser encerrados de forma antecipada ao período previsto no contrato psicológico do trabalho por diversos motivos, entre eles: a falta de identificação com a proposta; falta de interesse; e as resistências, em função das relações transferenciais múltiplas que ocorrem entre os membros e com o coordenador do grupo. Dessa forma, fica evidente que processos obstrutivos podem e devem ser trabalhados ao longo dos encontros do grupo, no entanto, em alguns casos, por motivos de tempo – como nos grupos institucionais com prazo pré-definido, o término pode ocorrer antes que tais fenômenos sejam trabalhados e tratados.

Os grupos institucionais, realizados em empresas com funcionários, como em fábricas e hospitais, por exemplo, por solicitação das chefias, dificilmente terão o seu término antecipado, por ser uma orientação vertical, ou seja, a gestão indica os membros para o grupo, estando implícita uma imposição velada por todos. Nas instituições de ensino, quando a equipe gestora direciona os estudantes para os grupos, a mesma situação ocorre em função da relação hierárquica. O grupo chega ao término conforme o período proposto inicialmente no enquadre, por todo o contexto, determinação, contratação do serviço de intervenção, porém, as relações estabelecidas entre os membros com o coordenador do grupo podem ser bastante truncadas e de difícil manejo. Isto é, o grupo vai a termo para cumprir o protocolo, no entanto, as vivências e os objetivos grupais não alcançam suas propostas fixadas inicialmente de maneira efetiva.

Experiências grupais vivenciadas pelos autores deste capítulo, na formação em psicologia para estudantes de 5º semestre do curso, ilustram esta situação, uma vez que tratam-se de intervenções psicológicas grupais em uma instituição de ensino, cujo foco é o processo de ensino-aprendizagem. Os estudantes são subdivididos em pequenos grupos, denominados grupos vivenciais. Cada grupo é coordenado por um estagiário, um estudante do 5º ano do curso de psicologia, porém, por tratar-se da prática da disciplina de Teorias e Processos Grupais, mesmo os coordenadores dos grupos não sendo o professor responsável pela disciplina, ocorre uma relação hierárquica em que são manifestos conteúdos latentes em função da obrigatoriedade na participação neste grupo, por estar associada à disciplina.

Assim, enquanto alguns grupos vivenciam uma verdadeira integração e usufruem do espaço do grupo vivencial para trabalhar as angústias e o lixo psíquico que a formação produz em suas vidas enquanto estudantes, pessoas, profissionais; outros grupos manifestam uma resistência intensa que corrobora em processos obstrutivos ao desenvolvimento do grupo como: boicotes, ataques ao facilitador, fragmentação. Em decorrência disso, o grupo por resistir, não se desintegra em função do vínculo com a disciplina e a obrigatoriedade.

Outro exemplo de grupos institucionais são aqueles realizados em escolas de Educação Básica, por meio dos estágios em psicologia escolar, voltados para as temáticas de promoção de saúde, prevenção e saúde nas escolas ou habilidades de vida. Tais grupos constituem intervenções solicitadas pela gestão escolar na figura do diretor, vice-diretor, coordenador pedagógico ou mediador. Os grupos são oferecidos para cerca de 15 a 20 estudantes, em horários específicos, com duração de 1 hora e 30 minutos, frequência semanal e sendo abertos, ou seja, os estudantes são convidados, porém, a frequência e comparecimento não são obrigatórios.

Neste contexto, o início e o término do grupo estão determinados pelo contrato de estágio com a instituição de ensino, porém, os vínculos que serão construídos ao longo dos encontros a partir da proposta, diferenciam-se em cada realidade escolar e dependem da constituição grupal que se forma. Comumente, os fenômenos grupais se manifestam

inicialmente com o vínculo de dependência messiânica em relação à figura do coordenador como o Messias, salvador dos problemas da escola, dos estudantes. Podendo também ocorrer o mesmo em relação ao grupo como um todo, que é observado nas atitudes dos estudantes em relação à importância daquele espaço grupal oferecido aos mesmos e a frequência nos encontros do grupo.

Por outro lado, grupos neste formato são mobilizados por intensa resistência de seus membros, que não compreendem a proposta e os motivos de estarem ali. Muitas vezes, os participantes se veem como os excluídos da escola e acreditam que a orientação de participarem desses grupos está relacionada aos processos de exclusão. Quando o manejo se torna difícil, os membros podem deixar de participar, uma vez que a participação não é obrigatória. Desta feita, o término do grupo é antecipado, uma vez permeado por conflitos e ataques ao facilitador.

Os grupos institucionais têm como pressupostos teóricos básicos os grupos operativos, cujo expoente foi Pichon-Rivière, uma vez que os encontros são estruturados a partir de tarefas que levam à discussão e à reflexão acerca das temáticas levantadas na demanda das instituições dos membros participantes. Assim, cabe ressaltar o caráter dessas tarefas que funcionam como facilitadoras, precursoras, da reflexão que deverá acontecer. Portanto, é no processo reflexivo que os conteúdos inconscientes latentes vão se manifestando e, assim, possibilitam o trabalho grupal em meio aos fenômenos grupais e processos obstrutivos que vão se delineando nas relações entre os membros e destes com o coordenador do grupo.

A intervenção em grupos na Clínica Psicológica

Os grupos na área clínica, cujos objetivos constituem, em essência, o desenvolvimento pessoal dos membros por meio da interação que o espaço grupal oferece, ocorrem de forma mais aprofundada, em termos dos vínculos que vão se estabelecendo durante as sessões, e geralmente são grupos de longo prazo, quando fogem da proposta de grupoterapia breve, que possui um foco específico para ser trabalhado.

A constituição desses grupos se dá pela vontade própria de seus membros, ou por indicação de psicólogos e/ou médicos que

compreendem uma demanda da pessoa para o trabalho psicológico em grupo. Sempre se observa um preconceito das pessoas em relação à intervenção psicológica grupal na clínica psicoterápica, havendo um predomínio de discursos que afirmam que o objetivo é a redução de filas de espera e atendimento de um público maior; e que as pessoas têm dificuldade de confiar no sigilo dos membros, portanto, não conseguem usufruir do espaço grupal plenamente como na psicoterapia individual. Porém, o que se verifica é uma mudança de atitude em relação a quem procura atendimento psicológico na clínica-escola, ou seja, uma procura por atendimento em grupo em função de uma demanda para estar com o outro, pela necessidade de estabelecer vínculo.

O início da grupoterapia está vinculado à proposta de atendimento em grupo por parte do grupoterapeuta ou pela busca espontânea dos membros por essa modalidade de atendimento psicológico. O término está atrelado ao contrato psicológico estabelecido no início das sessões em grupo. Sendo um grupo fechado, é vedada a entrada de novos membros mediante a saída de algum, o que pode levar ao término do grupo se todos os membros deixarem a grupoterapia. O estabelecimento no enquadre do formato de grupo aberto, define um número máximo de membros, mediante a saída de um membro, o grupoterapeuta pode indicar um novo membro e o grupo vai se mantendo constante, mesmo com a possibilidade de saída.

É importante destacar algumas das principais diferenças entre o início do grupo fechado e do grupo aberto. Para o início do grupo fechado, como dito anteriormente, são elencados critérios estabelecidos pelo próprio psicoterapeuta, atrelados às demandas apresentadas pelos pacientes. Assim, o contrato grupal deve discorrer sobre faltas, atrasos, pagamentos (quando o serviço é oferecido na modalidade particular), o sigilo das informações que serão apresentadas e compartilhadas ao longo dos encontros grupais e a coesão grupal, para que a eficácia do trabalho proposto seja possível, além da impossibilidade de entrada de novos participantes, por estar definido no contrato que se trata de um grupo fechado.

Faz-se fundamental que o psicoterapeuta tenha bem definido qual será o objetivo central do grupo, e quais serão os alvos específicos sob os

quais o mesmo se fundamentará, de modo que o grupo como um todo, mesmo composto por subjetividades distintas, possa ter clara qual será a finalidade daquele espaço naquele momento. Já, no grupo aberto, há uma flexibilidade no que concerne à entrada de novos participantes, que também precisa estar clara no enquadre para todos os membros.

Na clínica-escola, o formato proposto é de grupo aberto com o número máximo de seis membros. Uma vez que o estágio é realizado por semestre, no contrato psicológico do grupo, já está estabelecido o período de atendimento, que se encerra antes das férias (julho e dezembro), tratando-se, portanto, de grupos breves. No caso da clínica-escola, o término do grupo está atrelado ao semestre letivo do estágio.

A clínica grupoterápica no serviço-escola tem possibilitado observar a permanência dos pacientes por mais de dois anos no grupo, mesmo com a troca semestral de grupoterapeutas por força dos dois semestres letivos de cada ano. Um grupo de adultos constituído pelos pais de crianças, e de adolescentes também atendidos em grupo no mesmo horário, vem se mantendo há mais de três anos e a cada período pós-férias, o grupo é retomado e os pacientes esperam encontrar os membros que participaram no semestre anterior, acolhem membros novos e demonstram uma coesão grupal em relação às vivências relatadas nas sessões.

Uma vez que a professora supervisora dos grupoterapeutas dessa modalidade de atendimento se mantém a mesma, tem sido possível acompanhar a evolução do grupo em relação às demandas emocionais apresentadas no seu início, a ressonância mútua dos fatos compartilhados por seus membros e as novas demandas que vão surgindo em função da dinâmica da vida e dos acontecimentos que a permeiam. Assim, o grupo de crianças e adolescentes vinculados a esse grupo de adultos/pais também se mantém fortalecendo a intervenção psicológica grupal de longo prazo.

No consultório, o grupoterapeuta não estabelecerá o término, tal processo ocorrerá mediante a evolução do grupo e seus membros em relação à compreensão afetiva, à relação de dependência do grupo e do grupoterapeuta, diante da possibilidade de retomar a vida, trabalho, estudos e família, com o Ego fortalecido, mais consciente de suas decisões

e a diminuição dos sintomas que levaram o sujeito a procurar a grupoterapia.

Em relação ao término da grupoterapia, Luz (2003) afirma que o tratamento deve durar o tempo que os pacientes precisarem dele e que as ausências desses pacientes, após um período de tratamento, sinalizam que suas necessidades foram atendidas. O autor ressalta que, por fenômeno cultural, a população não finaliza o contrato de forma muito explícita, até por envolver afeto, as ausências vão delineando o término.

Blay Neto (2001) destaca a relação de dependência no grupo, a evolução da dinâmica grupal e o seu término. O autor descreve “a solidão como a capacidade mental especial que conseguimos através de experiências dolorosas, que nos permitem encarar a nós mesmos, sem tentar escapar” (p. 88). Acredita-se que, terapeuta e grupo, ao agir de forma livre sem o vínculo de dependência, abre-se espaço para o diálogo criativo e o desaparecimento de sentimentos dolorosos como ideias persecutórias: de ódio e de ansiedade, que culminam na capacidade de ficar só, de dar e receber. Para Blay Neto, esse processo significa o princípio do fim da relação terapêutica. “O término da terapia acontece espontaneamente, independente do desejo do grupo ou do terapeuta. Esse fato representa a prova real do crescimento grupal e é uma das mais evidentes provas da eficiência terapêutica” (p. 89).

Considerações finais

A necessidade de conhecer diferentes trabalhos que retratassem a temática da intervenção psicológica grupal em serviço-escola de psicologia e/ou em instituição universitária, e assim ampliar possibilidades de atuação do psicólogo recém-formado e daqueles que já atuam na prática grupal, surgiu a partir das discussões realizadas durante supervisões de estágios em grupo, nas quais identificamos a crescente demanda para o trabalho grupal, sobretudo de instituições públicas e privadas, que possuem demandas mais emergentes, quando pensadas as espacialidades e a

quantidade de trabalhos em grupo realizados anualmente pela clínica de psicologia situada em uma universidade local do interior paulista⁴⁸.

Retomando a proposta deste capítulo, de delinear o início e o término das práticas grupais na clínica e nas instituições, considerando não ser possível esgotar o tema neste espaço, foi possível refletir sobre aspectos teóricos e práticos que envolvem a intervenção psicológica grupal, em especial no que se refere ao início e término dos grupos.

Verificou-se a diversidade de modalidades grupais que constituem o ponto de partida para iniciar as intervenções em grupo, compreendendo o contexto em que são realizadas, os fenômenos e os processos obstrutivos que podem emergir nos diferentes contextos e modalidades, anunciando o término ou a continuidade.

A diferença dos processos grupais na clínica e nas instituições é qualitativa, uma vez que o início e o término estão atrelados aos diferentes objetivos do trabalho grupal, sendo nas instituições mais amplos, voltados para o interesse das organizações por meio de sua gestão, e na clínica, mais específicos e relacionados ao desenvolvimento pessoal.

Cabe ressaltar que as práticas grupais, tanto na clínica, quanto nas instituições, constituem uma demanda futura intensa, tendo em vista o isolamento em que as pessoas se encontram cada vez mais na contemporaneidade, mesmo com tanta facilidade de comunicação num mundo globalizado e com recursos tecnológicos sofisticados. A dificuldade de estar com o outro tem evidenciado a necessidade de aprender estar junto, face a face, e compreender os benefícios psíquicos que esta relação oferece.

Referências

- Ávila, L. A. (2016). *Grupos: Uma perspectiva psicanalítica*. São Paulo: Zagodoni.
- Ávila, L. A., Fernandes, W. J., Camargo, I., & Emílio, S. A. (2016). Grupos em debate. *Vínculo*, 13(1), 3-19.

⁴⁸Ver a análise qualitativa que realizamos, relacionada aos dados dos prontuários e relatórios do estágio de processos grupais a partir do referencial teórico na área (Costa et al., 2018).

- Blay Neto, B. (2001). *Psicanálise e psicoterapia de grupos: Contribuições*. São Paulo: Paulista.
- Castilho, A. (2002). *A dinâmica do trabalho de grupo*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Costa, J. T., Silva, F. S., & Silveira, C. A. B. (2018). As práticas grupais e a atuação do psicólogo: Intervenções em grupo no Estágio de Processos Grupais. *Vínculo*, 15(2), 57-81.
- Fernandes, W. J., Svartman, B., & Fernandes, B. S. (Orgs.) (2003). *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freud, S. (1856/1996). *Obras completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago.
- Luz, F. (2003). Como montar e manter os grupos. Em W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.) (2003), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 185-193) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neri, C. (1999). *Grupo: Manual de psicanálise de grupo*. Rio de Janeiro: Imago.
- Osório, L. C. (2013). *Como trabalhar com sistemas humanos: grupos, casais e famílias, empresas*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2.ed.). Porto Alegre: Artmed.

Psicoterapia de grupo com crianças e adolescentes

Beatriz Silverio Fernandes

O objetivo deste capítulo é dar uma ideia sobre a técnica de psicoterapia com crianças e adolescentes. Como disse Fernandes (2003a):

Uma experiência importante é o indivíduo ser compreendido e aceito por um terapeuta; outra experiência, consideravelmente mais poderosa, é a pessoa ser compreendida e aceita pelo terapeuta e por diversos companheiros de grupo, que também estão partilhando seus sentimentos em uma busca, em conjunto, de um jeito de viver com mais satisfação. (p. 231)

Segundo Cruz (2018), o espaço psicanalítico provê uma matriz relacional que difere de nosso cotidiano familiar, escolar e, apesar das regras, de nem sempre a criança ou o adolescente poderem fazer o que querem e de chorarem, eles aprendem a partilhar e reconhecer no outro, ou outros, os mesmos sentimentos que experienciam, e onde podem surgir novas formas de perceberem esses mesmos sentimentos.

Para mim, o grupo terapêutico mostra-se como um espaço de identificações, de continuidade, de abolição de diferenças e também de estabelecimento de diferenças, muito importante para o desenvolvimento infantil e da adolescência, sempre dentro do referencial psicanalítico.

Os objetivos de uma psicoterapia de grupo, quer seja com crianças, quer com adolescentes, é colaborar para que possa haver uma reorganização das características psíquicas.

Mediante os fenômenos da elaboração, *insight* e sublimação, eles construirão um contato novo com a realidade, tanto sua realidade interior como a realidade externa, seu meio ambiente. Observar o grupo, observar as diferenças e semelhanças com os companheiros possibilitará uma ampliação de seu conhecimento e de seu autoconhecimento. É algo que ajudará a construir ou a observar os limites que temos dentro de nós e ao nosso redor, e o limite frente ao nosso companheiro.

É importante para ambos, crianças e adolescentes, que realizemos uma ou duas entrevistas para anamnese, com rigor e cuidado, primeiro com os pais, depois com a criança ou adolescente, para sabermos de hábitos e costumes antigos e atuais que permitam criar um perfil da criança ou adolescente e então saber com quais outros companheiros poderemos compor o grupo.

Sempre que possível deve-se conversar com a família; mas se isso se tornar um empecilho, faremos entrevistas com cada familiar separadamente. Tais entrevistas ou reuniões são realizadas no início e depois a cada dois ou três meses. É importante nessas entrevistas que se fale das datas em que os grupos ocorrerão, como agirão quanto a férias, feriados, faltas e também com relação aos pagamentos.

Os grupos de crianças, em geral, terminam com o advento das férias; não que seja uma regra, mas é de fato o que venho registrando. As crianças melhoram, ficam um tempo sem vir às sessões e, em 80% dos casos, a família não retorna.

Grupo com crianças

O grupo se estabelece e vai acontecendo ao longo do tempo, sem tarefas pré-fixadas. O brincar é espontâneo, pois esta é a linguagem da criança. É a forma pela qual ela vai se exprimir, se expressar, agir. Essa atividade infantil é uma maneira de se expressar simbolicamente.

A presença de várias crianças propicia uma qualidade diferente de relacionamento. Surge nesse contexto o compartilhar, o divertir e, ao mesmo tempo, é possível adicionar ao mundo interno novas formas de ser e estar com o mundo.

No grupo conseguirão ser mais criativos, e diminuirão os processos de repetição. Trocam experiências, empregam materiais diferentes, conhecem novas formas de utilizar materiais e assim empenham-se numa diversidade de atividades, estimulando de modo plural sua criatividade.

Mas então... quem pode participar do grupo? Quem não pode? Como agrupar crianças?

Quem pode?

No meu trabalho, qualquer criança pode participar de um grupo. Ginot (1961) dizia que “crianças tímidas, imaturas, fóbicas, boazinhas, com distúrbio de hábitos eram as que mais se beneficiavam” (p. 32).

Hoje, após 30 anos de prática clínica, posso afirmar que qualquer criança ou adolescente, desde que no grupo certo, se beneficiará. Destaco apenas que é preciso saber, por meio das entrevistas, se não há hábitos familiares que ponham em choque as famílias dos demais participantes. O que quero dizer é que, como temos contato direto com os pais das crianças, que são menores de idade, precisamos estar atentos para que comportamentos sexualizados não ocorram durante uma sessão de grupo.

Em geral, agrupamos crianças com uma diferença de no máximo dois anos, com hábitos e síndromes diversas. Criança tímida, que não dorme fora de casa, com criança extrovertida que sai com outras famílias; crianças portadoras de doenças como asma ou bronquite e crianças sem comprometimento físico; crianças com encoprese e outras. Um conjunto diverso e, ao mesmo tempo, harmonioso.

Um fato importante, ao qual tenho dado valor ao longo do tempo, é poder sentir o grupo dentro de mim, vislumbrar esse conjunto em minha fantasia.

Quem não vai para o grupo?

Como já mencionei, deve sempre haver grupo certo para a criança certa. Uma criança com distúrbio de comportamento pode se dar bem num grupo com outras crianças com o mesmo diagnóstico. Não ponho tímidos junto com crianças com essas características; muita agitação pode intimidar as crianças mais quietinhas. Deve-se sempre mesclar, sem exageros.

O grupo tem um certo nível de tolerância às tensões. Precisamos estar alerta, mesmo depois da seleção, para que ele não se desintegre.

Um grupo pode conter de três a cinco crianças, se for num consultório. Institucionalmente e com coterapia podemos chegar a oito.

Como trabalhar com o grupo de crianças?

Com crianças trabalhamos com sua linguagem e com sua simbolização. Crianças brincam e expressam seus sentimentos por meio da brincadeira.

Os brinquedos selecionados devem ou podem estar a serviço de uma facilitação do relacionamento com a criança, bem como auxiliar no *insight* e facilitar a prova de realidade (por exemplo: podem quebrar um brinquedo e consertá-lo). Os brinquedos devem ser resistentes. Podem quebrar, mas devem poder ser reconstruídos, colados, como os brinquedos de madeira permitem fazer.

O que deixar à disposição das crianças?

No início dos grupos, ou dos atendimentos infantis, havia uma caixa contendo todos os brinquedos, tanto dos atendimentos individuais como grupais. Hoje em dia, isso seria quase que impossível; numa instituição, então, impraticável. Um pequeno armário ou prateleiras com brinquedos organizados será o suficiente. Numa instituição, uma caixa plástica com os brinquedos para todos os grupos. Outra caixa para guardar os materiais produzidos.

É essencial termos sempre papel, lápis preto e coloridos, borracha, giz de cera, aquarela, tintas, pincéis, tesoura, cola, régua, barbante, palitos, palitos de fósforo, tampas de garrafa, panos, argila, água, areia (se possível numa caixa), carros, animais e uma família. Se pudermos ter uma casinha e seu mobiliário é bom, mas se não for possível, apenas uma cama, cadeira, mesa, painéis e alguns poucos jogos. Nunca ponho muitos jogos. Apenas um jogo de damas, uno, jogo da vida, labirinto, baralhos e ludo. Pode-se observar o lado competitivo das crianças, como lidam com frustrações, como se relacionam frente às competições e como as vivenciam. Os papéis e os lápis serão alguns dos elementos com os quais elas conseguirão expressar seus sentimentos e emoções. Crianças que nunca puderam se sujar em casa terão oportunidade de fazê-lo no grupo. A casinha e seus elementos representarão seu mundo real. Na areia poderão vivenciar suas fantasias de desaparecer e aparecer. Matar e ressuscitar.

Vimos quais as crianças que participarão do grupo, quais os brinquedos que estarão à sua disposição, só não falamos do local onde

acontecerá o evento: uma sala arejada e protegida das peraltices infantis; se houver janelas perigosas, que tenham grades.

Uma vez instalados no espaço, deve-se reforçar com as crianças nossas regras. Podemos deixá-las explícitas num papel. São elas: dia, hora e local dos encontros.

As crianças poderão brincar de qualquer coisa, desde que compatível com a sala. Não poderão ficar nas janelas, não devem entrar e sair da sala (devem ir ao banheiro e tomar água, sempre que possível, antes ou depois do atendimento). Não podem bater no outro ou no terapeuta, nem morder ou cuspir (Ginot, 1961).

O grupo está preparado para funcionar. Se for o primeiro dia do grupo, sempre peço que as crianças se apresentem. Se o grupo já estiver em funcionamento há algum tempo e entrar uma criança nova, também será feita a apresentação. Quando temos crianças com três ou mais meses de permanência no grupo, elas mesmas se encarregam de mostrar a sala, as regras, nomes etc.

Outras vezes as crianças têm dificuldades de lidar com seu sadismo, com repressão e, nesse contexto, podemos introduzir algum material que permita a expressão do reprimido.

As crianças não têm seu mundo psíquico ainda formado. Requer ser significado para que possa desenvolver mais seu psiquismo. Transitará num caminho de formação e transformação. Para que isso ocorra, é preciso que se fortaleçam vínculos. Será por meio desses vínculos e do vai e vem das significações que construirá seu modo de vinculação com o mundo.

Se pensarmos o grupo terapêutico como um espaço de transicionalidade, conforme tratado no capítulo sobre as contribuições de Winnicott (capítulo 13), ele será o terreno propício para maior desenvolvimento e articulação de vínculos primários e secundários, dos que já conhecia e dos novos, entre os espaços do mundo fantasioso e real. As crianças necessitam de um tempo ímpar e singular para poder realizar esse arcabouço de revoluções, transformações e novas configurações.

Fragmento de um grupo

Contexto geral

Grupo composto por duas meninas e dois meninos, entre sete e oito anos. Rafael – Tem dificuldades de aprendizagem e quase não se comunica. Fala apenas em casa.

Renato – É portador de asma, com internações sucessivas. É muito distraído.

Rita – É portadora de bronquite e asma. Tem dificuldades de aprendizagem.

Clara – Apresenta dificuldade de aprendizagem, é bastante agitada e tem dificuldades para dormir.

Mantivemos encontros semanais. No início pouco falavam. Ficavam olhando um para o outro e para o armário de brinquedos.

Grupo

Rita deu o primeiro passo para a brincadeira. Ficaram brincando de algo que denominaram “detetive” (eu desconhecia a brincadeira, mas no mundo escolar era hábito brincarem). Trata-se de um jogo onde encontramos possibilidades de descobrir a vítima, o assassino, arma utilizada e local do crime, jogado por meio de dados). Não demonstravam preferência nem desagrado.

Em seguida, Renato pergunta se poderiam desenhar. Rita responde: “claro que pode, a tia já falou que podemos fazer o que queremos, veja o quadro” (há no consultório, numa porta de armário, um quadro com as regras de funcionamento, que são alteradas conforme o tempo e as necessidades).

Todos ficam olhando.

Eu pergunto: “O que foi?” Sorrindo, dizem: “O que vamos desenhar?”

Digo que podem desenhar o que quiserem. Mas ficou difícil. Com o passar dos minutos começam a desenhar o óbvio (nuvens, para um; sol, para outro; jogador de futebol, para outro; e para outra, uma grade).

Pareceu-me que nesse contexto fomos chamados para a realidade. *Como é difícil entrar em contato com nosso mundo interno*, pensei eu. Daí para a

frente foram alternando desenhar e detetives. Tinham canetas, lápis, tintas, armário de brinquedos, mas pareceu-me que tudo estava dentro de grades, como Rita havia desenhado. Expresso isso para eles.

Depois de algumas sessões, puderam começar a desenhar com maior fluidez. Eu não falava muito porque sentia um certo receio de quebrar o movimento natural deles, de interromper algo que era claro para mim que estava acontecendo. Já havia aprendido com outros grupos que, às vezes, falar não resolve, atrapalha.

Poucas semanas depois, numa nova situação em que as crianças escolheram desenhar, vi que o sol não estava mais no mesmo lugar do desenho feito noutro dia e apenas mencionei o fato, assim como as nuvens de outra criança haviam mudado de lugar.

Clara pega seu desenho e fala: “tomei chuva e não fui para o hospital, eu só tossi e pude brincar com minha irmã”.

E, assim sucessivamente, cada um foi falando de seus desenhos. Deram ideia de fazer um livro, que eu entendi que seria com a sucessão de desenhos. Pensei: *desenhariam o crescimento deles*.

Cada um ia falando até que a grade do primeiro desenho foi quebrada. Um buraco surgiu.

Rafael: “Tia, eu posso né?...”

Digo: “O quê?”

Rafael: “Posso quebrar? Abrir?”

Eu digo: “Para mim você pode abrir, quebrar.” (sorrindo, digo: “Mas não a minha cabeça.”). Rafael abre um sorriso. E começa a verter lágrimas dos olhos. Me abraça apertado e chora. Algo comove os demais. Se abraçam, nos abraçamos e bem devagarzinho vamos conseguindo falar. Falam do quanto estavam presos, amarrados, não conseguiam vencer os limites, não conseguiam ficar livres de ideias pré-concebidas.

A partir desses fragmentos de sessões poderemos pensar nos fenômenos grupais.

A transferência é a principal via por onde transitam os conflitos e, segundo Grunspun (1997), “a criança não tem percepção consciente do deslocamento dessas experiências altamente carregadas de emoções para com a figura do terapeuta ou dos outros” (p. 131). Trazem para o grupo aquilo que, sem perceberem, os incomoda, os angustia e devagar, em seu

tempo, vão colocando e revivendo, com a ajuda do terapeuta, seus conflitos, e quem sabe bem lentamente também poderão solucionar alguns deles.

A transferência nas crianças é a ferramenta principal para trabalhar traumas do passado como objetos originais, que podem emergir no curso do processo terapêutico e, assim, serem elaborados, ou pelo menos serem expressos noutro contexto. No grupo elas terão, ainda, a participação de seus companheiros.

Conforme encontramos em Grunspun (1997, p. 133), a transferência é estabelecida muito facilmente com crianças pequenas, o que poderia ocorrer por serem menores e mais dependentes e “nesta idade (5 ou 6 anos) a dependência se torna prontamente transferível”. Assim, o grupo se torna, por algum tempo, o paralelo psicológico da família.

Na criança tudo acontece precocemente, comparado ao adulto. Estar em grupo, entrar no grupo, provoca uma situação de conflito, de luto, pois ela vai se separar de outros relacionamentos, começar um novo e terá oportunidade de criar novos modelos, muitos deles sem o conteúdo reprimido dos episódios vividos no passado. Novos modelos para novos comportamentos.

Por contratransferência, que também é mais acentuada com crianças, vamos nos referir a fenômenos que ocorrem como resultado de influências das crianças ou de qualquer outro paciente sobre nossos sentimentos inconscientes. Precisamos reconhecê-la, admiti-la e superá-la. Mas temos também que estar alerta para respeitar nossos limites. Não podemos ir além do que nossas precárias condições humanas nos permitem.

Mais um fenômeno, entre outros, também muito importante, será o *insight*, que nada mais é do que a súbita compreensão de algo. Em se tratando de psicoterapia, diremos que é a compreensão de algo interno, do mundo interno, inconsciente, que vem até o limite da consciência e que desencadeia uma resposta emocional.

As crianças às vezes também resistem ao envolvimento no processo terapêutico. Parecem não entender o que falamos, repetem questões sem notarmos qualquer elaboração sobre a conversa, parecem

estar em outro “plano”, mas sempre negando algo que está ocorrendo no momento. É preciso quebrar essas barreiras, quando possível.

Terapeuta infantil

E o psicoterapeuta de crianças como descrevê-lo? O que esperamos dele?

O terapeuta de grupo deve ser portador de uma continência ampla, conseguir aceitar as crianças como elas são. Ter dentro de si os conhecimentos necessários sobre o desenvolvimento infantil, seus processos normais e patológicos. Não se assustar com as variações dos comportamentos, assim como aceitar que alguns fatos inusitados podem ocorrer (por exemplo, necessidade de levar um pequeno ao banheiro e fazer sua higiene).

Segundo Zimerman (2000, p. 213), a função de *holding* e de empatia por parte do grupoterapeuta é condição *sine qua non*, e uma das razões para uma possível contrarresistência prejudicial reside no fato de que as manifestações das crianças surgem num estado mais bruto que as dos adultos e, portanto, são mais ameaçadoras para o controle das repressões do inconsciente do grupoterapeuta.

Grupo de adolescentes

Foi por volta de 1930 que Alfred Adler utilizou grupos para trabalhar com adolescentes. Não eram grupos como fazemos hoje, mas já era a técnica grupal. Mas foi em 1940 que Slavson deu um salto maior para o desenvolvimento dessa técnica e, a partir daí, seu uso foi ininterrupto (Fernandes, 2003b).

Assim como os bebês, após três meses, olham para todos os lugares, e com seus dedinhos apontam para todos os horizontes (observação de bebês), o adolescente repete esse processo. Quer crescer, ser adulto, uma mescla dos estímulos anteriores com a vontade de “ser gente grande” o invade, “tudo junto e misturado”. Vive um conflito, o conflito do desenvolvimento.

Trata-se de um processo que sofre progressos e retrocessos, produzidos de forma simultânea ou às vezes alternados; envolvendo seu corpo, sua mente e o seu entorno. É um período em que se revive conflitos

edipianos, período de separação da criança, e um período de superação do processo em que o adolescente terá de adequar seu Ego à realidade circundante e interna. Ele enfrenta lutos, muitas perdas são vividas, e mediante os mecanismos de sublimação e de novas simbolizações, vai adequando sua mente à nova realidade. Para Fernandes (2003b), os mesmos mecanismos descritos por M. Klein na infância serão ativados (conforme tratado no capítulo sobre contribuições de Klein); porém, vividos com outras características, instalam-se novamente.

Para isso, um tempo será necessário para essa nova instalação, que variará de adolescente para adolescente. Nesse período haverá alguns requisitos, bem como um ambiente que tolere e compreenda sua instabilidade, assim como que aceite sua sexualidade, e também a busca de um parceiro. Os mecanismos de projeção e introjeção alternam-se, variando numa frequência muito grande.

Atualmente, vemos muitos adolescentes reclusos em seus mundos. Os jogos eletrônicos dominam seu tempo, os amigos virtuais são os substitutos dos amigos reais, de carne e osso. O isolamento afetivo é o carro-chefe do mundo atual. Ao mesmo tempo que dominam e vivem tecnologias e o mundo virtual, percebemos que a comunicação entre familiares, amigos e colegas de grupo é ainda muito difícil.

Nesse período de suas vidas, surgem problemas o tempo todo: mudanças, dificuldades, inovações, perdas, novas exigências, de maneira muito acentuada do ponto de vista de cada um, ainda em formação, passando da fase infantil para a adulta, sem muitas referências adquiridas. Nem sempre os adolescentes enfrentam esse processo com facilidade. Podem regredir ao ponto de se tornarem mais agressivos e abraçarem drogas como um processo de alívio de sofrimento. “Uso maconha porque me relaxa. É remédio.”

Necessitam nessa fase de suas vidas de um certo decodificador, e nesse sentido um terapeuta desempenha bem tal papel. Está ali para ouvi-lo, entendê-lo e tentar decodificar sua linguagem e esclarecer sua comunicação. Como diz Waldemar Fernandes (2003): “As matrizes vinculares, configuradas como fantasias inconscientes, vão construir o nosso caráter” (p. 44). Códigos antigos, até mesmo milenares, são colocados na tenra infância dentro de cada um de nós como conhecimento

mítico. Nesse período da adolescência, esse código se expande mais ainda, acrescido de cobranças e de expectativas, o que aumenta ainda mais a dificuldade de comunicação e de se colocar no mundo. “Não sou criança, não sou gente grande. Quem sou? Me cobram responsabilidade, mas não me dão liberdade para exercê-la.” são cogitações frequentes de adolescentes.

Com essas características chegam nossos adolescentes para tratamento. E o grupo é o melhor instrumento para que possam refletir, criar e repetir seus conflitos.

Objetivos da psicoterapia de grupo com adolescentes

Buscar um equilíbrio intrapsíquico por meio dos relacionamentos, do *insight*, da sublimação e da elaboração. Ajudá-los a enfrentar as dificuldades do cotidiano, principalmente frente aos relacionamentos, quaisquer que sejam. No grupo eles terão oportunidade de estabelecer relacionamentos múltiplos e com isso produzir novos modelos.

Quem vai e quem não vai para o grupo?

Tal como para as crianças, vai todo mundo, desde que para o grupo certo. Renovo a ideia de fazermos boas entrevistas, boas conversas com os jovens e assim poder construir um grupo ou colocá-los num grupo já em funcionamento.

As idades podem ter uma variação maior, mas é preciso cuidado com distúrbios de conduta (roubo, álcool), grandes rivalidades e conduta destrutiva acentuada, psicoses agudas e experiências com abuso sexual.

Sempre teremos que manter contato com os familiares, por meio de reuniões grupais ou individuais para contato, acertar formas de atualização do contrato terapêutico e poder sentir como os jovens se apresentam no lar e na escola.

Como será a sala?

A sala não requer maiores cuidados: clara, limpa, com certo conforto e certa leveza. Podemos até dispor de almofadas, de que, em geral, os adolescentes gostam. Muita formalidade não combina com eles.

Uma vez agrupados, na sala, conversaremos sobre o contrato da psicoterapia. Nessa ocasião combinaremos dia e hora dos nossos encontros, como fazer com faltas (quando um falta o grupo segue normalmente; podem avisar ou não no dia da falta, ou até mesmo propor uma alternativa de troca, caso os demais possam). O pagamento deixo para combinar com os pais. Sobre as regras de convivência e utilização do espaço, costumo conversar com eles, decidir em conjunto e ver o que pensam, daí partirmos para estabelecer as regras. Em geral são poucas, e diferentes para cada grupo. Mostro os materiais e os deixo à vontade para utilizá-los ou não. Peço que não mexam nos materiais de minha mesa, pois pode causar problemas na minha organização. O restante fica à vontade para que utilizem. Quanto ao celular, conversamos sempre sobre a necessidade ou não de o utilizarmos, inclusive da minha necessidade.

Os adolescentes, em geral, já gostam de falar. Mas sempre deixo à disposição lápis, papel, tinta, cola, tesoura, revista e música, pois algumas vezes o bloqueio se instala e não conseguem falar de algo mais profundo, e esses materiais podem ser úteis como facilitadores para a expressão de seus conflitos.

Vamos ao grupo – uma vinbeta

Contexto geral

Gabriel, 15 anos, com dificuldades na escola e que, segundo a família, isola-se no quarto e briga pelo uso do computador.

Mari (Mariana), 14 anos, com dificuldades de aprendizagem e relacionamento difícil em casa.

Juca, 14 anos, com dificuldades de aprendizagem e relacionamento difícil, com dificuldade de conviver com seus familiares.

Grupo

Mari: “Oi, hoje estou muito brava. Que saco! Quanto mais estudo, mais nota baixa tiro. Não entendo matemática.” [chora]

Gabriel: “Te entendo. Eu também. Já entrou na internet? Às vezes me ajuda. Meus pais não querem pagar aula particular. E também, se pagarem, vão me cobrar mais ainda.”

Mari: “Nem me fale. Será que eu consigo?”

Juca: “Meninas ...” [em tom de deboche]

Terapeuta: “O que quer dizer, Juca, com ‘meninas?’”

[Juca fica calado]

Gabriel: “Vou te dar o *site* ou o endereço do YouTube para você tentar. O

Juca não tem esses problemas, né?”

Juca: “Eu não preciso estudar muito. Entendo tudo.”

Mari: “Gênio... Por que está aqui?” [em tom de deboche]

Juca: “Não sei.”

Terapeuta: “Será, Juca, que não sabe?”

Gabriel: “Eu também penso sobre estar aqui. Se preciso. Mas a Bia [referindo-se à terapeuta] me disse um dia que eu poderia estar aqui sem ter problemas, apenas para me conhecer melhor. Me entender.”

Juca: “Que bobagem.”

Mari: “Juca, tenho vontade de te conhecer melhor. Você é parecido com minha irmã.”

Gabriel: “Vixe. Nem me fale em irmã. A minha é um horror. Difícil é o dia que não tenta me bater. É uma infeliz.”

Terapeuta: “Querem dizer com isso que cada um enfrenta dificuldades diferentes. Como aqui?”

[Um mês depois. Gabriel contava como se sentia triste com as brigas familiares.]

Juca: “Eu não suporto minha casa. Vim aqui para não enfrentar mais uma briga *shit*.”

Terapeuta: “E como é aqui?”

Juca: “Medíocre, mas não me incomodam. Me sinto aceito. Mas, todos vocês são ingênuos para mim.”

Terapeuta: “Pode nos aceitar?”

Mari: “Credo, Juca, me senti mais burra.”

Juca: “Para, vai... entende. Posso até te ajudar, mas no Skype.”

Em geral, os adolescentes sentem-se bem em grupo, pois procuram agrupar-se nessa fase, formando turmas. Podem também isolar-se. Hoje em dia, essas duas modalidades também acontecem virtualmente. Os relacionamentos interpessoais que o grupo propicia permitem, com a

ajuda do terapeuta, um autoconhecimento e, concomitantemente, percebemos um certo desenvolvimento.

Eles apoiam-se em suas necessidades, suas facilidades. A vergonha reina, sobre o que eles chamam de “pagar mico”, como os pais me cumprimentarem e me perguntarem como eles estão na sala de espera, ou irem buscá-los na escola.

Vão vagarosamente percebendo o porquê de fazerem tudo isso. Veem as diferenças, por exemplo. Mari gosta que a mãe a busque na escola, sente-se querida e sabe que vai passear. Gabriel adoraria que isto acontecesse. Chegou a chorar só de pensar da impossibilidade de ser como Mariana. “Imagina eu tomar sorvete com meus pais, sem bronca, numa terça-feira.” Já Juca jamais admite essa possibilidade. “Putz! Iria eu aguentar essa babaquice? Moro perto da escola e não preciso de babás ou de coisas de criança. Nunca meus pais foram na escola, só a minha tia, que não é minha mãe”.

Alguns fenômenos

Os adolescentes repetem nas sessões impulsos e situações amorosas que foram editadas primeiramente com as figuras parentais. No grupo, tanto em relação aos colegas como ao terapeuta, repetem essas situações inconscientemente, o que denominamos transferência.

Paralelamente, nós, psicoterapeutas, fazemos uma troca afetiva. Sentimos algo que é projetado por um dos adolescentes ou pelo grupo e que provocará reações em nós. Por mais que pretendamos estar imunes a tal fator, é impossível evitá-lo. Ao mesmo tempo, trata-se de uma ferramenta de trabalho, advinda de nosso inconsciente. Precisamos aprender a decifrá-lo. Se não nos conscientizarmos de nossos sentimentos, de nossas reações, o processo estará correndo certo risco de naufragar. Trata-se de um conjunto de reações inconscientes nossas em relação ao todo do grupo ou a partes dele, com adolescentes às vezes mais acentuadas, pois eles nos desacatam a todo momento. Predomina nesse contexto o mecanismo da projeção.

Segundo Segal (1975):

Pode ser subjacente e integrada com outras formas de comunicação e dar-lhes profundidade e ressonância afetiva. Pode

ser a forma de comunicação predominante, provinda de experiências pré-verbais que só podem ser comunicadas dessa forma. Ou pode significar um ataque à comunicação; embora, quando compreendidas, até isto pode converter-se em comunicação. (p. 101)

Vamos falar também um pouco de outro fenômeno, a elaboração. Compreendida como um processo psíquico inconsciente pelo qual as ideias latentes de uma pessoa se manifestam sob forma condensada e vão se tornando cada vez mais inteligíveis. Freud (1914/1969a) escreve:

(...) deve-se conceder tempo ao paciente para que se familiarize mais com essa resistência, que agora veio a conhecer, para que a elabore, para que a supere, continuando num desafio (...) faz parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento pela sugestão. (p. 202)

Este é o caminho para o maior desenvolvimento de nossos pacientes e, ainda parafraseando Freud (1937/1969b, p. 312), pode-se acreditar como critério de melhora quando o inconsciente se torna consciente e faz com que possamos amar e trabalhar.

Cura ou alta

Posso revelar neste momento que poucas vezes dei alta. Convivi mais com abandonos pós-férias do que com um trabalho de encerramento do processo terapêutico propriamente dito.

Como cura entendo a solução ou resolução de alguns conflitos. Digo alguns porque, como humanos que somos, sempre teremos conflitos mais ou menos deglutíveis, conforme nossa saúde mental.

Há para qualquer idade índices que nos mostram crescimento, entre eles maior tolerância à frustração, suportar desilusões, separações e perdas, e conviver com a tristeza assim como com a alegria. Poder comunicar, projetar menos e introjetar mais são outros índices de crescimento.

Kaës (1993) se refere aos ganhos grupais como uma situação que promove identificações, constituição de ideias e de imagem de si e dos

outros. Haverá elaboração de pontos críticos e dos pontos de repressão de cada um.

A mim, acolhe muito minha compreensão algo que Ferenczi (1926/1967) escreveu sobre o tema: ele comentava que deveríamos aceitar o possível e renunciar ao impossível – árdua tarefa, mas muito promissora.

Mas, e o terapeuta de grupo de crianças e adolescentes?

David E. Zimerman, em várias de nossas conversas, quando eu expressava meus desejos e medos de montar grupos diferenciados da maioria (na época não era comum grupo de psicóticos em consultório) dizia que “tu tens que gostar do que fazes”, “tu tens que aceitar e compreender o que se passa, contigo e com os pacientes ou o grupo”.

Estas palavras sempre ficaram em minha mente, e percebi, durante leituras, que as capacidades do terapeuta são sempre enfatizadas. Precisamos ter uma capacidade de tolerância à frustração muito grande, de aceitação do outro diferente de mim, do outro me provocando porque precisa agir assim para poder se firmar como ser vivente.

Isso não quer dizer que eu não vá ficar com raiva, me entristecer, ter vontade de “sumir” da sala, mas é preciso elaborar todos esses sentimentos e todas essas emoções para que possamos ajudar nossos pequenos. Caso contrário, o terapeuta é quem precisa de tratamento.

Referências

- Ferenczi, S. (1967). *Teoria y técnica del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1926)
- Fernandes, B. S. (2003a). Psicoterapia de grupo com crianças. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 231-240). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, B. S. (2003b). Psicoterapia de grupo com adolescentes. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 241-251). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, W. J. (1994). Tentativa de elaboração de alguns aspectos teóricos em Psicanálise das Configurações Vinculares. *Anais do XI Congresso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo*, Buenos Aires.

- Fernandes, W. J. (2003). O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 43-55). Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1969a). Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. Em: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1969b). *Análise terminável e interminável*. Em: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)
- Garbarino, M., & Macedo, I. M. (1992). *Adolescência II*. Montevideo: Roca Viva.
- Ginot, H. G. (1961). *Psicoterapia de grupo com crianças*. São Paulo: Interlivros.
- Grunspun, H. (1997). *Psicoterapia lúdica de grupo com crianças*. São Paulo: Atheneu.
- Kaës, R. (1993). *Le Groupe et le Sujet du groupe*. Paris: Dunot.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed.

Atendimento a famílias de crianças dentro dos Transtornos do Espectro Autístico

Marly Terra Verdi

Faremos o relato e a discussão de atendimentos familiares envolvendo risco de transtornos autísticos em crianças pequenas. O primeiro caso é o de um menino, Augusto, de três anos e meio, cuja família suspeitava de transtorno invasivo do desenvolvimento, mas após as sessões familiares não se confirmaram essas suspeitas e o alívio dessa tensão ajudou o início da aquisição da linguagem nessa criança. O segundo caso é de Jorge de cinco anos, uma criança de cinco anos com um quadro de transtorno autístico, dificuldades de linguagem, interação social e desenvolvimento. O atendimento familiar levou à compreensão de segredos familiares e problemas de interação que, após serem trabalhados, ajudaram em sua evolução.

Gostaria de esclarecer que o fato de serem duas situações de famílias com crianças gemelares não quer dizer da possibilidade maior de incidência de autismo em casos de gêmeos, o que levaria a outras questões e a outras interrogações. Suspeita-se que a gemelaridade pode ser uma das situações de risco nestes casos, mas aqui não iremos abordar estas questões e por isto gostaria de afirmar que foi apenas uma coincidência este aspecto.

Sabe-se desde há muito que o desenvolvimento da subjetividade se dá nos vínculos estabelecidos ao longo da vida toda, e que predominantemente é na família que se constroem os vínculos fundamentais. A criança muitas vezes depende do “olhar” que se tem sobre ela (Alvarez, 1994; Mélega, 1997); crianças mais sensíveis aos relacionamentos primários são muito susceptíveis de receber sobre si qualquer projeção familiar (Verdi, 1996). A literatura psicanalítica e grupanalítica é muita rica em demonstrar essas conexões (Lebovici, 1991; Pichon-Rivière, 1976; Winnicott, 1961/1993). Neste trabalho familiar adotamos a forma de intervenção precoce (Silva, 2003), oferecendo

observação e escuta psicanalítica para todo o grupo familiar, incluindo o jogo lúdico como possibilitador da expressão das crianças. Nesse relato objetivamos demonstrar o alcance dessa técnica clínica na produção de mudanças significativas tanto nos vínculos familiares quanto nos sintomas de transtorno autístico apresentados pelas crianças (Tustin, 1984/1991).

O atendimento familiar nos casos de crianças com suspeita dentro do Espectro do Autismo, ou mesmo em casos onde severos sintomas autísticos surgem precocemente, será sempre uma indicação, para prevenir a piora destes sintomas ou mesmo buscar a remissão dos mesmos, além de poder auxiliar em um diagnóstico feito juntamente com outros especialistas.

A mais importante área afetada nestes transtornos é a área da comunicação e interação social. Sendo a família o núcleo básico onde estes aspectos se desenvolvem, é justamente aí que incidem estes problemas e onde deverão ser compreendidos e minimizados.

Em minha experiência clínica de mais de 30 anos com o estudo e o tratamento destes casos, percebi ao longo do tempo, que a interferência clínica nos problemas vividos por estas famílias faz toda a diferença no prognóstico destas crianças.

À medida que podemos compreender os fenômenos que incidem inconscientemente nas relações familiares, tais como segredos, situações não conscientes acerca desta criança, suas representações dentro do contexto familiar, e mesmo formas de abordar seus sentimentos expressos nas ações que antecedem a linguagem verbal, suas crises etc., podem ser aspectos que alterem significativamente a comunicação dentro da família, o que leva necessariamente a melhora da comunicação da própria criança e da família com ela.

A forma do analista compreender o que ocorre no *setting* e sua verbalização destes aspectos funciona como um antídoto aos não ditos e aos segredos. Muitas vezes as famílias não sabem como dizer das situações traumáticas vividas (perdas e rejeições que envolvem esta criança, por exemplo). Ao ouvirem do analista suas percepções, que abordam estas questões quando surgem na situação analítica, e que podem ser ditas sem o peso emocional traumático colocado pelos

familiares, pode tornar mais palatáveis, menos indigestos, podendo então ser conversados e deles retirada a carga explosiva de afetos que contém.

Isto me lembra sempre a colocação da paciente Anna O. feita para Breuer nos inícios da psicanálise (Freud & Breuer, 1893/1995) que denominou a conversa psicanalítica (*talking cure*) como “limpeza da chaminé”. Esta imagem aborda aquilo que acabo de dizer como uma ilustração visual e correta dos fenômenos que vivemos numa sessão tanto individual como grupal.

Podemos considerar o atendimento de famílias com crianças dentro desta sintomatologia como um campo inconsciente comum, assim como em todos os outros grupos, mas, nestes casos, com características próprias. Na família, fenômenos inconscientes são profundamente compartilhados pelos membros, ou seja, incidem produzindo inúmeros problemas de comunicação, onde a linguagem verbal aparece dificultada por questões inconscientes daqueles membros, o que impede um discurso simbólico e fluido de ocorrer.

Muitas vezes aspectos transgeracionais estarão presentes nos problemas familiares, impedindo a comunicação. É sempre importante observarmos aspectos como a escolha do nome da criança, os sentimentos que permearam sua gestação e puerpério, os sonhos que envolveram sua vinda ao mundo e outros. Contar sobre os eventos que ocorreram traz à tona sentimentos esquecidos e importantes.

A clínica de família

Iniciei atender famílias com crianças porque vinham me procurar para opinar no diagnóstico ou oferecer tratamento às crianças com quadros de Transtorno do Espectro Autista, por minha experiência nesta área. A proposta de ver estas famílias surgiu para que a criança fosse observada em seu conjunto familiar, o que me parecia trazer dados mais fidedignos sobre sua interação social, dados estes fundamentais no diagnóstico e mesmo prognóstico de questões de autismo.

A partir destas observações percebi que os problemas familiares se apresentavam nestas sessões, que os pais envolvidos no processo pareciam ávidos de compreender como lidar com seus filhos. Percebi que se espelhavam nas interações que ali ocorriam. Podíamos também nomear

coisas importantes: projeções sobre a criança, tanto intergeracionais como transgeracionais. Ou seja, as intergeracionais eram aquelas dentro da geração ali presente na sessão, enquanto as transgeracionais, de muito difícil apreensão, significavam a repercussão de aspectos inconscientes familiares, de gerações passadas, sobre a criança. Em geral aparecem quando propomos contar a história do nome da criança, ou sobre a família dos pais, ou mesmo quando diziam que os sintomas lembravam pessoas da família.

Segredos familiares nunca conversados emergiam nestes contextos. Formas de compreensão do que era a interação significativa entre pais e filhos. Aquilo que antes era inconscientemente transmitido entre os familiares agora podia ser nomeado. Percebi também que estes atendimentos tinham um profundo efeito em todos e auxiliavam muito rapidamente a evolução das crianças e diminuição dos sintomas.

Tenho atendido famílias que buscam tratamento por questões diversas: diagnóstico precoce, adoções, problemas de comportamento disruptivo das crianças etc.

Hoje em dia o atendimento familiar, nestes Transtornos, é bastante indicado e vários profissionais o fazem. Percebendo a eficácia deste atendimento, com o passar do tempo o ampliei para famílias de crianças de uma forma geral, sempre que noto a dinâmica familiar implicada na produção de sintomas ou dificuldades de lidar com a criança em seu dia a dia. Mantenho este atendimento até que sinto a criança liberada de ser o portador da doença mental da família e só aí indico o atendimento individual dela.

Vou relatar atendimentos que ilustram este tipo de situação, e uso nomes fictícios para observar o sigilo em relação aos pacientes e suas famílias.

Atendi uma família que tinha gêmeos que não eram idênticos e um sofrera uma provável paralisia cerebral. Tinha tido anóxia e ficado na UTI logo após seu nascimento.

Creio que nestas circunstâncias e por causa de seus atrasos no desenvolvimento, que eram leves, mas que estavam impedindo a linguagem, havia suspeita de autismo. Percebi logo que não se tratava deste quadro, pois ele buscava bastante bem entrar em contato comigo, com os

pais e irmão. Não compreendia ou não reagia muito à linguagem e passou a fazer isto durante o trabalho, quando começou a reagir, respondendo corporalmente às minhas intervenções. Observei também que o irmão era o centro das atenções familiares e que tudo fazia para ser o único ali. Fui primeiro apontando que os dois haviam sentido bastante compartilhar o pai e a mãe e o quanto o que era mais desenvolto se sentia chateado, tendo que dividir o espaço. Como ele que já estava falando tinha dos pais toda a atenção e quanto o irmão também precisava ter espaço próprio. Os pais diziam que o único espaço exclusivo dele era para os atendimentos clínicos que ele necessitava: fonoterapia, fisioterapia, equoterapia, médicos etc.

Acreditamos que quando fatos intrauterinos, ou no pós-parto, provocam na mãe distintos sentimentos em relação aos gêmeos (risco de vida na UTI neonatal, por exemplo, ou mesmo pouco espaço psíquico para abarcar dois ou três bebês) é como se o investimento materno se voltasse mais para um bebê e o outro se sentisse não um Ego individual, mas um Ego-secundário. Um se torna o principal agente de ações e o outro restringe suas ações, passando a ser quase a sombra do outro gêmeo. Este seria um risco para o desenvolvimento de sintomas autísticos, de meu ponto de vista.

Cito aqui Joyce McDougall (1987, p. 8), que propõe um corpo para dois, neste caso proponho dois corpos para um:

Um corpo para dois: esta fantasia primordial, presente em todo ser humano, visa fazer um, com a mãe-universo da pequena infância. (...) A partir dessa matriz somatopsíquica, uma diferenciação progressiva entre o corpo próprio e a primeira representação do mundo externo, que é o seio materno, vai se desenvolver na psique infantil. Paralelamente, o que é psíquico vai se distinguindo, aos poucos, do que é somático.

Vou relatar aqui uma sessão deste atendimento, pois me pareceu interessante para permitir visualizar o que é este trabalho.

Quando cheguei na sala de espera, estavam a mãe e os gêmeos, Augusto e João, e uma menina, desconhecida para mim (babá?). O pai estava chegando, e falando ao celular. Nas duas últimas sessões que eles vieram (faltaram duas vezes após isso, porque o Augusto tinha machucado o pé), a mãe viera com Augusto e o pai chegara com João, que estava no

colo e completamente adormecido. Ele permaneceu dormindo toda a sessão, nas duas últimas ocasiões. Desta vez, como todas as outras sete sessões que tivemos anteriores a esta, a configuração inicial foi como hoje, a mãe com os dois na sala de espera, e o pai chegando depois, sempre ao celular.

Logo que me encontram, as crianças começam a caminhar para a sala. O pai chega e desta vez, diferente das anteriores, rapidamente desliga o celular, e entramos todos.

A mãe comenta que não puderam vir no final do ano, e me conta que foram passear, os dois com outras crianças num jipe, com um amigo deles, e que Augusto enfiou o pé sob o acelerador, o cortou e teve que receber pontos. A mãe diz a ele: – “Mostra o dodói para a Marly”. E ele levanta a bermuda, onde há mesmo um outro machucado mais recente. A mãe pede que ele me mostre o pé, mas ele não o faz, e ela interfere e mostra o pé dele com uma cicatriz.

Comento que Augusto me havia mostrado um novo machucado, porque aquele já havia sarado, e que ele estava entendendo e respondendo muito bem ao que a mãe lhe dizia, diferente do começo de nosso trabalho, quando parecia não ouvir ou não compreender aquilo que se dizia a ele.

A mãe concorda e diz: “Está entendendo tudo, e fazendo o que falo para ele fazer, só não faz quando não quer mesmo”.

Ele vai até a pequena mesa, pega a cola (sempre se interessa pela cola, e já brincamos muito com ela), se senta e diz: “Ab”. Eu entendo “abre”, e digo: “Ele pediu para abrir”.

A mãe diz: “Eu ouvi também”. O pai olha com cara de descrença e diz: “Ele não fala”.

Mas eu digo: “Mas se nós duas ouvimos, acho que ele falou sim”.

Augusto traz e me entrega a cola, e eu abro para ele dizendo: “Acho que o papai não acreditou que você abriu a boca e falou ‘abre’”. O pai se volta para ele e diz: “Fala papai”.

Eu digo: “O papai está pedindo para chamar papai e dizendo que ele gostaria que você falasse, Augusto”. Ele começa a emitir muitos sons.

Eu falo: “Ouça como ele entendeu e quer falar”.

Enquanto isso, o João, logo que entramos, perguntou pela babá, e a mãe respondeu: “Ela ficou na sala de espera.”

“Aqui só entrou sua família comigo, João: papai, mamãe, você e o Augusto”, digo. Ele pega dois lagartos de borracha que eu tenho na mesa e joga um na mão, que brinca com ele de se assustar. Ele joga também para o pai e vai pegando mais animais na mesa. Mostro a ele que está ali na mesa, como ele havia feito, um papel com animais colados. E João diz:

“Eu lembro”. Digo: “Eu também lembro”. Comento que ele dormiu as últimas duas vezes que eles vieram, que quis deixar o Augusto brincar aqui sozinho. Ele não comenta nada sobre isso. Fica mexendo com os animais, enquanto interagimos com a situação, se Augusto havia falado ou não.

Augusto me traz uma folha, pega a tesoura e corta muito rapidamente a folha que eu seguro para ele. Se diverte quando os pedaços se separam. Depois traz a cola e vai colocando bastante cola e sobrepondo os pedaços cortados do papel, enquanto nomeio: “Separando, agora são dois, colando e ficando grudadinhos”.

Ele para essa atividade e vai para um nicho perto da porta, onde se esconde e depois aparece, e eu brinco com ele de esconde-esconde. Neste momento, João pega um caminhãozinho basculante e pergunta porque aquela parte se levanta.

Digo-lhe que serve para colocar as coisas dentro e tirar. Pega um lagarto e o introduz no espaço da carroceria do caminhão, e ao abrir o lagarto sai. Eu digo: “Nasceu o lagarto”.

Ele tenta colocar os dois lagartos. Eu digo: “Nossa, ficou apertado aí.”

Enquanto isso estou também brincando de esconde-esconde com o Augusto, e os pais estão observando. A mãe interage com um ou com outro, auxiliando, ou com gestos, por exemplo, brincando de achar Augusto, ou auxiliando João com o caminhão e os lagartos. O pai, deitado em um pufe do outro lado da sala, observa.

Vou interagindo com Augusto, brincando de achá-lo, e quando também me acha, ele ri contente. Resolvo me esconder atrás do pufe que está ao meu lado (não sei bem porque tive essa ideia, talvez para ver se ele ou eles me procurariam). Todo o início dessa sessão, os senti evitando um pouco o contato comigo, o que não ocorria mais nas últimas vezes que nos vimos. Entro atrás do pufe e me sento, abaixada aí. Os dois vêm juntos

me procurar, e riem quando me acham. Vou colocando mais e mais o pufe sobre mim, e na tentativa de me encontrar, sobem no pufe, que é grande.

Surge então um movimento de João, que diz: “É meu!” e empurra o irmão. Digo: “O João quer o lugar só para ele”. Ele ri e diz: “É só meu!”. O Augusto insiste e reclama, fazendo sons altos. O João diz: “É meu!” e solta como um grito de guerra. O Augusto insiste.

Eu digo: “O João e o Augusto queriam um lugar só seu, e dentro da mamãe era apertado para terem dois”.

O João empurra o Augusto e este “cai” para fora do pufe. Eu digo: “Só quando nasceram ficaram cada um com seu lugar, e com seu nome, Augusto e João”.

Augusto não para de insistir e a cena se repete várias vezes. Digo: “Não dá para voltar para dentro da mamãe e ter lugar para um só. Mas agora cada um tem seu lugar”.

O João grita: “É meu!” Digo: “Às vezes o João acha que tem que ter só o lugar dele, mas agora o Augusto quer ter o lugar dele também, quer falar também”.

O João grita “Eu que falo, ele não!”

A mãe diz: “Agora em casa é uma luta. O Augusto quer também suas coisas e eu não sei o que fazer”.

Eu digo: “Para a mamãe, ter dois também não é fácil. Ela precisa que o papai ajude”.

O pai pega o Augusto e o abraça, em um gesto que ele sempre fez com o João, e diz: “Agora o Augusto tem o seu lugar”.

Digo: “O papai está dando espaço para o Augusto também, e quer que ele fale”.

Augusto emite muitos sons, e vem para o pufe em que João ficou deitado, e diz: “Papá”.

E João diz: “Ele falou papai”.

O pai diz: “É mesmo?”

Eu digo: “Nós ouvimos, o papai precisa ouvir também”.

A mãe diz que ele muitas vezes tem chamado “papá” quando o pai chega. João pede bala e eu digo que estamos na hora.

Os meninos saem na frente, e os pais me perguntam o que eu achei, se vi que Augusto evoluiu. Eu digo: “Eu sim, e vocês?”

A mãe diz: “Como o vemos todos os dias, não percebemos como vocês, que o atendem”.

Penso que é uma ideia de que os terapeutas sabem ver melhor do que ela. Digo: “É verdade, se estamos todos os dias, podemos não conseguir ver as transformações. Eu vejo que aquilo que muitas vezes conversamos (da questão de se tornarem dois, e o João querer o espaço todo) hoje apareceu como brincadeira entre eles. Vocês viram, não é?”

Fazem sinal afirmativo e eu acrescento: “Para nós isso é um grande avanço, poderem brincar e conversar sobre isso”.

Parecem satisfeitos, se despedem e também vão.

Quando saio, ainda estão na sala de espera. Eu espero eles irem, para chamar minha próxima paciente.

Apesar de ter outros casos com outra configuração, me pareceu mais interessante relatar a sessão, o que permite visualizar a complexa rede de configurações vinculares no interior da família.

Aspectos traumáticos na constituição de sintomas autísticos

Relato aqui o segundo atendimento clínico familiar que gostaria de apresentar.

Veio o casal à primeira entrevista e disse que seu filho havia sido diagnosticado, por uma psiquiatra que o estava acompanhando, como portador de transtorno invasivo de desenvolvimento, apesar de não cumprir com todos os quesitos para fechar este diagnóstico.

Percebi que o pai tinha algum tipo de problema mental, mais tarde me comunicaram que ele sofria uma depressão grave que já durava cerca de oito anos.

Jorge tinha cinco anos, nascera de uma gravidez gemelar na qual o outro gêmeo morrera no sexto mês de gravidez. O parto foi feito antes de a gravidez chegar a termo, pois o feto morto colocava em risco a sua vida e a de sua mãe, segundo o obstetra.

Esta gravidez havia sido indesejada por todos da família, principalmente o avô materno. O pai de Jorge estava passando por essa depressão desde o nascimento de sua primeira filha, três anos mais velha do que Jorge. Em função disto havia abandonado a sua profissão e sua

família era mantida pela mãe, que trabalhava numa empresa de sua família e pelo avô materno.

A mãe sentiu-se bastante culpada pela perda do bebê e temeu muito pela vida de Jorge que ficou alguns dias numa UTI neonatal.

Seus problemas foram percebidos depois dos 18 meses pelo atraso da linguagem, dificuldades de interação com crianças e pelo atraso do desenvolvimento do brincar e, mais tarde, das atividades escolares. Jorge possuía, nesta ocasião, linguagem, porém sem usar adequadamente certas partes das frases, principalmente os pronomes.

Decidimos por fazer um atendimento conjunto com sua família e realizamos no total dez sessões em seis meses, após as quais foi indicado atendimento individual para a criança em sua cidade de origem.

As sessões familiares, nas quais em geral estavam seus pais e ele, só contou com a presença da irmã em duas ocasiões. Parecia que os pais tinham dificuldade de inseri-la no trabalho, como se a imagem dela precisasse ser mantida como daquela que não tem problemas dentro da família ou literalmente fica fora dos problemas.

Decidi conjuntamente com seus pais por atendê-los em família para buscarmos compreender como esta dinâmica familiar afetava, e era afetada pelos problemas de Jorge. As sessões ocorriam quinzenalmente e isto foi resolvido em função da distância de sua cidade (150 Km).

Creio que muitas vezes as sessões quinzenais são mesmo indicadas, pois as famílias necessitam de um tempo de elaboração mais extenso, que favoreça à mudança ser incorporada e sentida como própria.

Nos primeiros dois encontros com Jorge e os pais, eles haviam trazido dentro de uma pequena caixa alguns animais. No final da primeira sessão, Jorge se aproxima e pega a caixa. Ele ainda não havia brincado com os brinquedos que haviam sido colocados por mim em uma mesa baixa.

Mãe: “Trouxe esses bichinhos, pois Jorge gosta deles. Ele pode brincar com eles aqui?”

Analista: “Sim, ele pode brincar se quiser.”

Ele pega a caixa, olha todos os animais, e pega dois pequenos e idênticos. Os aproxima e olha na minha direção. Tinha evitado me olhar até então.

Analista: “Jorge está me mostrando que os bebês são iguais, e que são dois. Talvez queira que falemos desses dois bebês.”

Os pais de Jorge não dão continuidade ao assunto.

Na sessão seguinte, a certa altura, Jorge pega novamente os dois bichinhos iguais, coloca-os como que escondendo, atrás de um objeto. Eu me aproximo, brincando com ele de procurar. Ele ri, corre pela sala e esconde em outros lugares. Eu continuo brincando de procurar e digo:

Analista: “Jorge está mostrando que isso dos dois bebês iguais está escondido, e que eu preciso procurar para descobrir e ajudá-lo a descobrir também.”

Novamente os pais não dão continuidade a esse assunto, dos gêmeos, que só será abordado pela irmã de Jorge, ao vir pela primeira vez, na quarta sessão.

Rapidamente Jorge respondeu às nossas sessões, com evolução de sua linguagem e do relacionamento com outras crianças e adultos. Isto gerou maior confiança dos pais e uma melhor adesão desta família ao trabalho. No início podiam faltar e desmarcar as sessões sob qualquer pretexto e depois se tornaram sempre presentes.

Inicialmente, Jorge, após pouco tempo na sala de atendimento queria sair e insistia em ir ao banheiro ou expressava o desejo de ir para casa. Depois ele não só permanecia a sessão toda na sala de atendimento como, se o assunto era importante, permanecia atento e concentrado em alguma atividade. Preferia as massinhas, e construía certas configurações com os animais separando-os às vezes, os selvagens de um lado e os domésticos de outro. Eu sempre apontava como eles estavam percebendo e separando ali também, na sessão, o que era para ficar perto porque não tinha perigo, e aquilo que precisavam afastar porque parecia perigoso e eles achavam que podia atrapalhar a vida familiar.

No início os pais sempre falavam dos problemas que percebiam em Jorge e perguntavam como poderiam lidar com ele, eu sempre incluía Jorge nestas conversas e comentava como os pais às vezes também não sabiam o que fazer com ele. A partir daí fomos descobrindo juntos formas possíveis de manejar as situações. A mãe sentia diferente do pai, ela tinha a expectativa de que Jorge pudesse ter amigos e se alfabetizar, por

exemplo, já o pai queria saber: Jorge seria feliz? Estava sofrendo com seus sintomas, se casaria um dia e teria filhos?

Eu percebia nestas expectativas dos pais problemas que na verdade eram deles, pois a mãe o levava à escola, que é bastante tradicional e não costumava receber crianças com problemas. O pai, por sua vez, não se sentia feliz, tinha dificuldades no casamento e ter filhos parece ter sido bastante difícil.

Fomos conversando a respeito destas questões e devagar começaram a falar sobre eles mesmos, seus medos, angústias em relação a Jorge e sua irmã, um passou a ajudar o outro tanto a falar como a ver melhor suas próprias dificuldades.

Com a vinda da irmã à sessão, ela trouxe o problema das interferências do avô materno que, segundo ela, queria mandar em todos da família. Foi ela quem introduziu também, pela primeira vez na presença de Jorge, o tema de seu nascimento e da morte do irmão no útero. Pudemos falar sobre isto em diversas ocasiões. No início tocar neste tema fazia Jorge querer sair da sala como se ele soubesse que a família só falava disto na sua ausência, fomos conversando com estes temas e falando do medo dele e do segredo que talvez o atrapalhasse ao adquirir linguagem e a falar sobre o que quisesse.

Fomos conversando também sobre a dificuldade deste pai ocupar o seu lugar e me relatou que, ele próprio, ao nascer, teve um problema em suas pernas e que passou por cirurgias e imobilizações longas. Daí a própria mãe apontou que talvez o nascimento da primeira filha lhe trouxesse de volta a memória destas dificuldades, o impedindo de “andar” outra vez. Comentei então que tudo o que ocorreu, também depois no nascimento de Jorge, teria sido muito pesado para ele, que ainda estava se recuperando naquela época. Aí ele tinha ficado como que paralisado e não podendo mais “caminhar” na sua vida.

Fomos aprofundando estas compreensões e me pareceu que, além de Jorge, a família toda também foi caminhando. Vários sinais apareceram de forma indireta. O pai tem estado muito presente e participante, muito diferente do início, onde ele ficava como ausente em certas sessões; a mãe é que falava e seu olhar era desvitalizado e ele só participava quando eu lhe perguntava algo. Tanto ele como a mãe passaram a se arrumar muito

mais que no início de nosso trabalho, tendo tanto a sua postura corporal como a forma de se vestir melhorado significativamente.

Um último e importante sinal surgiu quando a mãe me pediu se eu poderia mudar os recibos e colocá-los em nome deles mesmos, e não do avô, me pareceu um indicativo muito importante de apropriação do nosso trabalho pela família.

Creio que Jorge viveu um trauma em seu contato com o irmão morto no útero e com a repercussão desta estória em sua família que, pelas vivências relatadas, já estava bastante fragilizada desde antes disto. A mãe provavelmente não tinha espaço mental para abrigar um e muito menos dois bebês. Esta falta de espaço mental da mãe e de espaço para Jorge na família de origem da mãe o desprotegeu bastante. A mãe não pôde contar com seu marido e no início também não contava com seu pai para lhe dar suporte. O caso de Jorge nos remete a pensar na dimensão traumática como um aspecto importante, pelo menos para alguns casos do espectro autista.

Considerações finais

O atendimento familiar é uma estratégia clínica, desenvolvida a partir da psicanálise e de outras perspectivas sobre o grupo familiar e visa transformar as relações intersubjetivas entre os membros da família. Através disso é possível remover da criança os aspectos conflitivos dos membros da família nela projetados.

Nos casos aqui relatados, demonstramos como a intervenção precoce, constando de uma escuta atenta às comunicações entre os pais e os filhos, e uma intervenção interpretativa, pode promover mudanças nos padrões vinculares. Nestes casos observaram-se evoluções significativas.

No primeiro caso, constatamos durante esse atendimento que Augusto, de fato, não apresentava sintomas autísticos, mas que sim, sua mãe temia e de alguma forma projetava sobre o filho seus temores inconscientes. Durante a intervenção segredos sobre a configuração familiar foram revelados, promovendo uma diminuição das tensões. Em seguida essa criança iniciou o uso da linguagem verbal e após estes atendimentos consideramos que essa situação e seus riscos estavam superados.

No segundo caso, que demandou um atendimento familiar numa situação já instalada e uma criança de mais idade, contendo também sintomas autísticos já estruturados, tivemos como resultado uma melhora da linguagem verbal e da interação social de Jorge a mudança para uma classe de sua idade na escola e uma melhora nos vínculos familiares.

Consideramos de muita importância para os profissionais da saúde e da educação que atendem crianças sob risco de desenvolvimento de transtornos invasivos, que encaminhem precocemente essas crianças e suas famílias para atendimento especializado. Consideramos, ainda, que uma escuta psicanalítica e uma intervenção quanto mais precoce possível, que aborde as histórias familiares, as projeções de segredos, temores e conflitos sobre um membro frágil da família, pode ser fator importantíssimo para a compreensão e a remissão da sintomatização.

É claro que os pais não têm consciência desses fatores vivenciados pela família, que podem afetar qualquer membro, e sem dúvida eles são os primeiros a contribuir nesse trabalho para a transformação dessa situação e a retirada do peso inconsciente sobre seus filhos. Acredito ser esse um fator fundamental para a rapidez de resultados nesse tipo de atendimento. Outro aspecto importante é que o profissional envolvido nesse trabalho seja continente para as angústias e demandas tanto da família, como do entorno escolar e social desse grupo familiar.

Referências

- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: Psicoterapia psicanalítica para crianças autistas, carentes ou maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freud, S., & Breuer, J. (1995). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar (Edição *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)
- Lebovici, S. (Org.) (1991). *Autismo e psicoses da criança* (Leda M. F. Bernardino, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1987). “Um corpo para dois”. *Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro*, 1(2), 8-33.
- Mélega, M. P. (Org.) (1997). *Observação da relação mãe-bebê:— Método Ester Bick: Tendências*. São Paulo: Unimarco.

- Pichon-Rivière, E. (1976). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Paidós.
- Silva, M. C. P. (2003). *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP.
- Tustin, F. (1991). *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1984)
- Verdi, M. T. (1996). Continente devorado - Algumas considerações sobre autismo a partir de questões emergentes em grupo familiar. *Revista da Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo*, 3, 156-166.
- Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1961)

Grupos de crianças com transtornos mentais graves: atendimentos em instituições públicas de saúde

Rose Pompeu de Toledo

Introdução

Minhas experiências com grupos tiveram início nos anos 1980, quando comecei a trabalhar como psicóloga numa clínica da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) que atendia crianças da rede municipal de ensino, cursando da pré-escola até a 2ª série. A opção preferencial era pelo atendimento grupal; atendíamos as crianças em grupos psicoterápicos e os familiares em grupos que chamávamos “grupos de orientação”.

Eu era recém-formada e praticamente sem noção sobre o significado dos grupos, seu funcionamento e como trabalhar com eles.

Felizmente, não era a única nessas circunstâncias; outros colegas estavam na mesma condição. Às sextas-feiras no período da manhã, nos reuníamos para pequenos cursos, discussões de casos, planejamentos etc. durante o horário de trabalho, o que nos auxiliou no sentido de criar um Esquema Conceitual Referencial e Operativo (ECRO, cf. Pichon-Rivière, 1982/2009)⁴⁹ próprio àquele grupo de trabalhadores.

Logo, minha questão pessoal começou a ser como trabalhar com grupos em uma instituição de saúde, com crianças, com embasamento no referencial psicanalítico, questão que foi sendo respondida no trabalho prático e na formação continuada por meio de cursos, estudos e supervisões.

O trabalho em instituição pública de saúde serviu como um grande laboratório de grupos.

Breve histórico da atenção à saúde mental da criança na cidade de São Paulo

⁴⁹ V capítulo 8, *Teoria e técnica dos grupos operativos segundo Enrique Pichon-Rivière*.

Optei por trazer um histórico do trabalho com grupos de crianças na saúde pública na cidade de São Paulo porque conhecer a história das ideias e das práticas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes nos ajuda a compreender a importância que têm, ainda hoje, algumas questões difíceis de mudar, de acolher transformações e a importância do fazer criativo nessa área.

Na cidade de São Paulo, as primeiras propostas de ações em higiene voltadas à infância se iniciaram no final do século XIX, com o objetivo de inspeção das condições de salubridade dos locais de ensino e a educação em saúde. A assistência à saúde era vista como uma atividade complementar de apoio para *garantir as condições de aprendizagem*.

Em 1967, frente aos altos índices de fracasso escolar e com o objetivo de oferecer aos escolares melhores condições de aprendizagem, foi criado o Departamento de Assistência Escolar da Secretaria de Educação da PMSP. Contava com serviços médicos, odontológicos, psicológicos, fonoaudiológicos e de educação sanitária, além do programa de merenda escolar. Os serviços psicológicos eram desenvolvidos em duas clínicas (do Itaim e da Mooca) e os demais nas escolas.

Em 1981 foram criadas mais cinco clínicas na cidade de São Paulo, que realizavam os seguintes atendimentos: psicodiagnósticos individuais e grupais, psicoterapias breves, psicoterapias lúdicas grupais, terapias psicomotoras grupais, grupos de mães, terapias fonoaudiológicas grupais, psiquiatria e neurologia.

Grande parte das crianças era encaminhada por analfabetismo, repetência e multirrepetência; violência e delinquência; dificuldades no relacionamento interpessoal e desagregação familiar.

Apesar de existir uma preocupação com a atenção às crianças/escolares, às famílias e uma possibilidade restrita de contato com as escolas, algumas questões se levantavam:

- a origem das clínicas se baseava numa tendência de buscar na área da saúde respostas ao fracasso escolar, sem que houvesse um questionamento efetivo quanto à participação da própria escola nesse processo;

- a demanda institucional de atendimento a essas crianças visava a sua adaptação à escola muito mais do que ao seu processo de aprendizagem; e
- as crianças excluídas da escola ficavam também excluídas do direito de assistência à saúde (Toledo, 1990).

Diante dessas considerações, em 1989 o Departamento de Saúde Escolar foi extinto e as clínicas foram transferidas para a Secretaria de Saúde. A maioria se transformou em Hospital-Dia em Saúde Mental Infantil (HDI).

Os HDI, por sua vez, deram origem aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi), propostos a partir de 2002 como serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), com a função de prover atenção em saúde mental, baseados na integralidade do cuidado. Foram propostos para as cidades com 200 mil habitantes ou mais, com o objetivo de atender casos de maior gravidade e ordenar a demanda em saúde mental infantil e juvenil no seu território de abrangência.

Os CAPSi são compostos por equipes multiprofissionais e devem se responsabilizar pelo atendimento de um número limitado de pacientes e de suas famílias, em regimes diferenciados de tratamento, segundo as necessidades de cada caso (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), desenvolvendo diversas atividades terapêuticas. São prioritários os atendimentos para todos aqueles cuja problemática implique diretamente prejuízos psicossociais severos (na socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária, por exemplo).

Propõe-se que os CAPSi sejam protagonistas da construção de estratégias para a articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos, com vistas à integralidade do cuidado.

O trabalho com grupos psicanalíticos com crianças com transtornos mentais graves

A opção pelo atendimento grupal baseia-se na concepção de que o grupo funciona como um potencial de apoio e de contato e, além disso, pode permitir uma experiência de re-apoio do desenvolvimento psíquico

àqueles cujos primeiros apoios foram insuficientes ou inadequados. Nas instituições públicas de saúde onde trabalhei, os grupos de crianças com transtornos graves eram atendidos em coterapia duas vezes por semana, além de participarem de outras atividades grupais durante a semana. Uma vez por semana era realizado um grupo de familiares no mesmo horário do grupo de crianças.

Algumas considerações teórico-técnicas

Nos indivíduos com transtornos mentais graves, a ampla variação da expressão sintomática requer informações que ultrapassem o diagnóstico em si, tais como o nível de comunicação verbal e não verbal, o grau de habilidades intelectuais, a extensão do campo de interesses, o contexto familiar e educacional e a capacidade para uma vida autônoma.

As pessoas diagnosticadas com seus sofrimentos e suas dificuldades bem concretas é que são inteiramente reais, e não as categorias diagnósticas nas quais tais pessoas são abstratamente alocadas.

As classificações diagnósticas são mutáveis ao longo do tempo. Afinal, elas refletem um retrato instantâneo, o “estado da arte” das evidências e dos consensos acumulados em certo momento do tempo, necessitando de um aperfeiçoamento constante à medida que surgem novas evidências científicas e novos consensos sociais. (Brasil, 2015, p. 39)

As crianças com transtornos mentais graves apresentam perturbações nos processos iniciais do desenvolvimento, denominados por Winnicott (1945/1993a) de integração, personalização e realização.

Elas também têm deficiências na capacidade de simbolização e severas dificuldades emocionais. Algumas não falam. As que falam, em sua grande maioria, não utilizam o pronome eu e referem-se a si mesmas pelo nome próprio, por não possuírem um senso de identidade. Muitas não brincam e todas têm uma grande dificuldade nas relações interpessoais.

Seu atendimento deve lidar com “Os estádios primitivos do desenvolvimento emocional, antes e até o estabelecimento da personalidade como uma entidade, e antes da aquisição do status de unidade espaço-tempo. A estrutura pessoal ainda não está fundada de forma segura” (Winnicott, 1954/1993b, p. 460).

Para Winnicott, pacientes desse tipo requerem que o analista se ajuste às suas necessidades e recorra ao *setting* e ao manejo, não ao trabalho analítico comum próprio para pessoas totais cujas dificuldades principais estão nas relações interpessoais.

Segundo essa perspectiva, a presença física dos profissionais, a sua forma de estarem consigo próprios, com o outro e o ambiente que oferecem criam uma atmosfera que é parte integrante do *setting* e que tem grande importância para a configuração do seu vínculo com os pacientes. A expectativa é que esses profissionais possam, ao menos em parte, prover a adaptação ambiental que faltou aos pacientes em seu processo de desenvolvimento.

Como isso pode ser realizado?

Em primeiro lugar é preciso gostar de gente e ter capacidade de empatia. Depois, entender as necessidades dos pacientes e procurar criar um ambiente terapêutico que os respeite e que possa promover o desenvolvimento das suas possibilidades.

É importante dar atenção a qualquer tipo de comunicação expressa pelas crianças, para que elas possam ter a experiência de serem aceitas, contidas e significadas numa relação interpessoal.

Com essas crianças, muitas vezes “pensamos alto”, falamos o que estamos observando, o que pensamos sobre isso e o que entendemos que está acontecendo com elas, demonstrando às crianças que há um espaço onde os conteúdos mentais podem ser registrados e possivelmente adquirir algum valor de experiência integrada. Essa experiência favorece o desenvolvimento do senso de *self*, o que facilita o processo de *integração*.

Também é importante oferecer um espaço para que os ritmos da criança se desenvolvam sem invasão e sem expectativas narcísicas. Acompanhando o seu ritmo, trabalhamos com noções de tempo e espaço, elementos essenciais para o desenvolvimento da *realização*. Além disso, é importante facilitar o processo de *personalização*, demonstrando que têm um corpo único e articulado.

Faz parte do contrato que as crianças não podem se bater ou se machucar, mas às vezes ocorrem brigas e ataques no grupo. Quanto a esse aspecto é necessária muita atenção, porque em algumas ocasiões o ataque pode ser uma forma tanto de constituir os objetos como de constituir os

sujeitos, uma possibilidade de integração da agressividade. O grupo precisa ter um ambiente que permita o uso da agressividade não como mera repetição, mas como oportunidade de organização psíquica.

Ilustração – 2004 – CAPSi de Santo Amaro

Participam desse grupo William e Tiago, de oito anos, e duas terapeutas.

Ao serem chamados para o início do atendimento, Tiago vai correndo na frente para se trancar sozinho na sala, como já havia feito por duas vezes seguidas anteriormente; não consegue porque a fechadura está quebrada. Ao entrar, Tiago começa a balançar o armário de brinquedos.

Tiago é contido por uma das terapeutas, que diz a ele do perigo do armário cair e nos machucar.

Enquanto isso William permanece em pé olhando ao redor.

Tiago se dirige à porta do armário, onde na sessão anterior William havia colado um desenho, o arranca e rasga, fazendo questão de mostrar para William o que estava fazendo.

William vai à varanda contígua à sala e fecha a porta, diz que quer ficar sozinho. Um pouco depois, William entra, emburrado, diz que amanhã não vem mais; conversando a respeito dessa afirmação, entendemos que ele ficou bravo com Tiago.

Tiago diz que matou Bruno – criança que estava nesse grupo e abandonou o atendimento um mês atrás.

William diz que Bruno não vem mais.

Tiago começa a falar do grupo e diz que se William não vier mais, ele (Tiago) irá à sua casa. Ou seja, não adiantaria William não vir aqui, porque Tiago sentiria saudade e o encontraria.

Volta para o assunto de rasgar o desenho de William no início desse atendimento – queria que ele chorasse. William diz que não vai chorar, nunca mais.

Tiago pergunta para uma das terapeutas se ela é maior do que ele e se é forte – associamos ao início da sessão – quer saber se pode contê-lo e ajudá-lo a integrar seus aspectos agressivos.

Algumas considerações sobre a evolução dos grupos

Após muitos anos de trabalho em coterapia com grupos de crianças com transtornos graves, observo que, inicialmente, os membros do grupo estabelecem um vínculo privilegiado com um dos psicoterapeutas, que exerce, na situação transferencial, a função materna caracterizada por uma situação fusional na qual o bebê alucina o seio e tem a ilusão de tê-lo criado; denotando um estágio grupal de não integração.

Essas crianças também mantêm entre si um aparente isolamento. Entretanto, existe entre elas um tipo de comunicação pré-verbal difícil de detectar, que só pode ser percebida posteriormente, quando alguma criança fala o que observa nos outros e em si mesma, ou se dirige aos outros utilizando seus nomes.

Bleger denomina este nível de sociabilidade grupal de sociabilidade sincrética, diferenciando-a de um nível organizado de sociabilidade (sociabilidade de interação). Define-a como “um tipo de relação que é, paradoxalmente, uma não relação no sentido de uma não individualização que se impõe como matriz ou como estrutura básica de todo grupo e que persiste, de maneira variável, durante toda a vida deste” (Bleger, 1980/2011, p. 85).

Esse tipo de vínculo vai se transformando numa relação mais diferenciada, que permite, em certa medida, o desenvolvimento da identidade e do sentido de realidade. É um momento no qual as crianças falam sobre si mesmas e suas relações de maneira mais discriminada, e mostram um desenvolvimento da capacidade de pensar.

Ilustração – 1999 – Centro de Referência em Saúde da Criança

O grupo era constituído por meninos de dez a doze anos: Américo, Roberto, Ricardo, Geraldo e Armando, uma psicoterapeuta e um psicoterapeuta.

Nos primeiros encontros, esses meninos repetiam atividades solitárias e não interagiam entre si.

Ricardo falava, quase ininterruptamente, como se estivesse conversando com pessoas externas ao grupo; era como um monólogo, onde não eram aceitos interlocutores.

Américo brincava com carrinhos, produzindo uma diversidade de sons bastante altos. Ocasionalmente se dirigia a mim, com perguntas: “Por que você tossiu?” “Você tem filha?” “Me dá um carrinho?”

Roberto mantinha-se a maior parte do tempo calado e fazia caretas, quando falava dizia estar ficando quente e vermelho. Seu interlocutor preferido era o psicoterapeuta do grupo.

Geraldo costumava derrubar os bonecos da família e perguntar a qualquer dos psicoterapeutas se o boneco tinha se machucado.

Armando produzia desenhos que denotavam uma minuciosa capacidade de observação e os mostrava, preferencialmente, para o psicoterapeuta do grupo.

O momento no qual ocorreu outra possibilidade de comunicação entre eles se iniciou com perguntas que Ricardo me dirigia: “Rose, você tem pai? Vai se casar com ele?” E outras indagações, insistindo em saber se eu tinha pênis. Respondi que ele estava tentando me conhecer e entender, junto comigo, quais eram as nossas diferenças.

Roberto reagiu a essa situação comentando com o psicoterapeuta que Ricardo estava dizendo coisas feias. Pedia claramente que ele assumisse a função de interdição. Entretanto, o psicoterapeuta afirmou que ali podíamos falar sobre essas coisas.

Imediatamente Ricardo se dirigiu a Roberto: “Sai fora, moleque!” Então começou a fazer perguntas a todos: “Américo, seu pai fuma?” “Armando, você tem pai, vai se casar com ele?” “Geraldo, você faz xixi na cama?” Uns não respondiam, outros mandavam calar a boca. Ricardo xingava e atirava objetos.

Roberto disse que Ricardo era louco. E aproveitou para expressar sua opinião a respeito dos demais: “Américo tem barulho de carros na cabeça e Geraldo é um palhaço”. Referiu gostar muito das suas “amiguinhas letras”. Mas as pessoas não são tão amigas; aliás, nesse momento eram ameaçadoras. Ele também começou a jogar coisas nos outros.

Nesse momento os psicoterapeutas assumiram a função de interdição solicitada um pouco antes: proibimos a agressão física.

Durante esses acontecimentos Geraldo se manteve agachado movimentando ambos os braços, distante o máximo possível.

Américo trocou os carrinhos por uma espada que puxava das costas gritando: “eu tenho a força!” Transformando-se em He-Man, procurava se proteger de possíveis ataques.

Armando permanecia no mesmo lugar desenhando figuras mínimas ou fazendo contas. Se lhe era dirigida alguma agressão, gritava: “Não!” Perguntava: “Eu gritei? Eu disse que não quero?” E concluía: “Eu defendi!”

O ataque, nessa situação, era uma forma tanto de constituir os objetos como de constituir os sujeitos, uma possibilidade de integração da agressividade.

Os integrantes do grupo falavam manifestamente do outro, mas internamente estavam iniciando um processo de discriminação. Começavam a se ver e a ser objetos para si próprios, já que reconhecer a loucura do outro é também reconhecer seus próprios atributos.

Os grupos com familiares de crianças com transtornos mentais graves

Esses grupos constituem um espaço de escuta aos familiares, onde podem aparecer as dificuldades com os filhos e que possibilitam aos participantes, ao trazerem a si mesmos, construir vínculos com a instituição, com os profissionais e também com os outros pacientes.

O atendimento a grupos de familiares suscita algumas questões, que serão retomadas ao final da ilustração:

- Quanto à obrigatoriedade de participação: que repercussões pode trazer?
- Quanto à montagem do grupo: o fato de serem familiares de crianças com transtornos mentais graves traz alguma característica específica?

Ilustração – 2005 – CAPSi⁵⁰

Abordarei um grupo de familiares de crianças de seis a oito anos, com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, atendido desde fevereiro de 2004 com a mesma configuração.

⁵⁰ Parte do artigo Toledo (2006).

O grupo de crianças era atendido duas vezes por semana em coterapia por duas profissionais do CAPSi, participava de oficinas e lanche coletivo; o grupo de familiares era atendido uma vez por semana no mesmo horário de um dos grupos das crianças. Usarei nomes fictícios que serão apontados como participantes das sessões. O nome entre parênteses refere-se aos filhos.

Iniciarei com uma sessão cuja dinâmica vinha sendo bastante frequente. Quando um determinado membro do grupo trazia uma questão, acontecia o seguinte com os outros: cada um falava do seu próprio filho e não falava de si mesmo; pareciam concentrar-se no grupo incapacidades, impotências e fracassos. A minha tentativa naquele momento era legitimar as capacidades e incapacidades de cada um.

Sessão de fevereiro de 2005

Presentes: Sérgio (Nicolau), Rute (Marcos), Aparecida (Francisco), Júlia (Ernesto). Ausente: Dalva (Alfredo).

Rute: “Vocês estão ouvindo? [Refere-se ao filho, que está gritando desde que chegaram, há aproximadamente vinte minutos. Agora ele está assim, grita sem parar; antes respeitava a minha filha, se ela mandava parar, obedecia; agora nem ela. Eu não aguento mais!”

Júlia: “Nossa! O que está acontecendo com ele?”

Rute: “Quando ele quer alguma coisa e não consegue, começa a gritar desse jeito. Ele quer mexer em tudo, não para nem para ver televisão. Coloquei uma tramela na porta do quarto para ele não sair enquanto eu estou na cozinha, porque tenho medo que mexa nas panelas e se queime; quando estou cozinhando minha filha fica com ele no quarto. Outro dia, ele levantou cedo, umas seis horas, ouvi o barulho e fiquei bem quieta, um olho aberto, o outro fechado para ele não perceber que eu estava acordada, ele ficou olhando para a porta, olhava para a porta e para a tramela, pensei – ele quer sair, mas continuei lá quietinha, e ele lá, aí ele pegou uma cadeira, encostou-a na porta e subiu para abrir a tramela, falei com ele, perguntei o que estava fazendo, ele começou a gritar, desceu da cadeira, ficou ao lado da porta gritando e chorando, só parou quando eu abri a porta. Ele não é bobo, quando estou indo com a farinha já veio com o pão.”

Sérgio: “O Nicolau, depois que entrou na escola, está chorando menos e está falando um pouco mais, ele repete as coisas que a gente fala. Também chora quando não quer fazer alguma coisa, ele me obedece mais do que obedece à mãe.”

Júlia: “O Ernesto também faz birra; antes eu brigava, ficava brava, mandava parar e percebi que não adiantava, agora eu deixo, não dou nem bola. E ele faz isso pra chamar a atenção, porque eu não faço nada e ele fala: ‘fica quieto’ para ele mesmo.”

T: “Será que eles também choram, gritam e fazem birra para comunicar alguma coisa que está acontecendo com eles?”

Rute: “Eu não tinha pensado nisso. O Marcos antes falava poucas palavras, ele parou de falar, não fala mais nada, não quer mais falar, grita e não sai uma lágrima, ele sabe que me irrita.”

Aparecida: “O Francisco também me deixa nervosa, ele não para, mexe em tudo, aprendeu a mexer no som, ele canta e gosta de dançar.”

Júlia: “O Ernesto também gosta de som, mas ele não sabe falar som; eu peço pra ele repetir e ele fala pria, não sei de onde tirou essa palavra.”

Rute: “Eu acho que eles são muito inteligentes e vou defender uma tese: o meu filho sabe o meu ponto fraco, resolveu na cabeça dele que vai me deixar louca e não vai descansar enquanto não conseguir.”

T: “Você acha que pode fazer alguma coisa pra evitar que isso aconteça?”

Rute: “Não sei.”

A próxima sessão é representativa de uma mudança nessa dinâmica. Após uma mudança concreta, quando os membros do grupo resolveram trocar os lugares que ocupavam regularmente na sala de atendimento, passaram a falar de si mesmos; aparentemente, abrindo um espaço para poder suportar as frustrações e o convívio com as diferenças.

Sessão de agosto de 2005

Presentes: Maria (Nicolau), Rute (Marcos), Aparecida (Francisco), Júlia (Ernesto), Dalva (Alfredo).

Rute: “Vamos trocar de lugares? Não quero ser autista e permanecer sempre no mesmo lugar.”

T: “O que vocês acham?”

Júlia: “Eu acho bom e já estou mudando de lugar.”

Eu e Aparecida permanecemos nos nossos lugares.

Aparecida: “Vamos ficar nos mesmos lugares?”

T: “Você quer mudar?”

Aparecida: “Quero!”

T: “Então vamos.”

T: “Como estão se sentindo nesses lugares?”

Rute: “Estranha.”

Júlia: “Diferente, mas é bom.”

Dalva: “Não sei.”

Aparecida: “Eu gosto, sempre gosto de agitação.”

T: “Estamos numa disposição diferente e vocês resolveram experimentar isso aqui – mudar de lugar, vamos ver como será.”

[Breve silêncio]

Dalva: “Tenho medo de andar com o Alfredo e ele começar a gritar pela rua.”

Rute: “Eu tenho medo de escada rolante, de elevador.”

Aparecida: “Tenho medo de morto.”

Júlia: “De morto? Já está morto! Eu tenho medo de vivo, pode me ferrar, como a minha sogra.”

Maria: “Tenho medo dessa escada, sei que posso subir, mas sempre desço com medo de cair.”

T: “Hoje vocês mudaram de lugares e mudou também outra coisa neste grupo – vocês estão falando de vocês, dos medos que vocês sentem, não só dos medos que os seus filhos sentem e do que eles provocam em vocês.”

Rute: “Eu não sei se isso é medo, mas eu gosto de ficar sempre no mesmo lugar, eu gosto de ficar sempre no mesmo cantinho na minha casa, eu gosto sempre de ficar na mesma cadeira aqui, por isso quis mudar.”

Inicialmente, farei uma observação sobre a primeira sessão desse grupo: ela não parece muito diferente das que ocorrem em outros grupos de familiares de crianças. Quem trabalha com grupos em instituições de saúde costuma mencionar que não falar de si, mas sim do próprio filho é bastante frequente em grupos de pais.

Assim, entendo que ter um filho com Transtorno do Espectro Autista é um fator aleatório – vêm pessoas muito diferentes. E bastante diferentes daquelas descritas como “pais intelectuais” e “mães geladeiras”, que povoam parte das representações culturais sobre o autismo.

Concordo com Cavalcanti e Rocha, quando afirmam que:

O pressuposto de que as mães [de crianças autistas] não eram capazes de perceber o mal-estar do bebê... foi aos poucos abalado pelos inúmeros relatos testemunhados ao longo de nossa experiência clínica, que demonstraram como muitas vezes foram as mães que deram o sinal de alerta. (2007, p. 61)

Quanto à obrigatoriedade da frequência ao grupo, considero um fator pouco relevante – o que importa é a experiência que estão tendo no grupo. Nesse grupo acontecem poucas faltas, indicando que seus participantes aderiram à proposta de tratamento com abordagem grupal às crianças e seus pais.

O grupo configura-se como um espaço para troca de informações, reflexões, processos identificatórios e experiências emocionais com potencial terapêutico.

As ilustrações apresentadas neste capítulo referem-se a grupos psicoterápicos. É importante lembrar que vários outros tipos de grupos podem ser desenvolvidos com crianças com transtornos mentais graves em instituições públicas de saúde, tais como grupos operativos, atividades comunitárias visando à integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; terapia familiar; oficinas terapêuticas; grupos de familiares; atividades culturais, entre outros.

Considerações finais

O trabalho aqui descrito fez parte de um contexto histórico/institucional baseado no trabalho de equipes multiprofissionais, com reuniões clínicas semanais e submetido à supervisão clínico-institucional com alguma frequência, esta demandada intensamente pelas equipes.

A última equipe da qual participei, o CAPSi, desenvolvia ações com o objetivo de constituir parcerias com outras instituições implicadas

nos cuidados e atenção à infância, tais como fóruns e discussões clínicas com profissionais da saúde e da educação e do Conselho Tutelar e Judiciário. Os profissionais também participavam de reuniões de discussão clínica em Saúde Mental no seu território e de um movimento de proteção social que promovia atividades intersetoriais vinculadas à infância e à adolescência.

Considero que o histórico do trabalho com crianças com transtornos mentais na saúde pública da cidade de São Paulo dá uma ideia das práticas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, nos ajuda a entender suas transformações, suas permanências, seus desafios e a importância do fazer criativo nessa área.

Atualmente, o trabalho com crianças com transtornos mentais graves em instituições públicas de saúde vem sendo desenvolvido pelos CAPSi, propostos a partir de 2002 e consolidados em 2010 na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade. Os CAPSi, que acabaram de fazer 18 anos, têm uma proposta focada na atenção efetiva, personalizada e promotora de vida à população infantojuvenil, realizando acompanhamento clínico, reinserção social e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Trata-se de um equipamento onde o trabalho em grupo é essencial: os atendimentos são realizados em grupo e os profissionais trabalham em grupo. Nesse sentido, é importante o investimento na formação permanente dos profissionais que trabalham nesse contexto, por meio de cursos de aprimoramento no trabalho com grupos e de supervisões clínico-institucionais.

Referências

- Bleger, J. (2011). *Temas de psicologia: Entrevista e grupos* (4ª ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Brasil (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.
- Cavalcanti, A. E. & Rocha, P. S. (2007). *Autismo: construções e desconstruções* (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Pichon-Rivière, E. (2009). *O processo grupal*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1982)
- Toledo, R. P. (1990). *A incorporação do social na relação psicólogo-cliente em uma instituição pública de saúde*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Toledo, R. P. (2006). A experiência de atendimento a um grupo de familiares em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). *Vínculo*, 3(3), 71-78.
- Winnicott, D. W. (1993a). Desenvolvimento emocional primitivo. Em: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (1993b). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. Em: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (pp. 459-481). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954)

Psicoterapia psicanalítica de casal: teoria, prática e pesquisa

Tânia Aldrighi Flake

Este capítulo apresenta o cenário da psicoterapia de casal na prática clínica moderna, a partir dos fundamentos teóricos, das pesquisas e dos desafios para esta modalidade de atendimento grupal.

Há uma diversidade de abordagens que foram desenvolvidas recentemente e elas têm fortes impactos sobre a prática, a formação e a pesquisa.

O capítulo está organizado de forma a oferecer uma noção clara da história, do *status* atual, do processo de formação, juntamente com seus fundamentos teóricos e práticos que atuam numa perspectiva de saúde, com o recorte da psicoterapia de casal de base psicanalítica.

Para tanto, iniciamos com a conceituação da psicoterapia de casal, da sua importância para a prática clínica e os motivadores para a busca de psicoterapia de casal. Na sequência apresentamos a trajetória da constituição desta prática tanto no cenário internacional como no Brasil e de como a diversidade teórica permitiu a consolidação desta modalidade psicoterápica. Com base neste conjunto, apresentamos os fundamentos da psicoterapia de casal psicanalítica, com destaque ao referencial teórico da psicanálise das configurações vinculares, seus principais representantes e conceitos norteadores da prática. Por fim, finalizamos com o *status* atual da pesquisa neste campo específico do conhecimento, seus desafios e a formação do psicoterapeuta de casal e família.

Conceituação

O termo aconselhamento matrimonial, psicoterapia conjugal e psicoterapia de casal são nomes diferentes utilizados para descrever o mesmo processo, com a diferença geralmente baseada na perspectiva

teórica que fundamenta a prática ou do reflexo da história do processo de consolidação desta modalidade.

Recentemente, o termo psicoterapia de casal substituiu o termo historicamente mais familiar, psicoterapia conjugal, por causa de sua ênfase no vínculo entre duas pessoas. O termo psicoterapia conjugal ainda é comumente usado, e ambos os termos se destinam a se referir a casais em processo de psicoterapia (Gurman, 2008).

Em linhas gerais, a psicoterapia de casais enfoca os problemas existentes no relacionamento de intimidade, de longo prazo, entre duas pessoas. A proposta central é ajudar os parceiros a identificar os conflitos em seu relacionamento e a decidir quais mudanças são necessárias, na convivência e no comportamento de cada parceiro, para que ambos se sintam satisfeitos com a relação (Gurman, 2008).

Importância da psicoterapia de casal

Mudanças culturais nas últimas décadas têm um enorme impacto no casamento, nas expectativas e na experiência de quem casa ou permanece em relacionamentos de intimidade por um longo período.

A lei do divórcio, atitudes mais liberais em relação à expressão sexual, maior disponibilidade de métodos contraceptivos e as mudanças no papel da mulher impactaram no aumento das expectativas e nos requisitos do casamento para além da procriação e da manutenção de um poder econômico.

Por outro lado, se considerarmos da perspectiva do desenvolvimento humano, para a maioria dos casais, que se encontra na fase do adulto jovem, o casamento é uma fonte primária de apoio e companheirismo, como também um contexto facilitador para o crescimento pessoal.

Por que os casais procuram psicoterapia?

De acordo com Johnson e Denton (2002), a procura para a psicoterapia de casal é motivada pela ameaça à segurança e estabilidade nos relacionamentos com uma das figuras de vinculação mais significativa da vida adulta. As razões mais comuns para a procura ou encaminhamento de casais à psicoterapia estão aquelas que envolvem assuntos relacionais,

como dificuldades para resolução de problemas, relações e disputas de poder, dificuldades de comunicação, ciúme, relação extraconjugal, conflitos de valor, insatisfação sexual, violência, entre outros.

O caminho histórico

Compartilhamos da compreensão de que ter alguma exposição às origens históricas e conceituações em evolução, no caso da psicoterapia de casal, de maneira mais ampla é um componente importante para a introdução de um aluno no campo de atuação.

Uma breve revisão da evolução da histórica da psicoterapia de casal pode ajudar em grande parte a compreender a terminologia e a própria diversidade teórica em que esta modalidade de psicoterapia se apresenta.

A terapia conjunta, o formato quase universalmente dominante na qual a psicoterapia de casal é praticada hoje em dia, não começa a ser praticado regularmente até meados do final da década de 1960. No entanto, é um movimento que tem períodos distintos, iniciando-se com aproximações de um suporte teórico, sem uma proposta psicoterápica (Gurman, 2008; Nichols & Schwartz, 2007).

O primeiro momento, entre 1930 a 1963, é caracterizado e conhecido por *aconselhamento matrimonial*, praticado por muitos profissionais, como ginecologistas, obstetras, pastores, que hoje não seriam considerados “especialistas em saúde mental”. Esse aconselhamento era tipicamente muito breve e bastante didático, focado no presente e limitado à percepção da experiência, sobretudo pautado em procedimentos adequados à adaptação da família a papéis conjugais e valores da vida vigentes na época (Gurman, 2008; Nichols & Schwartz, 2007; Pignataro et al., 2019).

Gurman e Fraenkel (2002) denominam este período de “experimentação psicanalítica”, uma vez que o *aconselhamento matrimonial*, não tendo teoria ou técnica própria para falar, foi sendo desenvolvido a partir de um conjunto frouxo e unido de ideias e intervenções do que era então a única abordagem geral influente à intervenção psicoterápica, a psicanálise, em suas muitas formas e variedades.

Além disso, neste período as primeiras tentativas do modelo psicoterápico foi iniciado por alguns psicanalistas considerados ousados, ao tentar ajudar casais disfuncionais, reunindo-se em conjunto com os membros da mesma família, uma prática proibida na época, que os colocaram numa posição marginalizada, não só do mundo da psicanálise, como também da psicologia clínica, portanto, movimento fadado a desaparecer.

Um segundo momento que vai dar suporte para um modelo de psicoterapia é o surgimento do movimento psicoterápico revolucionário conhecido como “terapia familiar”. A grande maioria dos pioneiros e fundadores da terapia familiar, como Boszormenyi-Nagy, Bowen, Jackson, Minuchin, Whitaker e Wynne, eram psiquiatras com formação psicanalítica, que ficaram descontentes com o conservadorismo e não exploração de novos modelos de compreensão de distúrbios psicológicos e métodos para ajudar pessoas com dificuldades relacionais no grupo familiar. Esses líderes criticaram o espírito de liderança predominantemente individual de quase todo pensamento psicanalítico. E assim, distanciando-se do círculo psicanalítico, eles inevitavelmente abandonaram os conselheiros matrimoniais. À medida que a terapia familiar ascendeu através de sua “era de ouro” de 1975 a 1985, o aconselhamento e a psicoterapia matrimonial, embora certamente ainda praticados, recuaram para o fim da linha (Gurman, 2008; Nichols & Schwartz, 2007; Pignataro et al., 2019).

Neste período alguns grupos começam a surgir e dar base para o movimento, como, por exemplo, o grupo de fundadores do famoso Instituto de Pesquisa Mental de Palo Alto, Califórnia, criou conceitos influentes como *duplo vínculo*, *homeostase familiar*, *padrão familiar* e *libido conjugal*, tornando-se conceitos presentes em toda a psicoterapia de casal.

Virginia Satir foi uma figura clínica de grande destaque com ideias que semeavam uma proposta com maior consistência para a prática, específica, da psicoterapia de casal. Satir, única mulher, pioneira, logo foi marginalizada por valores terapêuticos decididamente mais “masculinos”, como racionalidade e atenção à dimensão de poder no relacionamento íntimo, sendo referida por profissionais de expressão na época, como uma “pensadora ingênua e confusa (Nichols & Schwartz, 2007).

Murray Bowen, a partir de uma base psicanalítica, foi o primeiro teórico clínico em psicoterapia familiar a abordar questões multigeracionais e transgeracionais. Suas contribuições mais duradouras se concentram na díade conjugal, com ênfase no bloqueio de processos patológicos de transmissão multigeracional. Deu muita atenção às maneiras sutis pelas quais os casais angustiados, pareciam capazes de *triangular* intuitivamente uma terceira força, seja um parceiro de negócios, um membro da família ou até mesmo valores e padrões abstratos, para estabilizar uma díade em risco de sair do controle (Gurman, 2008; Nichols & Schwartz, 2007; Pignataro et al., 2019).

Ao contrário de Satir, Bowen atuou intensamente como formador criterioso, acreditando que o conflito entre duas pessoas se resolveria se ambos permanecerem em contato emocional com uma terceira pessoa, no caso a figura do psicoterapeuta, que pode se relacionar ativamente com ambas sem tomar nenhum partido (Gurman, 2008).

O terapeuta familiar da “era de ouro”, cujo trabalho teve mais impacto na prática da psicoterapia de casal, foi Jay Haley. Seu artigo de 1963, intitulado *Terapia matrimonial*, sem dúvida marcou o momento decisivo no qual a terapia familiar incorporou e usurpou o pouco que restava nos domínios do aconselhamento matrimonial e das bases iniciais alicerçadas na psicodinâmica. O referencial sistêmico passa a ter um grande domínio no desenvolvimento da psicoterapia familiar e, conseqüentemente, no movimento que começa a propiciar as bases do que mais tarde vai se constituir de forma consistente, a psicoterapia de casal (Gurman, 2008, Nichols & Schwartz, 2007; Pignataro et al., 2019).

Abordagens de orientação psicodinâmica tiveram seu espaço, por vias diferentes. Primeira, a teoria das relações objetais, com um desenvolvimento lento, mas consistente, tanto nos Estados Unidos quanto no exterior. Segunda, os conceitos psicodinâmicos ressurgiram na psicoterapia de casal por meio da incorporação em modelos de tratamento integrativos mais recentes e pluralistas (Gurman, 2008).

A partir da década 1950, esforços para o trabalho com casais, famílias, grupos e instituições emergiram do campo da psicanálise com fortes influências das escolas inglesa, francesa e argentina (Bigliani, 2009; Sei & Gomes, 2017).

Bion é sem dúvida um dos precursores mais importantes na psicanálise do trabalho com grupo, com a descrição dos processos básicos que operam neles, influenciando a pesquisa com grupos e famílias no mundo todo. Já da escola francesa encontramos as contribuições de Didier Anzieu e René Kaës, pioneiros em questionar sobre a possibilidade de o grupo ser objeto de estudo da psicanálise (Bigliani, 2009).

Podemos dizer que as contribuições teóricas de Bion e Anzieu permitiram considerar um novo construto teórico do pensamento, dando origem à chamada "teoria dos grupos". Por sua vez, Kaës elabora sua concepção de "aparelho psíquico de grupo" para designar atividade psíquica do grupo, o sujeito com o grupo e a consistência da realidade psíquica, relacionando o inconsciente e o espaço intrapsíquico (Bigliani, 2009; Sei & Gomes, 2017).

Das contribuições da escola argentina o grande destaque vem de Pichon-Rivière que identifica a necessidade de estabelecer uma âncora entre o social e psicanálise, a fim de desvendar a complexidade do vínculo, Para tanto propõe entender o indivíduo como uma totalidade integrada por três dimensões: a mente, o corpo e o mundo exterior, que estão permanentemente em uma interação dialética. Baseado na prática hospitalar com grupos formados por pacientes psicóticos, Pichon-Rivière conceitua a chamada *Teoria dos vínculos*, que tem sido de grande relevância para a teoria das configurações vinculares (Bigliani, 2009; Sei & Gomes, 2017).

Atualmente, novas concepções derivadas das propostas iniciais, como Berenstein, Puget, Kaës propõem um aparato mental pensado em termos de uma estrutura de vinculação que se desenrola em espaço intrassubjetivo, intersubjetivo e transubjetivo sociocultural. Berenstein e Puget irão focar na intersubjetividade e há décadas vieram se dedicando ao estabelecimento das bases conceituais da psicanálise vincular (Bigliani, 2009; Sei & Gomes, 2017).

Tais contribuições serão exploradas adiante ao tratar especificamente do referencial teórico da psicanálise das configurações vinculares, como referencial importante no trabalho com casais e famílias. Somente em meados da década de 1980, é que a psicoterapia de casal

começou a ressurgir com uma identidade bastante diferente daquela da psicoterapia de família.

A fase de *ascensão* da psicoterapia de casal nos últimos anos refere-se a esforços para ampliar seu alcance além de ajudar casais com relacionamento conflituoso, concentrando-se no papel dos fatores conjugais na etiologia e manutenção de tais problemas, por um lado, e no uso da intervenção da psicoterapia de casais no tratamento e, por outro lado, na redução da gravidade de tais dificuldades.

Outro ponto de destaque está nas amplas perspectivas trazidas pelo feminismo, multiculturalismo e pós-modernismo. A perspectiva feminista chamou a atenção de maneira convincente para as muitas maneiras sutis e implícitas em que o processo de psicoterapia de casal é influenciado pelos estereótipos de gênero de psicoterapeutas e pacientes.

O multiculturalismo forneceu a base para a compreensão mais ampla aos profissionais da diversidade da experiência dos casais em função das diferenças socioculturais, como etnia, religião, estrato social, orientação sexual, idade e região geográfica. Uma perspectiva multicultural moderna também enfatizou que as normas relativas à intimidade, ao papel de várias outras pessoas na vida compartilhada do casal, à distribuição e uso do poder variam tremendamente entre os casais, dependendo de muitas das variáveis socioculturais apontadas acima (Gurman, 2008; Nichols & Schwartz, 2007; Pignataro et al., 2019).

O movimento no Brasil

No Brasil a trajetória não foi muito diferente. Na década de 1970, ainda de forma tímida, vamos assistir a ascensão de forma gradativa deste movimento em algumas regiões do Brasil e grupos distintos. A abordagem sistêmica tem um espaço de destaque na inserção deste modelo, tanto nas discussões, como na criação de institutos e centros de formação (Macedo, 2011).

É no final da década de 1970 e ao longo da década de 1980 que este movimento se consolida, com início de grandes encontros promovidos pelas entidades que se propunham a estudar a família. É destes grupos que, na década de 1980, surgem os primeiros cursos de formação em terapia familiar, no meio acadêmico, destacando-se os cursos

pioneiros na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mathilde Neder, Luis Carlos Osório, Rosa Maria Macedo, Maria Elisabeth Pascual do Valle, Maria Amália Vitale, Sandra Fedullo Colombo, Moises Groisman, Gladis Brum, Terezinha Féres-Carneiro, são alguns destaques desde esta época e continuam atuantes até os dias de hoje (Cunha et al., 2009; Hintz & Souza, 2009; Macedo, 2011).

A década de 1990 foi repleta de encontros promovidos pelos grandes centros de formação, culminando em 1994 com a criação da Associação Brasileira de Terapia Familiar (ABRATEF).

Destacamos o referencial teórico da psicanálise das configurações vinculares, resultante das repercussões nos meios psicanalíticos argentinos e brasileiros, com contribuições das ideias das escolas inglesa, francesa e argentina, mas especialmente com as ideias de Pichon-Rivière, que no seu conjunto traziam referenciais para o trabalho com grupos, representado na afirmação de Cunha et al. (2009):

(...) contribuiu muito ao propor uma metodologia de abordagem – os grupos operativos – aplicável a diferentes propósitos que não apenas aos grupos terapêuticos. Aqui vale lembrar que, para Pichon, a “doença” constitui-se a partir do “estancamento do processo de aprendizagem” e, que para ele qualquer processo terapêutico produz aprendizagem e que qualquer aprendizagem é terapêutica. Ao considerar a família como pano de fundo para os problemas individuais, articulou a idéia de que o membro doente de uma família é o emergente, o porta-voz da enfermidade familiar cujo papel é se encarregar como *depositário* das ansiedades e tensões – o *depositado* do grupo familiar – o *depositante*” (p. 121).

É deste diálogo entre referenciais de base psicanalítica que surge o Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares – NESME, como o lugar de estudo e de formação para profissionais que pensavam e atuavam nas diversas configurações do grupo, entre as quais a de família e casal, surgindo:

(...) como uma ampliação da técnica psicanalítica individual e grupal e tem na psicanálise de configurações de vínculos as condições para desenvolver um arsenal teórico que contemple a

especificidade da família como elo de ligação entre a constituição do sujeito biopsicossocial e contexto mais amplo: comunidade, sociedade e cultura. (Cunha et al., 2009, p. 122)

Semelhante ao movimento da teoria sistêmica com a criação de institutos e associações no Brasil, a abordagem psicanalítica está representada pela criação recente da Associação Brasileira de Psicanálise de Casal e Família (ABPCF) constituída em 2017, que tem sua história iniciada nos primeiros movimentos da psicoterapia psicanalítica de família e casal no Brasil. O movimento ganha força em 2004, quando acontece na França o 1º Congresso Internacional de Psicanálise de Família e Casal, sob a coordenação de Alberto Eiguer, surgindo a ideia precursora da formação da Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família. Em 2006 a ideia começa a ser pensada por um grupo de brasileiros, e desde então, o processo foi amadurecendo até a sua constituição, quando sediou o VII Congresso Internacional da AIPCF em 2016, em São Paulo. Nomes expressivos no cenário nacional e internacional como David Léo Levisky, Ruth Blay Levisky, Silvia Brasiliano, Magdalena Ramos, Terezinha Féres-Carneiro, entre outros, estiveram e continuam à frente deste movimento (ABPCF, s.d., Cunha et al., 2009; Macedo, 2011; Sei & Gomes, 2017).

Como podemos verificar, o movimento no Brasil foi semelhante à trajetória internacional, a consolidação da psicoterapia de casal não foi diferente, tendo o seu início partido dos movimentos religiosos que começam se apropriando do modelo de aconselhamento matrimonial. A partir da década de 1970, com a consolidação do movimento da psicoterapia familiar, a psicoterapia de casal tem o seu lugar suportado por referenciais teóricos, mas ainda à sombra do movimento da psicoterapia familiar (Cunha et al., 2009; Macedo, 2011).

Nas últimas décadas os métodos de psicoterapia de casal continuaram a crescer em número, conseqüentemente, as complexidades metodológicas e éticas do campo também aumentaram. As questões principais surgem de temas que envolvem diversidade cultural, como raça, etnia, classe social, gênero, orientação sexual e religião, adaptando e modificando suas atividades de avaliação e planejamento de tratamento, além de perspectivas e estilos de intervenção considerados funcionalmente adequados à situação em questão (Cunha et al., 2009; Macedo, 2011).

A psicoterapia de casal de base psicanalítica

As abordagens modernas da psicoterapia de casal incluem conceitos importantes da teoria geral dos sistemas, como o estudo da relação entre componentes de *interação de um sistema* que existe ao longo do tempo; da *cibernética*, que é o estudo dos mecanismos reguladores que operam nos sistemas por meio de *loops de feedback*; e a *teoria do ciclo vital da família*, que corresponde ao estudo de como famílias, casais e seus indivíduos se adaptam às mudanças, enquanto mantêm sua integridade sistêmica ao longo do tempo.

A teoria psicanalítica embasou muito das propostas iniciais do pensamento sistêmico, por influência de nomes como Ackerman, Bowen, Minuchin, Selvini Palazzoli, Stierlin, Shapiro, Watzlawick, entre outros. Nas décadas de 1960 e 1970 as contribuições de Haley, Bateson e Weakland, os teóricos de comunicação e sistemas do Instituto de Pesquisa Mental, Satir, Jackson e Riskin, integram a compreensão psicanalítica aos modelos de sistemas e preservam a preocupação tanto com o indivíduo quanto com o grupo familiar (Gurman, 2008; Nichols & Schwartz, 2007; Pignataro et al., 2019).

Nichols e Schwartz (2008) apontam que Zilbach, influenciado por Erickson, apresentou uma perspectiva de desenvolvimento ao ciclo de vida da família e descreveu como as mudanças nas necessidades familiares alteram o funcionamento dos pais como casal, mas o casamento não era seu foco principal. Embora igualmente rara, a perspectiva de desenvolvimento do casamento pode ser bastante reveladora para a compreensão de padrões relacionais e das contribuições intergeracionais.

Gurman (2008) aponta a psicoterapia de casal de relações objetais a partir do trabalho de Scharff e Scharff (2005), desenvolvida a partir da teoria psicanalítica das relações objetais, aplicada à terapia familiar e modificada por ideias da psicoterapia de grupo, depois integrada às abordagens comportamentais da terapia sexual e inspirada pela teoria dos sistemas (Gurman, 2008; Gurman & Fraenkel, 2002; Nichols & Schwartz, 2007; Pignataro et al., 2019).

Nesta perspectiva os conceitos de transferência e contratransferência são tão centrais para a psicoterapia de casais quanto

são para psicoterapia individual. No tratamento de casais, a contratransferência é utilizada para entender os déficits na participação compartilhada do casal, que dificultam fornecer segurança, atender às necessidades um do outro e conter ansiedade (Gurman, 2008; Gurman & Fraenkel, 2002). Outro conceito central é a identificação projetiva que oferece outra lente poderosa, através da qual é possível visualizar o conflito do ponto de vista psicanalítico. Embora a identificação projetiva, entendida como uma forma de defesa interpessoal, pela qual as pessoas recrutam outras pessoas para ajudá-las a tolerar seus próprios estados mentais intrapsíquicos dolorosos, a maioria das psicologias de base analítica propõe que não apenas as pessoas percebem inconscientemente outras com base em suas experiências passadas e necessidades atuais, mas também tentam inconscientemente atualizar ou estabelecer relacionamentos de papéis específicos com base nessas experiências e necessidades (Gurman, 2008; Gurman & Fraenkel, 2002).

Essa forma de identificação projetiva ajuda a explicar alguns “contratos de casamento” inconscientes em que as pessoas procuram parceiros para elaborar “negócios inacabados”. Em qualquer uma de suas formas, a identificação projetiva, ao forçar os parceiros a cumprir as funções prescritas, interfere na intimidade, na solução de problemas e no bem-estar do casal (Gurman, 2008; Gurman & Fraenkel, 2002).

No tocante às contribuições de outras escolas para o enfoque psicanalítico, a perspectiva intergeracional é um dos pontos presentes na compreensão das disfunções conjugais. Embora as ideias da transmissão transgeracional permeiem a maioria das psicoterapias de casal, geralmente não são reconhecidas como uma escola de pensamento (Andolfi, 2018).

As terapias intergeracionais foram pioneiras na década de 1950, porém se consolidam a partir da década de 1990, com pensadores influentes, muito deles vindos de uma formação psicanalítica, como, por exemplo, Bowen, Boszormenyi-Nagy, Whitaker e Sager. Este grupo propõe um conjunto de teorias que podem ser agrupadas e se baseiam em processos familiares construídos entre gerações, a longo prazo, e podem explicar os problemas enfrentados pelos casais (Andolfi, 2018; Gurman & Fraenkel, 2002).

Na psicanálise esta temática é abordada por representantes da escola francesa, com destaque para teóricos como Kaës, Eiguer e, mais recentemente, com Pierre Benghozi. Essas concepções teóricas abordam o conceito de transmissão psíquica entre as gerações, com discussões específicas em suas proposições ao longo do tempo, nos permitindo pensar em um sujeito que é constituído pelas identificações já cristalizadas e por aquelas constituídas na relação com o outro (Scorsolini-Comin & Santos, 2016).

Neste sentido Kaës (1998) afirma:

(...) o desenvolvimento de pesquisas sobre a transmissão da vida psíquica a partir dos novos dispositivos psicanalíticos implica em um novo modelo de inteligibilidade da formação dos aparatos psíquicos e sua articulação entre os sujeitos do inconsciente. Essas investigações criticam as concepções estritamente intradeterminadas da formação do aparato psíquico e as formações solipsísticas do indivíduo. (p. 18)

Os trabalhos destes autores possibilitam a compreensão de como as heranças familiares são transmitidas, modificadas e atualizadas de uma geração para outra, sendo essencial no trabalho psicanalítico com famílias e casais, permitindo dialogar com os novos arranjos familiares, conforme afirma Gomes (2007):

(...) a história familiar herdada das gerações anteriores faz-se presente na formação do psiquismo do indivíduo. Dependendo do modo como ele a recebe, pode-se tornar um prisioneiro dessa herança ou pode-se tornar um herdeiro dela. Tudo dependerá da possibilidade que o psiquismo desse indivíduo tem de elaborar as heranças psíquicas recebidas. É assim que também ocorre na formação psíquica do casal, que tem, em sua origem ou constituição, todos esses movimentos desencadeadores e determinantes das escolhas e manutenção dos pares conjugais. (p. 57)

Em linhas gerais, tal perspectiva centra a leitura, do material produzido no encontro terapêutico, na estrutura da família de origem que envolve, apoia e mantém crenças, valores culturais, religiosos e pessoais, identidade, legados e interpretações dos eventos vivenciados pelo grupo

familiar ao longo das gerações. Decorrente disso, muitas técnicas foram formadas para permitir que um casal ou mesmo a pessoa no processo de psicoterapia individual, refletisse sobre os contextos de família de origem, sem que toda a família estivesse presente. O genograma é o um dos recursos mais conhecidos e amplamente utilizado por profissionais de diferentes abordagens, ao fornecer informações sobre as histórias, os padrões de interação, os legados e as lealdades familiares (Andolfi, 2018; Gurman, 2002; Scorsolini-Comin & Santos, 2016).

O trabalho de Pichon-Rivière, na Argentina, é igualmente apontado como de grande influência para o desenvolvimento deste campo, reconhecido até por autores do grupo francês, pelos “... conceitos de bode expiatório e porta-voz do grupo anteciparam de certa forma o conceito sistêmico de paciente identificado, assim como a sua teoria do vínculo em tudo e por tudo relaciona-se com a visão sistêmica interacional” (Osório, 2002, p. 55).

Por volta dos anos 1980, as maiores contribuições tanto para o cenário internacional como nacional são provenientes da Argentina nas figuras de Janine Puget e Isidoro Berenstein, conforme afirmação de Sei e Gomes (2017):

(...) ambos os autores são unânimes em afirmar a forte interferência que sofreram do pensamento de Bleger e, fundamentalmente, de Pichon-Rivière. É no pensamento desse último, desenvolvido prioritariamente entre as décadas de 1980 e 1990, que encontrávamos as bases para a compreensão da doença mental na família através da noção de porta voz ou depositário da patologia familiar, ou seja, um dos elementos do grupo familiar era escolhido para ser o depositário de toda a doença daquele grupo, o paciente identificado, já que a família como um todo dificilmente se colocava na categoria de “paciente”. (p. 12)

As investigações desses autores respondem à pergunta para entender o vínculo com o outro. Eles propõem entender a subjetividade como a construção de três espaços psíquicos: o intersubjetivo, intrasubjetivo e transobjetivo. Puget e Berenstein definem a relação intrasubjetiva como aquela que é armazenada no mundo interno de

objetos com os quais o eu mantém certas conexões (Bigliani, 2009; Sei & Gomes, 2017).

No que se refere ao intersubjetivo, a presença de outro é essencial para que exista um vínculo, ou seja, haja uma bidirecionalidade em relação ao eu, enquanto na relação intrasubjetiva o desejo segue um curso em uma direção unidirecional. O objeto de estudo é o vínculo, que ocorre na intersubjetividade, ou seja, no contato com o outro. No plano intersubjetivo, ocorre bidirecionalidade, isto é do consciente ao inconscientemente, há alguma interferência pela presença de outro (Bigliani, 2009; Scorsolini-Comin & Santos, 2016; Sei & Gomes, 2017).

A disseminação desta vertente está representada pela Associação Argentina de Psicologia e Psicoterapia de Grupo (AAPPG) que, ao longo de mais de 50 anos congrega um lugar para pensar e produzir conhecimento sobre a psicanálise da configuração vincular. Uma instituição, juntamente com tantas outras, com fortes laços com instituições formadoras no Brasil, que se propõe a pensar e debater sobre as questões que, atualmente, tornaram a psicanálise vincular mais complexa (AAPPG, s/d).

Representantes deste movimento, como também de grupos atuantes no Brasil, buscam atualizar e adequar a proposta clínica da psicanálise da configuração vincular ao levar em conta não somente a diversidade das configurações como as transformações inerentes a novas formas de pensar, ditadas pelos novos paradigmas da ciência e por concepções filosóficas próprias de nosso tempo. Podemos exemplificar tais características na afirmação de Rojas (2000):

Caracterizar a la familia como organización abierta en constante devenir, supone también situarla en el entramado sujeto-vínculo-cultura. Constituye un profundo cambio para el psicoanálisis concebir la conexión sujeto-vínculo-cultura como una red en la cual las tres dimensiones se entretajan de modo indisoluble y carecen de extraterritorialidad unas respecto de las otras. Es posible pensar estas dimensiones formando parte de un tejido, cada una de ellas con su peculiar configuración abierta; de tal manera no se indisciplinan ni se separan (p. 93).

Como podemos verificar, a conquista da psicanálise na psicoterapia de casal tem um longo caminho percorrido, consolidando grupos de profissionais e de formação nesta vertente do pensamento, com a psicanálise da configuração vincular como referencial de destaque nas práticas e pesquisas com casais e famílias (Bigliani, 2009; Scorsolini-Comin & Santos, 2016; Sei & Gomes, 2017).

A estrutura do processo terapêutico

As três questões centrais envolvidas na estrutura da psicoterapia de casal são: quem participa, por quanto tempo e com que frequência.

Muitas abordagens à psicoterapia de casal, com uma lógica muito convincente e como uma questão de protocolo padrão, organizam reuniões individuais com cada parceiro durante a fase inicial, de avaliação do trabalho. Outras abordagens são muito abertas a reuniões individuais intermitentes por razões muito focadas e claras, embora geralmente apenas para fins estratégicos muito específicos, como, por exemplo, para ajudar a apaziguar cada parceiro em um casamento instável e altamente disfuncional.

No outro extremo, existem modelos de psicoterapia de casal que, por razões igualmente convincentes, nunca, ou quase nunca, permitem que o profissional se encontre com parceiros individuais. Esse aspecto específico da estrutura da psicoterapia de casal em relação se podem ocorrer ou não as sessões individuais é uma das decisões práticas mais importantes a serem tomadas pelos psicoterapeutas de casal, independentemente de suas orientações teóricas preferidas. Embora à primeira vista pareça ser uma questão aparentemente simples, a organização e os procedimentos do psicoterapeuta sobre como a decisão é abordada e implementada podem ter implicações realmente profundas no estabelecimento e manutenção de alianças terapêuticas e na compreensão de posições básicas sobre o que, ou quem é (ou tem) o *problema* (Cordioli & Gevet, 2018; Gurman, 2008).

Outras questões, recorrentes na prática clínica, como a inclusão ou não da figura do coterapeuta, suas vantagens e desvantagens; a frequência das sessões; a comunicação com outros terapeutas envolvidos nas terapias individuais; como são definidos os contatos com o casal fora do processo,

são desafios daqueles que trabalham com casais para manter a consistência na sua prática (Cordioli & Gevet, 2018).

Pesquisa

Apesar da crescente importância recente do estudo científico de processos e resultados terapêuticos no trabalho com casais, a pesquisa sobre os padrões de interação clinicamente relevantes dos casais e sobre a própria intervenção clínica nem sempre foi uma marca registrada desse domínio da psicoterapia.

Nas últimas décadas evidenciou-se atenção a ampla variedade de questões muito mais sofisticadas e clinicamente relevantes sobre a psicoterapia de casal, quando comparada com o início deste movimento. Tais questões investigadas abordam temas como, a eficácia e a efetividade dos diferentes métodos da psicoterapia de casal, os fatores que predizem a capacidade de resposta ao tratamento, o impacto da psicoterapia de casal no tratamento e distúrbios individuais, entre outras.

Podemos verificar um grande avanço desta modalidade na produção de conhecimento na revisão sobre a história da terapia de casal descrita por Gurman e Fraenkel (2002) na seguinte afirmação:

(...) nenhum outro método coletivo de intervenção psicossocial demonstrou uma capacidade superior de efetuar mudanças clinicamente significativas em tantas esferas da experiência humana quanto as terapias de casal, e muitas ainda nem mostraram uma capacidade comparável. Ironicamente, apesar de sua longa história de lutas contra a marginalização e o empoderamento profissional, a terapia de casal emergiu como uma das forças mais vibrantes em todo o domínio da terapia familiar e da psicoterapia em geral (p. 248).

Um grande desafio está na compreensão dos fatores envolvidos na busca e escolha do cônjuge, pois implica num processo de negociação e resolução das diferenças entre a necessidade individual e aquela de abrir-se ao outro, em um movimento relacional. Consequentemente, a questão da intimidade e de poder nos relacionamentos íntimos é crucial para compreender os padrões de resolução de conflito e se a resolução envolverá comportamento violento como parte deste padrão. Assim,

surpreendentemente, pouca pesquisa tem sido feita de forma a explicitar a contribuição desses fatores para a conclusão bem-sucedida da intimidade como uma tarefa central do desenvolvimento humano (Anton, 2012; Aznar-Martínez et al., 2014; Consoli et al., 2018).

O mesmo pode ser dito em relação a namoro, etapa do desenvolvimento do relacionamento romântico, quer da perspectiva do desenvolvimento individual quer do desenvolvimento da família, tem sido pouco explorado pelos pesquisadores e clínicos. Encontram-se referências na literatura sobre a importância dessa etapa tanto para a constituição da história da família e da inserção do jovem no mundo adulto, mas para por aí (Anton, 2012; Consoli et al., 2018).

No Brasil, encontramos representatividade no meio acadêmico nas pesquisas, referendadas pelo referencial teórico da psicanálise de casal e família, realizadas pelo Instituto de Psicologia da USP (IPUSP), nos últimos 20 anos, produzindo conhecimento na estreita relação entre pesquisa e clínica, como também na contribuição para a discussão no processo de formação do psicoterapeuta de casal e família (Sei & Gomes, 2017).

Atualmente, as questões mais atuais presentes na psicoterapia de casal vêm ganhando espaço, mas precisamos investir mais para conhecer a realidade brasileira, uma vez que muito do suporte que buscamos para orientar a nossa prática, ainda, está alicerçado em pesquisas e conhecimento da realidade de outras culturas.

Formação do psicoterapeuta de casal

De acordo com a trajetória histórica que consolidou a psicoterapia de casal como uma modalidade de prática clínica, identifica-se que, independente da concepção teórica adotada, os institutos e centros de estudos de psicoterapia de casal e família passam a ser o lugar de estudo, pesquisa, prática e de formação do profissional que se propõe a trabalhar com famílias e casais.

No quesito formação do psicoterapeuta de família e casal, apesar de todos compartilharem da importância e enfatizar a própria psicoterapia como condição do processo de formação profissional, um ponto ainda pouco explorado e aprofundado diz respeito à importância do trabalho

específico da família de origem do profissional que trabalhe com famílias e casais (Aznar-Martínez et al., 2018).

Nichols e Schwartz (2007) apresentam as ideias Bowen que, desde a década de 1970, inicia a pesquisa e a prática de formação do psicoterapeuta de família, com foco na conscientização sobre as próprias experiências e no manejo dos sentimentos sobre a própria família, para evitar projetar os próprios sentimentos e experiências em seus pacientes. Gurman (2008) faz referência a esta prática e aos resultados obtidos por Bowen, ao apresentar a análise do processo de formação de estagiários que concluíram os trabalhos a respeito das respectivas famílias de origem. Estes pareciam possuir mais eficácia clínica do que aqueles que não o fizeram. Em 1971, ele concluiu que o trabalho focado na criação de relacionamentos individuais e bem delineados com os pais aumentava o nível de diferenciação, aumentando a capacidade do terapeuta de funcionar no casamento, na paternidade e na prática da psicoterapia.

Os profissionais da psicologia ainda prestam pouca atenção ao efeito que sua profissão exerce sobre si mesmos, apesar de terem estudado os efeitos de uma variedade de profissões nos profissionais como médicos, militares de carreira, executivos de empresas, líderes políticos e artistas estão entre os muitos que foram material de estudo por psicólogos. No entanto, os psicólogos ainda estudam pouco o efeito que a psicoterapia exerce sobre suas próprias vidas.

No caso do psicoterapeuta de família e de casal, existem vários estudos sobre os efeitos de todo tipo concebível de dinâmica familiar sobre o desenvolvimento das crianças, os filhos de alcoolistas e do divórcio, entre outros. No entanto, se tem esquecido de investigar a dinâmica de suas próprias famílias. Embora tenha sido dada atenção limitada ao efeito da psicoterapia no praticante, menos ainda foi dado ao efeito na família do praticante.

Explorar sua própria família de origem, como componente do processo de formação, pode fornecer ideias valiosas para quem inicia nessa prática.

Considerações finais

Conforme podemos constatar ao longo deste capítulo, houve uma explosão no campo da psicoterapia de casal nas últimas décadas.

Os profissionais da psicoterapia de casal começaram a reunir um corpo considerável de teoria, pesquisa e prática clínica que se concentram na tarefa de mudar a natureza e a qualidade dos relacionamentos íntimos. A psicoterapia de casal também emergiu das sombras da psicoterapia individual e familiar e tornou-se uma disciplina em si mesma, sendo a constituição do casal o principal elemento na construção da família.

Um exemplo da consolidação desta modalidade clínica pode ser evidenciado pela nossa prática profissional a partir da fonte de encaminhamento. Ao longo da década de 1990 e meados de 2000, os casais, na sua maioria, chegavam aos consultórios e serviços de saúde, a partir das orientações de profissionais. Nos últimos anos continuamos a ter encaminhamentos por estes profissionais, ao mesmo tempo que verificamos procura crescente pelo próprio casal, que identifica a área de conflito e a psicoterapia de casal como uma possibilidade de ajuda.

A psicoterapia de casal, por ser ainda um campo novo, está acumulando arsenal de recursos variados com o qual se propõe a mudar relacionamentos e, uma vez que um conjunto de técnicas tenha provado ser eficaz, isso pode subsidiar outras etapas da pesquisa para entender o funcionamento dos casais.

Em outras palavras, a integração da teoria, da pesquisa e da intervenção de forma sistemática terá muito a contribuir, não apenas na facilitação de tecer relacionamentos adultos seguros e produtivos, mas ampliando nossa compreensão das funções e relações humanas.

Referências

- Andolfi, M. (2018). *A terapia multigeracional: Instrumentos e recursos do terapeuta*. Belo Horizonte: Artesã.
- Anton, I.L. C. (2012). *A escolha do cônjuge – um entendimento sistêmico e psicodinâmico*. Porto Alegre: Artmed.
- Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. (s/d). *Histórico da AAPPG*. Documento acessado em 28 de abril de 2020 em <http://www.aappg.org/historia/>

- Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família. (s/d). Histórico da ABPCF. Disponível em <https://www.abpcf.com.br/sobre>
- Aznar-Martínez, B., Pérez-Testor, C., Davins-Pujols, M., Aramburu, I., & Salamero, M. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: Evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18(1), 17-52.
- Bigliani, C. G. (2009). Glinica de la familia. Em M. B. Sei, & Gomes, (Orgs.) (2017). *Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias* (pp. 22-32). Londrina: UEL.
- Consoli, N., Bernardes, J. W., & Marin, A. H. (2018). Laços de afeto: As repercussões do estilo de apego primário e estabelecido entre casais no ajustamento conjugal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 315-329.
- Cordioli, A. V., & Gevet, E. H. (2018). *Psicoterapia: Abordagens atuais* (3. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, A. M. T. R., Silva, M. C., Goldfeder, M., & Levisky, R. B. (2009). A psicanálise da configuração familiar e a terapia familiar. Em L. C. Osório, & M E. P. Valle (Orgs.), *Manual de terapia familiar* (pp. 119-138). Porto Alegre: Artmed.
- Gomes, I. C. (2007). *Uma clínica específica com casais: Considerações teóricas e clínicas*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Gomes, I. C. (2017). Panorama sobre a psicoterapia psicanalítica de casal e família no cenário nacional: Pesquisa e clínica. Em M.B Sei, & I. C. Gomes (Orgs.) (2017). *Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias* (pp. 9-19). Londrina: UEL.
- Gurman, A. S. (2008). *Clinical handbook of couple therapy* (4.ed.). New York: The Guilford Press.
- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process*, 41, 199-260.
- Hintz, H. C., & Souza, M. O. (2009). A terapia familiar no Brasil. Em L. C. Osório, & M E. P. Valle (Orgs.), *Manual de terapia familiar* (pp. 91-103). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Johnson, S. M., & Denton, W. (2002). Emotionally focused couple therapy: Creating secure connections. Em A. S. Gurman, & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (4.ed.). (pp. 221-250). New York: Guilford Press.
- Kaës, R. (1998). Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. Em A. A. Eiguer (Org.), *Transmissão do psiquismo entre gerações* (p. 18). São Paulo: EdUnimarco.
- Macedo, R. M. (2011). *Terapia familiar no Brasil na última década*. São Paulo: Roca.
- Nichols, M., & Schwartz, R.C. (2007). *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Osorio, L. C. (2002). Da psicanálise à teoria sistêmica... e mais além. Em: L. C. Osorio, & M. E. P. Valle (Orgs.), *Terapia de famílias: Novas tendências* (pp. 53-73). Porto Alegre: Artmed.
- Pignataro, M. B., Féres-Carneiro, T., & Mello, R. (2019). A formação do casal conjugal: Um enfoque psicanalítico. *Pensando famílias*, 23(1), 34-46.
- Rojas, M. C. (2000). Modelizaciones en psicoanálisis familiar: Aproximación teóricoclínica a la familia de hoy. *Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, 2(2), 86-104.
- Scharff, J. S., & Scharff, D. E. (2005). *The primer of object relations* (2. ed.). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2016). Construir, organizar, transformar: Considerações teóricas sobre a transmissão psíquica entre gerações. *Psicologia Clínica*, 28(1), 141-159.
- Sei, M. B., & Gomes, I. C. (Orgs.) (2017). *Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias*. Londrina: UEL.

Terapia familiar: pensamento sistêmico na perspectiva integrativa

Angela Hiluey

Essa felicidade que supomos,
Árvore milagrosa que sonhamos
Toda arreada de dourados pomos,
Existe, sim: mas nós não a alcançamos
Porque está sempre onde a pomos
E nunca a pomos onde nós estamos.
Vicente de Carvalho

Quando ficamos curiosos, surge um caminho a ser explorado.

Ao se preparar para iniciar este capítulo, vieram à mente da autora os versos da epígrafe acima, surgidos espontaneamente de sua memória da infância, indicando o caminho que será aqui explorado.

A estrutura e o objetivo deste capítulo não é discorrer sobre felicidade, mas sim olhar para situações conjugais e familiares que muitas vezes levam a um intenso sofrimento, e diante das quais os profissionais se angustiam e se perguntam: o que se passa que as intervenções propostas não são eficientes?

Esse capítulo será redigido apoiado em diferentes autores, estimulando os leitores a buscá-los por si mesmos enquanto acompanham a autora no delineamento de seu projeto para estruturação de práticas condizentes com os dias atuais. Ou seja, o objetivo da autora é incentivar o leitor a refletir sobre os dados e resultados de sua prática, e não escrever sobre o conhecimento teórico necessário para a prática com casais e famílias, que é vastíssimo e pode ser buscado a partir de algumas diretrizes que serão apresentadas ao longo deste capítulo.

Refletir ancorados em dados decorrentes da prática e nos alinhamentos possíveis a partir dessa prática, poderá nos permitir visualizar novas perspectivas para o fazer psicoterapêutico, assim como

poderá nos levar a nos darmos conta do que necessitamos para ter uma atuação de melhor qualidade.

Na pós-modernidade já não se acredita que a responsabilidade pelos resultados insatisfatórios seja somente do psicoterapeuta ou, ao inverso, somente dos resistentes pacientes. Esse tempo foi ultrapassado e atualmente acreditamos que tanto psicoterapeutas quanto casal e família estão implicados na situação vivida, escrevem o enredo no caso de um atendimento psicoterapêutico. O terapeuta assume a responsabilidade advinda de sua especialização, assim como cada membro da família assume sua responsabilidade de modo ponderado e proporcional a sua posição na família. (Linares, 2014)

Vamos aqui apresentar um caso, considerado a partir do referencial teórico do profissional que se ocupa do mesmo. No corpo deste trabalho vamos oferecer algumas diretrizes sobre esse referencial teórico bem como sobre o processo de formação do profissional, os quais se refletem sobre os dados de seus atendimentos.

O caso que vai nos acompanhar nesses escritos vem do filme *Cruzeiro em família*, que pode ser encontrado e assistido na *Netflix*.

Em um cruzeiro para celebrar o aniversário de 30 anos de casamento dos pais, um casal de irmãos vai ter que lidar com o impacto das decisões dessa família em suas vidas. Temos o pai Kamal, sua esposa Neelam e os filhos Kabir e Ayesha. E não se pode esquecer de Plutão, o cão que faz colocações precisas sobre o que vive sua família. Trata-se de uma família indiana, pela tradição uma mulher, ao se casar, passa a fazer parte da família do marido, enquanto o marido segue fazendo parte de sua própria família. No início do filme essa tradição já impede que Ayesha tenha seu nome ao lado do nome do irmão no convite para a comemoração do aniversário de casamento de seus pais em um cruzeiro que a própria Ayesha organizou. Ayesha não manifesta seu incômodo aos seus pais, apenas ao seu irmão. Este é quem compartilha com seus pais o mal-estar da irmã. Os pais entendem que tudo foi feito de acordo com os costumes, e assim deve permanecer. Plutão, o cachorro-narrador, informa que nos dias atuais “ser melhor” está

associado a “riqueza”. A tradição se encontra com os tempos pós-modernos. Direção de Zoya Akhtar (2015).

Estabelecido o caso, faremos algumas considerações sobre a formação do psicoterapeuta que atua na modalidade casal e família.

Para tanto, um pouco de história nos será muito útil.

Retomando a Eigner (1989), encontramos em seus escritos que: a história da terapia familiar não é nem a história da escola analítica e de grupo e nem tão pouco da escola sistêmica. Trata-se de uma história sem bandeiras e sim fruto da preocupação dos clínicos que buscavam um método mais eficaz frente as patologias mais inabordáveis.

Eigner já em 1989 (1987 na edição original em francês) escreveu que os tempos modernos apenas enfatizaram a cronicidade dos pacientes psicóticos, as crises da família atual, o aumento dos casos de toxicomania e a delinquência juvenil.

Se passaram 33 anos desde 1987. Os dados confirmam tanto o aumento das crises nas mais variadas formas como mostram que nós, os profissionais, precisamos nos conscientizar da necessidade de nos unirmos para nos ocuparmos dos males que afetam a humanidade de modo atroz.

Eigner (1989) escreveu que a terapia familiar foi uma resposta à urgência.

Pode-se escrever que atualmente a união é a resposta à urgência.

Nos primeiros tempos do desenvolvimento da terapia familiar, conforme registrou Moguillansky e Nussbaum (2011), viveu-se a construção de dois paradigmas contraditórios: o psicanalítico e o sistêmico. No entanto ambos os autores consideram que mesmo um material escrito por psicanalistas tende a integrar conceitos dessas duas perspectivas, assim como completam argumentando que uma concepção que permita compreender o humano não deveria ignorar o que a psicanálise mostrou sobre a realidade psíquica do ser humano. Ou seja, argumentam sobre a necessidade da integração de diferentes saberes.

Bugliani et al. (2011) escrevem sobre um esforço para a construção de pontes entre formas de pensar o sujeito e seu contexto, a psicanalítica e a sistêmica, para se enriquecerem mutuamente desde que os modelos não sejam tratados como fundamentalismos religiosos.

Bugliani et al. (2011) se dedicaram a essa proposta em sua obra: *Humilhação e Vergonha - um diálogo entre enfoques sistêmicos e psicanalíticos*.

Tendo-se em foco o paradigma psicanalítico, autores como Fromm (2003), Sullivan (1959), Bowen, e outros, mostraram que a natureza humana em parte resulta de um processo social e não apenas intrapsíquico, como escreveu apud Fernández (2015) em um capítulo de sua autoria no tópico *Origens do paradigma sistêmico*.

Expandindo o tema origens do paradigma sistêmico, Fernández (2015) no mesmo capítulo da obra organizada por ela, coloca a fundação do paradigma sistêmico entre os anos de 1952-1961 quando uma parte dos psiquiatras observou a importância da família na etiologia da esquizofrenia e de outras patologias graves. Tais profissionais consideravam insuficiente o modelo psicodinâmico e se viram atraídos por um modelo que ampliava suas possibilidades de intervenção incorporando a família ao tratamento. As principais fontes inspiradoras do paradigma sistêmico foram a Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy, um biólogo, e a Cibernética, fundada pelo matemático Wiener e pelo antropólogo Gregory Bateson, com seu conceito de duplo vínculo.

Linares (2014) por sua vez escreve que o mérito de se usar a denominação “modelo sistêmico” para esse novo modelo psicoterapêutico da terapia familiar, se deve mesmo ao conceito de sistema e a seu inventor Von Bertalanffy. Sistema é um conjunto de elementos dotados de atributos e relacionados entre si.

Retornando aos escritos de Fernández (2015), encontra-se que a Teoria Geral dos Sistemas permite estudar o circuito de retroalimentação constituído pelos efeitos da conduta de um indivíduo sobre o outro, as reações desse outro e o contexto onde isso se passa. No caso das ciências humanas essa autora escreve que os seres humanos serão os elementos do sistema, enquanto as propriedades específicas serão as pautas inter-relacionais, sendo que a conexão se dá na comunicação. Sendo assim, passamos de estudar o individual para estudar as relações entre as partes de um sistema mais amplo. Fernández (2015) exemplifica tal definição mostrando que, para compreender a posição periférica de um progenitor, não é suficiente estudar apenas as características do indivíduo quer por

uma perspectiva intrapsíquica ou mesmo pela carência de habilidade, será necessário colocar essa passividade, por exemplo, em relação com o papel que ocupa frente ao seu par conjugal.

Torna-se relevante destacar que, conforme escrevem Serebrinsky e Rodríguez (2014), a teoria sistêmica é uma teoria que possui fundamentos epistemológicos que surgem das ciências modernas, e assim não consiste simplesmente em um manejo de técnicas psicoterapêuticas.

Tal perspectiva permite articular áreas do conhecimento muito diferentes, proporcionando uma linguagem comum e integrando os conceitos originários dessas diferentes disciplinas.

A perspectiva sistêmica permite visualizar o que escreve Morin (2005), quando nos alerta que, separando os objetos de seu contexto e as disciplinas umas das outras, não se capta aquilo que está tecido em conjunto: o complexo.

Por outro lado, é importante ressaltar que essa possibilidade da compreensão da inter-relação fruto de uma intersecção entre disciplinas, não é uma conquista tão simples. É mais simples explicar do que realizar. Requer um sólido conhecimento da epistemologia, bem como sólidos conhecimentos das teorias implicadas na prática do psicoterapeuta.

Fundamentadas no paradigma sistêmico, diferentes escolas surgiram desde os primórdios, pois criaram suas abordagens teóricas e terapêuticas que lhes permitiram ser reconhecidas como uma Escola, dadas suas características próprias. Dentre os modelos de terapia sistêmica com características próprias e que se modificaram com o passar do tempo, encontram-se: terapia estrutural; terapia intergeracional; terapia da Escola de Milão; terapia estratégica; terapia breve do MRI-Mental Research Institute; terapia breve centrada em soluções; terapia narrativa. Uma maneira de ter um conhecimento sobre tais terapias é através do *Manual de terapia sistêmica*, organizado por Alicia Moreno Fernández (2015).

A partir dessa introdução histórica, poderemos recorrer ao filme *Cruzeiro em família* para nos dedicarmos a utilizar a perspectiva sistêmica para conhecer o funcionamento da família em foco. Lembrando que necessitaremos conhecer a relevância do passado dos integrantes da família expressos no presente, onde levaremos em conta os costumes e crenças dessa família e o contexto atual. Ou seja, os anos de 2020, e os

psicoterapeutas envolvidos com suas características próprias, formação teórico-técnica, costumes e crenças. Tem-se assim a oportunidade de avaliar a relevância da pessoa do terapeuta no atendimento terapêutico.

Esse foco na pessoa do psicoterapeuta permite que esse ponto seja aqui desenvolvido para tratar da formação do psicoterapeuta. Ceberio e Linares (2005) escrevem que não se pode esquecer que um psicoterapeuta, antes de conhecedor de teoria e técnica, é um ser humano. Uma vez que as emoções possuem um lugar preponderante no vínculo interpessoal, a eficácia das intervenções, bem como a possibilidade de mudança, se deve em grande medida ao afeto desenvolvido na relação.

Segundo essa perspectiva, não paira dúvida sobre a necessidade de um trabalho emocional na formação de um psicoterapeuta, os recursos teóricos e técnicos então se integram com os fatores pessoais-emocionais, dando sustentação ao psicoterapeuta em sua prática terapêutica (Ceberio & Linares, 2005).

Esses autores, Ceberio e Linares (2005), consideram a confecção de seu genograma pessoal como um dos mais valiosos recursos na formação vivencial de um terapeuta.

Na atualidade, escreve Ceberio (2018), o genograma se converteu num recurso de grande utilidade na terapia familiar. O genograma é uma representação gráfica da família multigeracional que inclui: a família de origem, aquela na qual fomos criados; a família extensa, que são os pais e irmãos de nossos pais; e a família criada, ou seja, aquela que construímos com nosso cônjuge e filhos. Sendo assim até 03 gerações estão representadas graficamente em uma única folha onde se reúne a informação sobre a família. Tal gráfico favorece que sejam pensadas hipóteses e inferências a partir dessa informação.

Durante a Jornada Relates – Rede Europeia e Latino-americana das Escolas Sistêmicas, organizada e realizada em São Paulo em 2015, quando foi solicitado a Matteo Selvini que abordasse o futuro da terapia familiar, ele enfatizou a necessidade de uma formação que focasse a pessoa do psicoterapeuta. Até os dias atuais, em suas apresentações, Selvini segue enfatizando tal relevância. Na Escola Mara Selvini Palazzoli da qual Selvini é co-diretor, tal proposta é realizada: o foco da formação se faz na pessoa do terapeuta.

Uma vez mencionada Relates – Rede Europeia e Latino-americana das Escolas Sistêmicas, se faz necessário uma explanação a respeito dessa rede que no momento reúne 47 escolas associadas, de 15 países. Relates foi proposta originalmente por Juan Luis Linares da Escola de Terapia Familiar do Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona e por Roberto Pereira da Escola Vasco Navarra de Terapia Familiar de Bilbao, com o objetivo de agrupar os centros de formação sistêmica de ambos os lados do Atlântico. Foi fundada em julho de 2005 em Guadalajara (México). A rede Relates originalmente possuía apenas Centros de Formação latino-americanos, mas se expandiu incluindo Centros da Europa e Estados Unidos. Possui uma Junta diretiva que atualmente é presidida pela Profa. Dra. Regina Giraldo (de Fundaterapia, Colômbia) e os proponentes da Rede, Linares e Pereira são agora presidentes honorários de Relates. Essa rede se dedica a difundir as ideias desenvolvidas nos diferentes continentes na abordagem sistêmica e edita a *Revista Redes* que está aberta a contribuição dos colegas. As escolas associadas a Relates se comprometem, cada uma por sua vez, a organizar um encontro científico que acontece uma vez por ano. Canevaro (2019) escreveu, no prólogo da edição da obra *O modelo sistêmico ante o mal-estar contemporâneo*, que Relates é um fenômeno que promete converter-se no mais destacado da última década no panorama mundial da terapia familiar sistêmica.

E assim retomamos ao *Cruzeiro em família* para imaginar como um terapeuta familiar se perceberia atendendo uma família com os costumes e crenças apresentados, quando está implicado num contexto que historicamente corresponde ao período chamado de pós-modernidade.

Nesse sentido se faz necessário lembrar o que o mesmo Canevaro (2019) escreveu nesse mesmo prólogo a respeito do tipo de vida atual:

(...) cuja mais pura expressão é a vida virtual das redes sociais, que contribui para a criação de um falso *self* que foge da família, o ninho ecológico do ser humano e do encontro íntimo e emocional com o Outro, em busca de relacionamentos cada vez mais “líquidos”, superficiais e fictícios. (Canevaro, 2019, p. 14, tradução livre)

Galimberti (2008) filósofo, sociólogo e psicanalista se une a Canevaro para auxiliar essa autora a delinear o contexto atual no qual

vivemos. Galimberti (2008) se ocupa dos Vícios Capitais que Aristóteles qualifica de hábitos do mal e enumera os novos vícios. Explica esse autor que diferente dos vícios capitais que apontam para um desvio, ou dependendo se tolerável numa dada época serão reconhecidos como uma característica da personalidade, os novos vícios apontam, segundo ele, para uma dissolução que nem mesmo é percebida, pois atinge a todos. São tendências coletivas e não pessoais. Segundo Galimberti (2008) sequer se pode opor resistência sob a pena de exclusão social. Galimberti se dispõe a falar deles para que não os assumamos como valores da modernidade.

Dentre esses novos vícios a autora optou por destacar o intitulado *denegação*, no qual o sujeito nega, das formas mais variadas, a existência daquilo que existe e conhece. Galimberti (2008) propõe, como alternativa, que nos tornemos responsáveis por aquilo que sabemos diante do traço típico desses tempos atuais, onde há uma abundância de informação, tornando-nos sensíveis à fraternidade para que não nos tornemos, sob o peso da denegação, imorais.

Linares (2014) com seu conceito de *nutrição relacional* cujos componentes são o reconhecimento, valorização e carinho, vem sendo citado para sustentar as práticas terapêuticas de diferentes autores, e favorece um alinhamento com a obra de Galimberti (2008) e Canevaro (2019) à medida que argumenta sobre a relevância de se promover um relacionamento onde vigore a consideração de um ser humano para com outro ser humano.

No entanto, Berenstein (2008) auxilia a autora a explicitar que até mesmo o pensamento científico está sujeito a ser infiltrado por crenças. O pertencimento a uma dada comunidade social, econômica, religiosa ou científica, permite que se receba certa imposição e assim não se pode dizer “não” mesmo que uma certa singularidade possa estar incluída. Destaca-se a força da infiltração da ideia coletiva.

A psicanálise vincular por sua parte, via os escritos de Puget (2015), foca o espaço entre dois e auxilia a autora a se ocupar do desafio que temos para fomentar conversas que, no caso da psicoterapia, serão conversas terapêuticas.

Puget (2015) nos fala sobre o giro teórico e técnico necessário para a psicanálise pensar as relações humanas. Essa autora sinaliza que, para

tanto, é necessário abandonar a ilusão da estabilidade, continuidade e certeza de que se pode ter uma compreensão total do outro. Abandonando-se essa ilusão, será possível incorporar o espaço da alteridade, o efeito da presença e as discontinuidades entre outros. Segundo Puget (2015) vamos precisar revisar nossas concepções de pensar e de conhecer que, segundo ela, são atividades para nossa tarefa. Berenstein e Puget (1999) dentre suas obras encontra-se *Lo vincular – clínica e técnica psicanalítica* que pode nos auxiliar a termos uma aproximação a esses conhecimentos teóricos e técnicos.

Cypel (2017) ao apresentar suas reflexões sobre a interpretação na clínica contemporânea de psicanálise dos vínculos de família e casal, permite que nesse trabalho a autora assinala qual a atitude dos analistas atualmente. Cypel (2017) escreve em seu artigo que os analistas também tem se reunido procurando intercambiar ideias com colegas de diferentes referenciais, por reconhecerem a importância da pluri-interperspectiva, buscando, não negar a incompatibilidade ou diferenças, mas convivendo com as mesmas procurando se nutrir, até mesmo, de visões muito divergentes.

Cypel (2017) ressalta que nesse contexto vincular como perspectiva fundamental, o indivíduo segue sendo considerado. Sendo assim, no *setting* vincular o indivíduo pode ser apreendido na dimensão intrassubjetiva e intersubjetiva em contínua dialética, quando o psiquismo é considerado extenso, aberto, em continuidade/descontinuidade com o(s) outro(s) e com o mundo externo, sociocultural.

Poder-se-ia adentrar especificamente pela psicanálise vincular onde temos todo um universo a conhecer.

Por outro lado, neste trabalho a autora se propôs a focar a perspectiva sistêmica ao longo dos tempos, adentrando pelos dias atuais. Linares (2014) escreve que a terapia familiar se firmou como um novo modelo psicoterapêutico que aplicava o modelo sistêmico e que findou, com o passar do tempo, por conectar o modelo sistêmico a uma visão integradora com a implicação de outros modelos e por aprofundar sua aplicação à clínica psiquiátrica. Linares (2014) versa sobre uma visão integradora na terapia familiar sistêmica. Canevaro (2019) por sua vez nas

Jornadas Relates de 2019 em Barcelona, durante um diálogo explicitou que essa integração se faz na prática terapêutica.

O mesmo Canevaro (2012) que cita Mara Selvini Palazzoli ao se referir à decepção de muitos psicanalistas sobre os resultados da psicoterapia individual no atendimento a psicóticos e crianças, dentre eles Selvini Palazzoli, Bowen, Whitaker, Lidz, Framo, Ackerman, Boszormenyi-Nagy, mostra que isso lançou a raiz para o nascimento da terapia familiar desde os primórdios dos anos 50.

E assim as incursões de diferentes autores na busca por atingir resultados mais significativos em suas práticas clínicas, levou-os à incursão de outra ótica: a centrada na família, a qual favoreceu o desenvolvimento do enfoque relacional-sistêmico que veio a enriquecer a compreensão e o tratamento dos transtornos psiquiátricos, bem como o próprio enfoque psicoterapêutico, completa Canevaro (2012).

Os trabalhos reitores que permitiram o desenvolvimento dos constructos teóricos e técnicos da terapia familiar sistêmica já foram aqui neste trabalho enfocados.

Sendo assim, antes de chegarmos aos idos de 2015 e conhecermos algumas novas propostas, será apresentado um quadro mostrando como os princípios que nortearam a terapia familiar sistêmica se modificaram ao longo dos tempos, em função de novas percepções e conquistas, graças aos escritos relativos a sua conferência cedidos à autora por Gianmarco Manfreda nas Jornadas Relates 2019 em Barcelona.

Manfreda em sua fala em Barcelona durante as Jornadas Relates 2019, fez uma apresentação da terapia familiar sistêmica distribuída por três fases nos termos que se segue:

Fase 1: uma abordagem pragmática e comportamental tendo como referência a Teoria dos Sistemas. Nesta fase a terapia familiar desenvolveu suas técnicas mais eficazes que seguiram sendo aplicadas: estratégicas, prescritivas, estruturais, contra-paradoxais. Pode-se dizer, de modo geral, que o terapeuta permaneceu alheio ao sistema familiar. Quando muito, formava um grupo de observadores, mas o terapeuta agia sobre o paciente e sua família com pouca atenção às suas respostas. A história de indivíduos e famílias foi um elemento útil para o diagnóstico relacional em vez de um campo para trabalhar: foi a intervenção mágica do terapeuta que causou a

mudança. Em 1980, o Manual de Diagnóstico Psiquiátrico, o DSM 3, foi disseminado em todo o mundo, coincidindo com a comercialização dos primeiros antidepressivos. As intervenções psicoterapêuticas de qualquer tipo são desqualificadas. A comunidade de psicoterapeutas busca um modelo de referência diferente quando a importância do contexto é negada; a terapia é dita não funcionar por causa da inadequação do terapeuta e os pais de pacientes se sentiam muitas vezes designados como responsáveis pelos problemas psiquiátricos. E assim o modelo comportamental é abandonado entre 1980 e o ano de 1995, a favor de um modelo radical construtivista.

Fase 2: A cibernética e a teoria da comunicação abrem o caminho para a biologia e a termodinâmica serem fontes de inspiração para os terapeutas. Biólogos como Maturana e Varela e bioquímicos como Prigogine tornam-se autores referência em nome de uma nova epistemologia. Essa revolução constituiu basicamente na inclusão do observador/terapeuta no sistema observado, enquanto na cibernética de primeira ordem o foco era o paciente e sua família, na de segunda ordem o terapeuta foi incluído ao sistema familiar e se constitui então o sistema terapêutico. Outro aspecto inovador foi a abertura da caixa preta quando, então, o terapeuta está autorizado a se ocupar de afetos e emoções. Considera-se, segundo Manfrida, a partir dos escritos de Maturana e Varela (1985, 1987), que cada sistema vivo é por definição hermético ao meio ambiente e diferente dele. As interações com outros sistemas não podem produzir mudanças em um sentido previsível, mas apenas distúrbios aos quais cada sistema responde conforme sua estrutura condicionada pela história de sua organização. Sendo assim, as mudanças não acontecem graças a instruções. A consideração sobre essa fase a que Manfrida se refere apoiado em escritos de Minuchin (1991), Speed (1991) e Jones (1993), vai no sentido que esse aprofundamento teórico rejeitou certos aspectos mecanicistas da fase anterior, porém não apresentou novas técnicas terapêuticas específicas, mas sim um certo excesso de relativismo e complexidade que dificultou o trabalho clínico.

As ideias, conceitos e realidades que emergem do intercâmbio social são aprendidas através da linguagem e os valores são assumidos e realizados por serem socialmente compartilhados. Nessa perspectiva, a

terapia torna-se um processo de reconstituição no qual pode ser que o paciente e a família recuperem a capacidade de criar, na interação com o terapeuta, novas histórias que os tornam mais fortes e que diminuem seu sofrimento. Recomenda-se uma conversa na qual os terapeutas admitam não saber mais do que a própria família e que todos expressem suas opiniões de modo colaborativo. Aqui Manfrida traz Goolishian e Andersn (1992).

Manfrida conclui que teoricamente os psicoterapeutas ficaram menos ingênuos, mas que a gama de técnicas e instrumentos de trabalho não mudou significativamente.

Fase 3: Muitos terapeutas estavam insatisfeitos com essa abordagem radical construtivista, e então encontram uma nova via a partir do construcionismo social que leva em conta como os seres humanos conseguem construir uma realidade compartilhada.

Uma modalidade técnica é proposta para transformar no sentido terapêutico as tramas narrativas onde a mudança terapêutica está alinhada às intervenções do terapeuta. Recupera-se, então, tanto a possibilidade da eficácia clínica como a responsabilidade do terapeuta nesse processo.

A abordagem narrativa auxilia os pacientes a reescreverem suas próprias vidas (citado por Manfrida em texto cedido à autora; White & Epsom. 1990; Branco, 1995).

O terapeuta narrativo, segundo Manfrida, não só constrói histórias, mas inicialmente é preciso desconstruir a realidade proposta para permitir que outra história surja, socialmente compartilhada, mais funcional e satisfatória, a partir dos elementos discordantes da história principal que se encontra nos submundos compartilhados pela conversa comum entre o paciente e sua esfera relacional significativa.

No artigo de Manfrida e Albertini (2015) cedido pelo autor e intitulado: A última palavra entre autoridade e responsabilidade terapêutica, a devolutiva segundo o modelo narrativo das Realidades Compartilhadas, permite que se possa acompanhar de modo significativo tal perspectiva, bem como consultando a obra de Manfrida (2019) relativa a narração psicoterapêutica.

Tem-se um conhecimento acumulado que nos acompanha e permite que se leve em conta algumas considerações que Linares (2014)

nos propõe, através do que ele reconhece ser uma provocação e não uma nova proposta teórica-técnica, quando se refere a uma terapia familiar ultramoderna. Linares (2014) descreve que nesse tipo de prática em terapia familiar, o terapeuta aceita com naturalidade seu papel de expert. Reconhece saber, mas que não vai se utilizar do seu saber para impor a seus consultantes o que não estejam em condições de aceitar. Esse terapeuta ultramoderno deve ser e se mostrar responsável, mas também requisitar responsabilidade aos membros da família, de modo proporcional e ponderado em relação a sua posição na família. O terapeuta é responsável por sua especialização, o que exclui a onipotência, mas significa que necessita reconhecer que existem limites em seu saber e sobre a sua realização de um bom trabalho.

Todos os envolvidos no jogo disfuncional são responsáveis pelas consequências de seus atos, mas de modo distinto. O terapeuta reconhece que uma terapia bem sucedida implica em mudança, e que o terapeuta deve guiar assimilando erros e maus entendidos.

Essa guinada ultramoderna implica na recuperação de um certo objetivismo através da recuperação do diagnóstico psicopatológico. Reivindica-se assim a linearidade, sem excluir a valiosa circularidade.

O terapeuta ultramoderno deve resgatar o que de melhor há na tradição sistêmica, tanto a variedade de técnicas acumuladas, quanto o uso de si mesmo. O terapeuta sente, e sua subjetividade emocional é um importante recurso terapêutico.

E por fim Linares (2014) completa que com a recuperação do que é relevante da tradição sistêmica, venha a abertura para o que há de bom na tradição psicoterapêutica.

Selvini e Linares se encontram na obra *O sofrimento psicológico e o maltrato relacional como fontes de psicopatologia*, publicada em 2015. Selvini (2015) explicita que tanto ele quanto Linares permaneceram estudando as raízes relacionadas à psicopatologia, pois ao caminhar no sentido da despatologização, entra-se numa negatividade sobre os limites do paciente e consequentemente de seu sofrimento.

Selvini (2015) ao fazer comentários sobre os capítulos escritos por Linares nessa obra, permite que aqui se evidencie essa visão sobre como a perspectiva individual foi retomada na terapia familiar a partir dos anos de

1980. Selvini (2015) mostra de que modo diferentes autores retomaram a perspectiva individual na terapia familiar. Evidencia, então, que uns tornaram a fazer referência a psicanálise, tal como Cancrini (2006); Linares (1996) estudou os conceitos de identidade e narrativa, bem como explicita Selvini, que sua escolha e de sua Escola Mara Selvini Palazzoli foi a de fazer referência a teoria de apego e aos seus desenvolvimentos (Lyons – Ruth, 2009), às pesquisas de distúrbios de personalidade (Benjamin, 1996) e aos estudos sobre estados pós-traumáticos (Herman, 1992). Ressaltando que para ele e os integrantes de sua Escola, o passado deve ser conhecido e estudado já que para eles terminou o extremismo do aqui e agora.

Linares (2019) publicou sua obra focando a terapia familiar nas psicoses. Nessa ocasião pode mostrar o ponto central de sua teoria como sendo conhecer as bases relacionais das patologias mais representativas para vir a entendê-las, desconstruí-las e assim poder gerar dinâmicas para a mudança terapêutica. Linares (2019) se ocupa exatamente do tema que tanto ele como Selvini explicitaram, já que a despatologização, ao contrário, acarretaria a desconsideração tanto dos limites de um ser humano como do seu sofrimento.

Linares (2015) mostra sua preocupação que nos tempos pós-modernos a terapia familiar sistêmica desconsidere aspectos tão relevantes segundo a ótica tanto dele quanto de Selvini, em relação ao diagnóstico psicopatológico e a intervenção terapêutica. Sem evidentemente desconsiderar outras contribuições.

Selvini (2015) por sua vez evidencia que tanto os dados da história do paciente como de sua família; a observação no aqui e agora de como a família se relaciona tanto entre si como com o profissional, está implicada para o diagnóstico sistêmico; ainda sendo úteis os testemunhos dos profissionais envolvidos com cada um dos membros da família, tais como: outros psicoterapeutas, médicos, educadores, professores, assistentes sociais etc.

Selvini (2016) apresenta, em sua obra mais recente, as sete portas utilizadas ao se entrar na terapia sistêmica: a análise do pedido de ajuda; a sistêmica; a sintomatologia; o apego; a personalidade; o triggeracional; as emoções do terapeuta. Tal obra nos permite conhecer como Cirillo; Selvini e Sorrentino, co-diretores da Escola Mara Selvini Palazzoli, estão

pensando e intervindo segundo sua visão da terapia sistêmica. Esse livro está sendo traduzido do italiano e em breve será publicado em português.

Nesse ponto, uma nova incursão pelo filme *Cruzeiro em família* permite um recorte focando as interações entre os membros dessa família, onde vale a pena observar as posturas, olhares, tom de voz, enfim uma ocupação com o não-verbal, para acessar o sentido da relação no aqui-agora, conforme explicitado por Selvini, para auxiliar no diagnóstico relacional. Esse não-verbal nos fala nesse filme. Vale a pena conferir.

Essas colocações de Linares e Selvini (2015) permitem que a autora inicie seu percurso nesse trabalho apresentando outros autores que integram ao modelo sistêmico, outros modelos teóricos, assim como a organização dos atendimentos terapêuticos envolvendo a equipe interdisciplinar.

Dentre esses autores encontra-se Regina Giraldo (2017) que em seu artigo *Terapia de pais separados: uma forma de terapia baseada em vínculos*, explicita as bases teóricas que sustentam a sua prática terapêutica. São essas bases teóricas: o vínculo de apego e a perda afetiva (Bowlby e Ainsworth); a ruptura vincular na separação e divórcio; amor e desamor no casal – ciclo vital alternativo. E em seu modelo terapêutico, consta a terapia sistêmica do casal, com sessões individuais; a mediação a partir do vínculo; psicoeducação terapêutica: o cuidado com os vínculos.

Regina Giraldo (2017) com essa proposta, avança na busca de soluções para os conflitos graves em casos de custódia dos filhos, na perspectiva relacional para a psicoterapia pois, segundo essa autora, os programas existentes são mais numa perspectiva do tipo pedagógico.

Exemplificar as escolhas teóricas de Regina Giraldo permite que se evidencie que novas constatações mostram a utilidade de conhecer mais trabalhos de colegas.

Por exemplo os casos encaminhados por juízes representam a situação de paciente involuntário. Sendo assim é fundamental conhecer trabalhos focando tal situação. Encontra-se na obra de Relvas e Sotero (2014) um conhecimento importante para quando se atua em contextos coercitivos. Essas autoras argumentam sobre como, em tais situações, a aliança terapêutica tem um lugar de destaque.

Pode-se constatar que tanto Linares (2014) como Giraldo (2017) alertam sobre a necessidade de se possuir propostas interventivas que efetivamente auxiliem na atividade psicoterapêutica. Dentre esses autores que buscam encontrar propostas que permitam alcançar melhores resultados, encontra-se Campo (2019) com seu modelo para diagnóstico e intervenção na terapia de casal. Essa proposta decorreu da experiência tanto prática como na docência, de Carmen Campo na Unidade de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. Pau de Barcelona. Trabalhos como os de Regina Giraldo e Carmen Campo mostram a importância de termos propostas práticas de atendimento decorrentes da experiência acumulada, bem como que os casos atendidos devem passar por um processo sistematizado para termos investigações que mostrem a eficácia das propostas construídas.

As propostas tanto de Campo como de Giraldo mostram a necessidade de um significativo conhecimento aliado ao modelo sistêmico encadeando cada uma das etapas propostas em seus modelos para a prática com casais e com pais separados. Um conhecimento teórico-técnico intenso se faz presente em cada etapa dessas propostas. Sendo assim, as propostas são um fio condutor para o psicoterapeuta e nessa medida pode ser ensinada aos futuros psicoterapeutas como um guia aonde os conhecimentos aprendidos serão inseridos em cada etapa. Norteiam o psicoterapeuta, pois diante da gravidade dos casos apresentados e da quantidade de material teórico e técnico produzido, possuir propostas sobre como nortear e utilizar o conhecimento é extremamente importante tanto para os menos experientes como para os mais experientes. Há tanto o aspecto do menos experiente poder visualizar uma maneira de articular os conhecimentos aprendidos, assim como podemos, tanto os menos experientes como os mais experientes, termos a nossa disposição propostas que já mostraram sua eficácia.

É natural a pergunta de um aprendiz de psicoterapia: eu sei tudo isso, mas que faço com isso?

Nas propostas de atendimento, o conhecimento ganha sentido numa articulação que tem como objetivo o que foi acordado entre psicoterapeuta e consultantes.

Tendo como foco a importância de desenvolver propostas para atendimentos de diferentes especificidades, se faz presente o objetivo que a autora apresentou como sua proposta ao redigir esse capítulo: refletir sobre os dados e resultados de sua prática.

O atendimento vai sendo construído como fruto dessa atitude reflexiva sobre os dados.

A autora iniciou apresentando o desenvolvimento da abordagem sistêmica numa perspectiva integrativa. Levando em conta a formação de um psicoterapeuta, esse contexto é necessário tanto para evidenciar o que permite a alguém se intitular psicoterapeuta quanto evidencia as bases que fundamentam um trabalho responsável e anuncia que essa formação se dá num processo continuado.

A partir dessa conscientização se pode adentrar pelo desafio que os psicoterapeutas têm como fruto da produção de seus conhecimentos, que permite a cada psicoterapeuta buscar oferecer suas próprias contribuições.

Nesse sentido o desafio é a construção de propostas de atendimento levando em conta diferentes serviços e/ou processos terapêuticos.

Revisitemos o filme *Cruzeiro em família* quando o sábio Plutão narra o que se segue: “Os seres humanos são abençoados com a capacidade de falar. É um dom que lhes permite expressar claramente pensamentos, ideias e emoções. No entanto apesar dessa capacidade, a falta de compreensão entre eles não será encontrada entre os animais.”

Ironicamente, um ser humano é problema para outro ser humano.

Esse é o contexto de um terapeuta de família e o seu desafio.

Esclarecer os mal entendidos muitas vezes será fundamental.

Nessa película isso se realiza, os mal-entendidos se esclarecem em função da determinação de Kabir que confronta sua mãe lhe questionando por que ela não se separou de seu pai? E diante da relutância da família, simplesmente puxa uma cadeira, se senta e os confronta. E um novo caminho começa a ser trilhado a partir do questionamento incisivo, mobilizando reflexão e novas considerações.

Nem sempre a vida irá permitir que uma nova narrativa seja construída naturalmente assim como nem mesmo se pode afirmar que essa

nova narrativa vai depender exclusivamente de uma psicoterapia para tanto. No entanto é a função de um psicoterapeuta se desenvolver para enfrentar o desafio de buscar alternativas para acompanhar casais e/ou famílias frente a suas demandas.

Hiluey (2018) propõe uma ferramenta para auxiliar a construir novas narrativas dadas as dificuldades implicadas nesse contato de um ser humano com outro ser humano ao longo de um processo psicoterapêutico. Tal ferramenta é constituída pelas expressões artísticas e o brincar. Essas atividades podem ser integradas ao atendimento com casais e famílias na medida que são ferramentas que tanto permitem favorecer o despontar da angústia com o rebaixamento das defesas como integrar percepções e informações. Tais possibilidades também foram constatadas por Hiluey (2004, 2007, 2008) no contexto de investigação com alunos-médicos e com famílias.

Novamente se faz necessário enfatizar que o recurso lúdico utilizado irá favorecer o diálogo terapêutico, mas o psicoterapeuta irá auxiliar a família ao operar sobre os dados que despontam fazendo suas intervenções, alinhando o material que desponta, para que não seja somente uma atividade de expressão. Atividades expressivas sem dúvida são importantes, mas em um atendimento psicoterapêutico precisam ser utilizadas para estimular o pensar, ato não tão natural assim, a fim de promover a construção de novas narrativas.

Hiluey (2018) apresenta um caso clínico onde descreve o alinhamento dos recursos terapêuticos utilizados a partir do que era mobilizado na família ao longo desse processo. Evidencia-se explicitamente a atuação da psicoterapeuta refletindo sobre os dados do atendimento envolvendo família e psicoterapeuta, para propor as atividades lúdicas. Esse é um alinhamento fundamental na construção do atendimento utilizando como recurso terapêutico o lúdico.

Nesse percurso de buscar as mais adequadas ferramentas para atender as demandas, Hiluey (1999, 2004, 2007) realizou pesquisas que evidenciaram a relevância do trabalho interdisciplinar. E assim seguiu ao longo dos tempos se ocupando de trabalhos envolvendo equipes de profissionais.

As considerações tecidas no corpo desse trabalho permitem que se vislumbre o desafio de se conscientizar que é operando sobre o que se vive num atendimento que se poderá vir a propor intervenções coerentes com a situação-vivida. As intervenções estão por sua vez ancoradas num referencial teórico que no caso desse trabalho é o sistêmico integrado a outros ensinamentos.

Uma vez conscientes dessa necessidade, ela estará presente no desafio de estabelecer conexões com outros serviços.

Tanto Alegret (s.d., em texto cedido pela autora) ao se ocupar da intervenção psicoterapêutica para crianças e adolescentes se ocupa da relação entre os diferentes serviços como Linares (em texto cedido pelo autor) se ocupa da relação com o serviço de atenção ao menor mostrando a relevância de tal parceria num trabalho que atenda efetivamente a demanda.

A autora firmou, em 2020, um acordo de colaboração técnica entre o Centro de Formação que ela dirige e o Centro de Saúde Mental de um hospital psiquiátrico, visando não somente dar atendimento às famílias dos pacientes como lançar as bases para um trabalho interdisciplinar que permita potencializar as intervenções propostas para o atendimento de cada paciente dadas suas especificidades.

Hiluey (2004, 2008) explicita nesses trabalhos, dados de sua investigação focando alunos-médicos, mostrando a dimensão do medo mobilizado diante da possibilidade da ampliação de seu enfoque para incluir o manejo dos fatores psicológicos, vivida como questionamento de sua atuação médica.

Pode-se considerar que tais dados auxiliam a que se considere extremamente útil um contexto no qual tal medo não esteja presente.

A experiência da autora a leva a considerar a possibilidade de que o fato da haver médicos na equipe do hospital psiquiátrico que não vivenciem o temor da desqualificação da sua atuação médica na presença de um enfoque ampliado incluindo o manejo dos fatores psicológicos possa ser um fator bastante relevante. No entanto também se reconhece que tal medo não apareceu porque a coordenadora da equipe médica havia feito uma formação em terapia de casal e família. Sendo assim pode ser sustentada em seus temores ao longo de seu processo de aprendizagem.

Tal situação foi constatada pela autora na aproximação entre o Hospital e o Centro de Formação para Terapeutas de Casal e Família, diante do anseio do Hospital poder incluir o atendimento a famílias: lhes parecia necessário, não mostravam estar assustados, mas sim esperançosos.

A coordenadora da medicina e a coordenadora da psicologia acompanharão os trabalhos com as famílias, tendo como objetivo virem a trabalhar de modo mais efetivo em equipe, uma vez que já possuem outros processos terapêuticos incluindo o atendimento individual e alguns outros processos psicoeducativos.

Hiluey (2001) relatou sua investigação com casais que vivem uma gravidez de alto risco onde se pode visualizar a relevância de uma equipe interdisciplinar. Ou seja, esse recorte fruto do conhecimento teórico-técnico, de pesquisas e vivência profissional, estimula para que se enfrente o desafio da construção de propostas de trabalho interdisciplinar nas ciências humanas e que se possa vir a ter dados para mostrar a eficácia das mesmas.

Hiluey (2020) já vem se ocupando de assinalar aos colegas do hospital psiquiátrico que numa atuação em equipe se faz necessário ter o cuidado para não ficarem reféns de segredos, informando à família que, como se trabalha em equipe, a informação obtida é compartilhada nos diferentes espaços. Evidente que cabe ao profissional reconhecer os dados oriundos de cada contexto que não precisam ser compartilhados. Por exemplo, aquilo que cabe somente ao subsistema conjugal, não será compartilhado.

Evidenciou-se até o momento as condições que garantiram a possibilidade da organização de um projeto interdisciplinar visando potencializar as intervenções em cada planejamento de atendimento a um dado paciente, fruto desse acordo entre os centros citados.

O futuro permitirá que conheçamos como construir as diferentes propostas de atendimento em equipe interdisciplinar.

Pode-se constatar que a disponibilidade dos integrantes da equipe é fundamental para a construção do trabalho em equipe. Evidenciou-se, assim, um relevante ponto a ser considerado para que venhamos cada vez mais a trabalhar em equipe interdisciplinar e nos enriquecermos dentro de nossas práticas específicas. Seguiremos sendo protagonistas das carreiras

que escolhemos: medicina, psicologia, fisioterapia, e muitas outras, mas enriquecidos graças à colaboração de profissionais oriundos de outras áreas do conhecimento e oferecendo um atendimento que responda de modo mais eficaz às situações diversas que demandam práticas psicológicas.

Retomando ao *Cruzeiro em família* pode-se afirmar, a partir dessas considerações, que inicialmente temos as dificuldades entre os seres humanos que são os próprios profissionais envolvidos num projeto terapêutico.

Em função do caminho percorrido nesse trabalho, ao chegar ao seu desfecho, a autora visualizou um alinhamento com a epígrafe inicial que lhe permitiu concluir que: para colocar a felicidade onde estamos necessitemos atingir o que preconizou Bettelheim (1979) quando escreveu que:

“E viveram felizes para sempre” não engana a criança nem por um momento quanto a possibilidade de vida eterna. Mas indica realmente a única coisa que pode extrair o ferrão dos limites reduzidos do nosso tempo nessa terra: construir uma ligação verdadeiramente satisfatória com outra pessoa. (Bettelheim, 1979, p. 19)

Referências

- Alegret, J. (s.d.). *La perspectiva sistémica en la intervención psicoterapéutica para niños y adolescentes*. Texto cedido pela autora. Acesso em www.abrap.org, em artigos.
- Berenstein, I. (2008). *Devenir otro con otro(s): Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I., & Puget, J. (1999). *Lo Vincular: Clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires/Barcelona/México: Paidós.
- Bettelheim, I. (1979). *A Psicanálise dos contos de Fadas*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Bion, W. (1992). *Conversando com Bion*. Rio de Janeiro: Imago.

- Bugliani, C. G., Moguillansky, R., & Sluzki, C. E. (2011). *Humilhação e vergonha: Um diálogo entre enfoques sistêmicos e psicanalíticos*. São Paulo: Zagodoni.
- Campos, C. (2019). La terapia de pareja en la práctica clínica: Un modelo de diagnóstico e intervención. Em R. Medina, E. Laso, & E. Hernández (Coords.), *El modelo sistémico ante el malestar contemporáneo* (pp.277-307). Madrid: Ediciones Morata.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Canevaro, A. (2019). Prólogo a la presente edición. Em R. Medina, E. Laso, & E. Hernández (Coords.), *El modelo sistémico ante el malestar contemporáneo* (pp. 13-16). Madrid: Ediciones Morata.
- Ceberio, M. R. (2018). *El genograma: Un viaje por las interacciones y juegos familiares*. Madrid: Ediciones Novata.
- Ceberio, M. R., & Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2016). *Entrare in terapia: Le sette porte della terapia sistemica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cypel, L. R. C. (2017). Reflexões sobre a interpretação na clínica contemporânea de Psicanálise dos Vínculos de Família e Casal. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(2).
- Eigner, A. (1989). *El parentesco fantasmático: Transferência y contratransferencia en terapia familiar psicoanalítica*. Buenos Aires; Barcelona; México: Amorrortu Editores.
- Fernández, A. M. (2015). *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Galimberti, U. (2008). *Os vícios capitais e os novos vícios*. São Paulo: Paulus.
- Giraldo, R. (2017). *Terapia de padres separados: Una forma de terapia en pareja basada en los vínculos*. Redes 36, Diciembre de 2017 www.redesdigital.com.mx [p. 103-125].
- Hiluey, A. A. G. S. (1999). *Gravidez de alto risco: Expectativas dos pais durante a gestação – uma análise fenomenológica*. 229p Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento). Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo.

- Hiluey, A. A. G. S. (2001). Embarazo de alto riesgo: Expectativas de los padres durante la gestación – Un análisis fenomenológico. *Redes*, 8, 59. Barcelona; Spain: Paidós.
- Hiluey, A. A. G. S. (2004). *Uma experiência de aprendizagem no serviço de Medicina Fetal*. 305p. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.
- Hiluey, A. A. G. S. (2007). *Doença de Alzheimer: Histórias de família e análise dos relatos*. 285p. Tese (Pós-Doutorado em Terapia Familiar). Escola de Terapia Familiar do Hospital de La Santa Creu I Sant Pau. Universidade Autônoma de Barcelona.
- Hiluey, A. A. G. S. (2008). *O aprender do médico-obstetra em um serviço de medicina fetal*. Em E. Masini, M. A., Moreira (Orgs.), *Aprendizagem significativa: Condições para a ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos* (pp. 255-283). São Paulo: Vetor.
- Hiluey, A. A. G. S. (2018). Abrir a possibilidade para novas narrativas: Um desafio. *Vínculo*, 15(1), 1-7.
- Linares, J. L. (2014). *Terapia familiar ultramoderna: A inteligência terapêutica*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Linares, J. L. (s.d.). *Protección o maltrato institucional? Una encrucijada en las políticas de atención al menor*. (texto cedido pelo autor) acesso www.abrap.org, em artigos.
- Linares, J. L., & Selvini, M. (2015). *O sofrimento psicológico e o maltrato relacional como fontes de psicopatologia*. São Paulo: Zagodoni.
- Manfrida, G. (2019). *La narración psicoterapéutica: Invención, persuasión y técnicas retóricas en terapia relacional sistémica*. Madrid: Ediciones Morata.
- Manfrida, G., & Albertina, V. (2015). *La última palabra, entre autoridad y responsabilidad terapéutica: La devolución según el modelo narrativo de las Realidades Compartidas*. Texto cedido pelo autor. Acesso em www.abrap.org, em artigos.
- Moguillansky, R., & Nussbaum, S. L. (2011). *Psicanálise vincular: Teoria e clínica* (vol. 1: Fundamentos teóricos e abordagem clínica do casal e da família). São Paulo: Zagodoni.
- Morin, E. (2000). *Educação e complexidade: Os sete saberes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez.

- Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014) *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Serebrinsky, H. A., & Rodríguez, S. E. (2014). *Diagnóstico sistémico: El diagnóstico de los sistemas humanos*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.

Grupos nas instituições

Amaury Tadeu Rufatto

Algumas considerações introdutórias

Ao abordarmos o tema grupos nas instituições, nos vemos frente a uma gama infinita de possibilidades, tanto pelos diferentes modelos de instituições quanto aos de grupos possíveis. Podemos pensar em instituições de saúde, educacionais, filantrópicas, de assistência social, entre outras, cada uma com suas culturas e normas.

As instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos. Alguns autores sustentam que leis, normas e costumes são objetificações de valores. As leis, em geral, estão escritas; as normas e os códigos também. Mas uma instituição não necessita de tal formalização por escrito: as sociedades ágrafas também têm códigos, só que eles são transmitidos verbal ou praticamente, não figurando em nenhum documento. (Barembly, 2002, pp. 18-19)

Quanto aos grupos, podemos dizer que serão sempre operativos, conforme definição de Pichon-Rivière⁵¹ (2005), visto que sempre haverá uma tarefa, diferindo apenas de acordo com sua finalidade.

A instituição, entendida aqui como propõe Bleger (1980), se apresenta atravessada por diferentes desejos e necessidades, desde sua concepção enquanto “instituição” até a sua “organização”, dentro de um determinado território, com seu quadro de funcionários e atendendo a uma população alvo.

⁵¹ Ver o capítulo 8, *Teoria e técnica dos grupos operativos segundo Enrique Pichon-Rivière*.

As pessoas atendidas por essas instituições, por sua vez, também estão atravessadas pela própria instituição família, tenha essas a configuração que tiver, e se apresentam como sujeitos, com suas próprias necessidades.

Assim, uma instituição nos remete a uma intrincada gama de questões que precisam ser entendidas e, por fim, manejadas, para que o profissional que se proponha a trabalhar principalmente atendendo grupos alcance seus objetivos.

A partir desta introdução proponho que nos atenhamos primeiro à própria instituição e, em seguida, à questão da formação de grupos.

O trabalho na instituição

As instituições têm suas origens na intenção de responder a algumas demandas da sociedade. A instituição família é, assim, a primeira a se formar, pela necessidade de proteção e pertença. Com a evolução das sociedades e a complexidade da vida moderna, outras instituições vão surgindo, se especializando, mas também assumindo funções sociais. Podemos identificar instituições religiosas, que possivelmente surgiram para dar conta do desamparo humano (os desvalidos, os carentes, os que sofrem etc.), atuando também em instituições de educação, de saúde e outras.

O que pode parecer mera formalidade de saber quem é o mantenedor do serviço traz consigo insígnias do desejo constituinte, das origens dessa instituição, portanto da forma pela qual ela se relaciona com a sociedade, e os conflitos presentes entre o desejo fundante e a criação e sustentação de um determinado serviço.

Assim, quando uma instituição passa a gerenciar uma unidade que presta serviços à população, seja esse serviço da ordem que for, ele será estruturado a partir das bases fundantes da instituição mantenedora. Por exemplo, uma ONG, fundada a partir do voluntariado de um determinado grupo de pessoas, valorizará que seus funcionários façam serviços de voluntariado. Seria então normal ou esperado que os funcionários, voluntariamente, participem da organização de eventos, fora do horário de expediente, para a arrecadação de fundos.

É nesse cenário que o profissional desenvolverá as suas atividades.

Um acordo inconsciente é constituído e em certos casos imposto, para que o vínculo se organize e se mantenha na complementaridade convergente ou desigual dos interesses de seus sujeitos, para que seja assegurada a continuidade dos investimentos e dos benefícios ligados à subsistência da função dos ideais comuns, do contrato e do pacto narcísico. O preço é o desconhecimento do que está em jogo para cada um no vínculo. (Kaës, 2009, citado por Castanho, 2012, p. 66)

Dessa forma, ao contratar um profissional para fazer parte da equipe, a instituição buscará reconhecer as pessoas que valorizem o trabalho do “voluntariado” e estimulará tal atuação. Da mesma forma, esse deve ser um valor para o profissional contratado. Quanto mais convergência houver nesses princípios, menor o conflito. Por não ser explícito, e muitas vezes já desvinculado da própria origem da instituição, ele se torna um pacto inconsciente, onde ambas as partes desconhecem a origem e a natureza do pacto, e conseqüentemente o que está em jogo nos vínculos ali estabelecidos.

Feitas essas considerações, passemos então a pensar os grupos dentro das instituições.

Os grupos nas instituições

“A instituição de um *setting* apropriado para uma grupoterapia com crianças é de fundamental importância. Deve haver uma estrita obediência aos critérios de homogeneidade quanto aos limites da faixa etária e ao tipo de patologia das crianças selecionadas” (Zimerman, 1993, p. 157).

Apesar de se referir ao grupo com crianças, o alerta que Zimerman nos traz serve como norte para a instalação de todo e qualquer grupo, não apenas com crianças. A formação de um novo grupo exige um cuidado especial com a formatação do *setting*.

Os grupos, dentro das instituições, normalmente são formados como “grupos homogêneos”, assim entendidos aqueles em que todos os participantes apresentam uma mesma característica: de patologia, de faixa etária, de sexo, de dificuldades pontuais ou outras. Porém, é importante lembrar que todo grupo, mesmo que homogêneo em um ou mais aspectos, será heterogêneo nas demais características que o compõem.

O enquadre e sua função de continência

Ao buscar cumprir sua missão, a instituição se depara com as dificuldades inerentes do lidar com a população da qual se propôs a cuidar. Quando atendemos populações vulneráveis, como as pessoas com sofrimentos psíquico, usuários de drogas ou crianças, estamos implicados diretamente com uma família, uma escola, o Conselho Tutelar, a Vara de Justiça etc. Muitas vezes, no caso de crianças ou adolescentes, estes se encontram abrigados, com restrições de visitas familiares, ou ainda em processo para retornar à família. Sofreram ou sofrem de maus-tratos, violências de todas as espécies, vivem em condições precárias de subsistência, dentre outras. Deparar-nos-emos com famílias que são ou aparentam ser negligentes em seus cuidados. Tais situações podem provocar “atuações” da equipe e da instituição. É comum ouvirmos membros da equipe, seja da recepção, seja da segurança ou até mesmo integrantes da equipe técnica, se referir a uma determinada família de forma pejorativa, o que evidencia os conflitos vividos pela equipe e por cada um de seus membros, e dificulta o acolhimento e a continência necessária, que o serviço deveria oferecer a essa população. Segundo Kaës, “nas instituições, uma parte considerável dos investimentos psíquicos é destinada a fazer coincidir numa unidade imaginária essas ordens lógicas diferentes e complementares, a fim de fazer desaparecer o caráter conflitante que contêm” (Kaës, 1987/1991, citado por Castanho, 2012, p. 94).

Esses ruídos podem ser reprimidos por representarem um ataque à população e à própria instituição, ou serem entendidos como um alerta, uma sinalização de aspectos que necessitam ser compreendidos para em seguida serem cuidados.

O trabalho em equipe multiprofissional⁵² requer alguns cuidados, na medida em que muda o paradigma da relação dos profissionais com o fazer institucional. Nas instituições, principalmente as de saúde, o trabalho

⁵² Equipes multiprofissionais são formadas por profissionais com diferentes formações, portanto interdisciplinares, que atuam juntos, muitas vezes em coterapia, no fazer da instituição.

em equipe multiprofissional tem sido o de escolha, na medida em que possibilita um olhar multifocal e caleidoscópico para a compreensão das intervenções necessárias e a escolha do manejo dos projetos terapêuticos. Se por um lado amplia a compreensão, por outro amplifica os ruídos e explicita os conflitos profissionais, das diferentes áreas do saber e suas abordagens e, por fim, da própria instituição, como foi dito anteriormente.

Nesse ponto é fundamental ressaltar a importância e a necessidade de alguns dispositivos de apoio:

- *Reunião da equipe multiprofissional.* Este é um dos espaços mais importantes para a elaboração e manutenção dos projetos desenvolvidos por uma equipe. Ela deveria contar com a participação de todos os membros da equipe e ser coordenada pelo gestor da unidade. Para tanto, seria desejável que se suspendessem todas as agendas, internas e externas, num determinado período, para permitir, na medida do possível, a participação de todos na reunião. Na reunião se discutiriam não apenas aspectos técnicos e burocráticos, mas sobretudo os aspectos da própria dinâmica institucional e os conflitos que surgem no decorrer dos trabalhos. A reunião da equipe multiprofissional pode ter seu tempo dividido entre reunião administrativa e técnica. Vale ressaltar que a elaboração de uma pauta prévia organiza e otimiza a reunião, assim como a preparação dos casos que serão discutidos.
- *Supervisão institucional.* Tem se mostrado como a ferramenta mais adequada para dar suporte às equipes, auxiliando-as a reconhecerem seus conflitos e a buscarem recursos internos e externos para lidar com eles. Nessa modalidade é recomendável a supervisão clínico-institucional, na qual o supervisor, a partir de discussões de casos clínicos, faz também uma leitura dos conflitos e da dinâmica da própria equipe.
- *Reuniões de miniequipe.* Essas reuniões devem ser breves e servem para que os profissionais discutam os casos atendidos naquele dia ou período. Esse espaço é de fundamental importância para que os profissionais que estão trabalhando com um determinado projeto ou grupo reflitam sobre as dinâmicas observadas. Essas

reuniões possivelmente contribuirão para o material de discussão com a equipe multiprofissional e para a supervisão.

A supervisão institucional cuida da saúde da própria instituição, a reunião da equipe multiprofissional cuida dos profissionais, a reunião de miniequipe cuida dos vínculos desses profissionais e os profissionais cuidam da população.

A instituição é assim um organismo vivo, que responde ou ecoa aos diferentes movimentos que vão acontecendo no seu dia a dia. A concepção de metaenquadre, introduzida por Kaës, onde há um encaixotamento dos diferentes níveis dentro de uma instituição e em que eles funcionam em sistemas de comunicação e reverberação, pode nos ajudar a entender e manejar a dinâmica institucional.

Recorri à noção de metaenquadre, ou de enquadre do enquadre, para explicar o fato de que todo enquadre é enquadrado por um enquadre que o contém, sustenta, atrapalha ou entrava. Essa noção é bastante útil para compreender as relações entre enquadre psicanalítico da cura, o enquadre psicanalítico da supervisão e o enquadre psicanalítico da instituição psicanalítica. (Kaës, 2007, citado por Castanho, 2018, p. 120)

Ao se definir o enquadre sob o qual o profissional trabalhará com determinado grupo, os demais enquadres serão automaticamente questionados, apontando diferenças de outros modelos e incongruências institucionais. Como exemplo, podemos pensar numa instituição que trabalha com metas de alta produtividade e que resolve utilizar o dispositivo grupo, a partir das premissas de que implantar o trabalho com grupos aumentaria a capacidade de atendimento, que qualquer profissional estaria apto a coordenar um grupo, ou ainda que o grupo é um lugar que aplaca os conflitos entre demanda e capacidade de acolhimento. Ao implantar o dispositivo grupo nos moldes que estamos propondo, o fluxo interno dos pacientes e a dinâmica da instituição sofrerão mudanças, seja pelo estranhamento frente ao novo, seja pelas ressonâncias que o próprio grupo produzirá. Como dispositivo de cuidar, requer um planejamento e uma pactuação, com a própria equipe e com a instituição, como veremos em seguida.

Enquadre

O enquadre é o resultado de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo grupal, incluída aqui a própria instituição. Resulta de uma conjunção de combinações, como, por exemplo, o local onde acontecem os encontros, o horário de início e término, a recepção dos membros do grupo, o tempo de duração da sessão, o número de participantes, se o grupo é aberto ou fechado, entre outras. É preciso delimitar e preservar as combinações feitas a priori, pois servem como um cenário ativo da dinâmica grupal, que resulta do impacto de múltiplas e constantes pressões.

Segundo Winnicott (1999), a função materna de *holding*, com o crescimento da criança, passa a ser exercida também pela família. Desse modo, a instituição também exerce essa função, *holding*, visto que acolhe o paciente quando ele necessita e propicia um campo transferencial propício para o estabelecimento dos cuidados necessários.

O enquadre, mais que normatizar procedimentos e espaços, institui a função de continência para as demandas do grupo, assegura uma distinção entre os indivíduos, reconhecendo-os em sua singularidade, propicia uma segurança maior para lidar com conflitos interpessoais, e é um lugar de apoio e sustentação, o que fortalece o sentimento de pertença, de segurança e a própria identidade.

Dessa forma, o estabelecimento de um enquadre adequado ao trabalho é uma das primeiras providências a que o profissional deve se ater na contratação de um grupo. É fundamental negociar com a instituição a constituição de um espaço que garanta uma sala de tamanho proporcional ao número de pessoas que se pretende atender, e que deve ser ventilada e iluminada adequadamente, estar adequadamente mobiliada e contar com um isolamento acústico que garanta a privacidade e o sigilo que o trabalho exige.

Se o grupo for com crianças, a sala deve ser equipada com mobília específica. Nas instituições, pelo volume de atendimento e pela dificuldade de organização, é comum o uso de armários coletivos com os materiais lúdicos. Como os grupos de crianças produzem muito material e

principalmente material gráfico, são usadas pastas, uma por grupo, para guardar essa produção. O trabalho em grupo com crianças será abordado de forma mais detalhada num capítulo específico (capítulo 18).

Outra proposição que nos ajuda a entender a complexidade da formação de um novo grupo dentro de uma instituição é o conceito de “acoplamento de *settings*”, introduzido por Paulo Jeronimo P. Carvalho:

Chamamos de *acoplamento de settings* o processo pelo qual o setting planejado de um dispositivo clínico grupal – desenhado para desenvolver determinada tarefa demandada por uma instituição que o conterà – será posto a funcionar dentro dessa instituição, com a função de dar conta de fazer o dispositivo clínico grupal funcionar para desenvolver sua tarefa. E, ao mesmo tempo, o processo pelo qual toda uma estrutura funcional da instituição continente, e especialmente uma certa parte mais próxima da localização institucional onde se dará a implantação do dispositivo clínico grupal, ou seja, aquilo que chamaremos de setting institucional, aceitará e adaptar-se-á às exigências e necessidades do setting grupal do dispositivo clínico que está sendo implantado. (Carvalho, 2015, p. 159)

Segundo Carvalho (2015), ao criar e implantar um dispositivo grupal numa determinada instituição, ela deverá se adaptar às novas demandas e necessidades desse dispositivo, o que provocará uma reverberação em cadeia em toda a estrutura institucional. O dispositivo grupo, como recurso de trabalho, não pode aparecer como um apêndice. Deverá ser incorporado enquanto dispositivo e, portanto, a instituição deverá fazer os ajustes necessários para sua implantação. Entendemos, porém, que se trata de uma questão dialética: ao mesmo tempo que a instituição aceita e busca os recursos mínimos necessários para esse acoplamento, não é difícil identificarmos os diferentes ataques que põem em xeque tal propósito. São comuns relatos em que o espaço destinado aos grupos é embaixo da escada, num canto do pátio, sem nenhuma privacidade, ou, ainda, o espaço é requisitado para outras atividades, ocorre a retirada de materiais para a utilização em outras salas sem sua devida reposição, há entrada indiscriminada de pessoas durante a sessão

do grupo para dar recados, observar as atividades, “ajudar” nas atividades etc.

Esses movimentos evidenciam as reverberações que a implantação de um novo dispositivo pode provocar. Inconscientemente, ataca-se o trabalho, visto que interferem de modo a criar uma instabilidade; ao mesmo tempo, apontam para aspectos muitas vezes negligenciados pelos profissionais na instituição, como a dificuldade da instituição em lidar com as diferenças, bem como de compreender a importância de se instituir e manter o *setting grupal*. Essas reverberações evidenciam a importância do *acoplamento de settings* para que haja de fato uma mudança do paradigma institucional. Há uma necessidade constante de desenvolver um trabalho na instituição, nos diversos níveis hierárquicos, para esclarecer as mudanças necessárias para a implantação do trabalho com grupos. Por exemplo, na saúde a figura do médico que cura, que atende em uma relação dual, está na gênese da instituição. Ao incorporar outras práticas e outros profissionais, questiona-se a própria origem e sua estrutura.

Como dissemos anteriormente, toda e qualquer modificação no *setting* interferirá na execução da tarefa e modificará o grupo, e por fim a própria instituição.

O profissional e o setting na instituição

O estabelecimento dos parâmetros operacionais para a implantação de um grupo é uma tarefa importante, bem como a garantia de que o *setting* seja respeitado.

O *setting* de um grupo específico está interligado com toda a instituição e, portanto, o coordenador do grupo estará entre essas diferentes forças. Assim, preparar o espaço destinado ao grupo e estar disponível para recebê-lo no horário marcado consolida toda uma construção, tornando viável e factível a incorporação do dispositivo. Se for, por exemplo, um grupo verbal, com dez participantes e dois coordenadores, o esperado é que, no horário estipulado, os participantes encontrem a sala já preparada, com doze cadeiras e os coordenadores à espera.

Ao instituir o *setting* e ocupar o lugar de coordenador, desencadear-se-á uma reverberação na instituição, uma caixa polifônica, onde as

diferentes vozes, aqui entendida como tensões, ecoarão. As tensões das quais estamos tratando são facilmente identificadas nas “atuações” que ocorrem nas equipes, como a criação de acordos e regras que minam o próprio trabalho, tais como “só atendo o grupo se estiverem todos presentes”, “se vier só um, não atendo”, “se chegar atrasado, não entra”, entre outras.

A dinâmica que cada grupo desenvolve servirá de elemento para entendermos os conflitos e as demandas que vão surgindo, bem como as intervenções necessárias. Haverá sempre um conflito entre o grupo idealizado e o grupo real que se forma. Esses fenômenos são decorrentes do próprio trabalho grupal e deveriam servir de alerta para os coordenadores. Aqui abre-se uma longa discussão, mas gostaria de fazer apenas algumas observações: as faltas, os atrasos e os silêncios são manifestações decorrentes da vivência grupal, e devem assim ser manejadas adequadamente pelos coordenadores, sem que se criem regras para se defenderem do processo grupal.

Mais do que normatizar, o *setting* cria um espaço de confiança e de acolhimento. O grupo se inicia com os elementos presentes. A interferência causada pela chegada de mais um elemento, a cadeira vazia devido a uma falta, o silêncio são elementos a serem trabalhados como emergentes do próprio grupo.

Definições mínimas para a constituição de um grupo institucional

Ao definirmos a criação de um novo grupo, é importante levar em conta alguns quesitos:

- Público alvo: A partir da demanda da instituição, interna ou externa, deve-se identificar a necessidade de oferecer um novo dispositivo grupal.
- Espaço destinado ao grupo: É importante manter a mesma sala e os mesmos objetos, bem como respeitar os horários pré-determinados de início e fim. Nesse aspecto, o enquadre, como foi dito anteriormente, tem função continente, organizadora, como uma caixa de ressonância dos demais enquadres institucionais.
- Número de participantes: Deve levar em conta o objetivo do grupo. Uma assembleia é um grupo que congrega todos os

usuários de um serviço. Um grupo psicoterápico ou um grupo de orientação ou temático comportarão diferentes participantes. Assim, um grupo pode variar desde um pequeno grupo, com três participantes (ou dois, no caso de terapia ou orientação de casal), até um grande grupo. Se o objetivo do grupo é dar oportunidade para que todos tenham a possibilidade de se expressar, um número máximo recomendado é de 15 pessoas.

- **Frequência do grupo:** De acordo com a proposta do trabalho e a gravidade dos casos atendidos, os encontros podem ter frequência diferenciada. Ao atendermos pacientes em sofrimento emocional, a frequência semanal possibilita uma maior continência, apoio e elaboração dos sofrimentos vividos. Os demais grupos, de orientação ou temáticos, podem ter frequência quinzenal ou mensal.
- **Tempo de duração da sessão:** O tempo de duração das sessões pode variar de 60 a 90 minutos. Nesse quesito, o número de participantes e a proposta de trabalho são determinantes. Um grupo que pretenda trabalhar com a subjetividade dos participantes, um grupo verbal, com objetivo psicoterápico, deverá oferecer um tempo de acolhimento maior para que todos possam se expressar. Nos grupos com crianças pequenas, 60 minutos é um tempo razoável para se manter o grupo trabalhando. Os grupos educativos podem ter um tempo menor de trabalho.
- **Tempo de duração do grupo:** Existem dois tipos de grupos: os grupos breves⁵³, com número pré-determinado de encontros, geralmente grupos temáticos ou educativos, que normalmente são fechados, ou seja, se iniciam com um número determinado de pessoas, sem que seja possível a entrada de mais participantes no decorrer do processo. E há os grupos abertos, sem previsão de término (como nos grupos psicoterápicos, e os de ludoterapia), nos quais a entrada de novos participantes ficará sempre a critério do coordenador do grupo.

⁵³ Tipo de grupo breve não deve ser confundido com “terapia breve”, que é uma técnica de *intervenção*.

Tipos de grupos

- Grupos breves: As oficinas temáticas e os grupos de acolhimento são as principais modalidades desse tipo de grupo. Por exemplo, grupos de orientação de gestantes, onde são estabelecidos o número de encontros necessários para a tarefa proposta, o número máximo de participantes, bem como o perfil da população. Nesse exemplo, poderíamos restringir o grupo a gestantes que estejam entre o quinto e o sexto mês de gestação e seus companheiros.
- Grupos abertos: Os grupos abertos não têm tema predefinido; trabalham com demandas que surgem do próprio encontro, sem número pré-determinado de encontros. A entrada de novos elementos deve ser pensada dentro do próprio contexto do grupo, e avaliada por seu coordenador. Esses grupos podem ser terapêuticos ou de reflexão⁵⁴.
- Oficinas terapêuticas: As oficinas terapêuticas, por sua própria definição, trabalham a partir de projetos, como oficina de fuxico, de música etc.; porém, com o intuito de trabalhar a dinâmica e os emergentes emocionais que surgem no próprio fazer. Assim, as oficinas terapêuticas se assemelham, no manejo, aos grupos abertos, onde a entrada de novos participantes deve ser pensada dentro do próprio contexto grupal.

O grupo na instituição

A formação de grupos pode se dar pela demanda interna da instituição, mediante discussões de casos nas reuniões de equipe, onde se identifica a necessidade da criação de novos serviços para atender a uma determinada população, ou, então, pela demanda externa que chega à

⁵⁴ O grupo de reflexão é uma modalidade mais utilizada para a formação de profissionais, visto que possibilita uma vivência grupal, com a possibilidade de observar o modelo de coordenação e compreensão dos fenômenos grupais vivenciados.

unidade de saúde, espontaneamente ou encaminhada por outros serviços da região. Ou ainda, mais comumente por ambas as demandas.

O acolhimento ou triagem é um importante instrumento para a identificação da demanda que chega ao serviço. É a partir desse primeiro contato que podemos identificar se há uma sinergia entre as necessidades locais e as propostas da instituição. Outro fator importante é identificar os encaminhadores, e esclarecer com eles a missão da instituição, sua proposta de atuação e seus limites de ação.

Para cumprir sua missão, a instituição deve trabalhar em rede⁵⁵ com os demais atores sociais, dentro de seu território⁵⁶. O matriciamento⁵⁷ também tem se mostrado uma ferramenta importante na gestão dos casos. Como sabemos, os usuários de um determinado serviço também serão assistidos em outras instituições, como o Programa de Saúde da Família (PSF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), escolas, abrigos, entre outras. Ao lançar mão dessas estratégias, a instituição amplia seu olhar, bem como corresponsabiliza os demais parceiros no cuidar integral daquela população. Assim, também podemos perceber como a instituição está representada no imaginário da comunidade, tanto de usuários como de profissionais da região.

Na entrevista com os usuários e familiares é possível identificar também as motivações para a procura por aquele serviço naquele momento, qual a queixa ou demanda e como chegaram àquela instituição,

⁵⁵ O conceito de rede pressupõe uma articulação entre os diferentes equipamentos sociais de um determinado território, de forma a estabelecer um vínculo de parceria e de sustentação.

⁵⁶ Com suas singularidades, é um espaço com limites que podem ser político-administrativos ou de ação de um grupo de atores sociais. Internamente, é relativamente homogêneo, identificado pela história de sua construção e, sobretudo, é um local de poder, uma vez que nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação do Estado, das organizações sociais e institucionais e de sua população (Gondim et al., 2002, citado em Colossi & Pereira, 2016).

⁵⁷ O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (Chiaverini, 2011, p. 15).

se foi uma busca espontânea, uma indicação ou ainda por um encaminhamento formal.

O atendimento em um determinado serviço muitas vezes não é uma escolha pessoal, mas uma imposição institucional, bem como qual profissional o atenderá. Assim, essa é uma oportunidade de esclarecer a missão da instituição, o porquê aquele profissional foi designado para o atendimento, a dinâmica da própria instituição, a proposta de trabalho em grupos, os benefícios do grupo, assim como identificar as possíveis resistências e idealizações quanto ao serviço procurado.

Para a formação de um grupo em uma instituição, entendemos que deve-se levar em conta os aspectos psicodinâmicos de cada um dos elementos:

- Nos grupos de adultos, pelo menos uma entrevista prévia é fundamental antes da inclusão no grupo, tanto para o profissional conhecer o futuro integrante, como para se apresentar a ele; mas, sobretudo, para identificar o funcionamento psíquico desse novo elemento e sua compatibilidade com o atual momento do grupo. Por exemplo, a inclusão de uma pessoa muito deprimida pode trazer uma carga que o grupo não está apto a suportar, desestruturando o próprio grupo.
- Se o grupo for com crianças, esse processo demanda ainda mais etapas, visto que implica procedimentos como anamnese com os pais, familiares ou responsáveis, aplicação de testes, principalmente os projetivos, observação lúdica etc. Para um melhor manejo da situação grupal, é preciso compreender as necessidades desse novo elemento, sua forma de vinculação, como utiliza os brinquedos, sua capacidade de suportar frustrações etc. Esse processo em geral conflita com uma certa pressão que a instituição faz para que o profissional inclua a criança em um grupo e, durante o processo, faça as investigações para esclarecer os aspectos psicodinâmicos e fechar uma hipótese diagnóstica. Essa prática é sempre arriscada, principalmente se estamos trabalhando com uma população com graves comprometimentos emocionais. Outro elemento importante a ser considerado na constituição de um grupo de crianças é o envolvimento do

responsável pela criança, seu comprometimento com a proposta de trabalho, e o quanto conhece e reconhece as necessidades da criança.

Se o objetivo é facilitar a formação de um grupo, e não de um agrupamento, é necessário que os elementos que comporão o grupo tenham uma vivência de intimidade e que estabeleçam laços seguros. Assim, uma alta rotatividade de pessoas no grupo, a inclusão de pessoas aleatórias, sem perfil para aquele grupo, grupos muito grandes etc., dificultam ou mesmo impedem que se forme um grupo, e teríamos, segundo Bleger, apenas um agrupamento.

No grupo, os vínculos são múltiplos e os fenômenos vinculares que vão ocorrendo podem, com a chegada de um novo integrante, pôr todo o trabalho em risco. Um novo componente, em virtude de suas características, pode introduzir aspectos destrutivos, com o qual o grupo não suporta lidar. Por exemplo, aceitar duas ou mais pessoas com características de personalidade paranoide no mesmo grupo pode gerar vivências de constante rivalidade e belicosidade nas sessões.

Os grupos realizados nos CAPS e Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) merecem uma consideração à parte. O CAPS por ser um serviço de tratamento em Saúde Mental, e o CECCO por atender a mesma população, com a proposta de convivência, reinserção e geração de renda através das cooperativas. Os grupos nessas unidades são compostos por pessoas que apresentam grande sofrimento mental, algumas em franco surto psicótico, depressão grave, crianças autistas etc. Nesse sentido, podemos dizer que se tratam de grupos homogêneos, que devem seguir as mesmas recomendações aqui expostas.

Composição de um novo grupo na instituição

Quando falamos em grupo, aparentemente estamos falando somente de pessoas reunidas, sentadas em círculo e falando sobre determinado assunto, ou crianças brincando juntas num mesmo espaço. Ao abordarmos a questão grupo, estamos propondo o grupo como um lugar que albergue pessoas com diferentes necessidades, capacidade de interação e pertença, como visto mais amplamente em capítulo introdutório neste livro (capítulo 2). Assim, podemos pensar em grupos

de crianças autistas, grupos de pacientes psicóticos, ou grupos de mulheres que se reúnem para fazer artesanato.

A formação de um novo grupo pressupõe a alocação de vários recursos físicos, materiais e humanos, e o estabelecimento de um fluxo de recebimento de novos casos e de critérios de inserção ou não no serviço, bem como a rediscussão dos casos já em acompanhamento.

Tomemos como exemplo um determinado CAPSi, que atende crianças com quadros graves de saúde mental, como autismo, psicose, esquizofrenia etc. A demanda do dia é acolhida por um profissional designado, que fica responsável não apenas por receber, mas também orientar e conduzir os casos. Essa função normalmente é rotativa entre os profissionais da equipe técnica. Porém, por ser um lugar estratégico para o bom funcionamento da unidade, é recomendável que não sejam designados para essa função profissionais inexperientes, o que possivelmente acarretaria a inclusão de casos não elegíveis, bem como a não identificação de casos prioritários. Após o acolhimento, a compreensão da demanda e, principalmente, a identificação da necessidade de intervenção e a pertinência de que seja realizada pelo próprio serviço, os casos acolhidos durante a semana são discutidos na reunião da equipe multiprofissional, onde se reavalia a pertinência do acompanhamento na instituição e se traça um plano terapêutico.

Num determinado período, começam a chegar casos de crianças pequenas, na faixa de três a quatro anos, encaminhadas por pediatras da região. Nas entrevistas surgem uma menina de três anos que, apesar de afetiva, inteligente e sem comprometimento auditivo, não falava, mas se comunicava muito bem por gestos; um menino de três anos que, apesar de independente e com boa capacidade de se relacionar, busca a todo o momento a mãe, para mamar; e um outro menino, de três anos, que é encaminhado após uma crise de “agressividade”, na qual esfaqueia a tela da televisão.

Os casos foram apresentados em reunião da equipe multiprofissional e decidiu-se que seria importante compreender melhor as necessidades dessas crianças e as dinâmicas de suas famílias. Iniciou-se, assim, um processo de psicodiagnóstico, para melhor compreensão da complexidade dos casos.

Após conclusão do processo psicodiagnóstico, os três casos foram levados novamente para a discussão na equipe multiprofissional, onde se entendeu que havia um sofrimento emocional, e que tanto as crianças quanto os seus familiares apresentavam dificuldades em reconhecer e suportar limites e expressar e/ou conter as demonstrações de agressividade. E, em relação às mães, havia um vínculo simbiótico com seus filhos.

Iniciar um atendimento com essas crianças implicaria estabelecer uma prioridade em detrimento de outros casos, reservar um espaço físico para a realização dos atendimentos, mobilizar os profissionais que acompanhariam as crianças e suas famílias etc.

Após esse processo, ficou estabelecido que as crianças e seus familiares frequentariam um grupo, uma vez por semana, e que um técnico, no caso um psicólogo, acompanharia o grupo de crianças, em coterapia com um estagiário, e outro profissional faria o acompanhamento do grupo de familiares. O grupo de crianças seria composto por, no máximo, quatro crianças, devido à faixa etária e aos aspectos agressivos e regressivos observados.

Quanto ao grupo de pais e familiares, é possível, se respeitadas as características das demandas das crianças envolvidas, trabalhar com um grupo maior, abrangendo vários grupos de crianças. Por exemplo, num determinado período, todas as crianças acompanhadas em diferentes atividades, seus pais e familiares poderiam ser agrupados num mesmo grupo de orientação. Cabe aqui a ressalva de que as demandas dos grupos deveriam ser semelhantes. Orientar um grupo de pais ou familiares de crianças autistas juntamente com um grupo de pais ou familiares de adolescentes com quadro de tentativa de suicídio, por exemplo, não se mostra apropriado, porque as necessidades e as demandas não são da mesma ordem.

Os grupos de orientação de pais ou familiares em instituições que atendem crianças, principalmente crianças pequenas, tendem a funcionar melhor se realizados no mesmo horário do atendimento das próprias crianças, visto que elas são trazidas pelos cuidadores, os quais devem permanecer na unidade enquanto dura o atendimento.

Apesar de serem denominados grupo de orientação, tais grupos não têm caráter pedagógico. Aproximam-se mais de grupos de reflexão, na medida em que visam a compreender as dinâmicas familiares, esclarecer o processo terapêutico da criança e identificar sofrimentos emocionais na própria vivência grupal.

O grupo de orientação serve de suporte, de continente para as pessoas que o compõem. Frente a todas as possíveis fantasias, anseios e medos que um diagnóstico de doença mental pode trazer, o grupo, a partir das diferentes vivências e possibilidades de seus participantes, tem maior condição de criar um espaço de empatia, pela troca horizontal que pode acontecer, onde as experiências vão sendo divididas e servindo de suporte às angústias de todos. (Rufatto, 2006)

Num determinado grupo de orientação, composto por mães de crianças autistas, havia uma angústia frente às estereotípias apresentadas pelas crianças, principalmente no transporte coletivo, visto que as mães se sentiam julgadas e até mesmo recriminadas “por terem um filho esquisito”. Somente quando se pôde, no seio do grupo, reconhecer e falar das próprias “manias”, esquisitices aos olhos dos outros, é que foi possível para essas mães reconhecer as estereotípias como manifestação dos conflitos vividos por suas crianças, e não como bobagens e esquisitices.

Seria recomendável que a formação de um novo grupo, ou mesmo a alteração dos elementos que o compõem, ocorresse a partir das discussões nas reuniões da equipe multiprofissional. Dessa forma, haveria espaços para a discussão dos casos novos e a apresentação dos casos já em acompanhamento, naquele momento, na instituição, considerado “caso” como o de determinada pessoa, ou mesmo o funcionamento de um grupo. Ao socializar o processo, compartilhar as dificuldades e pensar em possíveis manejos que facilitariam o processo, permite-se a todos que conheçam o trabalho que cada profissional desenvolve, bem como os pacientes que estão em acompanhamento, criando assim um imaginário coletivo sobre o próprio trabalho.

Ao mesmo tempo em que cria uma grande sinergia, essa vivência nas reuniões de equipe multiprofissional também evidencia as diferenças e os conflitos inerentes à vivência institucional, e conduz à compreensão

e ao manejo dos diferentes casos. Cabe ressaltar a importância da presença e do acompanhamento de um(a) supervisor(a) institucional que ajude a equipe a reconhecer, apesar de suas diferenças, um denominador comum, possibilitando assim um diálogo e a construção de um projeto terapêutico para o serviço.

Por exemplo, numa equipe multiprofissional onde as diferenças teóricas e técnicas serviam de resistência para a implantação de um trabalho grupal para crianças autistas ou com grande dificuldade de expressão e contato, somente foi possível superar tais diferenças quando foi reconhecido que as crianças precisavam de um lugar de maternagem. Assim criaram-se os “grupos de maternagem”. Ao ser reconhecida e nomeada pela equipe a maternagem como um manejo necessário aquela população atendida, as questões teóricas e técnicas puderam ser superadas.

Grupo e instituição, considerações finais

Participar da dinâmica de uma instituição, quer como usuário, quer como funcionário, implica ser atravessado pela cultura ali instituída.

Os grupos, apesar de acontecerem entre paredes e ter seu *setting* preservado, serão sempre permeados pela cultura institucional.

Para um bom manejo do grupo, é preciso cuidar de vários aspectos que antecedem a sala de atendimento. Desde a proposta da composição do novo grupo, o perfil que ele deve ter e as discussões com a equipe até as repercussões que haverá depois de ter sido instalado.

Trabalhando, por exemplo, em serviços como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com o conceito de ambiência terapêutica ou da clínica ampliada, o próprio *setting* e os enquadres tomam conta de todo o campo da instituição, e torna-se importante uma interlocução com os diferentes atores que compõem o serviço.

Mas haverá também o momento quando a porta se fecha, um grupo menor se reúne, uma tarefa é proposta, mesmo que seja a de conversar, brincar, contar histórias, ou fazer algo a partir de alguns materiais. O grupo se forma, se estrutura e passa a albergar a psique daqueles que naquele momento ali convivem. Em seguida, se dispersa e se recompõe em outros grupos, na hora do lanche, na roda de dança, nas oficinas.

O trabalho em grupo em instituições passa, assim, por pensar as diferentes inserções que os grupos podem ter e a compreensão de onde ele se insere, o “furor curandis” da instituição e a real demanda que chega aos profissionais.

O manejo necessário é aquele que inclui todos os aspectos e pode produzir os significados e os significantes em cada uma das instâncias envolvidas no processo.

Referências

- Baremblytt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari. (Trabalho original publicado em 1992)
- Bleger, J. (1980). *Grupos operativos no ensino: Temas de psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Carvalho, P. J. P. (2015). *A subjetividade nos grupos e instituições*. São Paulo: Chiado.
- Castanho, P. C. G. (2012). *Um modelo psicanalítico para pensar e fazer grupos em instituições*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.
- Castanho, P. C. G. (2018). *Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições*. São Paulo: Linear aBarca.
- Chiaverini, D. H. (2011). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Brasília, Ministério da Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf
- Colossi, C. F., & Pereira, K. G. (2016). *Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIZACAO_LIVRO.pdf
- Pichon-Rivière, E. (2005). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rufatto, A. T. (2006). Reflexões sobre o trabalho de orientação em grupo para pais e/ou familiares em uma instituição que atende crianças com graves comprometimentos emocionais. *Revista da SPAGESP*, 7(2), 18-22.

- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1978). *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D. W. (1999). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Zimerman, D. E. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Dor e sofrimento: psicoterapia grupal para pacientes com dor crônica

Lazslo Antonio Avila

As dores, em todas as suas formas, seja dor física, dor emocional, dor moral, dor psíquica etc., são sempre vividas como desagradáveis, perigosas e perturbadoras. E dentre elas, a dor física vem sendo considerada desde o início dos tempos históricos como algo a ser sempre que possível evitado.

Em Aristóteles encontra-se formulado claramente: Dor e prazer são as principais forças que movem a alma humana, são paixões que arrastam o indivíduo e põem em risco o Logos, a Razão (Lebrun, 1987). Freud, que bebeu abundantemente na fonte grega, também deu ampla importância ao estudo da Dor. Porém, seu foco foi principalmente a dor psíquica, que toma as formas da angústia, do sentimento de culpa inconsciente e da dor moral que move a ação do Superego e determina, na consciência, a atuação do mecanismo da repressão (Freud, 1895/1973a).

Quanto à dor física, propriamente, Freud a considerou em três momentos principais: entre 1893 até 1915 (Primeira Tópica: Consciente e Inconsciente), de 1915 a 1920 (metapsicologia) e entre 1920 e 1938 (Segunda Tópica: Id, Ego e Superego). Quando estava elaborando sua primeira teoria do psiquismo, e já pensando em termos do permanente dualismo dessas forças, o criador da psicanálise considerou que a oposição entre as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação era o principal móvel do psiquismo (Freud, 1917/1973c). Visando sua autopreservação, o indivíduo escolheria reprimir suas tendências sexuais, mas esse estrangulamento teria a consequência inevitável de gerar sintomas e, portanto, novas formas de sofrimento psíquico.

Visando fugir das consequências do conflito entre a descarga de suas pulsões sexuais, com a realidade e com os seus valores morais, a consciência obrigaria à repressão e dessa forma buscaria proteger a integridade do indivíduo. O reprimido, porém, sempre retornaria, e assim,

cedo ou tarde, o indivíduo se defrontaria novamente com o sofrimento (Freud, 1922/1973e). Às vezes, esse conflito se manifestaria na forma de dor física, e tratando analiticamente os pacientes que sofriam histerias de conversão, Freud compreendeu que a dor física era o substituto de uma dor moral que havia sido reprimida (Freud, 1895/1973a). No tratamento analítico, essa dor moral reemergiria na consciência, e poderia então encontrar um novo destino e ser aliviada.

Essa perspectiva sobre as dores físicas e emocionais, conectadas às suas primeiras descobertas sobre o significado dos sintomas, dos sonhos, dos atos falhos e dos atos sintomáticos prevaleceu até que a psicanálise alcançou sua maturidade conceitual, por volta de 1915. Em seus estudos metapsicológicos, Freud levantou a interessantíssima hipótese de que a dor física poderia ser o protótipo da consciência corporal, pois a dor nos alerta para a existência dos órgãos e diferentes tecidos e partes do corpo, compondo a base da imagem corporal. No seu texto sobre a Repressão (Freud, 1915/1973b), ele chegou a comparar a dor a uma “pseudo-pulsão”, porque assim como as pulsões, a dor manteria uma constante pressão sobre o psiquismo, buscando ser aliviada, e representaria um perigo proveniente do interior do corpo, contra o qual o Eu não conseguiria se defender.

Essa mesma ideia será aprofundada no *Mais além do princípio do prazer* (Freud, 1920/1973d), quando investiga as origens profundas do psiquismo inconsciente, refletindo sobre o princípio da descarga das tensões e as forças entrópicas que conduzem todo ser vivo para a morte, estágio final de resolução das tensões e conflitos que a vida acarreta e implica. Nesse texto, a dor física vai ser pensada como modelo para os movimentos de autoproteção e busca de equilíbrio que o psiquismo continuamente deve efetuar. Em 1923, no *O Ego e o Id*, Freud (1923/1973f) conclui que o Ego, de início, é sempre um Ego corporal, e portanto o que vem do corpo está inevitavelmente na origem de tudo o que é psíquico.

Esses três momentos delimitam a contribuição de Freud para a compreensão das dores físicas, dedicando-se Freud à expansão da psicanálise enquanto processo de investigação do inconsciente, ou seja uma forma profunda de psicoterapia, e também a todas as possíveis extensões da compreensão psicanalítica para aspectos da realidade social e

da vida cultural. O enorme edifício conceitual que ele legou impactou profundamente o pensamento científico desde então. Contudo, a sua contribuição para o entendimento e o tratamento das dores físicas permaneceu, basicamente, estabelecida nos pontos já mencionados. Entretanto, esse tema da dor física voltou periodicamente à consideração de outros autores psicanalíticos. Veja-se por exemplo, alguns dos textos de Juan David Nasio (Nasio, 2008), de W. R. Bion (Bion, 1982, 1991), de Joyce McDougall (McDougall, 1987, 1991), de D. W. Winnicott (1982, 2000) ou de C. Dejours (Dejours, 1991, 2005).

Após as grandes descobertas trazidas pelo próprio criador da psicanálise, muitos autores exploraram as interconexões entre o domínio somático e o domínio psíquico, ou seja a Psicossomática psicanalítica. As ricas perspectivas dessa ampla área de estudo não podem ser aqui descritas, dadas as limitações de espaço, e eu remeto os leitores interessados para a vasta bibliografia sobre o assunto.

Contudo, como dissemos, a psicanálise enquanto forma de psicoterapia, não tem sido muito empregada no auxílio às pessoas que padecem principalmente de dores físicas. Em geral, os psicanalistas consideram que a dor física, se não for de origem conversiva, estaria atrelada a uma causa médica e portanto deveria ser tratada exclusivamente por médicos clínicos. Claro, que se seus analisandos vierem a ser acometidos por doenças eles continuarão em análise, e pode acontecer que as repercussões psíquicas das dores físicas possam ser abordadas e investigadas no *setting*. Mas, em geral, o que se vê, é que prevalece a forte dissociação científica e cultural entre a Mente e o Corpo, vistas enquanto domínios separados, e o psicanalista se preocupa centralmente das “dores da alma”, as dores psíquicas.

Então, os pacientes com dores corporais recorrem aos médicos, que os tratam com medicamentos analgésicos e técnicas cirúrgicas diversas, que visam, sempre que possível, eliminar esse sintoma, desagradável e opressivo, a dor. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) alerta que a dor sempre possui um componente emocional, e sugere uma abordagem multidisciplinar para esses pacientes. (IASP, 2009). Em sua definição, que é muito interessante e pertinente, a IASP assinala que a dor pode ser proveniente de um dano real, ou apenas

potencial, para os tecidos. Essa “potencialidade” abre todo o caminho para as dimensões do imaginário e do simbólico, terreno e instrumentos da mente.

Na área da saúde, de modo geral, e da saúde mental em particular, já desde 1910 fazem-se experiências de tratamento utilizando-se como recurso os grupos. Desde as pesquisas experimentais com grupos de alcoolistas, passando pelo psicodrama de Jacob Levy Moreno e pela dinâmica de grupo de Kurt Lewin, o grupo enquanto instrumento terapêutico ganhou muitas contribuições das mais variadas áreas, como a *Gestalt*, a *psicanálise*, a psicologia social, a teoria dos sistemas etc. Hoje uma ampla gama de leituras e propostas terapêuticas são empregadas. A minha formação prévia foi com a metodologia dos grupos operativos, de Pichon-Rivière, e posteriormente com a abordagem da *psicanálise* das configurações vinculares, que demonstrou-se como um potente recurso para auxiliar indivíduos e grupos a alcançarem uma compreensão mais profunda dos determinantes de seus pensamentos e suas ações e, assim, meios para transformar suas próprias realidades.

Tratando a dor física em grupo terapêutico

Vou relatar aqui minha experiência como membro de uma equipe multidisciplinar denominada Clínica da Dor, que atua junto ao Ambulatório do Câncer do Hospital de Base, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP. Neste ambulatório são atendidos pacientes oncológicos e pacientes que sofrem de dores neuropáticas e não neuropáticas, das quais se destaca o quadro reumatológico e psiquiátrico denominado Fibromialgia.

Pacientes acidentados, que sofreram cirurgias, que já tentaram os mais potentes remédios de controle da dor e que continuam a se queixar persistentemente de dor física são encaminhados para a atenção multiprofissional. Recebem a atenção de fisioterapeutas, de acupunturistas, de educadores físicos, de assistentes sociais e de terapeutas ocupacionais, assim como de psicólogos, além dos neurologistas, ortopedistas, psiquiatras, fisiatras, anestesistas e outros da equipe médica.

Visando os casos mais difíceis, de dor mais intratável, aqueles casos em que por exemplo, já se havia tentado tratamentos radicais, como

o corte de nervos para evitar a transmissão da mensagem de dor para o cérebro, bem como os pacientes deprimidos e aquele grande conjunto de pacientes com dificuldades no relacionamento com seus médicos, foram encaminhados para esse grupo terapêutico de orientação analítica.

Formei um grupo inicial de oito pacientes, que hoje conta com dez sujeitos, que frequentam com certa regularidade ao tratamento psicoterapêutico grupal de frequência semanal. Deve-se frisar que eles não interrompem o tratamento clínico e as outras formas de abordagem enquanto mantêm a psicoterapia analítica grupal.

Vou utilizar pseudônimos. 1) Arlene é uma mulher de 52 anos, diagnosticada como portadora de Transtorno Bipolar, e que frequenta a Clínica da Dor há cinco anos devido a dores corporais generalizadas, segundo ela decorrentes de uma cirurgia de coluna realizada para correção de hérnias. Toma medicação psiquiátrica e opióides para controle da dor, que se manifesta cotidianamente. 2) Ernesto é um homem de 48 anos que sofreu um acidente motociclístico e teve que passar por cirurgias diversas, mantendo sequelas significativas que o obrigam ao uso constante de bengala. 3) Eliana é uma mulher de 63 anos, que vive conflito conjugal permanente, que se mescla com suas dores corporais e inchaços devidos à fibromialgia e artroses; os potentes remédios que ela toma não fazem efeito, o que a torna “poliqueixosa” (termo um pouco depreciativo, mas muito empregado em hospitais). 4) Ana tem 51 anos, também sofre de fibromialgia e tem uma vida dedicada ao cuidado de familiares idosos, sofrendo de forma branda de depressão; também se utiliza de opióides. 5) Decio, 50 anos, trabalhava em metalúrgica e sofreu acidente de trabalho que lhe causou lesões neurológicas. Os tratamentos todos a que se submeteu, incluindo duas cirurgias, resultaram ineficazes. 6) Antonio tem 53 anos, e trabalhou como entregador a sua vida toda; sofreu deformidades de coluna e de joelho que lhe causam dores contínuas e um estado permanente de queixa emocional; toma grande número de medicações. 7) Norma, 43 anos, tem dores de origem neurológica no ombro e face, toma medicação constantemente, com alívio parcial das dores, mas incapacitação para as atividades profissionais. 8) Helena tem 65 anos, dores neuropáticas nas pernas e sofre depressão severa, toma analgésicos, ansiolíticos e antidepressivos. 9) André sofreu traumatismo na

coluna, passou por duas cirurgias de correção e mais de dez tratamentos locais no quadril, sem alívio de suas dores. 10) Dorival tem fortes dores de cabeça, dores nas costas que irradiam para os membros, e já sofreu diversas intervenções cirúrgicas, sem resultados palpáveis; faz uso excessivo de analgésicos.

Em termos da Classificação Internacional de Doenças (CID), o diagnóstico mais frequentemente atribuído a esses pacientes é o de dor crônica, variando entre o R522 (Outra dor crônica), ao R 521 (Dor crônica intratável), M545 (Dor lombar baixa), R529 (Dor não especificada), M796 (Dor em membro), M053 (Artrite reumatoide). Quanto aos diagnósticos psiquiátricos, predomina a Depressão, moderada ou severa e o Transtorno Afetivo Bipolar (todos da categoria F31), e a Personalidade Histriônica (F604), além dos prevalentes Transtornos de Somatização (F45).

Observe-se como a classificação médica atual não deixa espaço a uma indagação da origem e consequências sobre o sujeito do seu padecimento, limitando-se a uma descrição “objetiva”, que visa mais o controle epidemiológico e a busca por protocolos farmacológicos. O trabalho de German Berrios (2015), que estabelece a crítica histórica e epistemológica dos conceitos psiquiátricos, permite uma adequada compreensão dos limites de uma abordagem apenas descritiva e algorítmica da prática médica. A equipe médica da Clínica da Dor, consciente dos limites de sua prática, recorre aos demais profissionais de saúde para uma busca conjunta de quais tratamentos podem contribuir com estes pacientes que sofrem, muitas vezes, de dores excruciantes por toda sua vida.

A sessão ocorrida hoje (março de 2019) é um bom começo: todos os seis pacientes que compareceram já frequentam o grupo há um certo tempo, o mais recente há quatro sessões, e os outros há tempos variáveis, oscilando entre três meses a um ano. Como de praxe, pergunto a todos como passaram esses últimos dias. Um a um vão relatando o quanto sofreram de suas dores: como doeu as costas de um, as pernas do outro, a cabeça de diversos deles, entremeando no relato os desconfortos cotidianos, dificuldades nas tarefas domésticas, noites mal dormidas, idas a serviços de emergência em postos de saúde, pouco efeito de suas medicações etc.

Os primeiros momentos de praticamente todas as sessões são ocupados por queixas de ordem física. Onde doeu, como doeu, o que fizeram para suportar, e como a vida de todos é permeada por um corpo que dói, grita e geme. Pacientemente escuto o relato de todos, e aguardo em silêncio para o que se segue a isso. Gradativamente cada um vai incorporando a seu relato queixas de outro tipo: se conseguiram marcar consulta com o neurologista ou o psiquiatra; se conseguiram audiência no Instituto Nacional de Seguridade Social em busca de suas aposentadorias; se tentaram evasão por diversas formas de distrações, quase sempre precárias; e finalmente, emergem os relatos mais detalhados de sofrimentos de ordem emocional.

Aqui, as queixas típicas se agrupam em quatro conjuntos, relativamente compactos: 1) se seus familiares os compreendem ou não – uma das formas principais de sofrimento desses pacientes é a incompreensão que eles julgam existir por parte de seus familiares e vizinhos. Queixam-se amargamente que os demais não avaliam a intensidade de suas dores e, suprema dor, pensam e sentem que às vezes os outros julgam que suas dores não seriam “reais”, “verdadeiras”, ou “tão insuportáveis”. Um dos principais alívios que relatam sentir ao participar desse grupo é que os outros integrantes conhecem a dor física e a dor acompanhante do “não reconhecimento”.

2) O segundo conjunto de queixas diz respeito aos médicos, aos tratamentos e aos remédios que tomam. Todos eles já passaram por dezenas de consultas e intervenções e muitas vezes sentiram que não tiveram a devida atenção, ou não receberam os cuidados que esperavam; que não foram solicitados todos os exames que julgam deveriam ter sido feitos e, principalmente, que os procedimentos cirúrgicos não surtiram os efeitos desejados. Queixam-se muitas vezes que suas dores pioraram muito após as cirurgias que sofreram. De fato, muitos deles podem ter sofrido de intervenções iatrogênicas, pois sendo um grupo de pacientes crônicos, com intensas demandas sobre os médicos, muitas vezes receberam medicação em excesso, ou formas de atenção precárias, tais como as consultas de muito curta duração. (Incidentalmente, devemos salientar que os próprios médicos compartilham, às vezes, desses julgamentos e também se sentem incompreendidos e atacados pelos

pacientes e familiares). O grupo terapêutico também parece representar a possibilidade de identificações mútuas e suporte emocional nesse momento.

3) O terceiro conjunto de queixas refere-se às grandes dificuldades em conseguir aposentadoria, dados os rigorosos controles da Previdência, que os submetem a perícias que eles sentem muitas vezes como difíceis e humilhantes. Queixam-se amargamente tanto dos peritos, como da demora em conseguir os afastamentos e aposentadorias. Quando conseguem, isso em geral os alivia bastante, mas sempre reaparecem queixas de que a vida econômico-financeira está difícil e que necessitariam maior renda. Associado a isso vêm questões de como se empregarem novamente, seja no trabalho formal ou informal. Para a maioria desses pacientes o afastamento do trabalho, em si mesmo, também é fonte de sofrimento. Finalmente,

4) O quarto conjunto diz respeito mais amplamente ao viver, à existência em seu sentido psicológico e social. A doença e, em especial a dor, modificou a vida de cada um deles. A dor invade quase todas as esferas do cotidiano e do futuro. Alguns chegam a dizer que são só dor. Quando a dor “ataca”, só querem se isolar, deitar, e esperar que passe. Os relatos são pungentes, comovem, atraem empatia, piedade. Mas também, às vezes, ganham tal insistência, constância e viscosidade, que chegam a provocar a reação contrária, ou seja, desejo de afastamento, e crítica sub-reptícia frente a essas manifestações e queixumes.

Percebe-se que familiares e médicos, assim como o terapeuta e mesmo os demais membros do grupo, às vezes se enfastiam ao ouvir certos relatos. Há uma forte reação contratransferencial, como se ouvir a dor se manifestando de forma tão crua, levantasse o desejo de afastar a dor e o seu sofredor. Há, sim, rejeição. Uma rejeição dolorosa, por parte de quem deveria acolher a dor. Dor culposa de não querer compartilhar de dores. Dor autocrítica. No grupo, o enfrentamento desse momento é profundamente terapêutico para todos. Como solidarizar-se com quem sofre profundamente – isso é alcançado em muitas sessões e é transformador. Ao sentir-com, ao sair da dor própria e pensar-ouvir-acolher a dor alheia, algo se eleva, algo engrandece, e entre pacientes poli-queixosos e poli-sofridos, uma solidariedade comovente se estabelece.

O grupo terapêutico prossegue. Após esses momentos intensos de troca e apoio, aos poucos vão surgindo as questões familiares, os conflitos emocionais, a história de vida de cada um. Os casamentos fracassados, os dramas vividos na criação e perda dos filhos, os eventos traumáticos, a falta de realização pessoal-profissional e outros conflitos importantes começam a aparecer e podem ser trabalhados no contexto terapêutico.

A dor é onipresente, e reaparecerá na próxima sessão, mas hoje, e muitas vezes, um pedaço significativo da história de algum deles pode emergir no contexto do grupo, receber atenção e contribuições de vários dos participantes, alguma interpretação e construção por parte do terapeuta e, muitas vezes, a possibilidade de elaboração psíquica, que fortalecerá esse sujeito e lhe propiciará um viver menos afetado, menos agredido e diminuído pela Dor.

Referências

- Berrios, G. E. (2015). *Rumo a uma nova Epistemologia da Psiquiatria*. São Paulo: Escuta.
- Bion, W. R. (1982). *Pensamentos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dejours, C. (1991). *Repressão e subversão em psicossomática: Pesquisas psicanalíticas sobre o Corpo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Dejours, C. (2005). O corpo da Psicossomática. *Psicologia Revista*, 14(2), 245-256. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18103>
- Freud, S. (1973a). Estudios sobre la histeria. Em: *Obras Completas* (pp. 39-168). Madrid: Biblioteca Nueva (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1973b). Los instintos y sus destinos. Em: *Obras Completas* (pp. 2039-2052). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1973c). Conferencias introductorias al psicoanálisis. Em: *Obras Completas* (pp. 2123-2412). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1917)

- Freud, S. (1973d). *Más allá del principio del placer*. Em: *Obras Completas* (pp. 2507-2541). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1973e). Psicoanálisis y teoría de la libido. Em: *Obras Completas* (pp. 2661-2676). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1922)
- Freud, S. (1973f). El Yo y el Ello. Em: *Obras Completas* (pp. 2701-2778). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1923)
- International Association for the Study of Pain [IASP] (2009). *Global year against musculoskeletal pain*. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/MusculoskeletalPain>
- Lebrun, G. (1987). O conceito de paixão. Em: S. Cardoso (Org.), *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras.
- McDougall, J. (1987). Um corpo para dois. *Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro*, 1(2), 8-33.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Nasio, J. D. (2008). *A dor física: Uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D.W. (1982). La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 61, 11-22.
- Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psique-soma. Em: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago.

O que ela tem de ruim na cabeça dela?

**Processo grupal de orientação psicanalítica
com familiares de pacientes com anorexia e
bulimia**

Manoel Antônio dos Santos, Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, Rosane Pilot Pessa, Raquel Borges de Moraes, Wanderlei Abadio de Oliveira, Jeferson Santos Araújo, Rodrigo Sanches Peres, Carolina Leonidas

Os transtornos alimentares (TAs), dentre os quais se destacam a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN), comprometem a qualidade de vida não apenas dos pacientes acometidos, como também de seus familiares (Costa & Santos, 2016; Oliveira-Cardoso et al., 2014). No contexto brasileiro, os serviços especializados no tratamento dessas psicopatologias são escassos e geralmente estão inseridos em hospitais públicos universitários (Oliveira-Cardoso et al., 2018). O plano terapêutico para os(as) pacientes inclui avaliação médica, nutricional (Manochio et al., 2020; Sicchieri, Santos, Santos, & Ribeiro, 2007) e psicológica (Oliveira & Santos, 2006; Oliveira-Cardoso & Santos, 2012, 2014; Peres & Santos, 2006, 2011), psicoterapia individual (Goulart & Santos, 2015; Kreling & Santos, 2005; Rosa & Santos, 2011; Santos et al., 2005; Scorsolini-Comin & Santos, 2012), grupo com finalidade psicoterapêutica ou de apoio psicológico a pacientes (Goulart & Santos, 2012; Santos, 2006; Santos et al., 2014; Scorsolini-Comin et al., 2010; Valdanha et al., 2014), grupo de apoio psicológico aos familiares (Santos et al., 2016; Souza & Santos, 2007a, 2007b), grupo psicoeducativo multifamiliar (Nicoletti et al., 2010), terapia familiar ou outras estratégias de apoio e de assistência aos familiares.

Desde o trabalho pioneiro da psiquiatra e psicanalista estadunidense de origem alemã Hilde Bruch, conhecida por seu trabalho com TAs e obesidade, já se encontra bem documentado na literatura que os aspectos familiares guardam um papel relevante no desenvolvimento e

curso dos TAs (Campos et al., 2012; Cobelo et al., 2004; Leonidas & Santos, 2015a, 2015b; Leys et al., 2017; Lyke & Matsen, 2013; Mushquash & Sherry, 2013; Santos et al., 2004; Souza & Santos, 2007a, 2007b). Estudos de revisão sistematizaram as evidências disponíveis sobre a influência familiar na AN (Valdanha et al., 2013b) e nos TAs de modo geral (Siqueira et al., 2020). Pesquisas que mapearam as redes de apoio social de pacientes com TAs apontam a família como a principal fonte de suporte (Leonidas & Santos, 2013, 2014; Leonidas et al., 2013). Outro flanco importante dos estudos familiares na interface com os TAs focaliza o fenômeno da transmissão psíquica inter/transgeracional, sob diferentes perspectivas e enfoques teóricos (Attili et al., 2018; Valdanha et al., 2013a; Valdanha-Ornelas & Santos, 2016b, 2017).

Em virtude da parca disponibilidade de centros especializados de tratamento e das dificuldades que os profissionais de saúde encontram para reconhecerem os sintomas iniciais, familiares tendem a peregrinar pelos serviços de saúde e consultórios médicos em busca de uma compreensão diagnóstica do que se passa com seus/suas filhos(as). Valdanha-Ornelas e Santos (2016a) investigaram o itinerário terapêutico no contexto dos TAs e concluíram que o percurso das famílias é permeado por inúmeros percalços, devido às dificuldades inerentes ao diagnóstico de seus/suas filhos(as), ao não preparo dos profissionais de saúde para identificar precocemente os sintomas e à escassez de serviços especializados e com equipes interdisciplinares devidamente capacitadas.

Neste capítulo exploraremos as potencialidades das intervenções psicológicas em grupo, destinadas ao acolhimento dos familiares de pacientes que frequentam o serviço de TAs. O cenário institucional no qual o grupo multifamiliar se insere é o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP). O GRATA foi criado nos anos 1980 e se notabilizou como o serviço especializado pioneiro no país na assistência multiprofissional em TAs (Oliveira-Cardoso et al., 2018; Sicchieri et al., 2007; Souza et al., 2019). O atendimento é oferecido, preferencialmente, em regime ambulatorial e o serviço acolhe pacientes e seus familiares, seguindo a perspectiva do cuidado integral a cargo de equipe interdisciplinar (Palma

et al., 2013). As atividades assistenciais ocorrem semanalmente, às sextas-feiras, coordenadas por uma equipe composta por profissionais de saúde (em sua maioria voluntários, isto é, sem vínculo empregatício formal), residentes e estagiários das áreas de psicologia, nutrição, nutrologia, psiquiatria e terapia ocupacional.

Ao ser admitido no serviço, é traçado para cada paciente um plano terapêutico apropriado às suas necessidades, o que inclui os cuidados às necessidades psicoemocionais da família. Esse plano estratégico contempla a participação regular em grupos de apoio psicológico – um dos quais voltado exclusivamente ao cuidado de pacientes e outro, voltado para os familiares, além de psicoterapia de apoio individual para pacientes, grupo, consultas e acompanhamento individual com nutricionistas, psiquiatras e nutrólogos.

Atualmente, existe uma gama de possíveis intervenções que podem beneficiar os familiares que acompanham pacientes atendidos em diferentes instituições de saúde. Estratégias grupais têm se mostrado efetivas no oferecimento de suporte a cuidadores nos mais variados contextos da saúde, especialmente porque os vínculos construídos no contexto grupal podem prover aos participantes espaços de reflexão, desenvolvimento de habilidades sociais, modelos de relacionamento e estratégias de enfrentamento mais adaptativas e saudáveis (Narvaz, 2010). O grupo de apoio psicológico, que tem como destinatário de suas ações de cuidado os familiares de pacientes do GRATA com diagnóstico de anorexia ou bulimia, consiste em uma estratégia baseada nos moldes da psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (Contel & Villas-Boas, 1999).

O grupo multifamiliar do GRATA é oferecido com frequência semanal (Santos et al., 2016; Souza & Santos, 2007a, 2007b, 2009, 2010). De modo complementar, até há alguns anos era oferecido, no mesmo serviço especializado, um grupo de orientação clínico-nutricional aos familiares (Bighetti et al., 2006). O espaço para acolhimento dos familiares foi introduzido de forma sistemática há duas décadas, a partir da identificação de demandas relacionadas aos altos níveis de ansiedade observados nos cuidadores, preocupados com a persistência dos comportamentos disfuncionais de seus/suas filhos(as) e exauridos pela

tenacidade com que eles(as) se agarram aos seus sintomas. Por outro lado, há evidências de que padrões de relações familiares disfuncionais estão associados à gravidade da sintomatologia de pacientes adolescentes com TAs (Anastasiadou et al., 2016).

O grupo multifamiliar é coordenado por profissionais da psicologia e conta com o apoio de dois estagiários de psicologia no papel de observadores. O referencial teórico-metodológico que sustenta a intervenção grupal é de inspiração psicanalítica, lastreado no modelo da psicanálise vincular (Oliveira-Cardoso et al., 2018). Apresentaremos, a seguir, um recorte que privilegia a análise de alguns fenômenos grupais emergentes, a partir da apreciação de duas situações clínicas, que escolhemos com o propósito de ilustrar os fundamentos teórico-conceituais das intervenções realizadas com foco nas configurações vinculares.

Vinheta clínica 1: Acho que da minha boca só sai veneno

Um dos traços mais salientes na dinâmica das pessoas diagnosticadas com TAs é a desesperança (Oliveira & Santos, 2006), característica depressiva que pode também estar exacerbada em alguns familiares frente à persistência do cortejo sintomatológico dos/das filhos(as). Assim, ao identificar vislumbres do aparecimento de esperança em uma sessão de grupo com os familiares, o coordenador necessita evidenciar esse acontecimento clínico como um sinal alentador, apostando que pode haver ali um recurso saudável, semente promissora ou sinal de mudança. Ao reconhecer a necessidade de individualizar a participação dos familiares, os encontros grupais são abertos com um ritual de apresentação, considerando que se trata de um grupo aberto. Em uma determinada sessão do grupo multifamiliar, o coordenador decidiu abrir o encontro propondo uma estratégia lúdica para que os/as participantes se apresentassem uns/umas aos/as outros/as na roda de conversa.

Coordenador: alguns e algumas de vocês a gente já conhece, outros e outras não. E aí, para nos apresentarmos, deixa eu sugerir um jeito diferente, mais criativo. Primeiro eu vou me apresentar e depois vocês se apresentam, de acordo com o jeito que eu fizer. Então, assim, na hora em que vocês se apresentarem, vocês vão

dizer: “Se eu fosse um animal, eu seria...” Aí vocês pensam em um animal que vocês acham que combina com vocês e dizem uma característica desse animal. Então, vou começar: meu nome é Marcos, se eu fosse um animal eu seria um cachorro, porque o cachorro é esperto, fica o dia todo atento e também porque é companheiro.

Mãe da Ariela: será que o cachorro é companheiro, ultimamente? [riso] Depende do cachorro. [riso] Meu nome é Maria das Graças, eu sou mãe da Ariela, que faz tratamento aqui. Se eu fosse um animal, eu seria uma pomba, um pássaro, né? Porque um pássaro está sempre em contato com a natureza e está sempre em liberdade. Que eu acho que, hoje, a gente está perdendo muito o nosso espaço vital, né? E o pássaro ainda consegue manter esse espaço. Então, enquanto minha filha é atendida, eu fico observando os pássaros e sempre penso que, na próxima encarnação, eu gostaria de ser um pássaro.

[Silêncio]

Coordenador: [dirige-se à mãe da paciente Gilmara] Janice, não dá para falar? [ela acena com a cabeça, sinal de negação] Nem o seu nome?

Mãe da Gilmara: [balbucia] para quê?

Coordenador: nem quer dizer o seu nome?

Mãe da Gilmara: porque hoje eu quero matar. [pausa] Eu vou ser uma cobra. O que eu estou dizendo serve?

Coordenador: se é assim que você está sentindo, serve! É... então, o seu nome é Janice e hoje você está se sentindo como uma cobra. E eu acho que você pode sim se sentir como uma cobra.

Mãe da Ariela: é, uai.

Mãe da Gilmara: eu quero ser uma das mais bravas, aquelas com dois guiseiros ainda. Conhece essa?

Coordenador: não.

Mãe da Gilmara: é daquelas... que têm 18 nós nos dentes, conhece? Ela só te enrola. E se te enrolar, te mata.

Coordenador: vai cercando, vai cercando e *craan!* [onomatopeia do que seria um bote e uma mordida de cobra].

Mãe da Gilmara: não! Vai só enrolando, só. Ela só vai te torcendo. Enrolando você.

Mãe da Ariela: ela te quebra toda e depois te puxa.

Mãe da Gilmara: te quebra, depois pode te comer.

Observa-se que uma das participantes, Janice, mobiliza o grupo com sua narrativa permeada por fantasias e temores persecutórios, tecendo uma dinâmica de aproximação insidiosa do predador em busca da presa, preparando a captura e o ataque canibalístico. Em um primeiro momento, ela parece tentar conter seus impulsos canibalísticos refugiando-se em seu mutismo: “Falar para quê?” Mais do que descrença na possibilidade de aprendizagem de algo novo no grupo, vislumbra-se nesse movimento uma tentativa de conter a própria impulsividade, como se deixasse uma advertência pairando no ar: “me deixem quieta no meu canto, não mexam comigo, não despertem minha fome, meus instintos predatórios”. O que vai se confirmar no movimento seguinte, quando é provocada pelo coordenador e por uma outra mãe do grupo a quebrar o isolamento e a participar da interação proposta de forma lúdica.

O animal que essa participante escolhe para se autorrepresentar (e, assim, entrar no jogo proposto) tem forte carga de hostilidade: uma cobra, e a justificativa que ela apresenta não deixa margem à dúvida: “porque hoje eu quero matar”. Não é qualquer cobra, mas “uma das mais bravas, aquelas com dois guiseiros” e “que têm 18 nós nos dentes”. “Ela só te enrola. E se te enrolar, te mata”. Depreende-se que, após dar o bote, a cobra mata sua presa por asfixia. Lane (2002) descreve a mãe cuja filha desenvolveu anorexia como “assassina”, “uma mãe-aranha aterrorizante e com muitas pernas, e que arma emboscada, captura, envenena, paralisa e mata. Essas mães oprimem, sufocam, esmagam, circundam, engolfam, espremem até a morte, aniquilam e devoram suas vítimas” (p. 105).

Há notável semelhança entre esses conteúdos imagéticos: a “mãe-aranha” de Lane e a “mãe-cobra” inventada por Janice. A intenção mortífera e devoradora do outro com o qual se relaciona está igualmente representada com requintes de crueldade. A comunicação inconsciente só pode se efetivar por meio de identificação projetiva maciça. O reino da natureza selvagem, onde impera o instinto básico de sobrevivência, é utilizado como um repositório propício para representar o funcionamento

do inconsciente. Para se autorrepresentar, Janice recorre a um réptil peçonhento e agressivo. Como se dissesse ao grupo: “Cuidado, não cheguem perto de mim hoje, ou serão aniquilados”. Nas relações fusionais, marcadas pelo narcisismo de morte, o Ego se vê diante de um dilema paralisante: é matar ou morrer (Leonidas & Santos, 2020).

Também podemos ler nas entrelinhas: estou tão repleta de ódio e de desconfiança que minha mente transborda veneno e eu posso “te quebrar, depois posso te comer”. A oralidade tóxica, o réptil caviloso e a fantasia de devoração do outro sem qualquer resquício de culpa sugere o nível arcaico de relações objetais, com apagamento das fronteiras que dão contorno ao Ego. A cobra que “enrola” sua presa, “retorce”, “quebra” seus ossos, mata por asfixia e “depois te puxa” para dentro de si representa a impossibilidade de manter sua integridade egoica em um relacionamento genuíno com o outro. Estamos na natureza selvagem, transitamos em um território desumanizado onde não há uma alteridade constituída. O outro existe para ser sugado, tragado, engolfado, fagocitado, incorporado sadicamente, colocado para dentro por meio de processos identificatórios primitivos que pressupõem elidir a separação eu-outro.

Nesse registro primevo da organização pulsional, os impulsos amorosos e destrutivos encontram-se fundidos e não permitem a preservação do objeto como entidade claramente distinta do eu. Assim também ocorre, provavelmente, na vinculação emocional entre a mãe e sua filha, que desenvolveu sérios problemas alimentares, sintoma que expressa o colapso no plano da constituição identitária. Prevalece uma relação de autodevoramento, em que uma não pode se afastar da outra sob pena de desabar o Ego materno debilmente organizado, o que evoca o conceito proposto por Lane (2002) de *mãe-aranha*, a que lança sua teia e cospe seu veneno paralisante, e depois “enrola” o outro em seu manto mortífero.

As vicissitudes da mãe fálica e toda poderosa transparecem sob a égide da destrutividade oral: “Eu vou ser uma cobra”. Uma mãe com dificuldades de controlar seus impulsos filicidas e conter suas fantasias de incorporação oral-canibalística: “Porque hoje eu quero matar.” Isto poderia ser lido como: impulso incontrolável para dar o bote e comer/engolir a presa/grupo, de forma análoga ao que faz com a filha,

em uma espécie de parto às avessas. Lembremos que na mitologia Saturno engole os filhos por temer a rivalidade. Entretanto, além dessa óbvia tendência ao assalto à identidade do outro, talvez também exista um outro lado defensivo, menos perceptível: “Ela só te enrola”, isto é, ela vai procurar te enganar, qual Sherazade que, com sua astúcia narrativa, conseguiu “enrolar” o sultão que a mantinha cativa por *mil e uma noites* e, assim, protelou sua morte e garantiu sua sobrevivência. Mas Janice, em um certo sentido, parece já estar “morta” do ponto de vista psíquico.

Lane (2002) aponta que a “mãe morta” descrita por André Green desinveste a criança, que por sua vez desinveste o objeto materno, ao mesmo tempo em que se identifica com a mãe. Green afirma que a retirada de catexia por parte da mãe é verdadeiro ato de assassinato. Esse desfecho é resultado de uma *falta de contato* ou vazio de relacionamento. Já as pacientes com anorexia seriam “assassinadas” por hiperinvestimento materno, não por desinvestimento. Essas mães “assassinadoras e sádicas” ocupam literalmente todos os espaços psíquicos da criança. São altamente intrusivas, excessivamente controladoras e emaranhadas com suas filhas, de modo que os limites entre ambas ficam confusos e embaçados: elas “são senhoras zangadas, que sugam o sangue de suas filhas ou as espremam até a morte” (Lane, 2002, p. 106).

Continuemos acompanhando os movimentos do encontro grupal em curso. A hostilidade manifesta por Janice encontra acolhida e continência de uma outra mãe, que não se deixa intimidar:

Mãe da Ariela: e por que você, nesse momento, está se sentindo como uma cobra? Você que é uma guerreira, que está fazendo esse trabalho de acompanhar a sua filha, dando uma força tão grande para ela por todo esse tempo! E hoje você está se sentindo assim por quê? Se o grupo é de ajuda, eu acho que você deve...

Mãe da Gilmara: porque eu sou desprezada, eu não sou mãe de ninguém. Sou mãe da Gilmara e do Marcelo. Eu fiz aniversário e ninguém me deu os parabéns. Fiquei doente, fiquei mais de oito horas no hospital, ninguém perguntou, sem ser a Gilmara e o Marcelo, ninguém perguntou por mim. Para que existe eu, pra ficar na solidão? Você disse que é uma falta para o ser humano. Eu? Eu

não senti nada. Hoje, se eu pudesse brincar de comemorar pelo que eu sou...

Mãe da Ariela: então, Janice, mas só que você tem um.... eu posso falar?

Mãe da Gilmara: pode!

Mãe da Ariela: pelo que eu estou vendo, hoje você tem um motivo, porque você está com o seu coração ferido pelo que aconteceu. Mas, na realidade, no dia-a-dia, você não é assim. Acontecem outras coisas boas, né? [voltando-se para o coordenador] *Ela está magoada, ela está triste porque ela se sentiu decepcionada*, ela esperava uma coisa e não aconteceu. A vida não é feita só de maravilhas, as coisas acontecem, né? As coisas acontecem. E a gente tem que estar preparada para as coisas boas e as coisas ruins, porque às vezes... [dirigindo-se diretamente à Janice] Olha o problema da sua filha, que é um problema tão sério, e você tira de letra. Você é um exemplo para nós aqui. Agora, porque não te cumprimentaram...

Mãe da Gilmara: que adianta eu tratar a Gilmara, se eu não tenho valor dentro de casa?

Mãe da Ariela: adianta porque ela precisa de você e você é o escudo dela.

O enunciado metafórico “você é o escudo dela” merece uma atenção especial, pois permite refletir sobre a questão da função protetora que é parte das tarefas maternas. Vários estudos se dedicaram a reconhecer os aspectos maternos nesse contexto (Campos et al., 2012; Cobelo & Gonzaga, 2012; Leonidas & Santos, 2014; Moura et al., 2015; Santos et al., 2016; Sopezki & Vaz, 2008; Valdanha et al., 2013a, 2013b). As pesquisas identificam certos elementos maternos que são reproduzidos nos cuidados oferecidos pela equipe interdisciplinar. Como em todo tratamento em saúde mental, a relação terapêutica é um elemento-chave nos TAs, todavia pouco se conhece sobre como o contexto familiar pode participar dos esforços de reabilitação psicológica e nutricional das/os pacientes atendidas/os nos serviços especializados. Inspirado por esse pressuposto, estudo realizado no Reino Unido investigou o modo como a relação terapêutica é vivenciada entre profissionais de saúde e mulheres com diagnóstico de anorexia no contexto de uma unidade de tratamento

especializado (Wright, 2015). Essa pesquisa fenomenológica interpretativa focalizou as enfermeiras, que mencionaram cultivar durante o cuidado um tipo de relacionamento que guarda semelhanças com o vínculo mãe-filha em circunstância favorável de saúde. Para as profissionais entrevistadas, é um vínculo terapêutico que está em conformidade com uma abordagem profissional e compassiva da enfermagem. Esse padrão foi denominado de *maternalismo* e definido como um relacionamento positivo, acolhedor e transitório, que promove condições para que a pessoa adoecida se sinta segura e possa alcançar gradualmente sua recuperação e transição para eventual independência.

Com base nesses achados, podemos aventar a hipótese de que o grupo multifamiliar favorece um tipo de aliança terapêutica que permite aos membros ativar aspectos comuns à função parental de oferecer *holding*⁵⁸ e propiciar um ambiente permissivo e de aceitação plena que possa favorecer a integração de partes cindidas do *self*.

Mãe da Gilmara: fia, eu ouço, eu sempre estou ouvindo vocês. Você tem palavras bonitas, você sabe conversar e eu não sei.

Mãe da Ariela: sabe sim, você sempre soube.

Mãe da Gilmara: os outros sabem, os outros têm alegria. Fia, eu perdi tudo, tudo.

Mãe da Ariela: mas nós estamos aqui para te dar a mão.

Mãe da Gilmara: a não ser a Gilmara e o Marcelo. Porque o resto eu perdi tudo. Eu não vivo mais de família. Eu estou só na Terra com a Gilmara e o Marcelo. Fia, marido eu não tenho. Ele me bateu ontem. Eu estou aqui por quê? Para ver se eu... enfrento a minha cabeça, mas eu estou ruim também. O quê que eu te falei para você, que eu expliquei? Desde terça-feira da semana passada, foi um filho que me bateu. Teu filho te bate? Teu filho, teve você para bater na sua mãe, que a tua mãe é... fala que você é biscate? Eu estou cansada. Minha filha, eu estou aqui fingindo para vocês. Eu estou nessa luta hoje por causa da Gilmara.

⁵⁸ Vide o Capítulo 13, *Winnicott: estimulador da criatividade – o grupo como fenômeno transicional*.

Mãe da Ariela: então, a partir de hoje, deixa o fingimento de lado e põe à tona o que você está sentindo. Igual você falou que quer ser uma cobra, né? Para a gente poder te ajudar...

A retomada, pela outra mãe, da imagem eloquente da cobra “que te quebra, depois pode te comer”, é surpreendentemente isomórfica ao sintoma de TA da filha, de 35 anos, um caso grave de AN do tipo bulímico. Com um quadro crônico que se arrastava por mais de 20 anos, era a única paciente do ambulatório que teve de ser submetida à gastrostomia, procedimento no qual um tubo é colocado diretamente no estômago por onde é administrado o suporte nutricional. Essa opção radical pela nutrição enteral foi decidida em condições extremas, após fracassarem todas as medidas terapêuticas tentadas por anos de tratamento e que se mostraram ineficientes frente à tenaz recusa da paciente de admitir qualquer tipo de ingestão via oral, inclusive de água. O tubo tem uma abertura (uma “outra boca”, artificialmente construída e fechada por uma lapela, que se assemelha a uma cicatriz umbilical, o que reatualiza a reunião primeva com a mãe) por onde deve ser passada diariamente uma dieta líquida que, normalmente, é indicada para pacientes debilitadas que perderam a função de deglutição – por exemplo, em decorrência de sequela de acidente vascular encefálico. Essa dieta especial tem custo elevado, tendo que ser solicitada mensalmente junto à assistência social da prefeitura da cidade de origem da paciente, que vive em condições de extrema vulnerabilidade socioeconômica.

Leonidas e Santos (2015b) caracterizam a relação mãe-filha nas patologias alimentares como uma configuração vincular fusionada e conflituosa, que remete à dependência emocional mútua, na qual a dupla vivencia dificuldades de se diferenciar e se relacionar de forma individualizada. O padrão de relacionamento fusional é inevitavelmente ambivalente e marcado por tensões. Nesse modelo de codependência, as fronteiras individuais são porosas e as inconsistências do vínculo não fornecem uma base de sustentação segura para o processo de desenvolvimento emocional da filha.

Janice, a mãe-cobra-que-devora-a-cria com sua avidez, tem um histórico de várias internações psiquiátricas. Vivendo nas brumas do funcionamento psicótico, emerge indissolúvelmente unida com sua filha

por meio de um laço afetivo mortífero. Duas existências encerradas em uma, amarradas pelo vínculo simbiótico (Leonidas & Santos, 2020). A qualquer momento os estoques de veneno podem entornar o caldo. É possível que essa mãe se sinta paralisada pelo temor de ser abatida pela própria destrutividade. Como se advertisse, do fundo de seu alheamento defensivo: *eu vou me defender permanecendo paralisada na minha toca/boca, por favor, não me provoque, senão te mordo; não perturbe minha letargia, não queira me tirar de meu claustro protetor porque estou ferida* [como se confirmará adiante]. *Não queira me tirar do transe de minha dor. Não há lenitivo para o meu desamparo.* Por outro lado, a frase: “eu estou aqui fingindo para vocês” também faz crer que talvez Janice estivesse apenas aparentemente inerte, paralisada pela ameaça de aniquilamento originada da projeção de sua própria hostilidade, podendo captar e permanecer sensível ao que se passa ao seu redor.

A mãe da Ariela demonstra capacidade de continência, o que lhe permite abraçar afetivamente Janice: “nós estamos aqui para te dar a mão”. O auge da continência afetiva acontece quando ela enuncia, em formulação com alta qualidade interpretativa: *Ela está magoada, ela está triste porque ela se sentiu decepcionada.* Ao apontar o *animal ferido*, cujo funcionamento mental se desintegra sob o peso da realidade, a mãe da Ariela mostra que o grupo multifamiliar pode se tornar um dispositivo potente de cuidado emocional quando agrupamos pessoas que compartilham de uma condição comum – ter uma filha com diagnóstico de anorexia ou bulimia. Porém, não é apenas isso que garantirá que ali, necessariamente, vai se produzir um encontro mutativo. O valor terapêutico da sessão vai depender da habilidade do coordenador de manejar as emergências psíquicas desagregadoras que irrompem na cena grupal sob o influxo da pulsão de morte. Dar contornos para essas situações psicóticas, nas quais se percebe o trabalho insidioso e furtivo da morte, depende também da capacidade de arregimentar o que há de melhor nos demais membros, para tornar esses recursos curativos disponíveis para uso no acontecer grupal (Goulart & Santos, 2012).

A inserção no grupo de membros que apresentam um nível de funcionamento predominantemente psicótico pode representar um especial desafio para o coordenador, pois eles podem arrastar o restante

do grupo para o abismo das cisões intransponíveis ou para um lugar de paralisia, nivelando todos no nível mais regressivo. Frente a essas vicissitudes, o coordenador deve criar uma dinâmica que permita acolher a parte psicótica que por vezes se expressa com mais intensidade e veemência em um dos membros do grupo, contando com a possibilidade, como se viu na vinheta apresentada, de se dispor de outro membro com funcionamento neurótico e que demonstre ter especial capacidade empática e espírito colaborativo para ativar o movimento integrador. Acompanhemos outros movimentos desse encontro grupal:

Mãe da Gilmara: que a Gilmara precisa de leite e eu não tenho. Os outros me xingando, os outros me batendo, fia, comida, e o homem me tira de dentro de casa. Olha, com comida dentro de casa, sabe o que ele faz? O pão está na minha mão, ele tira da minha mão e joga para o alto. Ele fala: “você não vai comer e você não vai dormir aqui dentro”. Como é que você quer que eu viva? Você quer que eu viva embaixo de uma ponte? Filha, se eu tenho isso aqui, é porque os outros que me dão. Se eu tenho sapato, é porque os outros me dão.

A essa altura, Janice já havia assumido o papel de monopolizador do encontro grupal. Com seu narcisismo de morte, mostra-se exitosa em ocupar o centro das atenções, e dessa posição subjetiva passa a reivindicar maciçamente o que julga que o mundo lhe deve. A posição que adota, de vítima das circunstâncias e dos grandes infortúnios da vida, é particularmente desafiadora para a coordenação do grupo. A participante posiciona-se como um bebê voraz com uma boca-vórtice escancarada, buraco negro, sorvedouro e sumidouro prontos a sugar e exaurir todas as energias do grupo na tentativa de atenuar seu colossal vazio interno. Mais uma vez, a questão aqui é matar ou morrer. *Como é que você quer que eu viva?*

Mãe da Gilmara [para o coordenador]: não adianta, filho, eu já estou com a minha cabeça hoje... Eu não vou entender nada. Hoje eu não vou.

O ataque aos elos de ligação explicita o trabalho desagregador da pulsão de morte: “Não adianta [...] Eu não vou entender nada hoje”. A posição receptiva do coordenador será decisiva para que o grupo recupere sua condição de pensar.

Coordenador: não, mas eu acho que aí, se a gente puder conversar sobre alguma coisa que você falou... eu acho assim... primeiro, eu queria valorizar isso que a Maria das Graças já valorizou e eu achei importante. Que aqui no grupo você poder dizer realmente como você é e como você está, né? “Então, estou uma cobra hoje, estou uma cobra porque estou muito magoada, estou com muita raiva e eu acho que da minha boca só sai veneno. Estou uma cobra porque a minha língua está afiada e está envenenada. Porque eu também estou muito envenenada por dentro. Estou muito machucada, estou muito cansada, estou muito sozinha. E aí da minha boca só sai um pouco de veneno.” Mas aí a gente pode pensar que a cobra também é um animal muito forte e resistente. E aí a Maria das Graças disse o seguinte. Que, para ela, você representa ser uma guerreira, e até um exemplo de força e obstinação. E aí eu estou pensando no seguinte, Janice, você está dizendo que não tem nada, que está vazia, que só recebe desprezo e não tem a consideração de ninguém, nem no próprio aniversário, mas eu acho que, quando a Maria das Graças diz isso, aqui e agora, ela está reconhecendo um valor seu. Ela está dizendo algo bom que ela vê em você e que você está dizendo que não tem.

A fala integradora do coordenador do grupo sintetiza os movimentos que animaram a dinâmica grupal até aquele momento, enfatizando os aspectos reparatórios que podem favorecer uma necessidade reduzida de fazer cisão/dissociação radical, de modo a dar abrigo a um prenúncio de gratidão⁵⁹. Esse sentimento, típico da integração proporcionada pela aproximação da posição depressiva, pode ter suavizado o veneno. O coordenador reconhece que esse movimento reparatório foi gestado e instaurado pela fala generosa da mãe de Ariela.

Mãe da Ariela: você vê, desde quando eu venho aqui no GRATA, eu acho que a única pessoa que nunca faltou, que está sempre presente, é ela, com todas as dificuldades, né? E a menina dela, pelo que a gente vê, pelos relatos, é a menina assim que está sendo considerada como o problema mais grave, mais acentuado. E ela

⁵⁹ Ver o Capítulo 6, *Contribuições da teoria kleiniana para a compreensão dos fenômenos grupais*.

está sempre firme, está sempre forte, ao passo que muitas pessoas já teriam, sabe, entregado os pontos.

O conceito de maternalismo, proposto por Wright (2015) como um fenômeno que ocorre no âmbito da relação terapêutica cultivada em unidades especializadas de TAs, considera que o papel do profissional de saúde de proteger, preservar a vida e promover a saúde é análogo ao papel materno. Embora reconheça que são estratégias aparentemente simplistas, a autora constatou que o uso de técnicas reconfortantes, tranquilizadoras e estimulantes pelas trabalhadoras da saúde, com o propósito de atenuar o sofrimento e ajudar a pessoa a se sentir segura e bem cuidada, guarda semelhanças com a maternagem. Por isso, uma abordagem maternalista que ofereça uma sensação de segurança e carinho pode ser uma maneira compassiva de favorecer a esperança, o que permitiria vislumbrar uma via de saída da psicopatologia rumo à recuperação, da mesma maneira que uma boa parentalidade pode facilitar o amadurecimento e aquisição de recursos rumo à independência por pessoas com acentuadas dificuldades de crescimento (Wright & Hacking, 2012).

Vinbeta clínica 2: Não queremos que isso saia da nossa boca

Examinemos um outro encontro do grupo multifamiliar, no qual compareceram: mãe da Gilmara, mãe de Paloma, mãe de Lucília, pai de Maria e pais de Ariela, além da coordenadora (psicóloga) e de um estudante do sexto ano de medicina no papel de observador do grupo. Em outras palavras, estavam representados nesse encontro cinco núcleos familiares, sendo um deles pelo casal parental, o que é incomum em nosso contexto assistencial.

A mãe da Ariela tomou a dianteira e abriu a sessão contando que participava do grupo apenas quando a filha tinha retorno ambulatorial, justificando sua restrição por morar em outra cidade e não ter transporte próprio.

Mãe da Ariela: normalmente, só venho quando é retorno. Da outra vez, eu trouxe a Ariela, mas eu tinha que viajar, eu viajo... Não tenho condição. Mas, durante esse período, eu estava falando para a nutricionista, o comportamento da Ariela, eu estava achando assim, um comportamento um pouco ansioso. Ela está um

pouquinho mais ansiosa, ela passou um período anterior a esses 90 dias um pouco melhor. Eu não sei se é porque vai aproximando mais o final do ano e, como ela é extremamente ansiosa... É uma coisa engraçada, como nós já conversamos aqui, ela sempre quer ser a primeira em tudo, e isso parece que é comum a todas essas meninas, assim, como sintoma. Parece que tem sempre essa coisa de... em quase todas, sempre essas coisas de sobressair. Então, ela se esforça demais, entendeu? Ela estuda demais... Como eu estava falando com a nutricionista: a Ariela, tudo o que ela faz, ela entra de cabeça, né?

Mãe de Lucília: com excesso!

Para alcançar a desejada adesão familiar ao plano terapêutico traçado pela equipe, é necessário planejar estratégias de intervenção que se mostrem exequíveis nas condições objetivas em que se organiza a assistência interdisciplinar e que considerem também as possibilidades e limites individuais dos próprios cuidadores (Santos et al., 2016). A inclusão dos familiares no tratamento requer planejamento e supervisão constante. No acompanhamento de uma condição crônica de saúde, a motivação tende a ser oscilante, de acordo com o curso evolutivo do processo de adoecimento. No GRATA a família é incorporada como recurso e agente colaborador na efetivação do plano individual de tratamento, elaborado por ocasião da admissão do(a) paciente no serviço. Para sistematização de estratégias clínicas efetivas, são necessários estudos que se proponham a contribuir para a produção de conhecimentos, por meio de abordagens tanto quantitativas como qualitativas, sobre as necessidades específicas dos familiares, de modo a otimizar sua participação, para que eles possam se sentir fortalecidos e motivados a apoiar o tratamento do membro acometido (Benninghoven et al., 2007; Rosa & Santos, 2011; Souza et al., 2013).

Santos et al. (2016) argumentam que, em contextos familiares frequentemente marcados por tensões e conflitos crônicos não solucionados, umas das estratégias defensivas ativadas por mães e pais consiste em manobras reiteradas de controle do comportamento do(a) filho(a) acometido(a). Ocorre que, quanto mais intenso o controle parental, maior a resistência dos(as) filhos(as) a se submeterem a tais

manobras coercitivas. Os cuidados parentais são sentidos e percebidos como invasivos e limitadores da autonomia individual, justamente em um momento evolutivo (transição adolescente) no qual o(a) filho(a) busca reforçar sua independência e se livrar do desconforto da vigilância parental (Costa & Santos, 2016). Os sintomas – recusa alimentar, vômito autoinduzido, uso abusivo de laxantes, entre outros – expressam, em um plano regressivo, o repúdio radical e agressivo a essas tentativas de ingerência e controle sobre seus corpos, desejos e anseios de autonomia. Os pais, com frequência, apresentam estilos de comunicação deficitários, agravados por discrepâncias na fixação dos valores e normas familiares, além de evidenciarem distorções e confusões nas interações cotidianas que estabelecem com os demais membros da família. Nessa vertente, os sintomas que configuram a anorexia e bulimia podem ser compreendidos como o protesto mudo do(a) paciente, como uma espécie malograda de comunicação que opera por meio do corpo em um registro emocional arcaico (representação de coisas, típica dos processos primários de pensamento) e que ainda não encontrou as palavras para modular os “excessos” e dar contorno aos investimentos pulsionais.

Mãe da Ariela: é, com excesso! Exatamente! Sempre ela acaba cometendo excessos demais, ela não tem aquele...

Mãe da Paloma: limite?

Pai da Ariela: é! Não tem aquele equilíbrio das coisas. Porque eu sempre passo para elas o equilíbrio da vida, né? Tudo é bom desde que seja dentro de uma normalidade, dentro de um equilíbrio. A Ariela sempre entra de cabeça demais naquilo que ela faz. E, com isso, eu acho que ela fica um pouco desgastada também, bastante ansiosa e mais agressiva, né? Certo? Bem agressiva, principalmente se ela está estudando. Se o telefone toca na minha casa, ela já xinga, viu? Se a minha esposa atende o telefone, ela já xinga porque ela não quer que ela fale ao telefone porque atrapalha a concentração dela. Um negócio assim, incrível. Tem dia que ela está bastante agressiva. Pode ser porque ela está fazendo prova nesses dias, pode ser pela aproximação das provas que ela fica...

Em uma metassíntese de estudos qualitativos publicados entre 1990 e 2006, Espíndola e Blay (2009) investigaram a perspectiva de

familiares de pessoas com AN e BN. A revisão evidenciou a importância do reconhecimento do transtorno e de suas repercussões no contexto familiar, o que inclui a reorganização do núcleo familiar da pessoa acometida. O sentimento de impotência foi predominante entre os familiares. Os resultados indicaram a presença de comprometimento do funcionamento familiar, que distorce a comunicação e modifica as atitudes e comportamentos entre os membros da família.

Outro estudo de revisão, que incluiu 29 artigos publicados no período de 2012 a 2018, corroborou a existência de estreita associação entre sintomas de TAs e os padrões de relacionamento preponderantes nas famílias. Os dados apontaram que a etiologia dos transtornos é multifatorial, sendo a relação mãe-filha um dos aspectos mais proeminentes, que parece atuar tanto como fator precipitador como mantenedor dos sintomas nos quadros de anorexia. Padrões rígidos de interação familiar representam risco potencial para manutenção dos TAs e a síntese dos resultados destacados pelas pesquisas reforça a necessidade de inclusão dos familiares e de outras redes de apoio social no contexto do tratamento (Siqueira et al., 2020).

Coordenadora: e como vocês lidam com essa exacerbação da agressividade dela nessa época de provas?

Pai da Ariela: normal, assim, como a gente lidava antes. Não tem nada a mais, nada a menos do que a gente fazia anteriormente. Como era feito? *A gente está aprendendo*, entendeu? É aquela coisa assim de participar, estar junto, estar olhando. Mas tem que vigiar, estar junto, mas ela tem que perceber que a gente está tentando ajudar... Estar junto! Eu percebo que a Ariela tem uma necessidade muito grande de conversar, entendeu? De contar as coisas, de colocar, porque ela fala demais! Ela...

Mãe da Ariela: justamente! Eu nem te conto! [expressão de cansaço] Acho que eu não preciso nem falar!

Pai da Ariela: ela está lá embaixo agora. Eu tenho a impressão de que ela está conversando com todo mundo! Porque, *agora, ela já aprendeu a falar do problema*, e aprendeu a falar, principalmente, para as outras que estão começando, ela fala mesmo, entendeu? Até para pessoas estranhas já está começando a conversar, quando tem

uma certa amizade. Ela só não conseguiu ainda falar para o namorado dela, tá certo?

Coordenadora: ainda não conseguiu falar com o namorado?

Interessante aproximar essas duas falas, que parecem ser complementares: “A gente [ele, pai, e a esposa] está *aprendendo*” e “Porque, agora, ela [a filha] já *aprendeu* a falar do problema”. A experiência da doença, a despeito do evidente sofrimento e dor que acarreta, involucra também um aspecto de aprendizado, de aquisição de novas habilidades socioemocionais, segundo a percepção dos pais cujas filhas encontram-se em atendimento há mais tempo. Deve-se ressaltar que elas são percebidas frequentemente como irascíveis, geniosas, indóceis, incorrigíveis, rebeldes e impulsivas.

Mãe da Ariela: nós também *não queremos que isso saia da nossa boca!* Não sei, o namorado deve ter percebido alguma coisa diferente, mas não sabe a gravidade da coisa, nem os limites dela. Mas nesse período está normal. Normal! Dentro da normalidade! Um dia a mais, um dia normal! [expressão de alívio] Sem problema nenhum! De certo, a gente procura, se for preciso, falar alguma coisinha, falar, respeitar... Poxa, por que, né, é falta de educação a pessoa estar no telefone, e a outra pessoa gritar no telefone [porque está incomodada]! Esse é um tipo de coisa assim, né, que terminou a gente falando pra ela, mas não adianta nada, porque na próxima vai acontecer do mesmo jeito, e tudo bem. Então, você vê que ela explode, né? Ela não consegue segurar aquele ímpeto de nervosismo.

Segundo Oliveira-Cardoso e Santos (2014), a avaliação psicológica de pacientes com TAs evidencia prejuízos no funcionamento emocional, com uma desregulação dos mecanismos de controle eficiente dos impulsos. Por não suportarem os estados de ansiedade decorrentes do descontrole e da deficiência de modulação dos afetos, as pacientes denegam seus impulsos, gerando uma instabilidade emocional que dificulta a elaboração adequada dos conflitos. O comprometimento psíquico evidenciado justifica a necessidade de acompanhamento psicoterapêutico, conjugado com reabilitação nutricional.

Prosseguiremos acompanhando mais alguns movimentos do encontro grupal:

Coordenadora: o Senhor...

Pai da Ariela: e na escola também... Outra coisa interessante, na sala de aula também, as amigas, de vez em quando, e a gente percebe que eles têm uma briguinha com ela lá porque eu acho que ela excede, entendeu? Querendo mostrar que sabe mais, ou alguma coisa assim. Sei lá o que que é. A gente percebe que existe. De vez em quando ela chega perguntando para a mãe, né: “Ah, a fulana falou que eu pergunto demais, outra falou que eu faço muita pergunta!”. Porque, no fundo, eu acho que ela faz alguma pergunta, já sabendo um pouco da resposta. Acho que ela faz só para mostrar que sabe, imagino eu.

Mãe da Ariela: para testar o professor.

Pai da Ariela: não é testar, não. Eu acho que ela pergunta, mas ela sabe exatamente o que poderia ser respondido. Então, eu percebo isso nela, sabe?

Coordenadora: e vocês já pensaram que ela pode fazer isso para compensar o problema? Porque os outros talvez não vejam que ela tem...

Pai da Ariela: eu creio que sim. Eu creio que sim! Eu acho que isso é uma compensação, uma maneira de se sobressair, por *aquilo que tem na cabeça dela, e que ela tem de ruim*, entendeu? *O que ela tem de ruim na cabeça dela?* Que ela imagina que ela é feia demais, imagina que é gorda demais, então, sei lá. Eu acho que isso ela quer compensar, por esse outro lado.

Para Lane (2002), os sintomas de TAs, que incluem jejum prolongado, seguido ou não de manobras purgativas e comportamentos de automutilação, teriam uma função catártica e autopurificadora, na medida em que cumprem uma função de modular estados de ansiedade, tensão sexual, raiva ou vazio interno, e de quebra provocam uma sensação quase física de alívio imediato dos excessos pulsionais.

Mãe da Ariela: [O peso dela] está variando muito, porque ela gasta muita energia, porque ela dança muito, ela anda muito a pé. Ela não tem paciência de esperar o ônibus. Então, se ela tiver

esperando o ônibus e demora 10 minutos, ela já larga e vai embora a pé. Então, não tem jeito de ela pegar peso, o pouquinho que elaingere, ela gasta! Ela perde muita energia, então, está difícil. [...] quando ela toma a medicação, ela se alimenta melhor, então, ela fica menos ansiosa.

No modelo de grupo multifamiliar apresentado, um dos pressupostos que sustentam a intervenção é a valorização do contexto familiar como agente promotor de práticas de cuidado e atenção à saúde. Investir no acolhimento das necessidades emocionais dos familiares é congruente com a literatura, que aponta que a qualidade dos relacionamentos familiares é fator protetivo para os problemas de comportamento alimentar (Lampis et al., 2014). Desse modo, a oferta de um espaço de escuta aos familiares, além de fornecer amparo às angústias e continência para os excessos produzidos pelas experiências aflitivas, tem como propósito estratégico auxiliá-los a reorganizar seus papéis como cuidadores, com a possibilidade de descobrirem maneiras mais saudáveis de lidarem com os desafios de cuidar do membro familiar adoecido. Também se torna uma arena propícia para compartilhar recursos, debater ideias e questionar padrões e estereótipos disseminados na cultura contemporânea, que privilegiam determinados valores e crenças associados à forma e peso corporal, como o culto ao corpo esbelto como símbolo de felicidade e aceitação social (Santos et al., 2015).

A necessidade de pertencimento é acentuada na sociedade contemporânea. A experiência de não se estar em conformidade com os padrões valorizados gera processos de adoecimento, que agravam os sentimentos de exclusão (Leonidas & Santos, 2017). Nessa perspectiva, a instrumentalização dos grupos na saúde representa uma reserva de atendimento humanizado que pode revigorar as condições facilitadoras dos processos de cura. Tendo por horizonte a promoção da saúde mental, a inclusão da família no cenário de cuidados de pacientes com TAs tem se mostrado uma valiosa ferramenta terapêutica. Mas, para ser uma estratégia realmente exitosa, deve possibilitar que o núcleo familiar se sinta amparado e se torne verdadeiramente aliado da equipe interdisciplinar nos esforços empreendidos na busca da reabilitação psicológica e nutricional do(a) paciente.

Considerações finais

Neste relato buscamos destacar, com base nos resultados decantados da experiência clínica de duas décadas de atendimento em um serviço de TAs, o dispositivo grupal como epicentro de processos de transformação psíquica, de abertura de novas perspectivas e possibilidades de ressignificação de crenças e atitudes, de reinvenção de formas cristalizadas de vinculação e de padrões tóxicos de convivência familiar. No modelo apresentado, o manejo da intervenção grupal é baseado no acolhimento e na potencialização dos cuidadores familiares como agentes de mudança, considerando as possibilidades e limites do contexto institucional no qual o grupo multifamiliar se desenvolve. Também consideramos que, para que esse modelo seja bem-sucedido, os familiares envolvidos devem se engajar em uma tarefa grupal comum: aprender novas formas de cuidar das necessidades emocionais de seus/suas filhos(as), ao mesmo tempo em que cuidam um do outro e de si próprios.

A literatura evidencia que o sistema familiar de pessoas diagnosticadas com TAs é conturbado e que os cuidadores familiares se sentem desmoralizados e descompensados frente à sobrecarga imposta pelas exigências do cuidar. Como pudemos perceber nas vinhetas clínicas apresentadas, é enorme o desgaste de lidar cotidianamente com um(a) filho(a) com sintomas recorrentes e refratários a qualquer abordagem razoável. Nesse sentido, o grupo também funciona como um espaço que permite aos membros voltarem seu olhar para si próprios, buscando (re)conhecer suas próprias necessidades de se cuidarem, o que pode revigorar sua autoconfiança e fortalecer a autoestima abalada. Além do compartilhamento do estoque de recursos pessoais, nota-se que para alguns integrantes o grupo parece funcionar como espaço privilegiado para a renovação de esperanças e melhoria da qualidade de vida. Nesse contexto, o coordenador emerge como o *fiador dos anseios e da esperança* do grupo, ao buscar, por meio do manejo das situações de conflito emergentes, incrementar a coesão grupal e iluminar possibilidades de desenvolver recursos criativos e fazer uso de defesas mais maduras e integradoras do Ego.

Este capítulo focalizou uma experiência exitosa de intervenção implementada há 20 anos junto a um serviço de referência nacional no tratamento dos TAs. Desde o início de sua implementação, esse modelo tem se mostrado apropriado para o propósito a que se destina, contribuindo ainda com o processo de formação de estudantes de psicologia e medicina, que atuam no serviço em diversas posições: como estagiários, observadores e eventuais co-coordenadores do grupo, ou inseridos no grupo de pacientes, que ocorre paralelamente ao dos familiares, além de atuarem como psicoterapeutas e participarem das reuniões de equipe. Importante frisar que esse trabalho é desenvolvido no cenário de um hospital-escola, instituição pública de referência no país em pesquisa e formação médica, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Como tal, a experiência relatada pode inspirar o processo de formação técnico-científica de novos profissionais de saúde, com o diferencial da valorização da grupalidade.

Referências

- Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Parks, M., Cuellar-Flores, I., & Graell, M. (2016). The relationship between dysfunctional family patterns and symptom severity among adolescent patients with eating disorders: A gender-specific approach. *Women & Health*, 56(6), 695-712.
- Attili, G., Di Pentima, L., Toni, A., & Roazzi, A. (2018). High anxiety attachment in eating disorders: intergenerational transmission by mothers and fathers. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28, e2813.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., & Jantscheck, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 118-123.
- Bighetti, F., Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2006). Grupo de orientação clínico-nutricional a familiares de portadores de transtornos alimentares: Uma experiência “GRATA”. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 410-414.
- Campos, L. K. S., Sampaio, A. B. R. F., Garcia Jr., C., Magdaleno Jr., M., Battistoni, M. M. M., & Turato, E. R. (2012). Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa:

- Implications for treatment and prognosis. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(1), 13-18.
- Cobelo, A. W., & Gonzaga, A. P. (2012). The mother-daughter relationship in eating disorders: the psychotherapy group of mothers. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(3), 657-667.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 184-187.
- Contel, J. O. B., & Villas-Boas, M. A. (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(4), 225-230.
- Costa, L. R. S., & Santos, M. A. (2016). Cuidado paterno e relações familiares no enfrentamento da anorexia e bulimia. Em: D. Bartholomeu, J. M. Montiel, A. A. Machado, A. R. Gomes, G. Couto, & V. Cassep-Borges (Orgs.), *Relações interpessoais: Concepções e contextos de intervenção e avaliação* (pp. 253-279). São Paulo: Vetor.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Percepção de familiares sobre a anorexia e a bulimia: Revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 707-716.
- Goulart, D. M., & Santos, M. A. (2012). Corpo e palavra: Grupo terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 17(4), 607-617.
- Goulart, D. M., & Santos, M. A. (2015). Psicoterapia individual em um caso grave de anorexia nervosa: A construção da narrativa clínica. *Psicologia Clínica*, 27(2), 201-227.
- Kreling, D. B., & Santos, M. A. (2005). Anorexia nervosa: Um relato de atendimento clínico realizado em contexto multidisciplinar. Em: M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 143-161). São Paulo: Vetor.
- Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation and autoerotism: The spider mother. *The Psychoanalytic Review*, 89(1), 101-123.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2013). Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 561-571.

- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: An integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2015a). Relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2), 181-191.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2015b). Family relations in eating disorders: The Genogram as instrument of assessment. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1435-1447.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2017). Emotional meanings assigned to eating disorders: Narratives of women with anorexia and bulimia nervosa. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-13.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2020). Symbiotic illusion and female identity construction in eating disorders: A psychoanalytical psychosomatics' perspective. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23(1), 84-93.
- Leys, C., Kotsou, I., Goemanne, M., & Fossion, P. (2017). The influence of family dynamics on eating disorders and their consequence on resilience: A mediation model. *The American Journal of Family Therapy*, 45(2), 123-132.
- Lyke, J., & Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*, 14(4), 497-499.
- Manochio, M. G., Santos, M. A., Valdanha-Ornelas, É. D., Santos, J. E., Dressler, W., & Pessa, R. P. (2020). Significados atribuídos ao alimento por pacientes com Anorexia Nervosa e por mulheres jovens eutróficas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(2), 120-131.
- Moura, F. E. G. A., Santos, M. A., & Ribeiro, R. P. P. (2015). A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 233-247.
- Mushquash, A. R., & Sherry, S. B. (2013). Testing the perfectionism model of binge eating in mother-daughter dyads: A mixed longitudinal and daily diary study. *Eating Behaviors*, 14(2), 171-179.
- Narvaz, M. G. (2010). Grupos multifamiliares: História e conceitos. *Contextos Clínicos*, 3(1), 1-9.

- Nicoletti, M., Gonzaga, A. P., Modesto, S. E. F., & Cobelo, A. W. (2010). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 217-223.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2012). Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: Indicadores do método de Rorschach. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(1), 159-174.
- Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2014). Psicodinâmica dos transtornos alimentares: Indicadores do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Psico-USF*, 19(2), 209-220.
- Oliveira-Cardoso, E. A., Von Zuben, B. V., & Santos, M. A. (2014). Quality of life of patients with anorexia and bulimia nervosa. *Demetra: Food, Nutrition and Health*, 9(Supl. 1), 329-340.
- Oliveira-Cardoso, E. A., Valdanha-Ornelas, E. D., Leonidas, C., Pessa, R. P., Santos, J. E., & Santos, M. A. (2018). Assistência em transtornos alimentares como parte do itinerário formativo do aluno de Psicologia: Aprendizado em equipe interdisciplinar. In L. C. S. Elias, C. M. Corradi-Webster, E. A. Oliveira-Cardoso, S. D. Barreira, & M. A. Santos (Orgs.), *Formação profissional em psicologia: Práticas comprometidas com a comunidade* (pp. 82-108). Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Palma, R. F. M., Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2013). Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: A experiência de um serviço especializado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 31-37.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006). Contribuições do Desenho da Figura Humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 361-370.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2011). Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *Psico-USF*, 16(2), 185-192.
- Rosa, B. P., & Santos, M. A. (2011). Comorbidade entre bulimia nervosa e transtorno de personalidade *borderline*: Implicações para o

- tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 268-282.
- Santos, M. A. (2006). Sofrimento e esperança: Grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 386-402.
- Santos, M. A., Garcia, R. W. D., & Liotino-Santos, M. (2015). A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. *Demetra*, 10(4), 761-774.
- Santos, M. A., Leonidas, C., & Costa, L. R. S. (2016). Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: A experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(3), 43-58.
- Santos, M. A., Oliveira, E. A., Moscheta, M. S., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E. (2004). Mulheres plenas de vazio: Os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*, 1(1), 46-51.
- Santos, M. A., Oliveira, V. H., Peres, R. S., Risk, E. N., Leonidas, C., & Oliveira-Cardoso, E. A. (2019). Corpo, saúde e sociedade de consumo: A construção social do corpo saudável. *Saúde & Sociedade*, 28(3), 239-252.
- Santos, M. A., Scorsolini-Comin, F., & Gazignato, E. C. S. (2014). Aconselhamento em saúde: Fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(3), 393-403.
- Santos, M. A., Silva, L. M., Oliveira, E. A., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E. (2005). Psicoterapia de apoio como instrumento auxiliar de atendimento a pacientes com anorexia nervosa. Em: M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 333-350). São Paulo: Vetor.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2012). Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: Análise crítica do conhecimento produzido. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(Supl.), 851-863.
- Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V. E., & Santos, M. A. (2010). A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 467-478.

- Sicchieri, J. M. F., Santos, M. A., Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2007). Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: Resultados após a alta hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(1), 68-75.
- Siqueira, A. B. R., Santos, M. A., & Leonidas, C. (2020). Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia Clínica*, 32(1), 123-149.
- Sopezki, D., & Vaz, C. E. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 12(2), 267-275.
- Souza, A. P. L., Valdanha-Ornelas, É. D., Santos, M. A., & Pessa, R. P. (2019). Significados do abandono do tratamento para pacientes com transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e188749, 1-16.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007a). A família e os transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 403-409.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007b). *Anorexia e bulimia: Conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-326.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 15(2), 285-294.
- Souza, L. V., Moura, F. E. G. A., Nascimento, P. C. B. D., Lauand, C. B. A., & Santos, M. A. (2013). O atendimento à família no tratamento dos transtornos alimentares: Um relato de experiência. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 22(45), 47-57.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013a). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013b). Influência familiar na anorexia nervosa: Em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233.
- Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. D., Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos:

- Psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares. *Revista da SPAGESP*, 15(2), 94-108.
- Valdanha-Ornelas, E. D., & Santos, M. A. (2016a). O percurso e seus percalços: Itinerário terapêutico nos transtornos alimentares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 169-179.
- Valdanha-Ornelas, E. D., & Santos, M. A. (2016b). Family psychic transmission and anorexia nervosa. *Psico-USF*, 21(3), 635-649.
- Valdanha-Ornelas, E. D., & Santos, M. A. (2017). Transtorno alimentar e transmissão psíquica transgeracional em um adolescente do sexo masculino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 176-191.
- Wright, K. M. (2015). Maternalism: A healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 431-439.
- Wright, K. M., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: A study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107-115.

Psicoterapia psicanalítica de grupo com alcoolistas e drogaditos

Silvia Brasiliano, Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento, Livia Maria
Amaral de Brito, Patricia Ely

Contexto histórico

A história da psicoterapia de grupo com alcoolistas e drogaditos data de aproximadamente 100 anos atrás. Uma das primeiras iniciativas foi a de Metzel, que desenvolveu um método de aconselhamento para alcoolistas (Bechelli & Santos, 2004). Contudo, sem dúvida alguma, foi o surgimento dos grupos de alcoólicos anônimos, em 1935, que impulsionou e popularizou essa forma de abordagem. Embora ligados ao Cristianismo e consoantes com as tendências morais da época (ainda que o alcoolismo tenha sido definido como doença em meados do século XVIII, nessa época ainda havia relutância em encará-lo como pertencente ao campo da saúde, percebendo-o como uma questão da moral e dos bons costumes), sua conceituação do alcoolismo como doença e sua proposta baseada no encontro, na troca de experiências e no respeito ao indivíduo introduziram mudanças que vão influenciar o tratamento para os alcoolistas e drogaditos até os dias de hoje. Ainda que sejam grupos de trabalho leigos, o enorme sucesso alcançado com muitos pacientes no que diz respeito à abstinência, teve como consequência sua rápida difusão no mundo e sua progressiva incorporação aos programas terapêuticos. Em outras palavras, podemos dizer que a clínica psicológica com alcoolistas e drogaditos desenvolveu-se a partir do pressuposto que considerava fundamental a dinâmica grupal na intervenção (Brasiliano, 2008).

Hoje em dia, a psicoterapia de grupo é uma das modalidades terapêuticas mais amplamente utilizadas no tratamento de dependentes de substâncias psicoativas. Mais além, costuma ser sugerida como terapêutica de escolha para estes pacientes, independentemente de qual seja a

abordagem utilizada (Brasiliano, 1997; Lima & Fuks, 2006). Pode-se dizer que as psicoterapias de grupo são tantas quantas são as formulações teóricas existentes, os métodos grupais, as metas de trabalho e a orientação de cada psicoterapeuta (Brasiliano, 1997).

O desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica de grupo com alcoolistas e drogaditos foi marcado por inúmeros fatores e obstáculos que atravessaram o seu caminho. Uma primeira barreira foi um clássico estudo de Vaillant nos anos 80, cujos resultados apontaram que a psicanálise convencional e intensiva era ineficaz, quando não contraindicada com esses pacientes (Vaillant, 1981). Investigações posteriores que sustentaram essa afirmativa, o progressivo abandono da psicanálise como base para a psiquiatria e a sua substituição pela fundamentação objetiva fenomenológica contribuíram para a pouca aplicabilidade da psicanálise no campo da dependência de substâncias psicoativas.

Outra fonte de dificuldades foi a própria instituição psicanalítica oficial. Até os anos 90 pode-se dizer que a psicanálise era a grande ausente no campo das drogadições e os pacientes drogaditos eram os grandes ausentes no campo da clínica psicanalítica (Brasiliano, 2008). É fato que os grandes mestres da psicanálise se ocuparam muito pouco da dependência de álcool e de outras drogas e que através dos anos a relutância ou mesmo a recusa de muitos psicanalistas a aceitarem drogaditos em análise dificultou muito a formulação de hipóteses sólidas e consistentes sobre o tema. Durante muito tempo, a instituição psicanalítica oficial mostrou-se bastante crítica, quando não cética, quanto ao desenvolvimento de novas concepções advindas de sua teoria ou quaisquer tentativas ou propostas de rearticulação de sua técnica, como as requeridas por estes pacientes.

Uma barreira importante e que, em certo sentido, se mantém até hoje é o questionamento de quais seriam os objetivos de uma psicoterapia psicanalítica de grupo e se essa modalidade não seria meramente adaptativa à realidade. De acordo com Lima e Fuks (2006), esse questionamento baseia-se nos trabalhos iniciais com técnicas grupais realizados em períodos críticos, como, por exemplo, as guerras, quando era fundamental atender a muitos pacientes, com diferentes patologias e havia necessidade de adaptar-se à realidade das situações emergentes e

curar rapidamente os soldados. Para esses autores a resposta a essas indagações conduz à pergunta de por que trabalhamos com grupos: será por que são muitos os pacientes, ou por que julgamos que seus resultados sejam equivalentes aos da análise individual? Infelizmente não é raro escutarmos teóricos e clínicos afirmando que a psicoterapia de grupo é boa porque trata de muitas pessoas simultaneamente, com um só técnico, barateando e otimizando os serviços de saúde mental. Além disso, entre muitos psicanalistas parece persistir a ideia de que essa prática não tem o *status* de uma “verdadeira análise” e que, portanto, seus resultados seriam inferiores e só superficiais (Zimerman, 2000).

A prática psicanalítica dirige-se à singularidade do indivíduo e tem como uma de suas premissas fundamentais o respeito à autonomia do sujeito. Objetar que a abordagem psicanalítica seja adaptativa à realidade somente por ser em grupo é desconhecer seus grandes eixos conceituais. Essa atitude crítica parece ser fruto de preconceitos e da falta de experiência clínica (e pessoal) de muitos autores e psicoterapeutas com essa modalidade (Lima & Fuks, 2006). Em 1997, Zimerman já nos dizia que, embora existam muitas diferenças entre a análise individual e grupal, “Não me resta dúvida quanto à possibilidade relativa à obtenção de resultados autenticamente psicanalíticos com evidentes transformações caracterológicas e estruturais do psiquismo do sujeito [em psicoterapia analítica de grupo]” (Zimerman, 1997, p. 127).

Anos mais tarde, esse mesmo autor elencou 13 tópicos que no curso de uma psicanálise grupal podem representar alguma vantagem sobre a individual (Zimerman, 2003). A saber: (1) perceber mais claramente a íntima e indissociável interrelação entre indivíduo e grupo; (2) observar mais nitidamente os fenômenos da especularidade resultantes das identificações projetivas e introjetivas; (3) evidenciar os lugares, funções e papéis que cada indivíduo assume em relação aos outros; (4) observar as várias combinações entre papéis designados e assumidos; (5) reconhecer e ressignificar a estereotipia de lugares e papéis; (6) observar a normalidade e a patologia da comunicação; (7) função do grupo como continente para pacientes com quadros mais graves, como, por exemplo, a drogadição; (8) psicoterapeuta como modelo de identificação; (9) criar a oportunidade para que o paciente possa ajudar o outro e assim fazer “reparações verdadeiras”;

(10) favorecer os distintos aspectos do vínculo de reconhecimento: reconhecer em si próprio o reprimido e o latente, reconhecer o outro como um sujeito diferente de si, ser reconhecido a outras pessoas, e aceitar que todo indivíduo precisa ser reconhecido pelo outro; (11) observar de forma mais clara: as identificações coletivas, o complexo fraterno e as fantasias compartilhadas; (12) favorecer o desenvolvimento da “função psicanalítica da personalidade”; e (13) desenvolver as funções de reconhecimento dos significados da existência dos outros; possibilitar ressignificações, de identificações, transformações no exercício de papéis, reconstrução do desagregado familiar e favorecer as reparações recíprocas. Como veremos a seguir, todas essas características são especialmente relevantes na abordagem dos pacientes alcoolistas e drogaditos designando à psicoterapia psicanalítica grupal um lugar de destaque na abordagem clínica desses quadros.

A abordagem psicanalítica no contexto da drogadição

Para nos aprofundarmos na questão psicoterapêutica é necessário inicialmente pensarmos o que, a partir do referencial psicanalítico, entendemos por drogadições.

A clínica das adições passou a ser muito prevalente no final do século passado. As histéricas com suas conversões, os neuróticos obsessivos com sua vida de dúvidas e culpas pareciam ter cedido lugar a apresentações psicopatológicas diversas: drogadições, transtornos alimentares (anorexia e bulimia), quadros psicossomáticos, entre outros. Se é claro que essas não eram patologias novas, o que impressionava era o enorme protagonismo social que elas estavam assumindo.

Na tentativa de entender essa quase epidemia, um primeiro olhar volta-se para o social. Não há como pensar o ser humano fora da sua época (Rojas & Sternbach, 1997). Embora a singularidade de cada indivíduo não possa ser reduzida a uma cópia das relações que o incluem e o atravessam, as manifestações sintomáticas não são alheias à cultura. A drogadição, os transtornos alimentares, os quadros compulsivos são sintomas do nosso tempo. Por mais intrigante que possam ser os drogaditos, as anoréxicas, os obesos não são desviantes, mas sim emergentes do que se

convencionou chamar de sociedade pós-moderna (Brasiliano & Hochgraf, 2010).

No mundo contemporâneo ocidental testemunhamos a emancipação do indivíduo em detrimento da vivência do coletivo. A crença na autossuficiência, no direito de ser absolutamente si mesmo, de aproveitar a vida ao máximo, são marcas de uma sociedade regulada pela ideologia do individualismo (Lipovetsky, 2005). Essa exaltação ao narcisismo, associada ao enfraquecimento da confiança nas instituições, colocam em falência as funções intermediárias (Kaës, 2003), fundamentais para a constituição das fronteiras do psiquismo e para a integração das pulsões no espaço psíquico e social. A pane das instâncias de apoio levaram o sujeito da modernidade à sensação de impotência e trazem como efeito a confusão entre ação e representação.

Para combater esse sofrimento e estado de vulnerabilidade, o indivíduo da atualidade é transformado em mero consumidor e obrigado, para aliviar seu encontro com o insuportável, a recorrer a soluções rápidas e que estão ao alcance das mãos como, por exemplo, drogas, compras e alimentação. Esse expediente levou diversos autores a nomear essas novas formas clínicas, entre elas as drogadições, os transtornos alimentares, os quadros psicossomáticos e compulsivos, como patologias do narcisismo, do desamparo ou do vazio (Rojas, 1996).

Além disso, o sistema capitalista, ao propor que seus consumidores possam se relacionar com os objetos de desejo sem mediações ou obstáculos, propaga a crença de que existe um meio concreto de alcançar a felicidade. Ter e consumir passam a ser as palavras de ordem para atingir a plenitude, o que é plenamente reforçado na atualidade por seus inúmeros objetos à disposição, todos prometendo preencher o vazio e curar qualquer sofrimento. A vivência é que qualquer mal-estar deve sempre ser medicado ou eliminado e para isso a drogadição entra como esse recurso mágico que alivia as dores da alma.

No entanto, essa dinâmica transforma a drogadição em uma espécie de escravização. O próprio significado da palavra adição já esclarece bem o que acontece. Adição provém do latim *additum* que, como apontam Kalina e Kovadloff (1983, p. 24), “nos tempos da República Romana designava o homem que, para pagar uma dívida, se convertia em

escravo por não dispor de outros recursos para cumprir o compromisso contraído”. *Addictum* era, então, aquele que renunciava a sua identidade e colocava-se como submisso, por não ter, por vontade própria ou por causas fortuitas, sabido cuidar do que era seu. Ele era o homem que se forçava e era forçado a assumir uma identidade inferior à sua, absolutamente desconhecida, mas que lhe permitia um lugar social (Kalina & Kovadloff, 1983).

Como as outras patologias do vazio, a drogadição não é derivada dos conflitos entre as pulsões, as defesas e as ameaças do Superego, do recalcado, mas sim daquilo que não pode ser constituído e simbolizado. O que a caracteriza são falhas na constituição da subjetividade que não encontra apoios e lugares de sustentação que permitam o seu desenvolvimento. A relação com o objeto é da ordem da demanda, da satisfação imediata de necessidades. Não há tolerância à frustração e à espera, porque essas remetem a uma realidade sentida como insuportável, já que sua marca é um enorme vazio. Como é grande a dificuldade de suportar as representações ligadas aos afetos perturbadores, a descarga do agir prevalece ali onde a linguagem falha. Como a angústia mobilizada só pode ser expressa em atuações, a única garantia contra o desamparo é a incorporação e o preenchimento, pois não há acesso à elaboração (Brasiliano, 2003; Brasiliano & Hochgraf, 2010; Uchitel, 2002).

Compreendemos que angústias dessa ordem podem ser mais bem colocadas em trabalho a partir da mobilização do aparelho psíquico do outro, na restauração dessa dimensão intersubjetiva em pane, na qual o sujeito se vê confrontado com o vazio. Ao funcionar como espaço de uma nova modalidade de interrelação, o grupo pode trazer as experiências de restauração destas instâncias de apoio em falência em nossa sociedade (Kaës, 2003).

É importante termos claro que a drogadição se dá na relação que o indivíduo estabelece com álcool ou com as drogas, ou seja, essas substâncias sozinhas não são as responsáveis pela situação do paciente. Ao contrário, pressupõe-se um sujeito ativo, que busca, usa e perde o controle sobre as substâncias, tornando-se um alcoolista ou drogadito (Laufer, 1990). Dessa forma, o entendimento se dá a partir do sujeito em uma relação dialética, onde se é verdade que não existe drogadição sem uma

droga, por um lado, não é essa dependência que vai definir o sujeito. Assim, a droga não vai atacar qualquer indivíduo independentemente de quem ele seja, o que deseja ou que conflitos tenha. A drogadição envolve a globalidade do sujeito em um inter-relacionamento intrincado e variável para cada um que, se por um lado, não permite inferir necessariamente uma psicopatologia subjacente a qualquer drogadição, por outro, aclara que a categoria dos drogaditos como um grupo é composta por indivíduos com realidades psíquicas muito diferentes entre si (Bittencourt, 1993; Brasiliano, 1997; Inem, 1993; Silveira Filho, 1995).

Do ponto de vista psicanalítico a drogadição é um sintoma e cabe a nós, enquanto psicanalistas, poder buscar e apreender o sentido da droga na vida de cada indivíduo (Silveira Filho, 1995), para que ele possa “(...) transmutar o que se manifesta na ordem do *corpo* em *palavra*, o que permite inscrever o sofrimento no plano psíquico” (Santos, 2007, p. 6).

Objetivos da abordagem psicanalítica grupal no contexto da drogadição

O objetivo da abordagem psicanalítica grupal com alcoolistas e drogaditos é o de criar um espaço de reflexão onde o indivíduo possa buscar o sentido de suas próprias vivências para encontrar uma resposta diferente, que não o uso de drogas, para transformar a sua realidade (Brasiliano, 1997). Dessa forma, o terapeuta não se coloca como autoridade sobre as drogas, que sabe, entende e conhece e está lá para ensinar: sua meta não é simplesmente a remoção do sintoma. Ao contrário, seu lugar é de quem não sabe, mas está aberto a escutar e conhecer. O dependente também não é encarado como vítima do álcool e das drogas, mas como um sujeito que pode tornar-se “agente da própria ‘cura’, ou seja, um sujeito ativo que assume sua necessidade de tratar-se e passa a mobilizar recursos nessa direção” (Santos, 2007, p. 6).

Essa não é uma tarefa fácil, nem simples, pois é justamente da vivência de sua realidade psíquica que a droga protege o dependente. Essa realidade é sentida como frágil e dolorosa e a angústia é de aniquilamento, destruição e morte. A droga funciona como uma garantia permanente de que o sujeito não será confrontado com seu desamparo pela exaltação e grandiosidade do Ego que seu uso provoca (Kalina & Kovadloff, 1983). Abster-se dela remete o drogadito à sua problemática inicial e ao inevitável

confronto com a experiência do vazio, agora acrescida do desespero e da impotência frente à constatação que a solução drogaditiva falhou (Brasiliiano, 1997; Silveira Filho, 1995).

A chegada ao tratamento ocorre em um momento em que algo da ordem de um fracasso instala-se na relação do sujeito com a droga. Na maior parte das vezes essa crise não é da natureza de um conflito angustiado, de uma profunda reflexão sobre si mesmo e sua vida, o que significa, portanto, que ainda não há lugar para muitas elaborações. Trata-se somente de uma ameaça física (doença), psíquica (estado de desespero, sensação de vazio ou abandono) ou social (exposição a situações de risco, perda de emprego, violência doméstica, ameaça de perda da guarda dos filhos) que mobiliza o dependente. Nesse sentido, nem sempre o desejo do drogadito é de “curar-se” ou mesmo de reestruturar a sua vida, mas sim de livrar-se da ameaça ou reequilibrar a relação prazerosa, a lua de mel com a droga que foi perdida (Olievenstein, 1983). Geralmente apresentam-se como vítima das circunstâncias e ainda não se dispõem a procurar entender ou a modificar o sofrimento que o uso de drogas lhes traz. A negação, a projeção e a racionalização funcionam como mecanismos de defesa fundamentais, pois operam como uma forma de proteção contra a percepção da dependência e de seus significados (Brasiliiano, 1997).

Na psicoterapia de grupo a experiência com outros indivíduos com a mesma realidade permite o desmonte dessa forma de resistência. “Inverdades”, como nomeiam Lima e Fuks (2006), que facilmente são usadas com familiares, amigos e mesmo com os profissionais de saúde são rapidamente decodificadas e confrontadas, o que permite mais facilmente o acesso à vivência psíquica. Além disso, muitas vezes, o que o paciente encontra muita dificuldade em expressar em uma análise individual (as falas parecem se restringir a “eu uso e pronto!”, “fica vazio quando não se usa”, “não me ocorre nada”, “não tenho o que falar”), flui livremente quando ele está em grupo. Ouvir os outros falarem pode diminuir a inibição e despertar associações favorecendo com que, mesmo pessoas muito quietas, mostrem-se falantes e colaborativas, se dando a conhecer mais facilmente (Silveira, 2013).

No início do trabalho de grupo, o tema que costuma tomar boa parte das sessões ainda é sobre o uso das drogas, sem muito espaço para um aprofundamento reflexivo. O discurso dominante ainda é reduzido ao dueto abstinência *versus* recaída (Brasiliano, 1997). Nesse momento a história pessoal ainda se confunde com a história do uso de drogas. Percebe-se também um distanciamento defensivo da realidade como uma negação parcial do sofrimento decorrente da relação alienante com a droga.

A partir do momento em que um dependente passa a experimentar outra relação com a droga, uma parte considerável do trabalho psicoterapêutico será fornecer apoio e suporte narcísico. Reconhecer e valorizar qualidades; avaliar positivamente pequenos passos; ajudar na aprendizagem do autocuidado; auxiliar o lidar com situações críticas protegendo-se, são tarefas essenciais que encontram muitas oportunidades na psicoterapia de grupo. Além do terapeuta, o grupo também oferece um ótimo espaço para que os pacientes possam se ajudar mutuamente. Como diz Zimerman (2003), esse movimento é certamente importante, especialmente para os indivíduos bastante regredidos, como é o caso de muitos drogaditos, pois pode possibilitar uma verdadeira experiência de reparação, através da consideração, da preocupação e do cuidado com os outros.

A psicoterapia psicanalítica de grupo com alcoolistas e drogaditos proporciona um espaço de interrelação e de co-associação, que favorece a percepção de si, dos papéis que ocupa e dos traços identificatórios. Simultaneamente, estar em grupo facilita a identificação recíproca e funciona como uma espécie de espelho em que cada um pode se refletir e se ver refletido nos outros integrantes, favorecendo a formulação de alianças e os processos de apoio mútuo. Segundo Silveira (2013, p. 684), “o retorno dos colegas (...) a respeito da própria imagem (...) estimula o investimento próprio e propicia a reconstrução da alteridade ao colocar-se no lugar do outro e do outro colocar-se em seu lugar”.

Lima e Fuks (2006, p. 244) afirmam que o “grupo funciona (...) propondo ao drogado uma não-relação com a droga através da relação com o outro”. Em outras palavras, é através da intersubjetividade que se constrói uma nova subjetividade (Silveira, 2013).

Tendo em vista o quadro traçado, os objetivos da psicoterapia psicanalítica de grupo com alcoolistas e drogaditos são, de forma mais detalhada:

1. entendimento das vivências individuais com foco na dependência;
2. identificação, nomeação e compreensão dos desencadeantes internos para os comportamentos;
3. entendimento do alcance e das limitações da responsabilidade pessoal;
4. busca de respostas alternativas para lidar com os sentimentos de hostilidade, raiva e depressão;
5. separação do mundo interno do mundo externo;
6. ampliação dos recursos pessoais para lidar com os conflitos e com a dor psíquica; e
7. transformação da linguagem sintomática em realidade psíquica ou o agir em possibilidade de expressar com a palavra, pensar e refletir.

As regras nos grupos de psicoterapia no contexto da drogadição

Como alcoolistas e drogaditos costumam distorcer a percepção das situações vividas, estruturando mecanismos defensivos no sentido de adequar a realidade às suas vivências, é essencial estabelecer um contrato para a psicoterapia com regras claras e definidas (Brasiliano, 1997). As regras, como um elemento que compõe o enquadre, podem efetuar uma função de terceiro para o indivíduo e para o grupo, contribuindo para a diferenciação entre o mundo interno e externo (Castanho, 2018) e instaurando um espaço novo sobre o qual podemos ajudar o sujeito a se debruçar.

Oferecer um tratamento com formato regular e estruturado em um *setting* com o mesmo terapeuta, mesma frequência, horário e local, pode ter uma importante função terapêutica ao servir de contraponto à instabilidade psíquica que os drogaditos vivem. Eles costumam ter uma vida sem compromissos ou rotinas, o que pode potencializar a sensação de desorientação mental. Por conta disso a montagem do grupo obedecendo alguns parâmetros, além de possibilitar a formação de

vínculos, também pode proporcionar um sentimento de continência e de pertencimento, que a maioria desses pacientes não vivencia em nenhum outro espaço de suas vidas. Além disso as regras também organizam como essas relações podem se desenrolar, em oposição à desordem dos vínculos que trazem em seus registros.

As regras principais são: (1) data, horário e local; (2) número de participantes; (3) livre-associação de ideias; (4) sigilo; (5) uso de álcool e/ou drogas; (6) tempo de duração do tratamento e alta; e (7) férias do terapeuta.

O sigilo é um tema especialmente importante, principalmente nos espaços institucionais em que atuam equipes multi ou interdisciplinares e que dispõem de salas de espera com parentes que costumam interagir e trocar informações sobre os pacientes. No caso de pacientes mulheres, que na sua maioria absoluta são acompanhadas por mães ou filhas, esse contato na sala de espera, seja motivado por curiosidade ou por tentativa de controle, pode gerar situações delicadas, como interferências no que se passa dentro dos grupos, ocasionando conflitos entre as participantes. A regra do sigilo, se não for bem esclarecida no início do tratamento, pode também dar margem a muitas atuações por parte dos próprios pacientes. O sigilo dos assuntos falados dentro do grupo é diferente do sigilo da equipe, uma vez que algumas questões levantadas durante as sessões precisam ser retomadas e discutidas nas reuniões dos profissionais. Muitos pacientes “esquecem” dessa regra e, através de mecanismos transferenciais pluralizados com os membros da equipe, se queixam dos outros profissionais, como se ignorassem a existência desse momento em que toda a equipe se reúne para discutir os casos e o andamento do ambulatório.

Em relação à composição dos grupos, é muito comum que na instituição os grupos de alcoolistas e drogaditos sejam abertos, ou seja, permitam a entrada e a saída dos pacientes em qualquer momento e que a frequência seja flutuante. É fato que muitas instituições, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estão sobrecarregadas com muitas demandas e sofrem grande pressão para atendimento, o que justifica a existência desse formato de grupos. No entanto, também é possível constatar que os grupos psicoterapêuticos abertos dificultam o

aprofundamento na problemática individual e com frequência ficam limitados às falas sobre uso, recaídas e fissuras. Uma maneira de lidar com essa questão pode ser manter grupos abertos, mas assim que os pacientes puderem formular questões sobre sua vida, ou demonstrarem interesse na reflexão sobre si mesmos, apresentarem condições de se beneficiar de uma psicoterapia analiticamente orientada, eles sejam convidados a participar de grupos de psicoterapia fechados, que certamente apresentam maior efetividade na abordagem da drogadição como sintoma.

Outra questão associada a essa é o tempo de duração da psicoterapia. Hoje em dia a relação custo/benefício em centros de tratamentos públicos gratuitos ocupa um lugar de destaque na discussão e nas ações de saúde mental. Como a pesquisa americana, principalmente, tem se orientado no sentido de favorecer as abordagens objetivas e mensuráveis, como, por exemplo, a teoria cognitivo-comportamental, vários trabalhos têm sido realizados com intervenções breves e menos custosas que a psicoterapia psicanalítica de grupo. As psicoterapias breves de orientação cognitivo-comportamental são muito eficientes para as situações de crise e na consecução do objetivo de abstinência e de sua manutenção, contudo apresentam poucas repercussões efetivas a longo prazo no que diz respeito a mudanças estruturais. A psicoterapia psicanalítica de grupo certamente é mais onerosa, por ter que se desenvolver a médio e longo prazo, mas tem uma efetividade maior ao abordar as angústias, a reestruturação da personalidade e o reposicionamento do indivíduo frente às suas próprias escolhas (Lima & Fuks, 2006). Como forma de lidar com a questão do tempo, uma alternativa que poderia ser muito importante é a psicoterapia breve de orientação psicanalítica. Contudo, a literatura a esse respeito é muito escassa e são raros os trabalhos breves nessa orientação com a população de alcoolistas e drogaditos.

No caso de grupos de adolescentes e jovens adultas, essa questão ganha outro destaque. Quando a terapeuta do grupo é uma mulher, é comum que se estabeleça uma dinâmica transferencial para a qual se deslocam representações e investimentos que revelam funcionamentos hostis de abandono, rejeição e competitividade, oriundos das relações

com suas mães. Geralmente as mães dessas pacientes têm dificuldade de se relacionar amorosamente com suas filhas e os percalços desse vínculo costumam emergir com frequência nas sessões. Portanto, uma escuta sintonizada para essa dinâmica familiar que é revivida no *setting* grupal é imprescindível, tanto para ser aproveitada como material de elaboração, como também para evitar cair em armadilhas transferenciais que podem tornar o vínculo demasiadamente hostil e até inviabilizar o tratamento.

A falta de diálogo entre mães e filhas e com outros membros da família da paciente dependente, além de ser fonte de muita angústia e sofrimento, pode contribuir para o agravamento da dependência. Muitas jovens tiveram envolvimento com as drogas precocemente, o que também favoreceu a prática da prostituição para conseguir as drogas, o envolvimento com tráfico e com pequenos delitos, o que gera uma cascata de acontecimentos com relação direta entre si (Marangoni & Oliveira, 2013).

De acordo com Paz e Colossi (2013), o contexto familiar pode ser considerado como fator de risco e/ou de proteção em relação ao abuso de drogas. Uma família acolhedora, com limites definidos, comunicação adequada, promotora de afeto se apresenta como fator de proteção ao uso de drogas. Ao contrário, uma família com distanciamento afetivo, com dificuldade na comunicação e fronteiras pouco definidas pode favorecer tanto o uso de substâncias, como a manutenção do quadro de dependência. Diante dessas relações conflituosas, dinâmicas familiares inadequadas, marcadas por violência física e psicológica, a psicoterapia em grupo pode funcionar como um dispositivo de resgate, aprendizado e reconstrução desses vínculos.

A questão da homogeneidade nos grupos

Os grupos de psicoterapia no contexto institucional costumam ser semanais com uma hora ou uma hora e meia de duração. Como ocorrem em centros de tratamento para dependência de substâncias psicoativas, sejam em regime de internação ou nos CAPS, em geral, eles são homogêneos quanto à patologia. A questão da homogeneidade que tem sido muito discutida, nesse caso é obrigatória. Muitos críticos veem nesses grupos uma forma de estigmatização, argumentando também que

muitas dificuldades do trabalho psicoterapêutico com esses pacientes devem-se ao fato de todos os indivíduos partilharem a mesma psicodinâmica. No nosso entender, do ponto de vista da psicanálise, a drogadição é um sintoma e como tal deve ser tratado. Como sintoma, não acreditamos que seja exclusivo de uma estrutura mental, ou que haja uma estrutura que dê origem a comportamentos de dependência. O sintoma drogadição pode aparecer em qualquer estrutura, seja ela neurótica, psicótica ou perversa (Gurfinkel, 2014). Portanto, embora os pacientes possuam semelhanças no que se refere à apresentação psicopatológica, em cada um deles o sintoma terá um sentido singular.

Homogeneidade quanto à droga de escolha

Outra questão sobre a homogeneidade que não é consensual diz respeito à junção ou à separação de pacientes alcoolistas e pacientes dependentes de outras drogas. Alguns teóricos consideram que a separação em dois grupos de psicoterapia diferentes é desejável, já que, por um lado, o desenvolvimento lento e a cronicidade do alcoolismo criariam obstáculos à identificação com a drogadição e, por outro, as transgressões, tão comuns na vida de muitos drogaditos, são infrequentes para os alcoolistas, o que tornaria a sua aceitação muito difícil (Lima & Fuks, 2006).

Para outros teóricos, essa separação não é benéfica, pois pode reforçar o estigma social que considera o álcool uma “não droga”. Além disso, quando alcoolistas e drogaditos estão no mesmo grupo de psicoterapia, a temática, que frequentemente fica restrita à substância, é rapidamente transposta, já que o que fica evidente é que, apesar de ter contornos diferentes, a relação de dependência que ambos os tipos de pacientes estabelecem é a mesma.

Homogeneidade quanto ao gênero

No que diz respeito à homogeneidade em relação ao gênero, julgamos fundamental a separação das mulheres em grupos específicos para elas. Embora possamos dizer que qualquer dependência de

substâncias psicoativas é estigmatizada, a mulher sofre ainda mais preconceito do que o homem. Estereótipos de maior agressividade, tendência à promiscuidade sexual, falhas no cumprimento do papel familiar ainda hoje são atribuídos à população feminina dependente de álcool e drogas. As mulheres sofrem uma forte pressão quando não correspondem à ideia ainda prevalente no imaginário social de uma idealização do feminino associada a papéis pré-determinados a elas. Percebemos em vários casos a dependência como um meio de escapar desse comando e como uma tentativa, mesmo que patológica, do exercício de uma certa liberdade de apropriação e afirmação do próprio desejo. Mas, infelizmente, o estigma ainda prevalece e é considerado a maior barreira de acesso da mulher aos centros de tratamento para dependência de substâncias psicoativas. A mulher sente-se marcada para sempre, sem crédito e sem confiança dos familiares e amigos. Além disso, ela costuma ser, mais do que o homem, vítima do preconceito e da falta de acolhimento de muitos profissionais de saúde nas instituições.

Homens e mulheres dependentes apresentam múltiplas diferenças em relação ao padrão, aos fatores de risco, às razões para iniciar o uso e à morbidade física e psiquiátrica, às experiências psicológicas e sociais, que devem ser adequadamente manejadas (Hochgraf & Brasiliano, no prelo). Além da progressão do alcoolismo ser mais rápida nas mulheres, as complicações físicas aparecem mais cedo e são mais graves para elas. Na maior parte das mulheres o uso é desencadeado por um quadro depressivo, por isolamento social, por pressão do ambiente profissional, por perdas provocadas por morte ou separação e por violência. Já a maioria dos homens, além de não relatar um desencadeante específico, costuma iniciar o uso motivada pelos efeitos da intoxicação em si. Vale também destacar que as mulheres são, na maioria dos casos, introduzidas ao uso de drogas pelos companheiros. Por outro lado, elas estimulam e acompanham o tratamento dos cônjuges e companheiros, mas o inverso não se verifica. O apoio ao tratamento das mulheres costuma vir das mães e dos filhos.

A psicoterapia em grupo só para mulheres tem sido sugerida como uma intervenção fundamental, pois aumenta a permanência em tratamento e as chances prognósticas da população feminina. Questões

como maternidade, violência doméstica, abuso sexual, relacionamento interpessoal raramente são compartilhadas em grupos mistos quanto ao sexo, pois a predominância masculina, em geral, inibe a mulher e determina um estilo de relação grupal baseado nas necessidades dos homens. Os grupos só de mulheres dependentes favorecem a participação integral da mulher, pois facilitam a identificação, a intimidade e a livre troca afetiva (Hochgraf & Brasiliano, no prelo).

É um fenômeno comum nos grupos exclusivamente femininos a criação espontânea de grupos fora do espaço de tratamento, onde as mulheres cuidam e se preocupam umas com as outras, driblam a solidão e, como consequência, podem ampliar seus laços sociais. Nesses espaços elas podem se livrar do peso dos rótulos que carregam e do discurso reducionista ao qual estão submetidas. Essa dinâmica acaba exercendo uma importante função terapêutica e pode contribuir para acelerar o progresso do tratamento.

Questões sobre o manejo do grupo e da transferência na drogadição

Há alguns pontos que são muito importantes que o psicoterapeuta de grupo tenha em mente. Primeiramente, é a reflexão que nem o drogadito, nem nós mesmos, renunciamos a algo a não ser em troca de outro algo. Quando o alcoolista e o drogadito começam a se tratar, há uma substituição da dependência à substância pela dependência da relação terapêutica (Olievenstein, 1983). Assim, para eles o grupo e o centro de tratamento passam a ser o espaço de todas as vivências, sejam de amizade, amor, raiva, sejam de grandiosidade, perseguição ou de defesa. O terapeuta, e muitas vezes o próprio grupo, é demandado constantemente e passa a ser vivido como responsável por satisfazer toda e qualquer necessidade do paciente. As instituições salvadoras e os terapeutas milagrosos são os que se identificam com as projeções idealizadas e passam a atuar reforçando a dependência. É por isso também que o sucesso do “tratamento” dos Alcoólicos Anônimos e dos Narcóticos Anônimos se baseia na participação diária dos pacientes aos encontros grupais. Como esses grupos não abordam as questões psíquicas, para que sejam bem-sucedidos eles substituem a dependência ao álcool ou à droga pela dependência ao próprio grupo, que se torna por si só símbolo da recuperação. Quando o terapeuta pode receber a

projeção da onipotência sem atuá-la, entendendo que esse é somente um mecanismo para lidar com a angústia avassaladora do vazio preenchendo-a com sua figura, os pacientes e o grupo podem progredir.

Assim, se, por um lado, o favorecimento da dependência do grupo permite que o paciente encontre outros apoios para além da droga, a busca por permanecer aditivamente aderido ao grupo funciona como resistência à possibilidade de acessar as angústias insuportáveis que estão na base da busca pela substância. Este aspecto é, simultaneamente, o que possibilita a adesão ao tratamento e o maior empecilho ao seu desenvolvimento, sendo o material mais precioso de elaboração, fazendo do grupo um espaço controlado para a reedição de experiências de dependência e para a progressiva autonomia.

Outra questão que o terapeuta deve estar ciente é em relação à abstinência, uma vez que abster-se do uso de uma substância resolve somente um aspecto da problemática individual. Se pensarmos que as drogas podem ser usadas como uma forma de automedicação para as angústias e os sentimentos de aniquilação e morte, parar de usá-las pode resultar em uma crise de proporções assustadoras para o dependente.

As recaídas, quando ocorrem, não devem ser condenadas e sim analisadas como parte do processo do tratamento. Precisam ser acolhidas e aproveitadas para a elaboração, juntamente com as questões subjacentes, ou seja, aquelas que levam os indivíduos a recorrer às drogas como estratégia de alívio ou fuga. Além disso, as recaídas servem também para sinalizar algo acerca do funcionamento grupal, não somente do paciente. Costumam mobilizar o grupo e provocar muitas elaborações.

Constatamos que cessar o uso de drogas não só não resolve como pode piorar muito a situação do paciente, já que aquilo que estava na base no início do uso, os conflitos e as angústias mobilizadas no decorrer da vida, manifestam-se cruamente e, em um primeiro momento, com poucos recursos internos de contenção. Isso não significa deixar de conduzir o trabalho para conseguir abstinência ou controle sobre as drogas. Por outro lado, é preciso estar atento para não se identificar com a solução mágica: “agora que você parou de usar, tudo vai ficar bem!”.

Quando o paciente atinge essa condição de abstinência pode idealizar que sua vida ~~vá~~ irá mudar radicalmente e que seus problemas

irão desaparecer. Esse mecanismo de idealização e esse pensamento mágico mostram como os dependentes funcionam na base do “tudo ou nada”. Ou estão sob o efeito mágico das drogas, ou na idealização de uma abstinência mágica, sob uma lógica de culpabilização. Essa dinâmica reflete a racionalidade hegemônica da proposta terapêutica de muitas das instituições de cuidado pelas quais os pacientes passam, que apresentam a abstinência como a única meta possível para o tratamento e a recaída como algo intrínseco à dependência. É nesse momento da conquista da abstinência que o profissional precisa estar muito atento e preparado para lidar com a emergência de novas angústias, oriundas do confronto, inédito até então, com os limites da realidade, com a incompletude e com o desamparo, fenômenos inerentes à condição humana, mas antes impossíveis de ser enfrentados sem o “escudo” da droga.

Nas etapas finais do tratamento o psicoterapeuta pode acompanhar a descoberta de novos prazeres e a ampliação de repertório dos pacientes. É interessante observar que, lentamente e com a evolução do trabalho grupal, a droga deixa de ser o assunto principal do grupo, já que os pacientes não estão mais intoxicados ou alienados no seu sofrimento. É nesse momento de conquista de abstinência que passam a reconhecer suas limitações frente à droga e o perigo que o contato, mesmo que ocasional, pode representar. Não dizem mais que podem usar só no fim de semana e que vão ficar bem ou que estão no controle, como afirmam quando chegam no tratamento. Nesses momentos finais escolhem não usar porque sabem que não conseguem evitar.

Da mesma forma, os processos de dependência, insuficiência e desamparo tendem a se repetir na relação dos drogaditos com o grupo. Não à toa o processo de recuperação é tão dolorido e seus movimentos tão diferentes da temporalidade experimentada nos grupos de configuração mais neurótica. A intensidade dos movimentos de adesão, urgência, raiva e rejeição aqui é altíssima, dirigidos muitas vezes diretamente ao terapeuta, que se vê com a necessidade de suportar ataques intensos. É por esta razão que indicamos que estes grupos sejam conduzidos por mais de um terapeuta, o que favorece a sobrevivência aos ataques e a possibilidade de colocá-los em análise em um segundo momento.

É comum que, ao se encontrarem com mais de um terapeuta na condução do grupo, os pacientes façam uma cisão de sua transferência (Krystal, 1978). Dessa forma eles podem pôr em jogo simultaneamente reações de desconfiança e raiva em direção a um terapeuta, enquanto preservam uma relação amorosa com outro, o que traz um ganho em termos de estratégia vincular inconsciente, mais difícil de se efetuar nas relações bi pessoais. Ao se deparar com a força dos impulsos destrutivos dirigidos ao terapeuta e ao grupo, não é raro que os pacientes fujam do tratamento como forma de proteger uma boa relação. E muitas vezes a resistência que alguns pacientes demonstram quando começam a participar dos grupos terapêuticos fala desse receio de que o grupo não sobreviva ao ataque.

Ora, serão estes movimentos de ataque que permitirão também pôr em elaboração as ambivalências antes encenadas na relação de altos e baixos com as substâncias, fazendo necessárias fissuras ao lugar idealizado que o grupo e a instituição de tratamento devem ocupar num primeiro momento, e abrindo caminho para a descoberta de uma posição de autonomia, claro, sempre parcial. De uma forma ou de outra trata-se de se utilizar da dependência como arma contra a dependência e no sentido da autonomia (Olievenstein, 1989).

O importante é a construção de espaços suficientemente fortes em que os pacientes possam reeditar e elaborar as ambivalências e angústias fundamentais que habitam o seu mundo interno, e nesse sentido o recurso da coterapia surge como um indicativo importante, mas não incontornável. O fundamental é assegurar o suporte para que todas essas experiências possam acontecer, o que pode ser garantido caso haja um espaço externo de elaboração contínua destas transferências, por exemplo, em uma supervisão do grupo ou em uma reunião clínica. Retomamos aqui a importância que os enquadres podem oferecer de suporte psíquico também para os terapeutas diante da intensidade dos movimentos que se colocam em jogo.

O psicoterapeuta deve estar sempre atento a seus limites emocionais e lembrar do perigo da contaminação decorrente do excesso e do caos que as situações grupais podem atingir. É necessário preparar-se para lidar com uma certa tensão, com uma relação forte, direta e muitas

vezes marcada por atuações, agressividade e até situações de violência. Se o terapeuta não adotar uma postura atenta e firme, a sessão pode se transformar em um despejo de aflições sem limite ou continência. Por isso a importância de conduzir o grupo a produzir contornos para dar formas e sentido ao emaranhado confusional, muitas vezes construído justamente com a intenção de impossibilitar o contato com uma verdade tão dolorosa.

A transferência que se estabelece nesse contexto tem uma marca primitiva da ordem da necessidade e inscreve-se de um modo massivo. O drogadito costuma vincular-se ao analista como faz com a droga ou a bebida, pela via da necessidade e que está sempre ao alcance da mão. Precisa sempre verificar sua presença e quando este falta pode provocar acessos delirantes. A interrupção das sessões nos intervalos de férias, por exemplo, pode ser vivida como ameaçadora e dolorosa. Daí a importância de preparar o grupo com antecedência para esse momento e esperar que junto com o retorno das férias venham atuações e ataques dirigidos ao analista, que “abandonou o grupo” à sorte do convívio familiar – geralmente fonte de seus conflitos.

Um outro aspecto importante para o terapeuta é saber que o processo de dar sentido às vivências, que passa a ocorrer a partir do avanço do trabalho nos grupos, é totalmente novo para o drogadito. Até o momento ele sempre viveu como se seu mundo interno não existisse e ele não soubesse o que tem que se perguntar ou mesmo se há alguma pergunta a ser feita. Assim, a psicoterapia funciona também como um longo processo de aprendizagem no qual é preciso trabalhar muito para que a correlação entre o vivido possa ser percebida e experimentada (Brasiliano, 2008).

Para terminar gostaríamos de frisar mais uma vez que quando se trabalha com psicoterapia psicanalítica de grupo, a abordagem dirige-se ao sujeito e às suas particularidades. Não cabe a nós enquanto psicanalistas arbitrar, consentir, incentivar ou proibir o uso de álcool e drogas. Não é nossa função tomar decisões sobre a vida dos nossos pacientes. No entanto, sabemos que muitos alcoolistas e drogaditos buscam nossa ajuda em intenso sofrimento físico e psíquico por um uso de substância intenso, repetitivo e para eles notadamente destrutivo, que

não conseguem lidar ou conter. A abordagem em equipes multidisciplinares que trabalhem de forma interdisciplinar é fundamental para que possamos atuar nos diferentes aspectos da vida de nossos pacientes, concedendo-lhes condições de liberdade para que eles possam finalmente fazer as suas escolhas e não ser determinados por elas!

Referências

- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de grupo: Como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 242-249.
- Bittencourt, I. (1993). Algumas considerações sobre a neurose e a psicose na toxicomania. Em: C. L. Inem, & G. Acserald (Orgs.), *Drogas: Uma visão contemporânea* (pp. 81-91). Rio de Janeiro: Imago.
- Brasiliano, S. (1997). Grupos com drogaditos. Em: D. E. Zimmerman, & L. C. Osório (Orgs.), *Como trabalhamos com grupos* (pp. 229-239). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Brasiliano, S. (2003). Psicoterapia psicanalítica de grupo pra mulheres drogadictas: O que há do feminino? Em: M. Baptista, M. S. Cruz, & R. Matias (Orgs.), *Drogas e pós-modernidade: Prazer, sofrimento e tabu* (v.1, pp. 199-205). Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Rio de Janeiro.
- Brasiliano, S. (2008). Psicoterapia analítica de grupos com drogaditos: Há uma especificidade afinal? Contribuições para uma discussão. *Vínculo*, 2(5), 172-185.
- Brasiliano, S., & Hochgraf, P. (2010). Comorbidade com transtornos alimentares. Em: S. D. Seibel, & A. Toscano Jr. (Orgs.), *Dependência de drogas* (2ª ed., pp. 727-747). São Paulo: Atheneu.
- Castanho, P. (2018). Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições. São Paulo: Linear a-Barca.
- Gurfinkel, D. (2014). *Adições: Paixão e vício*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hochgraf, P. B., & Brasiliano, S. (no prelo). Mulheres e substâncias psicoativas. Em: S. D. Seibel, J. M. Neves Filho, & F. M. Corregiari (Orgs.), *Dependência de drogas: Abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Atheneu.

- Inem, C. L. (1993). O sintoma e a particularidade do sujeito. Em: C. L. Inem, & G. Acserald (Orgs.), *Drogas: Uma visão contemporânea* (pp. 134-138). Rio de Janeiro: Imago.
- Kaës, R. (2003). O intermediário na abordagem psicanalítica da cultura. *Psicologia USP*, 14(3), 15-33.
- Krystal, H. (1997). Self-representation and the capacity for self-care. Em: D. L. Yalisove (Org.), *Essential papers in psychoanalysis: Essential papers on addiction* (pp.109-146). New York University Press. (Reprinted from “Annual of Psychoanalysis” 6, 1978, pp. 209-246)
- Kalina, E., & Kovadloff, S. (1983). *Drogadição: Indivíduo, família e sociedade* (3a ed.). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.
- Laufer, J. (1990). Drogas y toxicomania. *Revista Sociedad, Juventud y Droga*, 2, 5-71.
- Lima, S. A., & Fuks, J. (2006). Grupo: Uma alternativa viável? Em: D. X. Silveira, & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 240-248). São Paulo: Atheneu.
- Lipovetsky, G. (2005). *A era do vazio, ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Barueri, SP: Manole.
- Marangoni, S. R., Oliveira, M. L. F. (2013). Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(3), 662-670.
- Olievenstein, C. (1983). *A vida do toxicômano*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Olievenstein, C. (Org.) (1989). *A clínica do toxicômano: A falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paz, F. M., & Colossi, P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 551-558.
- Rojas, M. C. (1996). Grupos: Terapêutica e prevenção – Os dispositivos vinculares na clínica do fim do milênio. *Revista da Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo*, 03, 181-195.
- Rojas, M. C., & Sternbach, S. (1997). *Entre dos siglos: Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Santos, M. A. (2007). Psicoterapia psicanalítica: Aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *SMAD Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*, 3(1), 1-15.

- Silveira, E. R. (2013). Clínica das toxicomanias: Recortes de uma experiência em CAPS-Ad. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 12(3-4), 665-686.
- Silveira Filho, D. X. (1995). *Drogas: Uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Uchitel, M. (2002). Novos tempos, novos sintomas: Novo lugar para a transferência. *Percurso Revista de Psicanálise*, 29, 21-26.
- Vaillant, G. (1981). Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism. Em: M. H. Bean, & N. E. Zimberg (Eds.), *Dynamic approaches to the understanding and treatment of alcoholism* (pp. 36-54). New York: Macmillan.
- Zimerman, D. E. (1997). Grupoterapia psicanalítica. Em: D. E. Zimerman, & L. C. Osório (Orgs.), *Como trabalhamos com grupos* (pp. 127-142). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Zimerman, D. E. (2003). Repensando a prática de grupoterapia psicanalítica a partir da minha experiência de 40 anos. Em: W. J. Fernandes, B. Svartman, & B. S. Fernandes (Orgs.), *Grupos e configurações vinculares* (pp. 291-303). Porto Alegre: Artmed.

Processos de pesquisa e(m) grupos: ser ou não ser operativo?

Tales Vilela Santeiro, Guilherme Faria Ribeiro, Beatriz Lacerda
Caetano, Gabriela Borges Carvalho, Gabriella Oliveira Arantes
Coelho, Renata C. Ribeiro-Leandro, Anna Beatriz Barbosa de Souza
Peralta, Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha.

Em nossas práticas profissionais e de pesquisa desenvolvidas com/em pequenos grupos, o desenho da estratégia utilizada para construirmos e compartilharmos vivências tem exigido ponderação cuidadosa. O que é observado e vivido no processo investigativo que incide sobre processos grupais precisa ser alvo de análises e interpretações que cumpram certos critérios, de forma que haja coerência teórica, técnica e metodológica.

Nós, que nos inspiramos na proposta pichoniana de grupos operativos, temos sido requeridos a pensar em estratégias que permitam o uso desses dispositivos como via de acesso à realidade das pessoas investigadas, em conjunção com processos de produção de conhecimento. Essas duas facetas não são estanques uma em relação à outra e o leitor precisa ter clareza quanto a elas.

Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo dialogar sobre como o conhecimento acadêmico pode ser produzido quando situações grupais são objeto de investigação. Pensar sobre grupos operativos nesse cenário pode ser útil a estudiosos e a pesquisadores, haja vista a escassez de literatura que indique aproximações entre o fazer clínico grupal e a produção de conhecimento⁶⁰.

⁶⁰ Quando assinalamos haver escassez de literatura, fazemos referência à escassez de pesquisas produzidas por brasileiros e latino-americanos, com tipologias

O insistente abismo que existe no país entre “praticar clínica” e “produzir conhecimento” tem dificultado o desenvolvimento de metodologias de pesquisa focadas em processos grupais. “Se eu pratico grupos, não os pesquiso, porque isso é racional demais e engessa as condições do livre pensamento”, dizem os práticos que seguem orientações teóricas psicanalíticas. Os pesquisadores, por sua vez, lamentam: “não consigo praticar grupos e ‘organizar’ o vivido, de modo que a comunidade acadêmica valide o que produzo”. E práticos veem aproximações com a academia com acentuada desconfiança, quando não a negam em suas possibilidades.

Por essas razões, este texto foi concebido: para tratar dos grupos operativos, embora de forma diversa do capítulo específico com esse teor (capítulo 8). Nele se procura traçar potencialidades do uso desse dispositivo em processos de produção de conhecimento, no intuito que essa exposição possa servir de guia didático.

Nesse trajeto, o leitor precisa ter em mente que “processo de produção de conhecimento” é empregado como sinônimo de “processo de pesquisa academicamente situado”. Quando um processo de pesquisa está em jogo, metodologias científicas são elementos utilizados para articular formas de pensar “como” o pesquisar será *pensado*, para que haja alcance de validade científica quando a atividade de investigação for executada.

Desse modo, ao pensar uma pesquisa do ponto de vista metodológico, há três tempos que precisam ser coordenados e, devido ao escopo deste livro, eles serão tratados de modo sintético: (a) para uma pesquisa acontecer, é fundamental que ela seja objeto de planejamento cuidadoso; (b) após o planejamento ter sido feito, parte-se para a execução da pesquisa propriamente dita; e, consolidando e articulando os momentos anteriores, (c) o que foi executado precisa ser relatado.

O primeiro tempo é o tempo do planejamento (a). Nele o pesquisador estuda, pensa – reestuda e repensa! – o que gostaria e poderia fazer. Isso envolve fazer algumas “perguntas”, cada uma das quais

qualitativas e focadas na compreensão dos “processos grupais”, contrapondo-as àquelas realizadas com pessoas reunidas “em grupos”.

corresponde ao estudo do método da pesquisa (a metodologia científica). Assim, pesquisar...

1. sobre o quê? – tema da pesquisa
2. para descobrir o quê em relação ao tema? – problemas da pesquisa;
3. conforme quais fundamentos científicos? – enquadramento teórico da pesquisa (para esclarecer o tema e o problema);
4. por quê? – justificativas da pesquisa (pessoal, científica, social e institucional);
5. para quê? – objetivos da pesquisa (geral e específicos);
6. com ênfase em métodos qualitativos ou quantitativos? – tipologia da pesquisa;
7. em curto ou longo prazo? – transversalidade ou longitudinalidade da coleta de dados da pesquisa;
8. com quem? – participantes da pesquisa;
9. onde? – local onde a pesquisa será desenvolvida;
10. por quem? – recursos humanos que executarão a pesquisa;
11. com quais estratégias? – instrumentos a serem usados para produzir experiências e constituir o banco de dados da pesquisa (entrevistas, questionários, observação participante, diário de campo, condução de grupos etc.);
12. com qual referencial teórico? – escopo teórico para ordenar, analisar e interpretar as experiências produzidas (articulado ao enquadramento teórico);
13. com qual verba? – orçamento da pesquisa;
14. em quanto tempo? – cronograma da pesquisa; e
15. com fundamento em quais fontes de informação? – lista de referências citadas ao longo do texto do projeto (artigos publicados em periódicos, livros, capítulos de livro, dissertações, teses etc.).

As perguntas arroladas permitem estruturar o projeto. Elas são guias que requerem, portanto, que respostas sejam dadas, ainda que relativamente transitórias e passíveis de reposicionamentos no transcurso de execução da pesquisa. Elas precisam ser formalizadas e,

academicamente, escritas e formatadas em conformidade com padrões acadêmicos.

Retornando aos dois tempos restantes (*b* e *c*), o *b* é composto pelo acontecer da pesquisa em si. Nele, todas as perguntas contempladas no primeiro tempo (*a*) deixam o plano das ideias e passam a constituir a concretude do processo. É o tempo de “arregaçar as mangas e pôr a mão na massa”. Tudo o que foi arquitetado no planejamento é, então, testado sob condições reais.

O terceiro tempo (*c*), por sua vez, é a hora de relatar o que foi obtido à comunidade acadêmica. Ele é o coroamento do processo iniciado quando o pesquisador planejou sua investigação e corresponde ao seu relatório final. Finalmente, esse relatório fornecerá as bases para submissão de manuscritos a editoras científicas, que podem ser publicados em formato de livro, capítulo ou artigo, dentre outras possibilidades.

Até aqui foi desenhada a estrutura geral do processo de uma pesquisa. Para compreendê-la, grupos não são, necessariamente, o critério central. Com ela em mente, assim como o capítulo sobre grupos operativos (capítulo 8), nossos propósitos serão desenvolvidos, narrando estudos desenvolvidos com grupos operativos, como ilustrações. O que foi exposto nos três tempos estará implícito neles: cada um foi planejado, executado e relatado/publicado.

Grupos operativos e(m) pesquisa: ilustrações

O grupo é o lugar de um conhecimento que se produz no encontro com o outro. Toda aprendizagem grupal implica um “processo de apropriação instrumental da realidade para modificá-la” (Pichon-Rivière, 1983/2000, p. 116). Nesse entendimento há sempre uma relação dialética entre o indivíduo e o grupo, ao ponto de não fazer sentido perguntar se um certo ato comunicativo durante uma sessão de grupo é uma expressão do indivíduo ou do grupo.

Os grupos operativos podem ser de inspiração teórico-técnica e metodológica e, assim, constituírem modelo de compreensão para quaisquer expressões grupais. Eles são centrados na realização de uma tarefa, que pode ser de aprendizado, de cura (incluindo grupos terapêuticos), de intervenção em algum campo da vida e de pesquisa. Por

tal razão, escolher esse dispositivo para abranger objetivos de uma investigação científica, quando lidamos com grupos, é uma possibilidade. Isso será melhor elucidado por meio de estudos que consideraram o grupo operativo em diálogo com os campos da educação e da saúde, seguidos de breves comentários.

Grupo operativo com indígenas

Estudantes indígenas na universidade: uma sessão de grupo operativo (Hur et al., 2018) relata intervenção realizada com estudantes indígenas da Universidade Federal de Goiás (UFG). Os autores inicialmente contextualizaram a questão indígena no país e justificaram o interesse em realizar o grupo operativo com essa população. A experiência aconteceu em apenas uma sessão grupal e visou a promover debates, aproximar os estudantes e fomentar vínculos e condições para a resolução coletiva dos problemas enfrentados. A sessão única foi justificada pela dificuldade de adesão dos participantes, embora a proposta tivesse previsto a realização de cinco sessões.

Os pesquisadores analisaram diferentes elementos emergentes diante da cadeia associativa grupal. A intervenção ocorreu, principalmente, de forma interrogativa. A equipe foi composta pelo orientador da pesquisa (coordenador do grupo) e uma aluna bolsista do projeto (observadora). Quatro estudantes, de quatro cursos distintos e das etnias Atikum, Xacriabá e Xavante aceitaram o convite para participação no estudo.

A sessão grupal teve a duração de uma hora e quarenta minutos. A tarefa definida para o grupo foi de que eles falassem sobre sua trajetória na UFG, as dificuldades vivenciadas e as boas experiências.

As falas emergentes foram divididas em três categorias: estereótipos vivenciados dentro da universidade; dificuldade de aprendizagem; e filiação à comunidade. Os autores consideraram que, por ter acontecido apenas uma sessão do grupo, ela foi mais diagnóstica, para entendimento das vicissitudes do estudante indígena na universidade.

A partir do exposto, pode-se elencar limitações e potencialidades do estudo. Dentre as limitações está o fato de apenas uma sessão ter sido conduzida, o que foi justificado pelos autores pela dificuldade de acesso a essa população. Embora a teoria de base da produção tenha sido

expressamente pichoniana, ao ponto de o título incorporar o termo “grupos operativos” nele, o encontro único – e, naturalmente, o que resulta dele – dificulta identificar movimentações grupais que pudessem ser classificadas como operativas. De tal sorte, o trabalho contribui para pensar que o grupo operativo relatado engendrou algo que poderia ser aproximado ao procedimento de “coleta de dados”, por razões que não dependeram dos investigadores.

Grupo operativo com professores

O estudo *Grupo operativo com professores do ensino fundamental: integrando o pensar, o sentir e o agir* (Santos et al., 2016) relata experiência de grupo operativo realizado com professores do ensino fundamental, em escola pública de um município do interior de São Paulo. O trabalho foi coordenado por duas psicólogas voluntárias, como parte formativa em nível de pós-graduação. As demandas apresentadas pelo grupo eram referentes às barreiras na comunicação e à atuação isolada, fragmentada e pouco disponível por parte dos professores da escola. Oito encontros semanais foram realizados, com duração de uma hora cada e com a participação de 25 professores.

Os resultados contemplaram a percepção do grupo acerca de sua própria desunião e os problemas de relacionamento interpessoal existentes. A complexidade com que o grupo lidava com atribuições de papéis, bem como queixas em relação ao ambiente escolar, envolvendo desde problemas de comunicação até a precariedade do exercício da profissão, puderam ser manifestadas. Os autores concluíram, assim, que o processo grupal permitiu aos docentes problematizarem as condições e as relações escolares que viviam.

Esse trabalho escolhido agrega contrapontos ao exemplo anteriormente apresentado: o número total de encontros facilita identificação de informações sobre o processo. Outro aspecto que podemos ressaltar é que o grupo relatado atrelou-se a uma atividade acadêmica, ilustrando, assim, que atividades interventivas e de produção de conhecimento não precisam ser estranhas uma em relação à outra.

De tal modo, lembramos que a teoria dos grupos operativos propõe essa indissociabilidade como fundamento (pesquisa-ação), desde

os momentos iniciais de sua criação, tanto por Pichon-Rivière, quanto por autores vinculados a ele, como José Bleger, Alejo Dellarossa e Marcos Berstein.

Grupo operativo e educação alimentar

Em *Possibilidades de atuação profissional em grupos educativos de alimentação e nutrição*, Vincha et al. (2020) analisaram a potencialidade do grupo operativo em cenário de educação alimentar. Eles realizaram grupos de educação, alimentação e nutrição em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo.

Sete usuários, em média, participaram de cada um dos 15 encontros analisados; eles tinham média de idades de 59 anos, eram de ambos os sexos, portadores de doenças crônicas alimentares e nutricionais, triados pela equipe de Nutrição. Os grupos eram coordenados por uma nutricionista, com apoio de uma observadora; e tinham como objetivo fortalecer a autonomia dos usuários para realizarem suas escolhas alimentares.

A pesquisa indicou que os grupos desenvolvidos favoreceram a inclusão dos participantes e estimularam fortalecimento de vínculos (vetor pertença). A comunicação (verbal e não verbal), a cooperação, a telê e a aprendizagem também foram vetores observados e trabalhados.

As autoras relataram limitações na aplicação dos grupos operativos na Atenção Básica, pois participar de um grupo implica que profissionais de saúde e usuários apresentem disponibilidade para entrar em contato consigo e com o outro. Além disso, como os vetores são indicadores processuais, “objetivá-los” resvala na impossibilidade de avaliação de resultado do cuidado nutricional e de implementação dos grupos no contexto estudado.

Novamente, o estudo selecionado é um dos que trazem à baila possibilidades de diálogo entre produção de conhecimento e processo grupal. Ainda que seus autores tenham apresentado e debatido claramente as limitações inerentes à empreita, conceberam um método rigoroso, como raramente encontramos quando grupos operativos estão em apreço: eles notaram dificuldades para lidar com a processualidade dos fenômenos

observados, mas utilizaram de recursos teóricos fundamentais na concepção pichoniana para compreender os fenômenos observados.

Grupo operativo com primigestas

Em *Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde*, Silva et al. (2018) desenvolveram trabalho que teve por objetivo a promoção de ações de educação em saúde junto a primigestas usuárias de equipamento de saúde pública (Estratégia Saúde da Família/ESF). Para tanto, se pautaram no método de pesquisa-ação e utilizaram o referencial teórico por Pichon-Rivière. As informações foram coletadas por meio de observação participante e de diário de campo; e os resultados foram analisados por meio da análise temática proposta pela pesquisadora brasileira Maria Cecília Minayo.

A pesquisa foi dividida em três etapas. Na primeira, o problema de pesquisa foi identificado; o primeiro contato individual com as participantes foi feito, a fim de obter dados básicos (faixa etária, idade gestacional); e, por fim, uma roda de conversa foi conduzida, para verificar as necessidades de aprendizagem das gestantes e suas percepções sobre a gestação. Na segunda etapa, cinco sessões semanais foram realizadas, com duração de cerca de uma hora cada; nesses momentos, diversos temas foram tratados (desenvolvimento fetal, mitos e verdades relacionados à gestação, parto, amamentação, e cuidados com o recém-nascido). Na terceira e última etapa houve avaliação do processo grupal.

As análises foram atinentes às expressões das primigestas; aos papéis assumidos no grupo; aos vetores envolvidos no processo; e ao alcance dos objetivos de promoção à saúde desse público alvo. Equipe executora e gestantes avaliaram a ocorrência frutífera de processos de ensino-aprendizagem.

A eleição desse estudo adensa os exemplos nos quais o número de sessões grupais permitiu melhor visualização do modo como a teoria dos grupos operativos pode ser integrada à produção de conhecimentos. Nele pesquisa e intervenção clínica dialogam de modo proveitoso.

Articulando projetos e experiências grupais operativas

Após ler os estudos escolhidos como ilustrativos, esperamos ter contribuído para instigar perguntas como: O que posso ou devo utilizar para instruir procedimentos para, em âmbito de intervenções grupais, produzir e compartilhar vivências e pensá-las com alinhamento ao mundo acadêmico? O grupo operativo é bom ou ruim?

Como sempre está em cena quando metodologia científica está em pauta, procedimentos para pensar-planejar pesquisa nem são bons, nem ruins. Quaisquer que sejam os escolhidos, todos têm limitações e potencialidades a serem sopesadas. Qualquer um deles pode ser útil, desde que articulado a um enquadramento teórico-metodológico. No caso das proposições pichonianas e em consideração ao que elas nos inspiram, essa articulação concebe o homem enquanto ser psicossocial, em relação com outros, potente para se modificar e modificar aos outros com os quais se vincula, *enquanto o processo grupal se estrutura e se consolida – e também após ele ter acontecido.*

Então posso utilizar grupo operativo em meus projetos e em execuções de pesquisas? Na acepção que se procura apresentar, o uso de grupos operativos requer ponderações cuidadosas, de modo semelhante a quando se consideram quaisquer processos de pesquisa.

O planejamento do processo de pesquisa grupal desfrutaria de boas condições para entrar em funcionamento, de fato, operativo, ou estaríamos diante de situações que o dificultariam? Estaríamos cultivando processos que perdem de vista a dinamicidade dialética proposta pela teoria dos grupos operativos? Estaríamos mais interessados num procedimento técnico de coleta de dados, ou, para além deles, também estaríamos mobilizados para criar condições para encontros e trocas subjetivas acontecerem e, por esse intermédio, para se promover a saúde?

O que parece elucidar melhor o quanto a escolha do dispositivo do grupo operativo permite produzir e compreender experiências é o quanto ele pode nos auxiliar a atingir objetivos de pesquisa, desde que tenha havido sucesso em esclarecer que produzir experiências grupais e compreendê-las academicamente são processos indissociáveis.

A título de visualização geral, ordenaremos algumas perguntas complementares, para auxiliar o leitor a pensar sobre o quanto o uso do

grupo operativo seria apropriado quando a produção de conhecimentos acadêmicos estivesse em questão (Quadro 1). Ao ler as perguntas que estão dispostas em cada uma das colunas, procure refletir sobre o quanto se identifica com elas. Nas primeiras linhas, concentramos alguns requisitos que têm maior relação com o enquadramento teórico. Nas demais, enfatizamos fatores mais achegados ao planejamento do método que uma pesquisa pode seguir. Todavia, lembre-se que as informações que constam do Quadro 1 são interdependentes.

Quadro 1. Perguntas a serem feitas pelo pesquisador visando a auxiliá-lo no pensar a escolha pelo dispositivo do grupo operativo.

Pesquisar sobre grupos ou pesquisar em/sobre grupos?	
Tenho interesse em pesquisa de natureza mais objetiva (tipologia quantitativa)?	Tenho interesse em pesquisa de natureza mais subjetiva (tipologia qualitativa)?
Não gosto ou gosto pouco da orientação psicanalítica?	Gosto bastante ou gosto muito da orientação psicanalítica?
Tenho pouco interesse por fenômenos/processos grupais?	Tenho maior interesse por fenômenos/processos grupais?
Não gosto de atendimentos grupais?	Gosto de atendimentos grupais?
Tenho interesse em produzir dados?	Tenho interesse em produzir e partilhar vivências?
Busco consolidar ou refutar hipóteses previamente estabelecidas?	Busco problematizar eventos surgidos durante o processo grupal?
Ter um título é o maior motivador e ele se associa a desejos de aprimoramento profissional?	Ter um título é o motivador associado a desejos de transformação psicossocial e aprimoramento clínico-profissional?
Não tenho disponibilidade ou tenho pouca disponibilidade interna para conduzir o trabalho grupal?	Tenho disponibilidade interna para conduzir o trabalho grupal?
Conduziria o processo de grupo sozinho?	Conduziria o processo de grupo com um parceiro?
Pretendo aplicar um roteiro de entrevista em grupos?	Pretendo dialogar em e com o grupo?
Pretendo enfatizar a técnica de coordenação do trabalho grupal sobre tarefas explícitas?	Pretendo enfatizar a técnica de coordenação do trabalho grupal sobre tarefas explícitas e implícitas?

Não tenho ou tenho pouca disponibilidade de recursos materiais para estruturar e realizar o trabalho grupal (coleta de dados de corte transversal)?	Tenho disponibilidade de recursos materiais para estruturar e realizar o trabalho grupal (produção de informações de corte longitudinal)?
Teria dificuldades para supervisionar processo grupal?	Teria facilidades para supervisionar o processo grupal?
Prefiro tratamento quantitativo de dados de pesquisa?	Prefiro tratamento qualitativo de vivências/partilhas subjetivas?
Compreendo que análises e interpretações precisam ser estritamente aderentes aos objetivos estipulados no projeto de pesquisa?	Compreendo que análises e interpretações precisam ser aderentes aos objetivos estipulados no projeto de pesquisa, mas também precisam ser consideradas mediante as produções grupais (emergentes)?
Buscarei priorizar conteúdos manifestos grupais no entendimento dos resultados?	Buscarei priorizar conteúdos manifestos e latentes grupais no entendimento dos resultados?

Embora tenhamos procurado demonstrar no Quadro 1 uma proposta que almejamos pudesse ser facilitadora (ou provocadora?), ela não é um teste em que você precisaria responder a cada questão com exatidão. Ao indagar-se sobre o que gostaria (projeto) ou poderia fazer (execução), ponderou que o trabalho grupal de orientação pichoniana lhe soou como possível? Se não soou, não se preocupe. Existem outras formas e orientações teóricas para você realizar pesquisas sobre grupos. Se, por outro lado, a resposta foi positiva e se isso que assinalamos até aqui tiver feito sentido para você e, especialmente, se você pendeu para a coluna direita do Quadro, o grupo operativo seria uma escolha possível, como guia teórico, técnico e metodológico subjacente ao processo de produção de conhecimento que pretende planejar e executar.

Pesquisar *sobre* grupos e *em* grupos permite ao pesquisador assumir lugares de clínico potente para “ouvir” e “cuidar” de questões demandadas por pessoas reais, que vivem e estão inseridas em situações concretas de vida, conjuntamente aos interesses acadêmicos em jogo. Nessa direção, não haveria contrastes entre demandas psicossociais e objetivos acadêmicos, porque estes se retroalimentam num interjogo incessante.

Por outro lado, também temos vivido situações, como orientadores e pesquisadores, nas quais o estudante que escolhe o dispositivo do grupo operativo se vê lançado na seara das “incertezas”, na medida em que ele abriria mão de recursos mais estruturados para alcançar os objetivos planejados, o que nem sempre é exequível no mundo acadêmico. Afinal, aos seus interesses se articulam as linhas de pesquisa de seu orientador e/ou as demais características de sua instituição universitária, como as ênfases curriculares dos cursos de graduação ou as linhas de concentração dos programas de pós-graduação.

Além do que foi dito até aqui, pensamos que a visão pichoniana de grupos poderia ser usada em quatro cenários e isso deve ser grifado. O primeiro envolve o planejamento e a execução da pesquisa, momentos nos quais concepções grupais pichonianas podem *tanto* gerar as situações a serem pensadas (planejamento e execução) *quanto* ser o instrumental que permitiria organizar (analisar e interpretar) as vivências geradas pelo próprio processo grupal. Neste caso, a interpretação dos processos vividos

seria amparada na orientação pichoniana, nas contribuições de Pichon-Rivière e de outros autores inspirados na escola argentina de grupos.

O segundo cenário envolve pensar o dispositivo grupal pichoniano, igualmente, no planejamento e na execução da pesquisa. Nele as vivências grupais seriam as geradoras das situações a serem analisadas, porém não seriam as priorizadas quando o pesquisador buscasse ordená-las e compreendê-las. Para manutenção de coesão e coerência teórico-metodológica, se ele assim o fizesse deveria optar por manter o vértice teórico psicanalítico, e *não necessariamente* o pichoniano. Ele poderia, por exemplo, adotar como norteadores o pensamento bioniano, o foulkesiano, e assim sucessivamente, em consideração a outros pensadores que se ocuparam e se ocupam do entendimento de processos grupais inspirados psicanaliticamente.

O terceiro cenário compreende grupos operativos como fundamento do enquadramento teórico-metodológico, durante o planejamento e a execução. Ao ordenar as experiências produzidas, o modelo pichoniano não seria priorizado, mas sim outras formas de organização qualitativa de dados de pesquisa. Por exemplo, métodos de análise temática, como os propostos por Minayo, seriam empregados (cf. Silva et al., 2018). E, ao procurar compreender os resultados (interpretação), contribuições de inspiração psicanalítica, incluindo pichonianas, poderiam ser incorporadas.

O quarto e último cenário contempla uma situação na qual o pesquisador planejaria, executaria e organizaria os resultados da pesquisa por meio do arsenal teórico-metodológico do grupo operativo. Todavia, ao procurar compreender e interpretar os resultados produzidos, faria ancoragem em outros recursos teórico-metodológicos, distintos daqueles inspirados no modelo pichoniano ou psicanalítico, ou amparados em métodos qualitativos. Esta última via de trabalho deveria, em nossa visão, ser evitada. Se todo o percurso foi inspirado na proposta pichoniana, seria equivocado buscar entendê-lo fora dos parâmetros colocados por essa escola ou por outra, de inspiração psicanalítica. Ou simplesmente estaríamos diante de uma situação na qual o pesquisador “acha” que fez um percurso com amparo na teoria dos grupos operativos, quando fez outra coisa?

Assim, esperamos ter esclarecido que podemos utilizar grupo operativo em projetos, em execuções e em relatórios/publicações decorrentes de processos de pesquisas. Nossas experiências têm indicado que ele seja o norteador do enquadramento do estudo, se for o dispositivo escolhido. Dessa forma, a desejável coerência interna entre o pensar, o agir e o sentir perpassará o trabalho como um todo, otimizando o rigor e a unidade teórica, técnica e metodológica da pesquisa. Se retomarmos os quatro cenários arrolados anteriormente, parece-nos que a adoção da nomenclatura “grupos operativos” seria mais apropriada, em ordem crescente, do primeiro ao terceiro cenários. Entretanto, no quarto cenário, não. E grifamos que escolher o grupo operativo não sugere fechamentos de campos dialógicos com outras correntes de pensamento. *Porque isso não seria pichoniano.*

Prática de pesquisa sobre grupos e seus desdobramentos sobre a formação de recursos humanos

Até este momento está subjacente neste texto a questão que envolve o modo como podemos trabalhar quando pesquisamos sobre grupos e, notadamente, sobre/em grupos operativos. Agora tentaremos problematizar isso de outras formas, porque fazê-lo contempla pensarmos em implicações sobre a formação de recursos humanos em pesquisa.

Seja qual for o nível de formação universitária em jogo (graduação ou pós-graduação), grupos operativos são dispositivos que têm se mostrado profícuos de serem estudados e vividos em ambientes formativos de profissionais da saúde e da educação (Bleger, 1961/1971). Esses grupos são marcados pela construção de uma realidade conjunta, na qual a atuação em equipe pode ocorrer com unidade e coerência, facilitando a construção de referenciais que são trabalhados, dialogados e partilhados por seus membros.

Além disso, os participantes que constituirão os grupos a serem investigados serão aqueles que aceitarem o convite feito e consentirem em participar, após formalizado o trâmite ético-documental. Audiogravar e/ou tomar notas sobre eventos vividos nos encontros é um recurso que favorece análises futuras e as transcrições decorrentes podem ser atreladas

aos trabalhos de grupos de supervisão⁶¹ e constituírem base material dos relatos a serem feitos.⁶² Se é assim, por que não associar experiências grupais a processos formativos de coordenadores de processos de grupo?

Superado o momento de produção das vivências grupais a serem investigadas, a base de dados estará constituída e sua ordenação e interpretação precisará ser realizada. Nesse sentido, as experiências grupais podem ser estudadas por meio de exercício processual e contínuo de busca de compreensão dos emergentes grupais, articuladamente a atividades desenvolvidas por determinado grupo de pesquisa, *em grupo*.

Nosso grupo de pesquisa tem percorrido esse caminho, ao procurar lidar com os dados coletados em situações grupais. O levantamento dos emergentes tem sido feito em encontros do Grupo de Supervisão, com as transcrições das sessões grupais (o banco de dados) em mãos. Nesse ambiente institucional, eles são expostos e podem ser revisados, com as finalidades específicas de: (1) supervisionar a situação grupal narrada; e, concomitantemente, (2) examinar “como” esses mesmos emergentes permitem realizar análises qualitativas e compor o relatório final de pesquisa, num percurso construído pelo coletivo, composto por estudantes e líder do grupo.

A formação acadêmica do pesquisador/coordenador de grupos, assim, tem características a serem examinadas. O pesquisador desenvolve seu estudo *em* grupos. E também em grupo relata suas experiências e, por esse intermédio, vivências grupais de diversas naturezas são disponibilizadas ao próprio grupo de pesquisa: forma-se o pesquisador, forma-se a equipe executora que pode lhe dar suporte, enquanto ele coordena o processo de grupo investigado. Formam-se os integrantes do grupo de pesquisa, que integram atividades do Grupo de Supervisão e podem, a partir desse tipo de experiência, pensar novos projetos.

A proposta geral inerente a esse tipo de funcionamento busca transformar o próprio espaço acadêmico em situação para “viver

⁶¹ Ver o capítulo 4, *Formação de psicoterapeutas e coordenadores de grupo de inspiração psicanalítica: clínica de grupos na Saúde e na Educação*.

⁶² Não porque o conteúdo verbalizado seja o mais importante, mas porque as gravações de interações verbais permite à equipe e ao coordenador dos trabalhos grupais “desonerar-se de reter informações”, justamente porque isso é “terceirizado” ao equipamento tecnológico.

processos de grupo”, em conformidade com o pensamento pichoniano. Nesse sentido, estudar, investigar e viver a grupalidade em seus processos, aprendendo *com* eles e *por meio* deles, também pode ser viável num grupo de pesquisa. E alguns dos elementos constituintes do quadripé da formação do grupoterapeuta/coordenador de processos de grupo podem ser igualmente buscados. Entretanto, numa situação universitária, o item “análise pessoal” não pode ser uma exigência institucionalizada, embora os demais “pés” possam sê-lo, por meio do desempenho dos papéis do supervisor acadêmico (professor e líder de grupo de pesquisa).

No caso de grupos montados para atendimento a objetivos de pesquisa, retomamos o tópico do uso de audiogravadores ou da prática de anotar acontecimentos para fomentar diários de campo. Essas opções podem aguçar graus de persecutoriedade nos participantes do estudo, o que costuma ser marca perene de quaisquer processos clínicos. “Afim, o que vocês farão com esses dados?”, eles costumam indagar (e nem sempre o fazem de modo verbal).

Conversar abertamente sobre esse tipo de constatação, no *aqui e agora* da vivência, tem demonstrado ser fator viabilizador da participação na situação investigada e, ainda, tem favorecido que o participante sintasse comprometido com ela, sobretudo quando o sigilo profissional e o anonimato são explicitados como condições do trabalho. Uma outra medida que também tem sido notada como positiva no momento de acolher os participantes em suas dificuldades manifestas, é demonstrar claramente a eles que todo o material que eles ajudam a produzir pode ser acessado por eles mesmos, a qualquer momento, porque eles são coproprietários do banco de dados.

Em conclusão, o grupo operativo se constitui como um *meio* para facilitação e produção de manifestações humanas, enquanto tarefas grupais são operadas. O processo subjetivo que emerge disso é atravessado por fenômenos defendidos pela psicanálise, como as noções de transferência e de resistência, o que enquadra a pesquisa sobre e em grupos operativos na orientação teórica psicanalítica.

Grupos operativos são solo onde conhecimentos, aprendizagens e saúde podem ser edificados. E, se assim podem sê-lo, por que não

compartilhar resultados dessas experiências com os pares da academia e da prática profissional?

Referências

- Bleger, J. (1971). *Temas de psicologia: Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión. (Trabalho original publicado em 1961)
- Hur, D. U., Couto, M. L., & Nascimento, J. S. (2018). Estudantes indígenas na universidade: Uma sessão de grupo operativo. *Vínculo*, 15(2), 99-119.
- Pichon-Rivière, E. (2000). *O processo grupal* (6ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1983)
- Santos, M. A., Scatena, L., Dias, M. G., Pillon, S. C., Miasso, A. I., Souza, J., & Zanetti, M. L. (2016). Grupo operativo com professores do Ensino Fundamental: Integrando o pensar, o sentir e o agir. *Revista da SPAGESP*, 17(1), 39-50.
- Silva, M. A., Marques, M. F., Brito, M. C., Viana, R. S., Mesquita, A. L., Silva, A. S., & Gomes, L. C. (2018). Grupo operativo com primigestas: Uma estratégia de promoção à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(1), 1-11.
- Vincha, K. R., Bógus, C. M., & Cervato-Mancuso, A. M. (2020). Possibilidades de atuação profissional em grupos educativos de alimentação e nutrição. *Interface (Botucatu)*, 24, 1-16.

Índice remissivo

- "Super"-ego, 225, 257
AAPPG, 36
abandono, 255, 337, 379, 404, 524
abordagem clínica, 44, 526
abordagem francesa de grupos, 206
abordagem grupal às crianças e seus pais, 411
abordagem maternalista, 507
abordagem multidisciplinar, 485
abordagem narrativa, 448
abordagem pragmática e comportamental, 446
abordagem psicanalítica, 423, 525, 526
abordagem psicanalítica de grupo, 209
abordagem psicanalítica grupal, 529
abordagem psicanalítica grupal com alcoolistas e drogaditos, 529
abordagem radical construtivista, 448
abordagem sistêmica, 421, 443, 453
abordagens grupais, 55
abordagens grupais com finalidades operativas, 317
abordagens grupais terapêuticas, 317
ABPAG, 286
Abreu-Afonso, 180, 182
abuso de drogas, 535
abuso sexual, 375, 538
Ackerman, 31, 424, 446
ações de saúde mental, 534
acolhimento, 55, 74, 158, 238, 239, 275, 277, 294, 299, 354, 464, 471, 473, 476, 513, 514, 537
acolhimento dos familiares, 494
acompanhamento psicoterapêutico, 511
aconselhamento, 417, 418, 523
aconselhamento matrimonial, 415, 417, 419, 423
acoplamento de settings, 468, 469
acordo inconsciente, 463
acting-out, 237
acting-outs, 135, 190, 232, 317
actings, 331
acupunturistas, 486
Adamson, 145, 146
adaptação ativa à realidade, 145
Adler, 31, 373
adoecimento crônico, 54
adolescência, 53, 263, 365, 375, 412
adolescência da Psicoterapia Analítica de Grupo, 88
adolescente, 365, 366, 367, 373, 374, 411, 509
adolescentes, 53, 54, 145, 278, 317, 360, 365, 366, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 400, 412, 464
adolescentes com TAs, 496
adolescentes em conflito com a lei, 221
adolescentes psicóticos, 144, 145
adulto, 81, 128, 142, 215, 267, 271, 372, 373, 416, 431
adultos, 53, 63, 263, 268, 373, 393, 433
advogado, 318
agrupamento, 34, 43, 77, 101, 106, 244, 475
Ainsworth, 451
Aires, 285
Akhtar, 439
Albertini, 448
álcool, 375, 528, 529, 536
alcoólicos anônimos, 59
alcoolismo, 523, 536, 537

alcooolista e o drogadito, 538
alcooolista ou drogadito, 528
alcooolistas, 59, 523, 536
alcooolistas e drogaditos, 523, 532, 534, 536, 542
Alegret, 455
alfa-betização, 251
aliança terapêutica, 181, 183, 451, 502
alianças inconscientes, 219
alianças terapêuticas, 184, 429
Allen, 179
alta, 71, 337, 379, 533
Alternância de supostos, 133
altruísmo, 51, 104, 106, 130
alucinose, 242
aluno, 73, 81, 417
alunos, 73, 77, 80, 82, 83, 88, 147, 154, 284, 290
alunos-médicos, 454, 455
Alvarez, 383
amadurecimento, 269, 273, 274, 507
amadurecimento mental, 244
ambiência, 352
ambiência terapêutica, 479
ambivalência, 46, 96, 97, 193, 313
ambivalência afetiva, 104
ambivalências, 541
ambivalências institucionais, 313
ambivalente, 503
ambivalentes, 109
ambulatório, 179, 486, 503, 533
Ambulatório do Câncer do Hospital de Base, 486
ambulatórios, 59, 305
amor, 45, 46, 81, 100, 101, 102, 104, 109, 121, 137, 233, 238, 249, 258, 267, 274, 320, 324, 451, 538
amor a si mesmo, 101
amor aos outros, 102
amor às verdades, 87
amor edípico, 100
amor sem verdade, 248
AN, 493, 494, 503, 510
analizando, 159, 185, 232, 250, 251
analisandos, 241, 245
análise, 35, 73, 74, 76, 89, 107, 109, 118, 121, 125, 126, 135, 154, 159, 160, 162, 166, 177, 189, 226, 263, 324, 329, 339, 340, 432, 485, 524, 525, 530, 540
análise de grupo, 160
análise do grupo, 35, 213
análise institucional, 146, 207, 220
análise pessoal, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 79, 81, 87, 328, 563
análises, 115, 338, 547
analista, 69, 70, 71, 73, 110, 116, 118, 125, 129, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 167, 168, 169, 171, 182, 183, 217, 226, 227, 229, 232, 237, 238, 239, 241, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 255, 262, 263, 265, 268, 278, 291, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 339, 346, 347, 384, 403, 542
Analista, 339, 392, 393
analistas, 70, 227, 244, 262, 263, 278, 445
anamnese, 307, 366, 474
Anastasiadou, 496
ancoragem, 44, 238, 239
Andersn, 448
Andolfi, 425, 427
anestesistas, 486
angústias fundamentais, 541

Anna Freud, 107, 262
Anna O., 385
anorexia, 498, 500, 504, 509, 510, 526
Anorexia Nervosa, 493
anoréxicas, 526
ansiedade de separação, 331
ansiedade depressiva, 118, 119, 120
ansiedade e fantasias persecutórias, 294
ansiedade persecutória, 113, 116, 118, 119
ansiedades básicas, 147, 148, 150, 342
ansiedades infantis, 136
ansiedades persecutórias, 117
ansiedades persecutórias e depressivas, 120
ansiedades psicóticas, 136
Anthony, 158, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 177, 180, 189, 194, 197
anti-grupo, 190
Anton, 431
antropologia, 81
Anzïeu, 35, 81, 161, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 213, 420
APA, 146
aparelho, 99, 253, 254
aparelho analítico, 99
aparelho para aprender com a experiência, 249
Aparelho para pensar os pensamentos, 234, 246, 247, 249
aparelho psíquico, 45, 136, 234, 528
aparelho psíquico de grupo, 420
aparelho psíquico do grupo, 299
aparelho psíquico grupal, 213, 219
apoio psicológico, 169, 493
APPG, 82
aprender, 60, 148, 227
aprender com a experiência, 227, 252
aprendizado, 288
aprendizagem, 58, 147, 148, 150, 159, 228, 231, 252, 257, 281, 284, 285, 286, 289, 292, 294, 296, 297, 299, 422, 498, 531, 542, 550, 553
aprofundamento vertical, 161
aproximação amorosa, 322
área psicótica da personalidade, 243
Aristóteles, 444, 483
Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 36, 37
Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo, 37
Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, 37
aspectos inconscientes do grupo, 171
aspectos não psicóticos da personalidade, 309
aspectos psicodinâmicos, 474
assistência à infância e adolescência, 401
assistência à saúde, 400, 401
assistência aos familiares, 493
assistência interdisciplinar, 508
assistência multiprofissional em TAs, 494
assistência social, 401, 503
assistente social, 56, 63, 332
assistentes sociais, 214, 450, 486
Associação Argentina de Psicología e Psicoterapia de Grupo, 428
Associação Brasileira de Psicanálise de Casal e Família, 423
Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo, 37, 39, 286
Associação Brasileira de Terapia Familiar, 422

Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família, 423
Associação Internacional de Psicoterapia de Grupo, 36
Associação Internacional para o Estudo da Dor, 485
Associação Psicanalítica Argentina, 146
associações livres, 291, 299
associar livremente, 60, 300
Associação Psicanalítica Argentina, 175
ataque à comunicação, 379
ataque aos elos de ligação, 505
ataque aos vínculos, 231
Ataque aos vínculos, 225, 255
atenção à saúde, 513
atenção à saúde mental, 308
atenção à saúde mental da criança, 399
Atenção Básica, 553
atenção em saúde mental, 401
atenção flutuante, 239, 347
atenção multiprofissional, 486
atendente, 311, 314
atendidos em grupo, 360
atendimento clínico familiar, 391
atendimento familiar, 383, 384, 386, 395, 396
atendimento grupal, 61, 399, 401, 415
atendimentos clínicos, 387
atendimentos familiares, 383
atendimentos grupais, 64, 75
atendimentos infantis, 368
atitude ambivalente, 97
atitude amorosa e construtiva, 320
atitude clínica, 62, 73
atitude do analista, 125
Atitudes, 192
atividade clínica, 227
atividade grupal, 353
atividades grupais, 89, 402
atividades lúdicas, 454
atrasos, 190, 324, 331, 345, 359, 470
Attili, 494
atuação, 164, 331
atuação com grupos, 157
atuação em equipe, 456
atuação em grupos, 68, 89
atuação médica, 455
atuações, 317, 324, 331, 464, 470, 528, 533, 542
Atuações, 331
autismo, 383, 385, 386, 411, 476
autista, 409
autoanálise, 193, 327
avaliação psicológica, 511
Ávila, 82, 135, 172, 352, 356
Azîm, 313
Aznar-Martínez, 431, 432
babá, 262, 387, 388
babás, 378
Babo, 181, 193
Babía, 39, 351
Barembliitt, 461
barreira de contato, 237, 251, 252, 253
Barreira de contato, 225
barreiras na comunicação, 552
bases teórica e técnica da grupanálise, 160
bases teóricas e técnicas, 171
Bateson, 424, 440
Bauman, 68
Beatriz Fernandes, 40, 352
bebê, 109, 110, 111, 116, 117, 118, 119, 120, 131, 134, 147, 211, 218, 234, 238, 245, 247, 249, 251, 254, 265, 266, 267,

- 269, 270, 271, 272, 273, 274,
275, 387, 505
- bebê alucina o seio*, 405
- bebê winnicottiano*, 275
- bebês*, 320, 326, 373, 387, 393,
395
- bebês imaginários*, 117
- Bechelli*, 523
- Benghozi*, 426
- Benjamin*, 450
- Benninghoven*, 508
- Berenstein*, 36, 45, 420, 427, 444,
445
- Bernard*, 36, 81, 83, 284, 285,
291, 313
- Bernardo*, 283
- Berrios*, 488
- Berstein*, 182, 553
- Bettelheim*, 457
- Bighetti*, 495
- Bigliani*, 419, 420, 428, 429
- binômio transferência-
contratransferência*, 44
- biologia*, 447
- biólogo*, 440
- Biólogos*, 447
- biomédica*, 332
- Bion*, 31, 32, 35, 38, 44, 46, 47,
53, 60, 75, 81, 82, 107, 125,
126, 127, 128, 129, 130, 131,
133, 134, 135, 136, 137, 180,
189, 190, 225, 226, 227, 229,
230, 231, 232, 233, 235, 236,
237, 238, 240, 241, 242, 243,
244, 245, 246, 247, 248, 249,
250, 251, 252, 253, 255, 256,
257, 262, 309, 324, 325, 326,
328, 330, 331, 342, 346, 347,
420, 485
- Bittencourt*, 529
- Blay*, 509
- Blay Neto*, 38, 39, 351, 352, 361
- Bléandonu*, 233, 234, 238, 250,
251
- Bleger*, 228, 296, 405, 427, 461,
475, 553, 561
- bloqueio da comunicação*, 165
- BN*, 493, 510
- bode expiatório*, 144, 150, 151,
153, 168, 169, 183, 190, 321,
427
- Bode expiatório*, 153
- Bonfim*, 83
- Boston Change Process Study Group*,
185
- Boszormenyi-Nagy*, 418, 425, 446
- Bowen*, 418, 419, 424, 425, 446
- Bowlby*, 451
- Branco*, 448
- Brandt*, 285
- Brasil*, 402
- Brasiliano*, 423, 523, 524, 527,
528, 529, 530, 531, 532, 537,
538, 542
- Bretas*, 282
- Breuer*, 385
- brincar*, 137, 212, 217, 261, 262,
264, 268, 272, 345, 366, 369,
371, 389, 391, 392, 454, 479,
501
- Brincar*, 345
- brinquedo*, 368
- brinquedos*, 368, 370, 371, 392,
404, 474
- British Psychoanalytic Society*, 176
- Brito*, 180
- Brown*, 190
- Bruch*, 493
- Brum*, 422
- Brun*, 215, 216
- Budman*, 305
- Bugliani*, 439, 440

bulimia, 504, 509, 526
Bulimia Nervosa, 493
Burnier, 324
Burron, 31, 175
Caetano Veloso, 257
caixa de ressonância, 470
caixa de ressonância empática, 185
Camara, 33, 35
Campo, 452
campo da clínica, 70
campo da clínica de grupos, 72
campo da clínica psicanalítica, 524
campo da instituição, 479
campo da psicanálise, 298, 419
campo da psicoterapia de casal, 433
campo de representação, 148
campo do aprendizado, 69
campo emocional-afetivo, 148
campo grupal, 107, 127, 239, 317
campo inconsciente comum, 385
campo psicoterapêutico, 69
campo transferencial, 467
campo vincular, 44
Campos, 494, 501
Cancrini, 450
Canevaro, 443, 444, 445, 446
Cannon, 131
capacidade comunicativa, 48
capacidade da mãe, 251
capacidade de acolhimento, 466
capacidade de ajudar, 122
capacidade de aprender, 290
capacidade de brincar, 264, 269, 345
capacidade de continência, 504
capacidade de criar, 271, 448
capacidade de desintoxicar a mente, 352
capacidade de empatia, 87, 191, 403
capacidade de esperar pelas gratificações, 275
capacidade de falar, 453
capacidade de ficar só, 361
capacidade de identificar-se com o bebê, 270
capacidade de interação e pertença, 475
capacidade de interpretar, 342
capacidade de manter-se íntegro, 87
capacidade de observação, 406
capacidade de pensar, 233
capacidade de raciocinar, 234
capacidade de se comunicar, 87
capacidade de se relacionar, 476
capacidade de simbolização, 402
capacidade de sonhar, 216, 217
capacidade de sonhar e de brincar, 216
capacidade de suportar as lacunas, 270
capacidade de suportar frustrações, 474
capacidade de tolerância à frustração, 380
capacidade de trabalhar, 239
capacidade do grupo, 155
capacidade empática, 505
capacidade epistemofílica, 228
capacidade inata, 272
capacidade instintiva, 133
capacidade intuitiva, 255
capacidade mental, 361
capacidade para estar sozinho, 193
capacidade para pensar os pensamentos, 251
capacidade para tolerar frustrações, 234
capacidades criativas, 228
Capisano, 39
CAPS, 473, 475, 479, 533, 535
CAPSi, 401, 408, 411, 412, 476
caráter defensivo, 213
caráter horizontal do grupo, 161
caráter perverso, 256
caráter regressivo, 160
Carvalho, 468

casais, 36, 44, 55, 207, 225, 235,
 281, 416, 421, 424, 431, 432,
 437, 452, 454
casais e famílias, 429
casal, 61, 230, 278, 317, 415,
 422, 423, 429, 431, 432, 438,
 439, 445, 471, 507
casamento, 84, 95, 96, 103, 394,
 416, 424, 425, 429, 432, 438
casamentos, 491
casas de acolhimento, 294
Castanho, 206, 219, 221, 463,
 464, 466, 532
Castilho, 354
Cavalcanti, 411
Ceberio, 442
CECCO, 475
Centeno, 179
centrados na tarefa, 179, 221
Centro de Atenção Psicossocial, 479
Centro de Convivência e Cooperativa,
 475
*Centro de Formação para Terapeutas
 de Casal e Família*, 456
Centro de Saúde Mental, 455
Centro Hospitalar de Lisboa Norte,
 178
*Centro Hospitalar de Lisboa
 Ocidental*, 178
centros comunitários, 356
Centros de Atenção Psicossocial, 473,
 533
*Centros de Atenção Psicossocial
 Infante-Juvenis*, 401
centros de convivência, 294
Cerveny, 40, 88
cesura, 127, 129, 130
Cesura, 129
cesura do nascimento, 127, 128, 129
Chiaverini, 473
Chouvier, 216
Cibercultura, 68
cibernética, 424, 447
Cibernética, 440
ciclo de vida da família, 424
ciclo vital, 451
CID, 488
Cirillo, 450
cisão, 89, 113, 115, 116, 118,
 119, 128, 336, 506, 541
Cisão, 113
ciúme, 49, 94, 121, 196, 329, 417
ciúmes, 275
Ciúmes, 121
Claire Winnicott, 264
clãs totêmicos, 95
classificação do trabalho grupal, 163,
 353
Classificação Internacional de Doenças,
 488
clima emocional, 76, 131, 229, 321
clínica, 89, 107, 112, 218, 231,
 311, 341, 351, 358, 359, 362,
 384, 399, 418, 445, 548
clínica ampliada, 479
Clínica da Dor, 486, 487, 488
*clínica da psicanálise da configuração
 vincular*, 428
clínica das adições, 526
clínica de grupos, 40, 62, 64, 562
clínica de psicologia, 362
clínica diária, 108, 111
clínica do traumático, 216
clínica e técnica psicanalítica, 445
clínica grupal, 74
clínica grupoterápica, 360
clínica individual, 36
clínica privada, 54, 63, 67
clínica psicanalítica, 125, 263, 352
*clínica psicológica com alcoolistas e
 drogaditos*, 523
clínica psiquiátrica, 445

Clínica Tavistock, 127
clínica vincular, 111, 114, 136
clínica-escola, 359, 360
clínicas, 400, 401
clínicos, 431
clivagem, 113
coaching grupal, 179
Cobelo, 494, 501
coesão, 355
coesão do grupo, 163
coesão grupal, 184, 355, 359, 360, 514
Coesão grupal, 194
coleta de dados, 282, 552, 555, 558
Colombo, 422
Colossi, 473, 535
Complexo de Édipo, 97, 98, 99, 104
componentes intrassubjetivos e intersubjetivos, 235
comunicação, 43, 48, 49, 50, 60, 96, 113, 130, 148, 162, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 176, 186, 187, 189, 196, 232, 234, 238, 239, 240, 242, 243, 245, 250, 290, 296, 297, 330, 345, 362, 374, 379, 384, 406, 429, 440, 509, 510, 535, 553
Comunicação, 165
comunicação associativa, 192
Comunicação do par analítico, 250
comunicação extraverbal, 345
comunicação inconsciente, 498
comunicação intrainstitucional, 55
comunicação limitada e distorcida, 313
comunicação não verbal, 50, 69
comunicação nos grupos, 169
comunicação verbal, 50, 171, 192, 341
comunicação verbal e não verbal, 50, 85, 240
comunicações, 161, 189, 192, 248, 317, 326, 345
Comunicações, 235
comunicações defensivas do grupo, 112
comunicações distorcidas, 345
comunicações entre os pais e os filhos, 395
comunicações grupais, 336
comunicações multipessoais, 248
comunicações verbais e não verbais, 185
comunidade, 411
comunidade terapêutica, 61
comunidades terapêuticas, 32, 231, 255, 308, 309, 310, 314
comunitária, 401
conceito de ilusão grupal, 35
concepções grupais, 559
condição crônica de saúde, 508
configuração familiar, 395
configuração grupal, 230, 256
configuração mental, 118, 120, 256
configuração vincular fusionada e conflituosa, 503
configurações grupais, 115, 137, 138, 341
configurações mentais, 112, 325
configurações vinculares, 55, 81, 227, 229, 238, 245, 281, 391, 420, 496
conflito inconsciente, 159, 166
conflito intra-psíquico, 181
conflito mental, 160
conflito neurótico, 168
conflito no grupo, 134
conflito psíquico, 46
conflitos básicos, 189
conflitos edipianos, 374
conflitos emocionais, 491
conflitos inconscientes, 159, 164, 166, 168, 185

conflitos interpessoais, 467
conflitos latentes, 314, 354
Conhecimento, 227
conhecimento latente, 231
cônjuge, 430, 442
cônjuges, 169, 537
Conselho Tutelar, 412, 464
Consoli, 431
constituição grupal, 357
constituição intersubjetiva do grupo, 211
constituições grupais, 355
consultoria, 36
consultório, 332, 360, 367, 370, 380
consultórios, 55, 82, 212, 433
consultórios de psicanalistas, 218
consultórios médicos, 494
consultórios particulares, 157
consultórios privados, 305
Contel, 495
conteúdo latente, 241
conteúdo manifesto, 187, 300
conteúdos inconscientes, 162
conteúdos inconscientes latentes, 358
conteúdos latentes, 357
conteúdos latentes grupais, 558
conteúdos manifestos grupais, 558
conteúdos mentais, 403
continência, 245, 373, 464, 471, 500, 513, 533, 542
continência afetiva, 504
continência materna, 234
continente, 87, 249, 312, 396, 478
contraidentificações projetivas, 328
contraindicações, 323
contrato, 56, 59, 84, 183, 184, 191, 292, 306, 308, 353, 356, 359, 360, 361, 375, 376, 403, 532
contratransferência, 152, 176, 181, 182, 191, 192, 310, 317, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 336, 337, 344, 372, 425
contratransferenciais, 76, 77, 78, 183, 246, 308, 329, 343, 344
contratransferencial, 183, 191, 255, 327, 345, 490
contratransferências, 183
controle, 120, 330
controle onipotente, 120
convênios médicos, 55, 305
cooperação, 130, 553
coordenadores de grupo, 64, 562
Cordioli, 429, 430
Coronel, 289
corpo da mãe, 228, 232
corpo do bebê, 109
Cortêsão, 35, 61, 81, 175, 176, 177, 178, 180, 182, 186, 191
Costa, 362, 493, 509
coterapeuta, 84, 429
coterapeutas, 308
coterapia, 84, 177, 367, 402, 405, 408, 464, 477, 541
coterapias, 177
COVID-19, 57, 205
crescimento emocional, 231
crescimento mental, 127, 128, 227, 248, 249, 250
crescimento pessoal, 60, 234, 309, 335, 337, 338, 416
criança, 97, 142, 143, 215, 232, 251, 262, 267, 273, 365, 366, 367, 368, 369, 371, 372, 374, 375, 378, 383, 384, 385, 386, 392, 395, 396, 403, 404, 405, 411, 457, 467, 474, 475, 478, 500
crianças, 53, 54, 63, 96, 97, 109, 142, 263, 317, 322, 360, 365,

366, 367, 368, 369, 371, 372,
 373, 375, 383, 384, 385, 386,
 388, 392, 393, 394, 396, 399,
 400, 401, 403, 405, 408, 412,
 463, 464, 467, 474, 475, 476,
 477, 478, 479
Crianças, 320, 368
crianças autistas, 411, 475
crianças com transtornos mentais, 412
crianças com transtornos mentais graves, 401, 402, 411, 412
crianças e psicóticos, 107
crianças excluídas da escola, 401
crianças pequenas, 215, 477
criatividade, 71, 72, 75, 76, 79, 80,
 82, 107, 110, 137, 196, 234,
 237, 248, 261, 263, 264, 268,
 269, 271, 278, 310, 343, 345,
 366, 502
crise psicótica, 230
Cruz, 365
cuidador, 275
cuidadores, 145, 477, 495, 508,
 513, 514
Cuissard, 37
cultura, 45, 93, 99, 130, 132, 133,
 136, 145, 211, 214, 220, 230,
 308, 423, 428, 479, 513, 526
cultura de grupo, 130
cultura de pressupostos, 133
cultura grupal, 130
culturais, 184, 218, 268, 271, 416,
 426
cultural, 146, 361, 423, 485
culturas, 68, 141, 177, 431, 461
Cunha, 40, 422, 423
cura, 180, 181, 193, 227, 255,
 342, 379, 469, 513, 529, 550
Cura, 193, 379
curso de enfermagem, 283
curso de odontologia, 287
curso de psicologia, 357
Cypel, 445
Darwin, 94, 98, 269
Davanço, 37
David, 181, 196
de la Fuente, 36
defesa maníaca, 322
defesa primitiva, 116
Defesas, 186
defesas dos grupos, 180
defesas maníacas, 120, 330
Dejours, 485
Deleuze, 35
Dellarossa, 83, 284, 285, 288, 553
demanda, 54, 212, 351, 359, 361,
 362, 455, 466, 473, 476, 480,
 528
demanda da instituição, 355, 470
demanda das instituições, 358
demanda em saúde mental infantil e juvenil, 401
demanda externa, 472
demanda grupal, 301
demanda institucional, 401
demanda interna da instituição, 472
demandas, 61, 62, 89, 359, 360,
 361, 396, 454, 468, 470, 472,
 473, 477, 489, 495, 533, 552
demandas das crianças, 477
demandas do grupo, 467
demandas dos grupos, 477
demandas emocionais, 360
demandas institucionais, 55
demandas psicossociais, 559
denegação, 444
Denton, 416
Departamento de Assistência Escolar da Secretaria de Educação, 400
Departamento de Saúde Escolar, 401
dependência, 532
dependência à substância, 538

dependência absoluta, 267, 268, 273, 275
Dependência absoluta, 273
dependência ao álcool ou à droga, 538
dependência da relação terapêutica, 538
dependência de álcool e de outras drogas, 524
dependência de substâncias psicoativas, 524, 535, 537
dependência do grupo, 539
dependência do Grupo de Supervisão, 79
dependência relativa, 267, 273, 274
dependente de álcool e drogas, 537
desejo de crescimento, 309
desejos grupais, 136
desenvolvimento da autonomia, 197
desenvolvimento da capacidade de pensar, 405
desenvolvimento da família, 431
desenvolvimento da identidade e do sentido de realidade, 405
desenvolvimento da personalidade, 181
desenvolvimento da realização, 403
desenvolvimento das crianças, 432
desenvolvimento de autonomia e de coesão, 313
desenvolvimento de habilidades sociais, 495
desenvolvimento do bebê, 238
desenvolvimento do brincar, 392
desenvolvimento do grupo, 134, 161, 307, 357
desenvolvimento do indivíduo, 272
desenvolvimento emocional, 118, 503
desenvolvimento emocional saudável do bebê, 267
desenvolvimento grupal, 342
desenvolvimento humano, 416
desenvolvimento intra e interpessoal, 356
desenvolvimento mental, 119, 232
desenvolvimento psíquico, 121
desenvolvimento saudável do bebê, 270
desprezo, 120, 330, 335, 506
determinantes inconscientes da comunicação, 171
diabéticos, 54, 59
diagnóstico, 34, 310, 367, 384, 385, 391, 402, 407, 449, 450, 478, 488, 494
diagnóstico de anorexia, 501
diagnóstico de anorexia ou bulimia, 495
diagnóstico institucional, 150
diagnóstico precoce, 386
diagnóstico relacional, 446, 451
dialética, 58, 143, 146, 219, 420, 445, 468, 528, 550, 555
diário de campo, 549, 554
diários de campo, 563
Dias, 262, 264, 267, 269, 272, 273
dificuldade de comunicação, 375
dificuldade na comunicação, 535
dificuldades de comunicação, 417
dificuldades na comunicação, 289
dimensão estrutural, 99
dimensão intersubjetiva, 528
dimensão intrassubjetiva e intersubjetiva, 445
dimensão transubjetiva, 132
dimensão transubjetiva do vínculo, 45
dimensões do vínculo, 43
dinâmica da instituição, 466
dinâmica de grupo, 81, 209, 486
dinâmica de uma instituição, 479
dinâmica familiar, 386, 392, 432, 535

dinâmica grupal, 82, 85, 107, 127, 136, 180, 235, 236, 361, 467, 506, 523
dinâmica grupal analítica, 166
dinâmica institucional, 465, 466
dinâmicas familiares, 478, 535
Dinis, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 197
Diniz, 285
Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho, 177
discussão horizontal e criativa, 293
discussão livre flutuante, 187, 192, 194
Discussão livre flutuante, 186, 187
discussões clínicas, 412
dispositivo analítico, 218
dispositivo clínico, 468
dispositivo clínico grupal, 468
dispositivo de grupo, 206, 210, 212, 218, 220, 221, 290
dispositivo do grupo operativo, 555, 557, 559
dispositivo do Grupo Psicanalítico de Discussão, 293
dispositivo grupal, 344, 468, 470, 514, 560
dispositivo grupo, 246, 466, 468
dispositivo vincular, 90, 241, 250, 317, 324, 325
dispositivos de grupo, 207, 212
dispositivos grupais, 289
dispositivos psicanalíticos, 426
dispositivos vinculares, 245
dissociação, 506
distúrbios psicossomáticos, 272
divórcio, 432, 451
doença familiar, 144
Donato, 44, 285, 286, 290, 292
Dor autocrítica, 490
dor crônica, 488
Dor culposa, 490
dor emocional, 483
dor física, 483, 484, 485, 486, 489
dor mental, 47, 73
dor moral, 483, 484
dor psíquica, 483, 532
dores corporais, 485
droga, 529, 530, 531, 536, 539, 540, 542
drogadição, 525, 526, 527, 528, 529, 532, 534, 536, 538
drogadivões, 524, 526, 527
drogadito, 529, 530, 538, 542
drogaditos, 524, 526, 529, 531, 532, 536
drogas, 114, 374, 527, 528, 529, 535, 539, 540
DSM 3, 447
duplo vínculo, 440
Durand, 40, 325
Eco, 172
economista, 318
ECRO, 145, 146, 147, 149, 154, 399
Édipo, 97, 228
educação, 179, 231, 351, 355, 356, 551
Educação, 285
educação alimentar, 553
Educação Básica, 357
educação em saúde, 400, 554
educação física, 162
educação popular, 55
educação sanitária, 400
educadores, 214, 450
educadores físicos, 486
eficácia clínica, 432, 448
Egos auxiliares, 33, 34
Eigner, 439
Eiguer, 423, 426
eixo horizontal, 161

eixo vertical, 161
elaboração, 182, 184, 189, 196,
 197, 239, 264, 273, 285, 292,
 336, 343, 365, 372, 375, 379,
 380, 392, 511, 528, 535, 539,
 541
elaboração das ansiedades, 148
elaboração dos sofrimentos, 471
elaboração imaginativa, 272
elaboração imaginativa das funções
corpóreas, 272
elaboração onírica, 241, 243
elaboração psíquica, 491
elaborações, 276, 318, 345, 530,
 539
elaborações das angústias, 276
elaborações imaginativas, 272
elemento primitivo do pensamento, 234
elementos α , 237, 251, 252
elementos β em α , 251
elementos alfa, 236, 237, 251
elementos alfa da mãe, 251
elementos beta, 237, 251, 253
Elementos beta, 237
elementos beta do bebê, 251
elementos maternos, 501
elementos persecutórios, 336
elementos primitivos, 246
emergente, 144, 300, 422
emergentes, 152, 289, 470, 496,
 551, 558, 562
emergentes grupais, 59, 562
Emílio, 282, 283, 285, 288, 292,
 296, 352
empresa, 46, 51, 295, 392
empresas, 45, 59, 212, 235, 356,
 432
encontros grupais, 496, 538
enfermagem, 502
enfermeiras, 502
enfermeiro, 56
enfermeiros, 214
enfermidade familiar, 422
enfoque psicanalítico, 425
enfoque relacional-sistêmico, 446
engenheiro, 126
enquadramento teórico, 549, 556
enquadramento teórico-metodológico,
 555, 560
enquadre, 80, 84, 215, 217, 295,
 297, 353, 356, 359, 360, 464,
 466, 467, 470, 532
enquadre grupal, 355
enquadre psicanalítico da cura, 466
enquadre psicanalítico da instituição
psicanalítica, 466
enquadre psicanalítico da supervisão,
 466
enquadrados, 466, 470, 479, 541
ensino, 55, 59, 65, 67, 73, 84,
 157, 178, 284, 399, 400, 552
ensino-aprendizagem, 82, 85, 88,
 357, 554
entrevista, 391, 473, 474, 557
entrevistas, 307, 366, 367, 375,
 476, 549
Epson, 448
equipamento de saúde pública, 554
equipamentos de saúde mental, 216
equipamentos de saúde pública, 55
equipe coordenadora ou executora, 56
equipe de Nutrição, 553
equipe do hospital psiquiátrico, 455
equipe e da instituição, 464
equipe executora, 89, 562
Equipe executora, 554
equipe gestora, 356
equipe interdisciplinar, 451, 456,
 494, 501, 513
equipe médica, 455, 486, 488
equipe multidisciplinar, 486

equipe multiprofissional, 56, 464,
 465, 466, 476, 477, 478, 479
equipe pedagógica e administrativa,
 294
equipe técnica, 309, 464
equipe uniprofissional, 56
equipes de profissionais, 454
equipes interdisciplinares, 494
equipes multi ou interdisciplinares, 533
equipes multidisciplinares, 543
equipes multiprofissionais, 64, 401,
 411
Equipes multiprofissionais, 464
equoterapia, 387
Erickson, 424
escola, 141, 295, 334, 358, 375,
 376, 378, 394, 396, 400, 401,
 409, 411, 464, 512, 552
escola argentina, 39, 420
escola argentina de grupos, 560
Escola de Terapia Familiar do
Hospital de la Santa Creu i Sant
Pau, 443
escola francesa, 35, 420, 426
escola francesa de psicanálise de grupo,
 107
Escola Inglesa, 177, 188
escola inglesa de psicanálise, 38
Escola Inglesa e Portuguesa, 186
escola kleiniana, 132
Escola Mara Selvini Palazzoli, 442,
 450
Escola Portuguesa, 172, 182
Escola Portuguesa de Grupanálise,
 134, 176, 177, 180, 191
escola pública, 552
escola sistêmica, 439
Escola Vasco Navarra de Terapia
Familiar de Bilbao, 443
escolas, 55, 59, 212, 285, 290,
 294, 357, 400, 473
escritos teóricos e técnicos, 172
escuta psicanalítica, 384
ESF, 554
espaço de compartilhamento horizontal,
 293
espaço de confiança e de acolhimento,
 470
espaço de empatia, 478
espaço de escuta aos familiares, 407,
 513
espaço de interrelação, 531
espaço de reflexão, 529
espaço de transicionalidade, 369
espaço do grupo, 291, 295, 357
espaço grupal, 358, 359
espaço interno e externo, 226
espaço intersubjetivo, 45
espaço intrapsíquico, 420
espaço intrassubjetivo, 255, 257, 420
espaço lúdico, 345
espaço mental, 395
espaço mental da mãe, 395
espaço para acolhimento dos familiares,
 495
espaço potencial, 264, 265, 267,
 268, 277
espaço psicanalítico, 365
espaço psíquico, 387
espaço psíquico e social, 527
espaço psíquico transubjetivo, 132
espaço transicional, 267, 271, 290
espaços de reflexão, 495
espaços grupais, 352
espaços psíquicos, 45, 219, 340,
 427, 500
espectro autista, 395
Espectro do Autismo, 384
espelhamento, 167, 182, 187, 188,
 193, 285
Espelhamento, 186, 188
Espindola, 509

espiral dialética, 90, 227
espontaneidade, 71, 263, 264, 269, 277, 278
Esquizoanálise, 35
establishment, 47, 225, 230, 231, 246
Establishment, 230
estado da mente, 113, 118
estado de sonho da mãe, 238
estado latente, 131
estado mental, 120, 128, 238, 344
estados da mente, 49, 112, 129, 242, 245, 253, 254
estados mentais, 425
estagiário, 357, 477
estagiários, 432, 495, 515
estagiários de psicologia, 496
estágio, 360
estágios, 88
estereótipo, 147, 148
estereótipos, 296, 421, 513, 551
Estereótipos, 537
estratégia clínica, 395
estratégia lúdica, 496
Estratégia Saúde da Família, 554
estratégias clínicas, 508
estratégias de apoio, 493
estratégias de intervenção, 508
estratégias defensivas, 508
Estratégias grupais, 495
estrutura, 44, 69, 143, 144, 146, 536
estrutura de personalidade, 189
estrutura de vinculação, 420
estrutura institucional, 468
estrutura mental, 536
estrutura organizacional, 310
estrutura relacional, 44, 324
estrutura vincular, 143
estruturacão vertical, 342
estruturante grupal, 149
estruturas, 138, 298
estruturas defensivas, 121
estruturas vinculares, 134, 149
estudante, 71, 72, 74, 89, 90, 141, 357, 507, 559
estudante de direito, 332
estudante de medicina, 141
estudante do mestrado, 287
estudante indígena, 551
estudante universitária e estagiária, 332
estudantes, 67, 71, 88, 89, 284, 291, 292, 294, 356, 357, 358, 551, 562
estudantes de psicologia, 515
estudantes de psicologia e medicina, 515
estudantes de psiquiatria, 284
estudantes indígenas, 551
Estudantes universitários, 90
estudo teórico, 68, 70
estudos sobre grupos, 351
ética, 57, 62, 65
European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy, 178
European Group Analytic Training Institutions, 178
evacuacão psicótica, 242
execução da tarefa, 469
execução de tarefas, 130
Exército, 102, 103
exogamia, 94, 95, 97, 99
experiência clínica, 327, 384, 411, 514, 525
experiência de mediação, 216
experiência emocional, 44, 45, 46, 109, 128, 234, 241, 243, 244, 325
experiência emocional compartilhada, 43
experiência emocional da cesura, 129

experiência emocional primitiva, 233
experiências clínicas, 265
experiências com grupos, 130, 137, 399
Experiências com grupos, 38, 126, 133
experiências emocionais, 236, 251, 411
experiências grupais, 555, 562
Experiências grupais, 357
experiências grupais operativas, 555
experiências pré-verbais, 379
experiências primevas, 270
experiências primitivas, 233
expressões grupais, 550
expressões verbais e não-verbais, 171
extratransferenciais, 330, 343
Ezriel, 31
Factores terapêuticos, 186, 193
Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa, 175
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 486
falso self, 47, 443
falta, 63, 308, 313, 321, 376, 470, 542
faltas, 63, 190, 321, 324, 331, 345, 359, 366, 376, 411, 470
família, 32, 33, 51, 61, 73, 102, 103, 107, 141, 142, 144, 153, 262, 277, 317, 319, 334, 360, 366, 368, 372, 376, 383, 384, 385, 386, 389, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 401, 406, 411, 415, 417, 418, 419, 421, 422, 423, 426, 427, 431, 432, 433, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 453, 454, 455, 456, 457, 464, 467, 494, 495, 502, 508, 509, 510, 513, 535
família de origem, 442
família extensa, 442
familiar, 227, 230, 365, 366, 383, 384, 385, 393, 400, 401, 402, 473, 494, 501, 508, 510, 513, 526, 535
familiares, 144, 169, 171, 192, 276, 367, 374, 375, 376, 377, 385, 386, 387, 399, 425, 427, 474, 477, 489, 490, 493, 494, 495, 496, 508, 509, 510, 513, 514, 515, 530, 537
familiares de crianças com transtornos mentais graves, 407
familiares idosos, 487
famílias, 36, 43, 44, 55, 126, 128, 144, 207, 225, 234, 245, 248, 276, 281, 320, 367, 383, 384, 385, 386, 392, 396, 400, 419, 420, 424, 431, 432, 437, 446, 454, 455, 456, 464, 476, 477, 494, 510
fantasia, 109, 117, 119, 132, 210, 213, 237, 253, 267, 272, 289, 307, 367
fantasia de controlar, 116
fantasia de devoração, 499
fantasia de fusão, 342
fantasia do mamilo, 110
fantasia grupal, 83, 131, 137
fantasia inconsciente, 48, 109, 110, 111
fantasia onipotente, 131
fantasia primordial, 387
fantasiar, 272
fantasias, 45, 86, 109, 110, 113, 117, 142, 148, 149, 150, 155, 171, 185, 187, 213, 239, 292, 313, 327, 336, 368, 478
fantasias compartilhadas, 195, 526
fantasias de incorporação, 499

- fantasias e temores persecutórios*, 498
fantasias grupais, 134
fantasias inconscientes, 44, 49, 110, 112, 131, 134, 136, 226, 244, 374
fantasias persecutórias, 112, 152, 292, 346
fantasias primárias, 136
fantasias primitivas, 134
fantasias reprimidas, 331
Faria, 39
fase protomental, 135
fato selecionado, 246, 247, 248
fator de proteção, 535
fator de risco e/ou de proteção, 535
fatores de risco, 537
faxineiras, 314
Feder, 37, 38
Federação Latina das Associações de Psicanálise de Grupo, 38
Federação Latino-Americana de Psicoterapia Analítica de Grupo, 36
Federação Portuguesa de Psicoterapias, 178
feminismo, 282
fenômeno do grupo, 167
fenômeno grupal, 137, 168, 210
fenômeno transicional, 261, 267, 268, 269, 275, 277, 502
fenômenos grupais, 49, 90, 157, 242, 281, 287, 290, 326, 327, 335, 352, 357, 358, 371, 472, 496, 506
fenômenos inconscientes, 194
fenômenos protomenciais, 135
fenômenos transicionais, 268, 270
Ferenczi, 380
Féres-Carneiro, 422, 423
férias, 353, 360, 366, 379, 533, 542
Fernandes, 44, 45, 46, 50, 53, 58, 63, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 85, 91, 120, 127, 129, 130, 133, 134, 136, 137, 164, 179, 229, 230, 236, 238, 241, 250, 253, 256, 283, 284, 285, 286, 288, 291, 292, 294, 295, 296, 309, 310, 325, 329, 330, 342, 343, 345, 347, 351, 356, 365, 373, 374
Fernández, 217, 440, 441
Ferreira, 182
Ferro, 180
Ferschtut, 284
Figueiredo, 126, 231
figuras parentais, 378
filha, 107, 170, 264, 319, 320, 391, 394, 406, 408, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 507, 511
Filha, 505
filhas, 500, 511, 533, 535
filho, 95, 238, 262, 273, 333, 334, 391, 395, 408, 409, 410, 411, 478, 502, 505
filho(a), 508, 509, 514
filhos, 69, 88, 95, 144, 235, 240, 327, 336, 385, 394, 396, 407, 408, 410, 438, 442, 451, 477, 491, 500, 537
filhos de alcoolistas, 432
filhos(as), 494, 495, 496, 508, 514
Filipe, 180
filósofa, 318
filosofia, 81, 125, 126
finalidade do grupo, 148
finalidade operativa, 58
finalidade psicoterapêutica, 295, 299, 493
finalidades operativas, 57, 58, 60, 81, 84

finalidades operativas ou psicoterapêuticas, 64, 89
finalidades operativas ou terapêuticas, 48
finalidades psicoterapêuticas, 295
finalidades terapêuticas, 58, 61
fisiatras, 486
fisioterapeutas, 486
fisioterapia, 387, 457
 FLAPAG, 36, 38
focal, 323
foco, 55, 56, 62, 158, 306, 307, 308, 358, 496, 532
focos, 56
Fonagy, 179
fonoterapia, 387
Fonseca, 61
fonte da comunicação, 50
forma de comunicação, 166
forma de comunicação predominante, 379
forma lúdica, 498
formação, 59, 62, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 157, 176, 177, 178, 180, 191, 209, 217, 284, 285, 288, 289, 338, 355, 357, 399, 412, 415, 418, 421, 422, 423, 425, 429, 431, 432, 438, 439, 442, 453, 455, 515, 561
Formação, 64, 443, 455
formação acadêmica, 562
formação de recursos humanos, 561
formação do psicoterapeuta, 431
Formação do psicoterapeuta de casal, 431
formação do psiquismo, 239
formação médica, 515
formação pessoal, 178
formação profissional, 191
formação psicanalítica, 68
formação teórico-técnica, 442
formação universitária, 561
formas clínicas, 527
formas de comunicação, 155, 243, 378
Fotolingagem, 289
Foulkes, 31, 35, 81, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 176, 177, 178, 180, 182, 187, 189, 193, 194, 197, 200, 341
Fraenkel, 417, 424, 425, 430
Framo, 446
Franco, 285
Franco Filho, 39, 81, 129, 130, 352
Frazer, 94, 96
Freud, 31, 45, 81, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 116, 121, 126, 127, 128, 133, 137, 141, 142, 159, 180, 209, 211, 212, 218, 226, 232, 239, 248, 253, 261, 263, 266, 324, 326, 327, 331, 346, 355, 379, 385, 483, 484
Fromm, 440
frustração, 47, 111, 127, 132, 133, 183, 232, 313
Fukes, 524, 525, 530, 531, 534, 536
Fulgêncio, 262, 272
função, 236
Função, 191
função α , 238, 252
função alfa, 236, 238, 239, 249, 251
função alfa da mãe, 238
função analítica, 342

função catártica, 512
função continente, 195, 470
função continente do grupo, 352
função da personalidade, 236
função de apoio, 170
função de continência, 238, 239, 464, 467
função de holding, 373
função de interdição, 406
função de leitor do grupo, 298
função de pensar, 236, 292
função de terceiro, 532
função de um psicoterapeuta, 454
função do analista, 226
função do coordenador, 148
função do grupo, 135
função do grupo como continente, 525
função do pensar, 228
função do terapeuta, 137
função do vínculo, 357
função dos coordenadores, 300
função interpretativa, 191
função materna, 405, 467
função no grupo, 354
função parental, 502
função protetora, 501
função psicanalítica da personalidade, 71, 251, 526
Função psicanalítica da personalidade, 225, 226
função terapêutica, 532, 538
função vinculadora, 46
funcionamento dos pais como casal, 424
funcionamento emocional, 511
funcionamento familiar, 510
funcionamento grupal, 137, 539
funcionamento mental, 181
funcionamento patológico do psicótico, 256
funcionamento predominantemente psicótico, 504
funcionamento psicodinâmico, 53
funcionamento psicótico, 503
funções corporais, 272
funções corpóreas, 272
funções da supervisão, 73
funções do corpo, 272
funções do psicoterapeuta, 341
funções intermediárias, 527
funções terapêuticas, 193
Galimberti, 443, 444
Ganzarain, 37
Garbarino, 38
gastrostomia, 503
gêmeo, 387, 391
gêmeos, 383, 386, 387, 393
gênero, 54, 421, 423, 536
genograma, 427, 442
Gerber, 126, 231
gestação, 270, 275, 385, 472, 554
Gestalt, 175, 249, 486
Gestalt-terapia, 61, 81
gestante, 270
gestantes, 59, 472, 554
Gevet, 429, 430
Ginot, 367, 369
Gioracchini, 262
Giraldito, 443, 451, 452
Gomes, 419, 420, 423, 426, 427, 428, 429, 431
Gondim, 473
Gonzaga, 501
González, 37
Goolishian, 448
Goulart, 493, 504
graduação, 88, 89, 559, 561
Graña, 262
GRATA, 494, 495, 506, 508
gratidão, 47, 80, 119, 121, 337, 343, 506

Gratidão, 121
gravidez, 391, 456
Green, 500
Grinberg, 38, 73, 230, 241, 254, 256, 257, 328
Grinker, 305
Groisman, 422
Grotjahn, 31
Group Analytic Society, 175
Group Analytic Society International, 178
Grunspun, 371, 372
grupalidade, 36, 48, 81, 111, 126, 137, 239, 301, 323, 330, 340, 515, 563
grupanálise, 32, 61, 157, 158, 160, 161, 162, 171, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 187, 190, 191, 193, 195, 196, 197
Grupanálise, 172
Grupanálise – teoria e técnica, 175
grupanálise multifamiliar, 179
grupanalista, 175, 182, 183, 184, 187, 191, 192, 193, 261, 275
Grupanalista, 183
grupanalistas, 76, 157, 177, 180, 184, 192, 330
grupo aberto, 54, 353, 359, 360, 496
grupo analista, 354
grupo breve, 56, 306, 307, 308, 471
grupo com crianças, 463, 468
grupo com finalidade operativa, 64
grupo com finalidades de pesquisa, 61
grupo com os familiares, 496
grupo como dispositivo de intervenção, 294
grupo como espaço de singularização, 217
grupo como suporte, 194
Grupo da cozinha, 310
Grupo da horta, 311
grupo da instituição, 317
Grupo da jardinagem, 310
grupo de adolescentes, 62
Grupo de adolescentes, 373
grupo de adultos, 360
Grupo de adultos, 318
grupo de adultos/pais, 360
grupo de apoio psicológico, 493, 495
Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, 494
Grupo de boas-vindas, 311
grupo de cooperação mútua, 75
grupo de crianças, 368, 402, 408, 474, 477
grupo de crianças e adolescentes, 360
grupo de discussão, 281, 282, 283, 286
Grupo de Discussão, 287
grupo de discussão online, 282
grupo de estudantes, 291
grupo de estudos, 36, 40
Grupo de Estudos de Psicoterapia Analítica de Grupo do Pará, 40
Grupo de Estudos do Pará, 40
grupo de familiares, 402, 408, 477
grupo de familiares de crianças, 407
grupo de finalidade operativa, 59
grupo de inspiração psicanalítica, 62
grupo de jovens, 285
grupo de longo termo, 56
grupo de orientação, 477, 478
grupo de orientação clínico-nutricional aos familiares, 495
grupo de orientação ou temático, 471
grupo de pacientes, 515
grupo de pacientes crônicos, 489
grupo de pais e familiares, 477
grupo de pais ou familiares de adolescentes, 477

grupo de pais ou familiares de crianças autistas, 477
grupo de pesquisa, 62, 562, 563
grupo de psicoterapia, 536
grupo de psicóticos, 380
grupo de referência, 330
grupo de reflexão, 281, 282, 283, 285, 286, 472
Grupo de Reflexão, 290, 291
grupo de reflexão e discussão, 283
Grupo de Supervisão, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 562
grupo de suposição básica, 133
grupo de suposto básico, 132
Grupo de terapia ocupacional, 310
grupo de trabalho, 130, 132, 133, 136
Grupo de Trabalho, 75, 230
grupo familiar, 144, 194, 197, 384, 395, 396, 418, 422, 424, 427
grupo fechado, 54, 353, 359
grupo idealizado, 470
grupo institucional, 230, 470
grupo interno, 136, 182, 195
grupo multifamiliar, 494, 495, 496, 502, 504, 507, 513, 514
grupo na instituição, 472, 475
grupo operativo, 58, 149, 150, 221, 288, 551, 552, 553, 555, 556, 559, 560, 561, 563
Grupo operativo, 551, 552, 553, 554
Grupo Psicanalítico de Discussão, 288, 295, 296, 298, 299, 300
grupo psicanalítico de reflexão, 283
Grupo Psicanalítico de Reflexão, 288, 291, 299, 300
grupo psicoeducativo multifamiliar, 493
grupo real, 470
grupo reflexivo, 283
grupo terapêutico, 365
grupos abertos, 163, 306, 471, 472, 534
Grupos abertos, 472
grupos abertos ou fechados, 64, 317
grupos Balint, 59, 179
grupos breves, 305, 308, 360, 471
Grupos breves, 472
grupos com crianças pequenas, 471
grupos com diferentes finalidades, 282
grupos com familiares de crianças com transtornos mentais graves, 407
grupos com finalidades de pesquisa, 61, 62
Grupos com finalidades de pesquisa, 61
grupos com finalidades operativas, 58, 67
Grupos com finalidades operativas, 58
Grupos com finalidades terapêuticas, 60
grupos com foco ou tempo limitado, 305
grupos com longa duração, 121
grupos com pacientes internados, 61, 313
grupos com tempo e/ou objetivos limitados, 305
grupos de acolhimento, 59, 472
grupos de adolescentes e jovens adultas, 534
grupos de adultos, 474
grupos de alcoólicos anônimos, 523
grupos de alcoolistas, 486
grupos de alcoolistas e drogaditos, 533
grupos de apoio psicológico, 495
grupos de autoajuda, 59
grupos de convivência, 59
grupos de crianças, 366, 467, 477
grupos de crianças autistas, 476

grupos de crianças com transtornos graves, 402, 405
grupos de diagnóstico, 59
grupos de discussão, 282
grupos de educação, 553
grupos de familiares, 407, 411
grupos de familiares de crianças, 410
grupos de longo prazo, 358
grupos de mães, 400
grupos de maternagem, 479
grupos de mediação, 214, 216
grupos de mulheres, 476
grupos de orientação, 59, 399, 472
grupos de orientação de pais ou familiares, 477
grupos de pacientes psicóticos, 476
grupos de pais, 410
grupos de pressupostos básicos, 180
grupos de psicoterapia, 534, 535, 536
grupos de reflexão, 68, 282, 285, 290, 478
Grupos de Reflexão, 83
grupos de supervisão, 562
grupos de supostos básicos, 137
grupos de trabalho, 179, 523
Grupos e configurações vinculares, 40
grupos educativos, 471
Grupos em comunidades terapêuticas, 309
Grupos em instituições, 214
grupos em instituições de saúde, 410
grupos experienciais, 179
grupos fechados, 163, 306
grupos focais, 64
grupos heterogêneos, 54
grupos homogêneos, 54, 323, 463, 475
grupos institucionais, 356, 357, 358
grupos internos, 134
grupos na internet, 179
grupos nas instituições, 461
grupos on-line, 179
grupos operativo, 58, 309, 399, 461
Grupos Operativo, 59, 70, 82
grupos operativos, 55, 58, 59, 60, 61, 84, 143, 145, 146, 150, 154, 285, 287, 288, 293, 296, 297, 300, 309, 351, 358, 411, 422, 486, 547, 548, 550, 552, 553, 555, 560, 561, 563
Grupos operativos, 563
Grupos Operativos, 83, 281, 283, 284
Grupos operativos e(m) pesquisa, 550
Grupos para tratamento de transtornos alimentares, 55
Grupos Psicanalíticos de Discussão, 59, 82, 84, 231, 285, 286, 292, 294, 295, 296, 297, 298
Grupos Psicanalíticos de Discussão e de Reflexão, 281, 283, 288, 317
grupos psicanalíticos de reflexão, 59, 70, 81, 231
Grupos Psicanalíticos de Reflexão, 84, 284, 285, 288, 289, 291, 292, 294
Grupos Psicanalíticos de Reflexão e de Discussão, 283, 284, 300
Grupos psicanalíticos de reflexão e discussão, 83
Grupos psicanalíticos de Reflexão e Discussão, 70, 82
Grupos Psicanalíticos de Reflexão e Discussão, 59
grupos temáticos, 58
grupos terapêuticos, 107
grupos vivenciais, 357
grupoterapeuta, 69, 72, 79, 81, 86, 87, 332, 352, 359, 360, 373, 563
grupoterapeutas, 76, 79, 86, 284, 285, 288, 340, 360

grupoterapia, 61, 70, 86, 195, 318,
 323, 332, 351, 359, 361, 463
grupoterapia breve, 61, 358
grupoterapias, 61
guarda dos filhos, 530
Guattari, 35
Gurfinkel, 536
Gurman, 306, 416, 417, 418, 419,
 421, 424, 425, 427, 429, 430,
 432
Gvozđ, 283
Hacking, 507
Haley, 424
Han, 68
Hassan, 313
HDI, 401
Heimann, 327, 328
beranças familiares, 426
Herman, 450
Hiluey, 454, 455, 456
Hintz, 422
hipertensos, 59
história da terapia familiar, 439
história familiar, 426
história moderna, 126
histórias familiares, 396
Hochgraf, 527, 528, 537, 538
holding, 261, 274, 275, 276, 277,
 467, 502
Holding, 274, 275
homem, 93, 94, 95, 137, 274, 487,
 505, 527, 528, 537, 555
homem do totem alfa, 96
homem moderno, 137
homem primitivo, 101
homens, 95, 104, 126, 137, 318,
 354, 355, 537, 538
homens e mulheres, 314
Homens e mulheres dependentes, 537
homens maduros, 94
homens primitivos, 93, 96, 134
homeostase do grupo, 352
homeostase familiar, 418
borda primeira, 98, 101, 106
borda primitiva, 94
horizontalidade, 152
horizontalização de saberes, 293
Hospício de Las Mercedes, 144
hospitais, 59, 356, 487
hospitais-dia, 61
hospital, 32, 36, 78, 371, 500
Hospital, 144, 456
*Hospital de Clínicas da Faculdade de
 Medicina de Ribeirão Preto da
 Universidade de São Paulo*, 494
*Hospital de Neuropsiquiatria de
 Buenos Aires*, 36
Hospital Militar de Northfield, 175
Hospital Northfield, 126
hospital psiquiátrico, 127, 284, 455,
 456
*Hospital-Dia em Saúde Mental
 Infantil*, 401
hospital-escola, 515
hostil, 118, 147, 170, 253, 535
hostilidade, 103, 104, 118, 230,
 254, 313, 498, 500, 504, 532
Hur, 551
LAGP, 36
LASP, 485
idealização, 113, 115, 118, 119,
 196, 212, 540
Idealização, 115
ideias latentes, 379
ideias persecutórias, 361
identificação, 69, 74, 76, 87, 97,
 98, 104, 105, 117, 188, 195,
 275, 277, 326, 352, 525, 531,
 538
Identificação, 104
identificação projectiva, 196

identificação projetiva, 113, 116,
 117, 118, 119, 234, 237, 245,
 249, 252, 253, 255, 325, 326,
 327, 425, 498
Identificação projetiva, 116
Identificação Projetiva, 117
identificação projetiva patológica, 254
identificações, 196, 365, 379, 426,
 490, 526
identificações projectivas, 188
identificações projetivas, 70, 86, 117,
 236, 238, 322, 328, 336, 337,
 525
identificações projetivas do bebê, 238
idosos, 53
Igreja, 102
ilusão de onipotência, 267, 276
ilusão grupal, 205, 210, 211, 212,
 213, 216
ilusão onipotente, 266, 269
impedindo a comunicação, 385
impulsos amorosos e destrutivos, 499
inconsciente coletivo, 167
inconsciente do analista, 328
inconsciente do grupoterapeuta, 373
inconsciente grupal, 171
inconsciente no grupo, 162
inconsciente social, 162, 314
inconscientemente transmitido, 386
inconscientes familiares, 386
independência, 273, 343, 502, 509
independência absoluta, 273, 274,
 275
indicação, 86, 358, 384, 474
Inem, 529
infância, 116, 127, 128, 141, 195,
 268, 324, 374, 387, 400, 412,
 437
infância precoce, 271
insight, 130, 181, 193, 365, 368,
 372, 375
insights, 318
institucional, 220, 227
institucionalismo, 208
instituição, 35, 39, 51, 61, 63, 88,
 108, 169, 281, 286, 287, 288,
 290, 291, 292, 293, 294, 300,
 309, 310, 311, 317, 368, 407,
 428, 461, 462, 463, 464, 465,
 466, 467, 468, 469, 473, 474,
 476, 478, 480, 533
instituição continente, 468
instituição de ensino, 357
instituição de saúde, 399
instituição de saúde mental, 144
instituição de tratamento, 541
instituição família, 462
instituição formadora, 285, 291
instituição psicanalítica, 524
instituição pública, 515
instituição pública de saúde, 399
instituição religiosa, 162, 285
instituição universitária, 62, 89, 361,
 559
instituições, 36, 39, 43, 44, 47, 54,
 56, 59, 62, 64, 67, 82, 89, 93,
 97, 104, 126, 129, 177, 205,
 208, 212, 214, 220, 225, 229,
 234, 248, 289, 294, 351, 356,
 362, 411, 419, 461, 462, 463,
 464, 467, 473, 477, 480, 527,
 533, 537, 538, 540
instituições de ensino, 356
instituições de formação, 285
instituições de saúde, 220, 351, 495
instituições de saúde pública, 231
instituições educadoras, 231
instituições formadoras, 88, 290, 428
instituições psiquiátricas, 214
instituições psiquiátricas tradicionais,
 231
instituições públicas, 55, 356

instituições públicas de saúde, 402,
 411, 412
instituições públicas e privadas, 361
instituições religiosas, 462
Instituto Abuchaim, 40
Instituto Borda, 285
Instituto de Pesquisa Mental, 424
Instituto de Pesquisa Mental de Palo Alto, 418
Instituto de Psicologia da USP, 431
Instituto de Técnicas Grupais da Associação Argentina de Psicologia e Psicoterapia de Grupo, 284
Instituto Pichon-Rivière, 175
integrantes da equipe, 456
interação mãe-bebê, 69
interações vinculares, 43
interdisciplinar, 543
interdisciplinares, 464
interferência, 325
interior do corpo da mãe, 116
internalizações bebê-seio, 134
International Psychoanalytic Association, 176
internet, 57, 68, 376
interpretação, 127, 150, 151, 159, 161, 162, 176, 181, 184, 185, 186, 196, 213, 219, 241, 243, 245, 247, 250, 291, 321, 338, 341, 342, 343, 347, 445, 491, 559, 560, 562
Interpretação, 151, 340, 342
interpretação da transferência no grupo, 160
interpretações, 34, 63, 71, 121, 130, 172, 184, 185, 192, 216, 217, 263, 268, 290, 297, 318, 338, 341, 343, 344, 345, 346, 426, 547
intersubjetiva, 44
intersubjetividade, 218, 420, 428, 531
intersubjetivo, 232, 427, 428
intervenção clínica, 430
intervenção grupal, 62, 351, 496, 514
intervenção grupal em instituições, 355
intervenção institucional, 355
intervenção psicológica grupal, 359
intervenção psicológica grupal de longo prazo, 360
intervenção psicoterapêutica para crianças e adolescentes, 455
intervenção/pesquisa, 89
intervenções grupais, 88, 89, 288, 351, 555
intervenções psicológicas em grupo, 494
intervenções psicológicas grupais, 351, 356, 357
Intervenções técnicas, 192
intolerância à frustração, 254, 331
intolerância ao contato, 253
intolerância às diferenças, 104
intrasubjetiva, 44
intrasubjetivo, 427
introjeção, 117, 118, 142, 226, 374
Introjeção e projeção identificativas, 118
introjeção identificativa, 113, 118
Introjeção identificativa, 117
introjeção-projeção, 118
invariância, 229, 242
invariâncias, 243
inveja, 49, 87, 117, 121, 196, 252, 254, 255, 329, 343
investigação psicanalítica, 101
irmã, 95, 392, 393, 394, 438
irmão, 95, 102, 320, 322, 387, 390, 394, 395, 438
irmãos, 98, 99, 100, 102, 169, 438, 442

irmãs, 95, 262
Isaacs, 110
Jackson, 418, 424
Johnson, 416
Jones, 447
Jornada Relates, 442
Judiciário, 221, 412
Jung, 31, 61
Kaës, 35, 44, 61, 81, 160, 161, 206, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 238, 239, 298, 379, 420, 426, 463, 464, 466, 527, 528
Kalina, 527, 528, 529
Kanner, 39
Karterud, 314
Kartrud, 179
Kemper, 37
Kernberg, 74, 80
Kesselman, 305
Khan, 265
Klapman, 207
Klein, 31, 81, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 118, 121, 126, 127, 134, 147, 226, 232, 246, 247, 261, 262, 263, 306, 307, 308, 321, 322, 325, 326, 327, 330, 374
Kohut, 196
Koinonia, 186, 189
Kovadloff, 527, 528, 529
Kreling, 493
Krystal, 541
laços familiares e comunitários, 412
laços libidinais, 103, 105
Lampis, 513
Lane, 498, 499, 500, 512
Lapassade, 208
Laplanche, 115, 142, 291
latente, 152, 526
latentes, 190
Lauffer, 528
Lazell, 31, 33
Le Bon, 100, 101, 133
Leal, 180, 182, 186, 330
Lebovici, 383
Lebrun, 483
lei do divórcio, 416
Leonidas, 494, 499, 501, 503, 504, 513
Leszcz, 194
Levisky, 423
Lévy, 68
Lewin, 31, 145, 206, 208, 209, 210, 213, 486
Leys, 494
líder, 32, 33, 94, 103, 104, 106, 115, 131, 132, 133, 152, 308, 313
líder carismático, 131
líder de grupo de pesquisa, 563
líder de mudança, 153
Líder de mudança, 153
líder de suposto básico, 132
líder do grupo, 133, 562
líder do grupo de suposto básico, 132
líder do grupo de trabalho, 132
líder grupal, 126
liderança, 126, 132, 133, 180, 418
liderança da resistência à mudança, 154
liderança tipo laissez faire, 336
líderes, 102, 116, 418, 432
Lidz, 446
Lima, 524, 525, 530, 531, 534, 536
Linares, 438, 440, 442, 443, 444, 445, 448, 449, 450, 451, 452, 455
linguagem simbólica, 136
linguagem verbal, 385
Lipovetsky, 527

livre comunicação associativa, 324
livre conversação, 263
livre participação circulante, 161, 162
livre-associação de ideias, 159, 160, 161, 187, 290, 533
lixo psíquico, 352
London University, 175
Lorentzen, 181, 194
Lourou, 35
lúdico, 384, 454
ludoterapia, 471
Luz, 40, 361
Lyke, 494
Lyons, 450
MacDougall, 101
Macedo, 421, 422, 423
Mackenzie, 307
mãe, 33, 81, 95, 97, 100, 104, 111, 114, 116, 117, 118, 120, 128, 131, 144, 218, 238, 245, 249, 262, 267, 269, 270, 271, 273, 275, 278, 320, 327, 334, 378, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 409, 411, 453, 476, 497, 498, 499, 500, 502, 503, 504, 506, 507, 512
Mãe, 392, 497, 498, 500, 501, 502, 503, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512
mãe adotiva, 275
mãe boa, 114
mãe da paciente, 497
mãe devotada, 271, 275
mãe devotada comum, 270
mãe e bebê, 238, 239
mãe fálica, 499
mãe má, 114
mãe morta, 500
mãe suficientemente boa, 261, 269, 270, 273, 274
Mãe suficientemente boa, 269
mãe/terapeuta, 327
mãe-aranha, 498, 499
mãe-bebê, 266
mãe-cobra, 498, 503
mães, 263, 411, 477, 478, 498, 500, 533, 535, 537
mães de crianças autistas, 478
mães e filhas, 535
mães e filhos, 169
mães e pais, 508
mães geladeiras, 411
mãe-universo, 387
Mailbiot, 308
Maireno, 89
mal-entendido da comunicação, 251
mal-estar do bebê, 411
mamãe, 389, 390
manejo do grupo, 538
manejo técnico, 297
Manfrida, 446, 447, 448
manifestações clínicas, 131
manifestos, 162, 190, 331
Manochio, 493
Mantovani, 164, 169
Manual de Diagnóstico Psiquiátrico, 447
Marangoni, 535
Maré, 189
Marques, 186
massa, 93, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 146
Massa, 100
massa primária, 105
massas, 102, 103, 106, 116, 126
Mataresi, 288
matemática, 236
materiais lúdicos, 467
material inconsciente, 162, 193
material latente, 127, 233
maternagem, 270, 479, 507
maternalismo, 507

maternidade, 538
matriz, 135, 176, 180, 405
Matriz, 165, 185, 186
matriz de grupo, 330
Matriz de grupo, 165
matriz do grupo, 188
matriz grupal, 171
Matriz Grupal, 165
matriz grupanalítica, 191, 193
matriz interna grupal, 134
matriz inter-relacional interna, 182
Matriz inter-relacional interna, 181
Matriz Inter-Relacional/ Relacional Interna, 186
matriz pessoal de grupo, 181, 182, 197
Matriz Pessoal de Grupo, 186
matriz relacional, 365
matriz relacional interna, 182, 186, 330
matriz somatopsíquica, 387
matriz vincular, 330
matrizes, 135
matrizes familiar e sociocultural, 191
matrizes vinculares, 134, 241, 325, 330, 374
Matrizes vinculares, 325
Matsen, 494
Maturana, 447
Maudsley Hospital, 175
McDougall, 354, 387, 485
mecanismo, 113, 115, 117, 249, 539
mecanismo de defesa, 115
mecanismo mental, 272
mecanismos, 116, 246, 247, 251, 374
mecanismos de defesa, 77, 110, 112, 113, 118, 119, 136, 181, 226, 242, 272, 530
mecanismos de defesa primitivos, 193
mecanismos defensivos, 532
mecanismos esquizoides, 115
mecanismos inconscientes, 136, 249
mecanismos psíquicos, 110
mecanismos transferenciais, 533
mediações, 216
mediações de próteses, 216
medicamentos, 313, 485
medicina, 284, 456, 457, 507
medicina psicossomática, 243
médico, 262, 469
médicos, 55, 214, 314, 358, 387, 450, 455, 485, 487, 489, 490
Mélega, 383
Mellita, 107
Mello Filho, 81, 262, 329
membros da equipe, 294, 464, 465, 533
mentalidade, 127
mentalidade de grupo, 130
mentalidade de grupo de trabalho, 137
mentalidade do grupo, 130
mentalidade grupal, 130
Mentalidade grupal, 130
mentalidade primitiva, 127, 137
mentalidades grupais, 137
mente do analista, 347
mente grupal, 113
metacomunicação, 50
metaenquadre, 466
metapsicologia, 483
método da pesquisa, 549
método de Pratt, 32
Método didático, 33
método psicanalítico, 130
Método psicanalítico, 34
Método psicodramático, 33
Método repressivo, 32
método terapêutico, 175
metodologia científica, 549, 555

metodologias científicas, 548
metodologias de pesquisa, 548
métodos grupais, 524
Mezan, 111
Michaelis, 309
Minayo, 554, 560
Ministério da Educação, 55
Minuchin, 418, 424, 447
mito, 45, 94, 98, 130, 132, 136, 554
mito da borda primitiva, 93
mitologia, 500
mitos, 228
modalidade clínica, 433
modalidade grupal, 351
modalidade técnica, 448
modalidades grupais, 295, 362
modelo comportamental, 447
modelo continente-conteúdo, 44, 246, 249
modelo de identificação, 100
modelo mãe-bebê, 131
modelo psicodinâmico, 440
modelo radical construtivista, 447
modelo terapêutico, 451
modelo tripartite, 164
modelos de comportamento, 186
Modernidade líquida, 68
Moguillansky, 439
Mom, 37
Money-Kirle, 262
Moreno, 33, 61, 206, 208, 209, 210, 213, 486
Morin, 441
Moura, 501
Mozëika, 40
mudança catastrófica, 229, 230, 231, 232
Mudança catastrófica, 225, 229
mudança estrutural no grupo, 229
mudanças estruturais, 534
mudanças no “conhecimento relacional implícito”, 185
mulher, 96, 97, 240, 318, 333, 416, 418, 438, 487, 534, 537, 538
mulheres, 54, 95, 96, 98, 99, 276, 339, 501, 536, 537, 538
mulheres da tribo, 96
mulheres dependentes, 538
mulheres jovens, 282
mundo do bebê, 271
mundo externo, 108, 109, 134, 226, 266, 267, 268, 269, 271, 274, 276, 327, 387, 445, 532
mundo externo e interno, 110
mundo interno, 45, 49, 109, 142, 143, 151, 266, 267, 271, 272, 274, 327, 330, 366, 370, 372, 427, 532, 541, 542
mundo interno e externo, 58, 108, 154, 532
mundo psíquico, 107, 238
Munhoz, 39, 129, 130, 136, 137
Mushquash, 494
narcisismo, 47, 70, 72, 73, 74, 81, 87, 104, 106, 130, 147, 181, 211, 220, 251, 257, 343, 347, 527
narcisismo de morte, 499, 505
narcisismo do grupo, 211
narcisismo do terapeuta, 84, 342
Narvaz, 495
nascimento do bebê, 270
Nasio, 485
Natureza, 191
natureza humana, 278
Natureza humana, 264
necessidades familiares, 424
Neder, 422
negação, 113, 115, 116, 118, 120, 231, 256, 297, 530, 531

Neri, 352
 NESME, 39, 40, 82, 85, 281,
 286, 287, 288, 289, 290, 293,
 298, 300, 422
 Neto, 72, 76, 78, 85, 177, 179,
 180, 181, 183, 188, 193, 196,
 347
 neurologia, 400
 neurologista, 489
 neurologistas, 486
 neurose, 216
 neurose de transferência, 176
 neuroses, 97
 neuroses de transferência, 184
 neurótica, 536
 neuróticos, 329
 Nichols, 417, 418, 419, 421, 424,
 432
 Nicoletti, 493
 Nitsun, 180, 190
 níveis de comunicação, 164
 Níveis de comunicação, 186
 níveis de funcionamento, 130
 níveis de funcionamento grupal, 132,
 134, 137
 Níveis de funcionamento grupal, 130
 níveis de funcionamento grupal de
 trabalho e de supostos básicos, 342
 níveis de funcionamento mental, 235
 nível consciente de funcionamento
 grupal, 131
 nível de atenção à saúde, 59
 nível de comunicação, 187
 nível de comunicação associativa, 187
 nível de comunicação verbal e não
 verbal, 402
 nível de experiência subjectiva
 individual, 187
 nível de experiência subjectiva múltipla,
 187
 nível de funcionamento, 135
 nível de funcionamento dos grupos, 130
 nível de funcionamento grupal, 75,
 130, 131, 230
 nível de funcionamento grupal de
 dependência, 82, 293
 nível de funcionamento grupal de
 Pressupostos básicos, 53
 nível de funcionamento grupal dos
 supostos básicos, 134
 nível de grupo de pressupostos básicos,
 131
 nível de grupo de supostos ou
 pressupostos básicos, 135
 nível de grupo de trabalho, 134, 137,
 230
 nível de Grupo de trabalho, 53
 nível de sociabilidade grupal, 405
 nível de suposto básico, 136
 nível de Supostos Básicos, 230
 nível dos pressupostos básicos, 136
 nível inconsciente de funcionamento,
 115
 nível organizado de sociabilidade, 405
 nível primitivo da organização do self,
 69
 nível psicótico de funcionamento mental,
 254
 no atendimento a psicóticos e crianças,
 446
 Núcleo de Apoio à Saúde da Família,
 473
 Núcleo de Estudos em Saúde Mental e
 Psicanálise das Configurações
 Vinculares, 39, 178, 281, 422
 núcleo familiar, 510, 513
 núcleos familiares, 507
 Nussbaum, 439
 nutrição, 495
 nutrição relacional, 444
 nutricionista, 553
 nutricionistas, 495

nutrologia, 495
nutrólogos, 495
o amor aos pais e aos filhos, 101
O aprender com a experiência, 257
O campo grupal, 206
o homem primitivo, 106
obesos, 526
objetivos grupais, 356
objeto transicional, 267, 268, 269, 276, 277
Objeto transicional, 265
objetos bizarros, 253, 254, 255, 256
objetos e fenômenos transicionais, 261
objetos imaginários, 342
objetos maus, 236
objetos mediadores, 205, 215, 216, 217, 218
objetos originais, 268, 372
objetos transicionais, 267, 268, 271, 275
observação de bebês, 266, 373
observação lúdica, 474
observação participante, 549, 554
observador participante, 298
Observador participante, 84
obstetra, 391
ódio, 45, 46, 109, 121, 132, 233, 238, 249, 253, 254, 255, 273, 327, 331, 333, 335, 361, 499
ódios, 290
odontologia, 287
oficinas temáticas, 472
oficinas terapêuticas, 411, 472
Oficinas terapêuticas, 472
Olievenstein, 530, 538, 541
Oliveira, 37, 40, 89, 493, 496, 535
Oliveira Jr., 290, 291
Oliveira-Cardoso, 493, 494, 496, 511
oncológicos, 486
ONG, 169, 351, 356, 462
Ordem dos Psicólogos Portugueses, 177, 178
Organização Não Governamental, 169
orientação psicodinâmica, 419
origem da demanda, 62
ortopedistas, 486
Osório, 81, 285, 352, 355, 422, 427
Outeiral, 262
paciente, 32, 33, 34, 35, 69, 70, 74, 80, 116, 122, 125, 143, 144, 158, 159, 160, 162, 183, 192, 227, 231, 237, 238, 240, 241, 244, 251, 255, 263, 264, 265, 269, 270, 276, 277, 278, 291, 306, 312, 314, 324, 325, 326, 327, 328, 372, 379, 385, 391, 401, 403, 407, 427, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 455, 456, 467, 495, 503, 508, 509, 513, 525, 528, 530, 535, 538, 539
paciente psicótico, 238, 256
pacientes, 31, 32, 33, 34, 49, 54, 59, 60, 61, 62, 63, 67, 71, 74, 76, 77, 80, 82, 86, 87, 90, 108, 112, 122, 126, 129, 145, 147, 163, 169, 171, 191, 192, 212, 218, 227, 229, 231, 232, 234, 239, 241, 244, 248, 250, 252, 255, 263, 268, 270, 277, 284, 287, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 317, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 341, 342, 344, 347, 359, 360, 361, 379, 380, 386, 421, 432, 438, 448, 455, 466, 471, 478, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 493, 494, 495, 496, 500, 501, 503, 511, 513, 523, 524,

525, 531, 533, 534, 535, 536,
 538, 539, 540, 541, 542, 543
Pacientes, 486
pacientes alcoolistas, 536
pacientes alcoolistas e drogaditos, 526
pacientes com TAs, 494
pacientes dependentes de outras drogas,
 536
pacientes drogaditos, 524
pacientes mulheres, 533
pacientes psicóticos, 420, 439
pacto narcísico, 463
padrão, 180, 191
padrão de interação no grupo, 166
padrão de relacionamento fusional, 503
Padrão do grupanalista, 186, 191
padrão familiar, 418
padrão grupanalítico, 186
padrões comportamentais, 309
padrões de comportamento, 309
padrões de interação, 427, 430
padrões de relacionamento, 510
padrões de relações familiares, 496
padrões de resolução de conflito, 430
padrões relacionais, 182, 197, 424
Padrões rígidos de interação familiar,
 510
padrões tóxicos de convivência familiar,
 514
padrões vinculares, 395
pagamento, 276, 308, 324, 331,
 359, 366, 376
Pagés, 40
pai, 33, 95, 97, 98, 100, 103,
 104, 126, 141, 144, 149, 262,
 319, 320, 333, 334, 335, 336,
 387, 388, 389, 390, 391, 393,
 394, 395, 406, 438, 453, 507,
 511
Pai, 509, 510, 512
pai primo, 97, 98
pai primitivo, 98
pais, 69, 88, 134, 141, 264, 278,
 320, 333, 336, 360, 366, 376,
 378, 385, 386, 387, 389, 390,
 392, 393, 394, 396, 432, 438,
 442, 451, 474, 507, 509, 511
pais das crianças, 367
pais de pacientes, 447
pais e familiares, 477
pais e filhos, 386
pais e irmão, 387
pais intelectuais, 411
pais separados, 452
Paiva, 37, 39
Palazzoli, 424, 446
Palma, 494
papai, 388, 389, 390
papel familiar, 537
parentalidade, 507
parte não psicótica da personalidade,
 250, 253, 258
parte psicótica, 505
parte psicótica da personalidade, 238,
 243, 250, 254, 255, 256, 257
partes psicótica e neurótica, 251
partes psicóticas, 257
partilhar vivências, 557
paternidade, 432
patologia da comunicação, 195, 525
patologia da posição esquizo-paranoide,
 228
patologia de estilo, 343
patologia familiar, 427
patologias do narcisismo, 527
patologias do vazio, 528
Patrick, 189
Paz, 535
pediatra, 263
pediatria, 263
Pelosi, 40, 88, 117

pensamento horizontal e democrático, 294
pensamento psicanalítico francês de grupo, 219
pensamento verbal, 256
pensar, 50, 60, 63, 71, 76, 79, 80, 82, 85, 107, 110, 120, 121, 125, 148, 149, 150, 157, 172, 189, 206, 210, 212, 214, 219, 225, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 245, 246, 249, 252, 255, 256, 262, 266, 268, 287, 290, 300, 308, 321, 322, 326, 329, 335, 340, 347, 371, 378, 395, 426, 428, 439, 444, 445, 454, 461, 463, 466, 475, 478, 480, 490, 505, 506, 526, 532, 547, 548, 552, 555, 557, 560, 561, 562
Pensar, 547
Pequeno Hans, 97
pequenos grupos, 34, 59, 107, 128, 132, 136, 175, 178, 209, 210, 211, 212, 286, 357, 547
percepção figura-fundo, 250
perda do bebê, 392
Pereira, 443, 473
Peres, 493
perlaboração, 176, 181
Perrini, 129
personalidade não psicótica, 256
personalidade psicótica, 234, 253, 254, 255, 256
Personalidade psicótica, 225, 252, 253
perspectiva de desenvolvimento, 424
perspectiva de desenvolvimento do casamento, 424
perspectiva defensiva, 211
perspectiva do cuidado integral, 494
perspectiva do desenvolvimento individual, 431
perspectiva do grupo como berço originário do psiquismo, 218
perspectiva feminista, 421
perspectiva francesa de grupo, 218
perspectiva francesa de grupos, 220
perspectiva integrativa, 453
perspectiva intergeracional, 425
perspectiva intrapsíquica, 441
perspectiva multicultural, 421
perspectiva psicanalítica, 208, 352
perspectiva psicanalítica de grupo francesa, 220
perspectiva psicanalítica de grupo na França, 206
perspectiva psicanalítica francesa sobre os grupos, 205
perspectiva relacional, 451
perspectiva reversível, 246, 247, 250
perspectiva sistêmica, 441, 445
Pertegato, 175
pertença, 45, 136, 330, 462, 467, 553
Peruzzo, 285, 288
perversa, 536
pesquisa, 57, 61, 64, 65, 67, 81, 86, 89, 208, 210, 215, 220, 232, 282, 415, 426, 430, 431, 432, 433, 502, 515, 534, 547, 548, 549, 550, 551, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563
Pesquisa, 430
pesquisa com grupos e famílias, 420
pesquisa e clínica, 431
pesquisa e intervenção clínica, 554
pesquisa e prática clínica, 433
pesquisa educacional, 36
pesquisa sobre grupos, 205, 561
pesquisa-ação, 552, 554

pesquisador, 548, 550, 557, 559, 560, 562
pesquisadora, 554
pesquisadores, 61, 431, 547, 548, 551, 559
Pesquisar sobre grupos, 557
Pesquisar sobre grupos e em grupos, 559
pesquisas, 58, 61, 88, 112, 214, 308, 415, 429, 431, 450, 454, 456, 486, 501, 510, 547, 561
Pesquisas, 494
pesquisas psicanalíticas, 214
pesquisas sobre grupos, 58, 559
Phillips, 274
Pichon-Rivière, 155
Pichon-Rivière, 36, 44, 58, 59, 60, 65, 81, 83, 107, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 154, 182, 206, 219, 221, 227, 281, 284, 285, 293, 296, 297, 300, 309, 317, 324, 328, 358, 383, 399, 420, 422, 427, 461, 486, 550, 553, 554, 560
Pignataro, 417, 418, 419, 421, 424
Pines, 188
Pinto, 38, 81, 84
plano horizontal, 160
plano intersubjetivo, 428
plano terapêutico, 476, 508
Plon, 326
Plot, 262
PMSP, 399, 400
Poci, 39
Poincaré, 247
Pontalis, 115, 142, 209, 210, 212, 213, 291
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 422
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 422
Poppe, 179
porta-voz, 144, 150, 153, 321, 422, 427
Porta-voz, 152
porta-vozes, 228, 300
pós-graduação, 62, 67, 88, 552, 559, 561
pós-Guerra, 305
posição, 147
posição depressiva, 112, 119, 147, 229, 231, 247, 506
Posição depressiva, 118
Posição Depressiva, 112
posição esquizo-paranoide, 111, 112, 147, 229, 235, 247, 252
Posição Esquizo-paranoide, 112, 113, 225
posições, 111, 112, 120, 148, 246, 247
Posições, 112, 242
posições esquizo-paranoide e depressiva, 49, 247
posições kleinianas, 111, 246
possibilidades criativas, 231
postos de saúde, 488
postura afetiva ambivalente, 98
postura ambivalente, 96
prática clínica, 36, 61, 125, 220, 367, 415, 429, 431
prática grupais, 86
prática supervisionada, 68
prática terapêutica, 442, 446, 451
práticas clínicas, 65, 446
práticas grupais, 81, 88, 89, 362
práticas grupais na clínica e nas instituições, 362
práticas terapêuticas, 444
Pratt, 31, 32, 207

Prefeitura do Município de São Paulo, 399
preocupação materna primária, 261, 270
pressupostos básicos, 35, 130, 132, 133, 189
pré-tarefa, 149, 150
Pré-tarefa, 148
prevenção e saúde nas escolas, 357
Primeira Guerra, 262
Primeira Tópica, 483
primigestas, 554
princípio da realidade, 232
princípio de realidade, 233
princípio do prazer, 137, 233, 484
princípio do prazer e da realidade, 309
problemas de comunicação, 385, 552
problemas de comunicação e de percepção, 249
problemas familiares, 385
procedimentos grupais psicoterapêuticos, 60
processamento, 238, 239
processamento do pensar, 235
processo comunicativo, 346
processo comunicativo vincular, 48
processo de amadurecimento, 270, 271, 274
processo de comunicação, 166
processo de integração, 403
processo de personalização, 403
processo do pensar, 233
processo grupal, 56, 64, 87, 152, 155, 212, 220, 246, 255, 296, 335, 353, 467, 470, 552, 553, 554, 555, 557, 558, 559
Processo grupal, 146
processo grupal de supervisão, 81
processo grupanalítico, 176, 186
processo psicanalítico grupal, 227
processo psicodinâmico grupal, 341
processo psíquico inconsciente, 379
processo secundário, 131
processos comunicacionais, 163
processos de comunicação, 172
processos de comunicação e aprendizagem, 143
processos de grupos, 90
processos grupais, 36, 58, 59, 61, 178, 188, 208, 213, 362, 547, 548, 557, 560
Processos Grupais, 357
processos grupais na clínica, 362
processos identificatórios, 411
processos latentes, 355
processos primários de pensamento, 509
processos psicoterapêuticos grupais, 62
produções grupais, 558
professor, 82, 83, 175, 291, 292, 357, 512, 563
professor universitário, 332
professora, 286, 360
professores, 33, 56, 82, 88, 89, 278, 294, 450, 552
profissionais da equipe técnica, 476
profissionais da psicologia, 496
profissionais da saúde e da educação, 55, 67, 396, 412, 561
profissionais de saúde, 488, 494, 495, 501, 515, 530, 537, 553
profissional de saúde, 507
Programa de Saúde da Família, 473
projeção, 249, 326, 374, 378, 539
projetivas, 242
projeto, 149, 227
projeto terapêutico, 457, 479
projetos, 149
projetos terapêuticos, 465, 473
promoção à saúde, 554
promoção da saúde mental, 513
promoção de discussão, 282

promoção de espaços de reflexão e discussão, 294
promoção de saúde, 294, 356, 357
promotores de saúde mental, 62
promover a saúde, 162, 507, 555
promover mudança, 229
promover mudanças, 395
promover o desenvolvimento, 403
promover saúde mental, 290
Propósito, 191
protopensamento, 234
psicanálise, 35, 36, 46, 81, 93, 99, 108, 109, 125, 137, 142, 143, 154, 158, 159, 160, 161, 172, 176, 177, 178, 181, 188, 190, 194, 195, 205, 206, 207, 210, 211, 218, 219, 220, 225, 226, 240, 241, 261, 262, 263, 265, 266, 281, 285, 287, 298, 305, 326, 351, 385, 395, 417, 418, 420, 426, 429, 439, 444, 450, 483, 484, 485, 486, 524, 536, 563
Psicanálise, 37
psicanálise da configuração vincular, 428, 429
psicanálise das configurações vinculares, 36, 40, 44, 71, 73, 252, 288, 341, 415, 420, 422, 486
psicanálise de casal e família, 431
psicanálise de configurações de vínculos, 422
psicanálise de crianças, 146
psicanálise de grupo, 146, 158
psicanálise de grupos, 157
psicanálise do trabalho com grupo, 420
psicanálise dos vínculos, 445
psicanálise grupal, 525
psicanálise relacional, 180
psicanálise vincular, 36, 40, 43, 44, 48, 61, 82, 107, 126, 227, 235, 250, 256, 281, 420, 428, 444, 445, 496
Psicanálise Vincular, 340
psicanalista, 44, 47, 58, 107, 126, 127, 129, 175, 176, 205, 208, 209, 236, 247, 261, 265, 270, 300, 328, 443, 485, 493
psicanalista vincular, 61
psicanalistas, 31, 38, 39, 80, 129, 206, 262, 288, 328, 330, 418, 439, 446, 485, 524, 525, 529, 542
Psicanalistas, 212
psicodiagnóstico, 476, 477
psicodiagnósticos, 400
psicodinâmica, 419, 536
psicodinâmica psicanalítica dos grupos, 127
psicodinâmicas, 112
psicodrama, 33, 61, 81, 206, 207, 208, 215, 486
psicodrama psicanalítico, 61
psicodrama psicanalítico de grupo, 215
psicóloga, 399, 507
psicólogas voluntárias, 552
psicologia, 93, 99, 157, 286, 355, 357, 425, 432, 456, 457, 495
psicologia analítica, 61
psicologia clínica, 418
Psicologia das massas, 100, 126
Psicologia das massas e análise do eu, 93, 99
Psicologia de grupo e análise do ego, 116
Psicologia de massa e análise do ego, 128
psicologia escolar, 357
psicologia social, 99, 143, 154, 208, 219, 486
psicólogo, 332, 351, 361, 477

psicólogos, 56, 169, 214, 215, 281,
 314, 358, 432, 486
psicólogos clínicos, 178
psiconeuroses, 97
*Psicopatologia da Posição Esquizo-
 paranoide*, 252
psicose, 141, 146, 270, 476
psicoses, 116
psicoses agudas, 375
psicoterapênta, 34, 44, 57, 69, 70,
 71, 73, 81, 86, 87, 90, 270,
 342, 359, 405, 406, 415, 419,
 429, 431, 432, 438, 439, 441,
 442, 452, 453, 454, 524, 538,
 540, 541
Psicoterapênta, 525
psicoterapênta de casal e família, 431
psicoterapênta de crianças, 373
psicoterapênta de grupo, 186, 191
psicoterapêntas, 39, 60, 62, 64, 67,
 73, 77, 288, 305, 378, 405,
 406, 421, 429, 438, 442, 447,
 448, 450, 452, 453, 515, 525,
 562
psicoterapia, 33, 35, 55, 63, 71, 72,
 158, 162, 178, 345, 372, 376,
 416, 417, 418, 430, 431, 432,
 444, 451, 452, 454, 484, 485,
 532, 534, 542
psicoterapia analítica, 181
psicoterapia analítica de grupo, 61,
 130, 172, 175, 177, 178, 180,
 187, 195, 196, 197, 341, 525
Psicoterapia Analítica de Grupo, 35
*psicoterapia analítica de grupo
 institucional*, 191
psicoterapia analítica grupal, 487
psicoterapia breve, 305, 534
psicoterapia conjugal, 415, 416
psicoterapia de apoio, 495
psicoterapia de casais, 416, 421, 424
psicoterapia de casal, 415, 416, 417,
 418, 419, 420, 421, 423, 424,
 429, 430, 431, 433
psicoterapia de família, 317, 421
psicoterapia de grupo, 31, 32, 33, 34,
 39, 40, 41, 162, 284, 365,
 424, 523, 525, 530, 531
Psicoterapia de grupo, 305
psicoterapia de grupo com adolescentes,
 375
*psicoterapia de grupo com alcoolistas e
 drogaditos*, 523
*psicoterapia de grupo de apoio
 multifamiliar*, 495
psicoterapia em grupo, 535, 537
psicoterapia familiar, 419, 423
psicoterapia grupal, 36, 39, 60
psicoterapia grupanalítica, 175, 179,
 187
psicoterapia individual, 194, 359,
 425, 427, 446, 493
psicoterapia individual e familiar, 433
psicoterapia matrimonial, 418
psicoterapia pessoal, 73, 89
psicoterapia psicanalítica, 159, 169,
 178, 423, 434, 524
psicoterapia psicanalítica de grupo,
 534, 542
*psicoterapia psicanalítica de grupo com
 alcoolistas e drogaditos*, 524, 531,
 532
psicoterapia psicanalítica grupal, 526
psicoterapia psicodinâmica de grupo, 60
psicoterapias, 188
psicoterapias breves, 400, 534
psicoterapias de casal, 425
psicoterapias lúdicas grupais, 400
psicoterapias psicodinâmicas de grupo,
 60
psicótica, 536
psicótico, 164, 228, 255, 256, 257

psicóticos, 323, 329
psicóticos anônimos, 59
psicóticos e neuróticos, 33
psicóticos no grupo, 165
psiquiatra, 62, 126, 144, 175, 391, 489, 493
psiquiatras, 31, 178, 281, 418, 440, 486, 495
psiquiatria, 142, 157, 175, 285, 400, 495, 524
psiquiatria social, 44, 107
Puget, 36, 45, 81, 330, 341, 342, 420, 427, 444, 445
quadripé, 68, 70
quadripé da formação, 68, 82, 83, 89, 563
quadros compulsivos, 526
quadros psicossomáticos, 526, 527
questionários, 549
questões familiares, 491
Quevedo, 37
Quiroga, 36, 44
Racker, 328
Ramos, 423
reabilitação psicológica e nutricional, 501, 513
reações grupais, 355
realidade compartilhada, 165, 448
realidade do grupo, 298
realidade externa, 108, 111, 112, 116, 132, 135, 137, 142, 226, 231, 255, 269, 365
realidade externa e interna, 253
realidade incognoscível, 244
Realidade incognoscível, 225
realidade interior, 226, 365
realidade interna, 108, 226, 274
realidade interna e externa, 254
realidade material, 226
realidade psíquica, 116, 159, 226, 233, 244, 268, 420, 439, 529, 532
recém-nascido, 128, 272, 554
recurso de trabalho, 468
recurso lúdico, 454
recurso saudável, 496
recurso terapêutico, 449, 454
recurso verbal, 207
recursos criativos, 514
recursos curativos, 504
recursos humanos, 549, 561
recursos internos, 539
recursos internos e externos, 465
recursos materiais, 558
recursos mediadores, 292
recursos narcísicos, 308
recursos pessoais, 514, 532
recursos sádios, 306
recursos tecnológicos, 362
recursos terapêuticos, 454
Rede Europeia e Latino-americana das Escolas Sistêmicas, 442
redes de apoio social, 494, 510
referencial psicanalítico, 36, 281, 289, 290, 365, 399, 526
referencial sistêmico, 419
regra técnica, 347
regras, 35, 171, 191, 216, 217, 295, 353, 370, 376, 470, 532, 533
Regras, 191
regras nos grupos de psicoterapia, 532
relação amorosa, 541
relação com os pais, 97
relação de objeto, 44, 109, 112, 113, 118, 143
relação dos drogaditos com o grupo, 540
relação grupal, 538
relação implícita partilhada, 185

relação indivíduo-grupo, 194
relação intrasubjetiva, 428
relação mãe-bebê, 263, 269, 278
relação mãe-filha, 510
relação mãe-filha nas patologias alimentares, 503
relação objetal, 143
relação parental, 95
relação precoce mãe-bebê, 182
relação professor-aluno, 278
relação terapeuta-paciente, 278
relacionamento amoroso, 331
relacionamento horizontal, 231
relacionamento interno e externo, 118
relacionamento mãe-bebê, 245
relacionamentos familiares, 513
relações amorosas, 46
relações de amor, 102, 105
relações familiares, 182, 384
relações interpessoais, 403
relações interpessoais primárias, 45
relações intersubjetivas, 143, 395
relações intersubjetivas grupais e intergrupais, 35
relações objetais, 109, 136, 142, 424, 499
relações transferenciais múltiplas, 356
Relates, 443, 446
Relvas, 451
reparação, 118, 119, 120, 531
reparações, 121, 525, 526
representação interna, 146
repressão, 483
resistência, 63, 116, 148, 186, 190, 236, 244, 317, 323, 324, 326, 331, 337, 343, 357, 358, 379, 479, 530, 539, 541, 563
Resistência, 323, 324
resistência à mudança, 147, 148, 70, 147, 148, 180, 183, 248, 285, 324, 328, 337, 356, 474
resistências à mudança, 160
resistências às mudanças, 168
responsável pela criança, 475
ressonância, 134, 167, 168, 185, 187, 194, 239, 360
Ressonância, 186, 188
ressonância afetiva, 290, 378
ressonâncias, 466
reuniões grupais, 375
rêverie, 238
Rêverie, 225, 238, 239, 249, 254
Rêverie da mãe, 251
reversão da perspectiva, 250, 251
Revista da SPAGESP, 40
Revista GrupAL, 38
Revista Redes, 443
Rezende Filho, 39
Ribeiro, 31, 89, 341, 493
Rickmann, 126
Riskin, 424
Rivière, 262
Rocha, 411
Rodrigues, 207
Rodríguez, 441
Rojas, 36, 428, 526, 527
Rosa, 285, 288, 493, 508
Rosenfeld, 262
Rossato, 89, 283, 285
Roudinesco, 326
Roussillon, 215
Rufatto, 478
rumo à independência, 273, 274, 275, 507
ruptura vincular, 451
Ruth, 450
Sager, 425
Salem, 111
Salomé, 346

Santeiro, 89
Santos, 426, 427, 428, 429, 493,
 494, 495, 496, 499, 501, 503,
 504, 508, 509, 511, 513, 523,
 529, 552
Saraiva, 282
Satir, 418, 419, 424
Saturno, 500
saúde, 145, 264, 278, 400, 464,
 466, 486, 495, 502, 523, 551
saúde e educação, 13
saúde mental, 57, 65, 68, 108, 158,
 379, 400, 401, 412, 417, 476,
 486, 501
Saúde Mental, 36, 141, 412
saúde pública, 141, 142, 214, 400,
 412
Scharff, 424
Schilder, 31
Schopenhauer, 103
Schwartz, 417, 418, 419, 421,
 424, 432
Scorsolini-Comin, 283, 285, 426,
 427, 428, 429, 493
Segal, 120, 122, 252, 254, 262,
 378
segredos familiares, 383
Segredos familiares, 386
Segunda Guerra Mundial, 31, 126,
 175, 207, 208
Segunda Tópica, 483
Sei, 89, 419, 420, 423, 427, 428,
 429, 431
seio bom, 249
Selvini, 442, 449, 450, 451
senso de self, 403
sentido latente, 243
sentimentos ambivalentes, 97
separação, 332, 333, 451, 537
Serebrinsky, 441
serviço, 473, 479
serviço de atenção ao menor, 455
serviço de psicologia, 351
serviço de psiquiatria, 37
Serviço de Psiquiatria do Hospital de
S. Pau de Barcelona, 452
serviço de referência, 515
serviço de saúde mental, 63
serviço de TAs, 494, 514
serviço de tratamento em Saúde
Mental, 475
Serviço Nacional de Enfermidades
Mentais, 39
serviço-escola, 360
serviço-escola de psicologia, 361
serviços, 473
serviços de emergência, 488
serviços de saúde, 67, 294, 433, 494
serviços de saúde mental, 525
serviços de saúde suplementares, 305
serviços psicológicos, 400
serviços psiquiátricos, 214
serviços públicos, 305
serviços-escola, 59
sessões familiares, 383, 392
sessões grupais, 54, 554, 562
setting, 177, 178, 180, 185, 192,
 324, 353, 384, 403, 445, 463,
 468, 469, 470, 479, 485, 532,
 535
settings, 177
Shapiro, 424
Sherry, 494
Sicchieri, 493, 494
Sifneos, 307
sigilo, 191, 291, 295, 310, 324,
 331, 359, 386, 467, 533, 563
significados latentes, 192
silêncio, 86, 151, 297, 299, 310,
 321, 324, 331, 333, 334, 345,
 410, 470, 489
Silêncio, 271, 318, 332, 497

Silva, 283, 285, 383, 554, 560
Silveira, 89, 530, 531
Silveira Filho, 529, 530
singularização, 219, 220
singularizações, 206
Siqueira, 89, 494, 510
sistema, 440
sistema familiar, 446, 447, 514
sistema protomental, 134, 135
Sistema Único de Assistência Social, 55
Sistema Único de Saúde, 55, 401, 515
sistemas de comunicação, 466
situações grupais, 51, 62, 130, 541, 547, 562
situações psicóticas, 504
Slavson, 34, 373
Small, 305
Smith, 97
sociabilidade de interação, 405
sociabilidade sincrética, 405
Sociedad Chilena de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 37
Sociedad Chilena de Psicoterapia de Grupo, 37
Sociedad Uruguaya de Psicoterapia de Grupo, 37
Sociedade Brasileira de Psicoterapia de Grupo, 37
Sociedade de Grupanálise de Londres, 176
Sociedade de Grupoterapia Analítica de Rio de Janeiro, 37
Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo de Campinas, 40, 290
Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo do Estado do Rio, 39
Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo do Rio de Janeiro, 39
Sociedade de Psicoterapia de Grupo de Pernambuco, 39
Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, 157, 178, 290
Sociedade do desempenho, 68
Sociedade Paulista de Psicologia e Psicoterapia de Grupo, 39
Sociedade Paulista de Psicoterapia Analítica de Grupo, 37, 39
Sociedade Portuguesa de Grupanálise, 35, 177
Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, 177
Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, 176
Sociedade Portuguesa de Psicanálise, 176
sociedade pós-moderna, 527
Sociedade Psicanalítica, 262
Socioanálise, 35
socioculturais, 421
sociocultural, 132, 206, 207, 210, 420, 445
sociologia, 44, 81, 175
sociometria, 208
sonhar, 237, 255, 272
sonho, 34, 35, 136, 166, 187, 210, 216, 325
sonhos, 45, 181, 237, 242, 253, 256, 484
Sopezki, 501
Sorrentino, 450
Sotero, 451
Souza, 422, 493, 494, 495, 508
SPAG E Rio, 39
SPAG PE, 39
SPAGESP, 39, 40, 82, 138, 157, 173, 290, 521
Speed, 447

SPGPAG, 82, 178
 SPPAG, 39
 Stern, 185
 Sternbach, 526
 Stierlin, 424
 Strachey, 262
 Strupp, 307
 subjetivação, 219, 220
 subjetividade, 115, 137, 143, 335, 352, 383, 427, 449, 471, 528, 531
 subjetividade do terapeuta, 344
 subjetividades, 90, 145, 148, 360
 sublimação, 365, 374, 375
 subversão do sistema, 229
 Subsemil, 40
 sujeito de relação, 143
 sujeito do inconsciente, 219
 sujeito do vínculo, 219
 Sullivan, 440
 supervisão, 59, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 89, 152, 178, 191, 263, 288, 298, 338, 339, 340, 465, 466, 508, 541
 Supervisão, 72, 465
 supervisão clínico-institucional, 411
 supervisão institucional, 466
 supervisionados, 75
 supervisionandas, 76
 supervisionando, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 80, 81
 supervisionandos, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80
 supervisões, 338, 399, 412
 Supervisões, 75
 supervisões de processos grupais, 74
 supervisor, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 465, 479, 563
 supervisora, 360
 supervisores, 74, 76, 78
 suposição básica, 133, 135
 suposição básica de luta e fuga, 235
 suposições básicas, 134, 135, 136
 suposto, 35
 suposto básico, 133, 134
 suposto básico de acasalamento, 132
 suposto básico de dependência, 131
 suposto básico de esperança messiânica, 132
 suposto básico de luta e fuga, 131
 suposto básico de luta ou fuga, 132
 supostos básicos, 130, 131, 133, 134, 136, 137
 Supostos Básicos, 75
 surto psicótico, 312, 475
 SUS, 401, 515
 Svartman, 40, 83, 352
 TA, 503
 tabu, 96
 Tabu, 96
 tabus, 96
 tabus fundamentais, 98
 Taragano, 143
 tarefa, 58, 59, 146, 147, 148, 149, 150, 154, 155, 162, 171, 221, 228, 293, 307, 309, 461, 468, 479, 550, 551
 tarefa de supervisão, 77
 tarefa do grupo, 154, 213
 tarefa explícita, 147, 148, 150
 tarefa grupal, 60, 514
 tarefa implícita, 148
 tarefa implícita do grupo, 148
 tarefas, 58, 358, 557
 tarefas grupais, 563
 TAs, 493, 494, 496, 501, 507, 510, 511, 512, 513, 514
 Tavistock Clinic, 126
 técnica, 31, 63, 64, 80, 90, 148, 150, 158, 160, 162, 212, 217,

242, 284, 297, 340, 373, 417, 524

técnica clínica, 384

técnica de coordenação do trabalho grupal, 557

técnica de grupo, 212

técnica de intervenção, 471

técnica de longo prazo, 308

técnica de psicoterapia com crianças e adolescentes, 365

técnica de psicoterapia de grupo, 212

técnica do grupo operativo, 150

técnica do psicodrama, 206

técnica grupal, 373

técnica grupalítica, 170

técnica médica, 263

técnica psicanalítica, 326, 422

técnicas, 206, 214, 215, 217, 250, 309, 427, 433, 446, 448, 449

técnicas cirúrgicas, 485

técnicas de grupo, 209, 214

técnicas de socialização, 194

técnicas do psicodrama, 215

técnicas grupais, 81, 84, 524

técnicas psicoterapênticas, 441

técnicas terapênticas, 447

técnico de informática, 318

tecnologias de informação e de comunicação, 57

Teixeira, 179

telê, 553

tema do conhecimento, 227

temores inconscientes, 395

tendência ao amadurecimento, 265

tendência inata ao amadurecimento, 266

tenra infância, 142, 267, 276, 374

tensão básica do grupo, 87

teologia, 126

teoria da comunicação, 447

teoria da mente humana, 107

teoria da técnica, 62, 338

teoria da técnica das grupoterapias psicanalíticas, 64, 161, 318

teoria da técnica psicanalítica, 129

Teoria das Funções, 225, 236

teoria das relações de objecto, 182

teoria das relações objetais, 419

teoria das transformações, 247

Teoria das Transformações, 225, 240, 252, 326, 341

teoria de apego, 450

teoria de comunicação, 165

teoria de grupo, 39, 208

Teoria do Amadurecimento, 263

teoria do ciclo vital da família, 424

teoria do narcisismo, 342

teoria do psiquismo, 483

teoria do vínculo, 427

Teoria do vínculo, 143

teoria dos grupos, 420

teoria dos grupos operativos, 287, 552, 555, 560

Teoria dos Modelos, 225, 244

teoria dos sistemas, 424, 486

Teoria dos Sistemas, 446

Teoria dos três D, 144

Teoria dos vínculos, 420

teoria e prática grupais, 75

teoria e técnica, 442

teoria e técnica grupalíticas, 178

Teoria Geral dos Sistemas, 440

teoria psicanalítica, 236

teorias da comunicação, 81

teorias e práticas grupais, 88

teóricos de comunicação e sistemas, 424

terapeuta, 32, 47, 63, 69, 73, 74, 76, 77, 79, 83, 84, 85, 90, 121, 131, 134, 143, 185, 194, 196, 236, 243, 250, 251, 275, 277, 295, 307, 308, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 324, 326,

328, 329, 330, 332, 336, 337,
 340, 341, 343, 344, 345, 346,
 348, 361, 365, 369, 371, 372,
 374, 377, 378, 380, 432, 438,
 442, 446, 447, 448, 449, 450,
 453, 490, 491, 529, 531, 532,
 533, 534, 538, 539, 540, 541,
 542
Terapênta, 240, 318, 319, 320,
 321, 322, 333, 334, 339, 377
terapênta de grupo, 345, 373
terapênta de grupo de crianças e
adolescentes, 380
terapênta familiar, 419, 443
Terapênta infantil, 373
terapêntas, 33, 80, 83, 84, 85, 86,
 125, 129, 177, 192, 234, 277,
 308, 314, 322, 324, 327, 329,
 337, 343, 346, 391, 429, 447,
 448, 538, 541
terapêntas de grupo, 192
terapêntas ocupacionais, 486
terapia, 50, 77, 154, 270, 334,
 361, 417, 447, 448, 449, 471
terapia analítica grupal, 195
terapia baseada em vínculos, 451
terapia breve, 471
terapia breve centrada em soluções, 441
terapia breve do MRI-Mental Research
Institute, 441
terapia da Escola de Milão, 441
terapia de casal, 430, 452, 455
terapia de grupo, 207
terapia estratégica, 441
terapia estrutural, 441
terapia familiar, 411, 418, 419,
 421, 424, 430, 439, 440, 442,
 445, 446, 449, 450, 493
terapia familiar nas psicoses, 450
terapia familiar sistêmica, 443, 445,
 446, 450
terapia familiar ultramoderna, 449
terapia grupal, 36, 195, 196
terapia grupanalítica, 180
terapia individual, 182, 195, 333
terapia intergeracional, 441
terapia narrativa, 441
terapia ocupacional, 495
terapia pessoal, 76
terapia sistêmica, 441, 450, 451
terapia sistêmica do casal, 451
terapias, 441
terapias de casal, 430
terapias fonoaudiológicas grupais, 400
terapias grupais, 188
terapias individuais, 429
terapias psicomotoras grupais, 400
terceiro espaço, 269
termodinâmica, 447
T-groups, 179, 208
Thornton, 179
Tigent, 31
tipo de comunicação, 403
tipo de comunicação pré-verbal, 405
tipo de grupo, 47, 54, 113, 132,
 163, 214, 308, 323, 472
tipos de grupo, 61, 305
tipos de grupos, 64, 65, 281, 411,
 471
Tipos de grupos, 472
Toledo, 401
tolerância à diferença, 168
tolerância à frustração, 87, 131, 233,
 234, 278, 379, 528
tolerância aos sintomas, 194
tolerância às frustrações, 247
tolerância às tensões, 367
tolerância do grupo à frustração, 153
Torres, 36
totem, 94, 95, 97
Totem e tabu, 93
totemismo, 94, 97, 98

Totemismo, 94
trabalhadoras da saúde, 507
trabalho analítico multipessoal, 329
trabalho clínico, 447
trabalho com casais, 430
trabalho com grupo, 207
trabalho com grupos, 38, 43, 48, 53, 62, 75, 82, 157, 158, 159, 162, 172, 207, 212, 219, 221, 225, 241, 309, 323, 325, 340, 342, 412, 422, 466, 469
trabalho com grupos de crianças, 400
trabalho com grupos em instituições socioassistenciais, 205
trabalho com grupos psicanalíticos, 401
trabalho com psicóticos, 255
trabalho comunitário, 146
trabalho grupal, 31, 56, 63, 64, 78, 89, 126, 136, 233, 255, 308, 313, 317, 330, 358, 361, 362, 470, 540, 557, 558, 559
trabalho grupal para crianças autistas, 479
trabalho interdisciplinar, 454, 455, 456
trabalho psicanalítico, 36, 129, 157, 166, 227, 250
trabalho psicanalítico com famílias e casais, 426
trabalho psicanalítico com grupos, 127, 160, 172, 248, 340
trabalho psicanalítico vincular, 340
trabalho psicológico grupal, 352
trabalho psíquico, 147
Trabalhos em grupo, 55
trabalhos grupais, 61, 89, 90, 562
Trabalhos grupais, 57
tradição sistêmica, 449
transferência, 33, 60, 143, 159, 160, 161, 162, 176, 181, 182, 186, 192, 310, 317, 324, 325, 326, 328, 329, 330, 337, 342, 343, 371, 372, 378, 538, 541, 542, 563
Transferência, 324
transferência e contratransferência, 424
transferência fraterna, 326
transferência hostil, 176
transferenciais, 58, 60, 70, 77, 182, 184, 325, 329, 341, 352, 535
transferencial, 184, 195, 241, 325, 327, 405, 534
transferências, 58, 148, 152, 182, 326, 328, 340, 541
transferências laterais, 343
Transferências Laterais, 182
transferências narcísicas, 196
transformações, 241
transformações de movimento rígido, 242, 243, 252
Transformações de movimento rígido, 242
transformações em alucinação, 252
Transformações em alucinação, 243
transformações em pensamento, 243
Transformações projetivas, 243
transmissão da vida psíquica, 426
transmissão multigeracional, 419
transmissão psíquica, 426
transmissão psíquica inter/transgeracional, 494
transmissão transgeracional, 425
transmitido hereditariamente, 94
transobjetivo, 427
transtorno autístico, 384
Transtorno do Espectro Autista, 385, 407, 411
transtornos alimentares, 493, 526, 527
transtornos autísticos, 383
transtornos mentais graves, 402
transubjetiva, 44

transsubjetividade do pequeno grupo, 132, 136
tratamento de saúde, 169
tratamento dos TAs, 515
tratamento para dependência de substâncias psicoativas, 537
tratamentos hospitalares, 305
treinamento, 36
treino do Ego em ação, 188, 194, 196
Treino do Ego em ação, 186, 187
Três Espaços Psíquicos, 45
triagem, 473
tripé, 68
tripé da formação, 70
triunfo, 120, 330
troca horizontal, 478
Tustin, 384
Uchitel, 528
UFG, 551
Ulboa, 284, 285
Ulhoa Cintra, 109, 110, 114, 115
Unidade Básica de Saúde, 553
unidade de saúde, 473
unidade mãe-bebê, 265, 266
unidade psicossomática, 272
Unidades de Atenção ao Idoso, 59
unidades exogâmicas, 95
universidade, 78, 285, 362, 551
Universidade de Oxford, 126
Universidade Federal de Goiás, 551
Universidade Federal do Rio de Janeiro, 422
universidades, 59
universo em expansão, 226, 227
Universo em expansão, 225, 226
uso da agressividade, 404
uso da linguagem verbal, 395
uso das drogas, 531
uso das teorias, 265
uso de álcool e drogas, 542
uso de álcool e/ou drogas, 533
uso de defesas, 514
uso de drogas, 269, 529, 530, 531, 535, 537, 539
uso de grupos com objetos mediadores, 217
uso de imagens concretas, 244
uso de objetos, 214, 216, 220
uso de objetos em grupo, 214
uso de objetos mediadores, 215, 218
uso de objetos mediadores nos grupos, 216
uso de objetos ou fenômenos transicionais, 267
uso de recursos, 215
uso de substância, 542
uso de substâncias, 535
uso de técnicas reconfortantes, 507
uso do grupo, 212
uso dos objetos, 216
uso dos objetos mediadores em grupo, 214
uso psicanalítico de objetos, 216
uso terapêutico das mediações, 217
usuários de drogas, 464
útero, 129, 266, 394, 395
Vacheret, 215, 217, 218, 289
Vaillant, 524
Valdanha, 493, 494, 501
Valdanha-Ornelas, 494
valência, 133
Valle, 422
Vara de Justiça, 464
Varela, 447
Vargas, 282
Vaz, 501
verdade sem amor, 248
Verdi, 383
verticalidade, 152
vetores, 553, 554
vicissitudes da comunicação, 250

vida amorosa, 324
vida erótica do bebê, 274
vida mental do grupo, 135
vida pré-natal, 128
Vieira, 283
Villas-Boas, 495
Vincha, 553
vinculações intra e intersubjetivas, 229
vincularidade, 43, 46, 60, 239
vínculo, 36, 43, 44, 46, 48, 49, 74, 77, 98, 104, 108, 110, 113, 129, 132, 143, 161, 232, 237, 239, 241, 244, 245, 248, 255, 290, 321, 324, 325, 329, 335, 347, 358, 359, 403, 405, 407, 416, 418, 420, 427, 428, 451, 463, 502, 503, 504, 526, 535
Vínculo, 44
vínculo de apego, 451
vínculo de dependência, 361
vínculo de parceria e de sustentação, 473
Vínculo do Amor, 46, 227
vínculo do casal, 211
Vínculo do Conhecimento, 46
Vínculo do Ódio, 46, 227
Vínculo do Reconhecimento, 48, 195, 196
vínculo entre os pais, 255
vínculo entre pais e filhos, 103
Vínculo H, 46
vínculo interpessoal, 442
vínculo intersubjetivo, 99, 100, 330
Vínculo K, 46, 47, 227, 249, 256
Vínculo L, 46, 258
vínculo mãe-bebê, 239, 254
vínculo mãe-filha, 502
Vínculo R, 47, 256
vínculo simbiótico, 477
vínculo transferencial-contratransferência, 257
vínculo transferencial-contratransferencial, 330
Vínculo: Revista do NESME, 40
vínculos, 43, 44, 45, 46, 50, 77, 111, 126, 127, 143, 145, 155, 164, 217, 255, 256, 287, 317, 330, 337, 341, 357, 358, 369, 383, 451, 463, 466, 475, 495, 520, 533, 535, 551, 553
vínculos do amor ou do ódio, 47
vínculos emocionais amorosos, 309
vínculos familiares, 384, 396
vínculos intersubjetivos, 118, 134
vínculos intra e intersubjetivos, 342
Vinogradov, 308, 313
violência, 98, 100, 114, 229, 400, 417, 537, 542
violência doméstica, 530, 538
violência física e psicológica, 535
violência verbal, 190
violências, 464
visão binocular, 249, 250
visão sistêmica interacional, 427
Vitale, 422
vivência com grupos, 126
vivência de intimidade, 475
vivência do coletivo, 527
vivência em grupo, 285
vivência emocional, 294
vivência grupal, 69, 211, 288, 470, 472, 478
vivência institucional, 478
vivência psíquica, 530
vivências em grupo, 148
vivências grupais, 85, 560, 562
Volpi, 285
Von Bertalanffy, 440
Waldemar Fernandes, 38, 40, 352
Watzlawick, 424
Weakland, 424
Weinberg, 179

Weisbach, 40
Whitaker, 418, 425, 446
White, 448
Wiener, 440
Winnicott, 81, 211, 243, 244, 261,
 262, 263, 264, 265, 266, 267,
 268, 269, 270, 271, 272, 273,
 274, 275, 277, 278, 345, 369,
 383, 402, 403, 467, 485, 502
Wolf, 31
Wright, 502, 507
Wundt, 94
Wynne, 418
Yalom, 194, 308, 313
Zanetti, 89
Zilbach, 424
Zimmerman, 39, 44, 46, 47, 48, 69,
 81, 86, 87, 107, 108, 109,
 110, 115, 116, 121, 126, 129,
 139, 179, 181, 193, 195, 203,
 226, 228, 229, 232, 234, 236,
 240, 241, 248, 250, 251, 256,
 257, 285, 295, 323, 324, 326,
 328, 329, 331, 337, 342, 346,
 351, 353, 356, 373, 380, 463,
 525, 531
Zimmermann, 32, 35, 37, 39
Zinkin, 188
Zmud, 37



Clínica Psicológica
Universidade Estadual de Londrina