



PUC
RIO

REDUÇÃO DA ANSIEDADE MANIFESTA E DA DEFENSIVIDADE
EM PSICOTERAPIA DE GRUPO

por

Luiz Fernando Teixeira Dantas

MESTRE EM PSICOLOGIA

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, GB, fevereiro de 1975

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

REDUÇÃO DA ANSIEDADE MANIFESTA E DA DEFENSIVIDADE
EM PSICOTERAPIA DE GRUPO

por

Luiz Fernando Teixeira Dantas

Tese submetida como requisito parcial
para a obtenção do grau de

MESTRE EM

PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, GB, fevereiro de 1975

80



31313

150
D 1922
MSE UC
UC-19491-1

AGRADECIMENTOS

A Monique Augras, pela orientação segura que me deu na realização desta tese. Seus conhecimentos profundos e sua inteligência objetiva, corrigiram muitos dos meus erros e aprimoraram meus acertos.

A Maria Alice Bogossian, pelo auxílio inestimável que me deu, muitas vezes, até com o sacrifício de suas horas de lazer. Com ela fiz o planejamento e execução da parte experimental deste estudo.

A Elza Maria Branco Jardim e Maria Regina Araújo Rocha, que colaboraram positiva e seguramente na avaliação estatística deste trabalho.

A Ana Paula, Cláudia, Érika, Gina, Kátia, Patrícia, Rosa, Vera e Wanda - os nove "sujeitos" do meu experimento. Muito obrigado pelo que me ensinaram.

Enfim, ao Departamento de Psicologia da PUC e a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

À minha esposa, que me compreende
e apoia.
Aos meus alunos, que me estimulam
na busca do conhecimento.
Aos meus clientes, que me ajudam
a compreender o significado
da vida.

SUMÁRIO

O presente trabalho tem como objetivo verificar a possibilidade de se conseguir a redução da ansiedade manifesta e da defensividade num grupo submetido à psicoterapia.

Na Parte I faz-se um estudo sobre o desenvolvimento histórico da psicoterapia de grupo, desde sua "pré-história" até a situação atual. Há maior atenção no exame, em termos de estrutura, processo e conteúdo, de duas correntes: a psicanálise convencional e aquela que teve origem, basicamente, nos grupos-T, iniciados por Kurt Lewin. Segue-se um estudo comparativo, em termos de objetivos, entre os dois enfoques e se concluiu que, sob esse aspecto, não existem diferenças básicas. No comentário que se segue, analisa-se a aproximação entre as duas correntes e se conclui pela aceitação de que a psicoterapia, e numa visão mais ampla, a psicologia, encontra-se numa fase de transição.

A Parte II faz uma breve apreciação sobre a situação atual da pesquisa em psicoterapia, analisando-se duas formas de avaliação de resultados: processos e respostas. Conclui-se que tanto um quanto outro são importantes e ambos permitem um estudo efetivo dos resultados da psicoterapia. Segue-se a apresentação de alguns dos principais problemas que envolvem este tipo de pesquisa. A seguir, procede-se a um estudo mais detalhado sobre a ansiedade e a defensividade que são considerados assun

tos de fundamental importância para a psicoterapia. Conclui-se que a ansiedade é um estímulo e uma resposta e que a defensividade é uma resposta redutora da ansiedade. É geralmente distorsiva da realidade.

Finalmente, apresenta-se o estudo de um grupo de psicoterapia constituído por nove sujeitos do sexo feminino. Pretende-se medir a variação da ansiedade e da defensividade pelo uso de técnicas específicas. Para isso são usadas duas escalas: A Escala Minnesota de Ansiedade Manifesta (MMAS) e a Escala Minnesota de Defensividade (MDS). A avaliação estatística dos resultados comprova as hipóteses iniciais formuladas.

SUMMARY

The objective of this work is to try to reduce anxiety and defensiveness in a group under psychotherapy.

In section I we study the foundations of group therapy and its development through time.

We have made a deep study of two theories: the so called conventional psychoanalysis, and that which had its origin, basically in T-group started by Kurt Lewin. The two theories have been compared and we reached the conclusion that, in their objectives there is no basic difference. Then, in the following discussion we have stated that psychotherapy, and in general psychology, is at the moment in a transition period.

In Part II, is presented a brief appreciation of psychotherapy, as it stands at the present. Two methods of evaluating results in psychotherapy has been used in this study, and the main problems usually found in this kind of research work has been dealt with. Special attention has been given to anxiety and defensiveness which are considered as fundamentals for psychotherapy. Anxiety is then focused as stimulus and an answer, and defensiveness is considered as an answer to the problem of reducing anxiety.

Finally we present the study of a group of nine women under psychotherapy, where an evaluation of anxiety and defensiveness was attempted by applying two scales systems: MMAS and MDS. The statistical evaluation of the results confirm the hypothesis which have been formulated.

ÍNDICE

	pág.
SUMÁRIO	iii
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - A PSICOTERAPIA DE GRUPO	6
1.1 - Os Antecedentes: Primeiros Grupos	7
1.2 - Os Precursores da Psicoterapia de Grupo	9
1.3 - Moreno e o Psicodrama	14
1.4 - Os Grupos Psicanaliticamente Orientados	16
1.4.1 - Os Pioneiros Americanos.	17
1.4.2 - Os Pioneiros Ingleses...	24
1.5 - Comentários	32
1.6 - A Expansão do Movimento	34
1.7 - O Enfoque Convencional e as Novas Abordagens	37
1.8 - A Comparação dos Objetivos	60
1.9 - Comentários	67
PARTE II - UMA PESQUISA EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	71
2.1 - Processos e Respostas	72
2.2 - Alguns Problemas da Pesquisa em Psicoterapia	75

2.3 - O Que Medir	78
2.4 - A Ansiedade	79
2.5 - A Defensividade	83
2.6 - Hipóteses	86
2.7 - Instrumentos Utilizados	87
2.7.1 - Escala Minnesota de <u>Ansi</u> <u>idade</u> Manifesta	87
2.7.2 - Escala Minnesota de <u>De</u> <u>fensividade</u>	91
2.8 - Estudo Preliminar de Validação...	95
2.9 - Método, Sujeitos e Procedimentos.	96
2.9.1 - Método	96
2.9.2 - Sujeitos	97
2.9.3 - Procedimentos	98
2.10 - Avaliação Qualitativa	103
CONCLUSÃO	107
BIBLIOGRAFIA	110

2.3 - O Que Medir	78
2.4 - A Ansiedade	79
2.5 - A Defensividade	83
2.6 - Hipóteses	86
2.7 - Instrumentos Utilizados	87
2.7.1 - Escala Minnesota de <u>Ansi</u> <u>idade</u> Manifesta	87
2.7.2 - Escala Minnesota de <u>De</u> <u>fensividade</u>	91
2.8 - Estudo Preliminar de Validação...	95
2.9 - Método, Sujeitos e Procedimentos.	96
2.9.1 - Método	96
2.9.2 - Sujeitos	97
2.9.3 - Procedimentos	98
2.10 - Avaliação Qualitativa	103
CONCLUSÃO	107
BIBLIOGRAFIA	110

INTRODUÇÃO

Vários autores (Kertézs, del Casale, Kerman, Savornan e Slipek - 1973; Small - 1974) indicam que de dez a vinte por cento da população geral necessita de alguma forma de psicoterapia.

Aceitando-se estes índices e os transportando para o Brasil, pode-se supor que cerca de dez a vinte milhões de pessoas precisariam de atendimento psicoterápico. Sabe-se que muito menos de um por cento desse total recebe tais cuidados. Os motivos para isto são de natureza diversa. Os mais significativos são: falta de informações adequadas, tratamentos excessivamente demorados, baixo nível econômico da população e falta de profissionais habilitados.

Até recentemente o tratamento psicanalítico clássico era a única forma de abordagem reconhecida como capaz de efetivamente reconstruir a personalidade. É indiscutível que ele tem alcançado resultados que o qualificam como uma forma de tratamento eficiente. Mas não há dúvida de que é caro, o mais demorado e o que mais difícil torna a formação de seus terapeutas.

De um modo geral, o tratamento psicanalítico é realizado em sessões de uma hora, três a cinco vezes por semana. Apesar desse plano intensivo, é muito raro que se complete em menos de dois anos. Comumente demora cinco ou mais.

Quando se consideram as necessidades hipotéticas em psicoterapia da população, verifica-se que se faz necessária outra forma de tratamento que não tenha tais in

convenientes. Mas como se pode encurtar o procedimento terapêutico sem que sérios prejuízos possam surgir para o paciente? Será que isto não prejudicará a análise das transferências e das resistências? Não provocará uma redução e superficialização das interpretações? E, finalmente, tal tentativa não provocará um mal maior - o abandono, por parte do paciente, da terapia? Os psicanalistas clássicos afirmam que os que criticam a demora do tratamento desconhecem as dificuldades em se tornar mais breve um processo que exige, por parte do paciente, uma série de experiências emocionais corretivas que envolvem um alto grau de ansiedade.

Uma tentativa para resolver este problema partiu de alguns psicanalistas que, sem deixar de considerar essas dificuldades, tentaram criar uma forma de psicoterapia mais breve. Os mais destacados autores neste campo são Alexander e French. A técnica proposta por eles se baseia numa maior flexibilidade na utilização da abordagem psicanalítica em função das necessidades do paciente. A associação livre não é utilizada, não se deixa que a neurose de transferência se desenvolva e as interpretações são realizadas de forma controlada. A psicoterapia breve não é considerada por esses autores como um tratamento psicanalítico abreviado, mas uma redução planejada do procedimento clássico.

Apesar disso, muitos psicanalistas se recusam a considerar a psicoterapia breve como um tratamento eficaz. Coleman^(50, p.7) em 1960, afirmou que o prestígio e o "status" que a psicoterapia analítica mais longa desfruta entre os terapeutas é tal, que aqueles que empregam a psicoterapia breve, muitas vezes não dirão que o fazem. Acrescenta ainda que "o 'status' quase mítico atingido pelas formas a longo prazo é responsável por essa recusa, e de tal modo, que os terapeutas frequentemente se vêem em

baraçados por suas próprias técnicas breves, acreditando serem elas menos compreensíveis em termos psicanalíticos e, assim consideradas não-científicas por seus colegas".

Mas é conveniente notar que a psicoterapia analítica, em seus primórdios, não considerava relevante a duração do tratamento. O próprio Freud descreve curas rápidas por ele realizadas. A do compositor Gustav Mahler, a de Bruno Walter, em apenas seis sessões e o tratamento de emergência de uma histérica durante umas férias nas montanhas, são alguns exemplos.

A teoria psicanalítica, com o passar dos anos foi evoluindo até processos mais demorados, à medida que Freud foi ampliando sua compreensão teórica sobre o desenvolvimento da personalidade e da formação das neuroses. Afirma Small (50, p.8) que "à medida que os anos foram passando, a teoria e a prática psicanalítica foram se complicando cada vez mais e os critérios de melhora passaram de um enfoque que se restringia ao alívio e regressão de sintomas, para uma conceituação mais ampla, de natureza filosófica". O mesmo autor, citando Frank, afirma que o resultado disso é que as fronteiras das doenças mentais se tornaram cada vez mais imprecisas, assim como a indicação de psicoterapia. Ao mesmo tempo, o objetivo da psicoterapia ultrapassou o ponto relativamente preciso e limitado da regressão do sintoma, atingindo o nível nebuloso do desenvolvimento da maturidade emocional do indivíduo ou da integração da personalidade. Verificou-se então que à medida que aumentavam as necessidades de psicoterapia, aumentava também o tempo de tratamento psicanalítico.

Aparentemente a maioria dos psicanalistas associa duração de tratamento e eficiência. Parece que adotam, com relação à psicoterapia breve, a idéia de que se trata de uma psicoterapia de objetivos limitados, dirigida

dos para a remoção ou melhora de sintomas, para a reversão das preocupações do momento ou para a prevenção de problemas mais sérios. (50, p.19) No entanto, autores como Gillman e Burdon afirmam que apenas cerca de dez por cento dos pacientes são realmente indicados para psicoterapia analítica clássica e podem dela receber benefícios efetivos.

Uma outra tentativa para diminuir as dimensões do problema surgiu com a psicoterapia de grupo.

Inicialmente a psicoterapia de grupo visava apenas objetivos de ordem prática. Os terapeutas, diante do volume de trabalho que estavam enfrentando, começaram a adotar técnicas de tratamento coletivo. No princípio eram constituídas classes e os terapeutas atuavam como um professor que usava técnicas persuasivas e inspirativas. Gradativamente a técnica foi sendo aperfeiçoada até se transformar numa forma de psicoterapia paralela à psicoterapia individual. A psicoterapia de grupo, sob orientação analítica, oferece as vantagens de atender a um número muito maior de pacientes e de ser menos cara. Mas o tempo de tratamento não sofre redução considerável. Em média, dura cerca de cinco anos.

Mais recentemente, começaram a surgir novas formas de terapia, tanto individual como de grupo, que pretendem alcançar os mesmos resultados que a psicanálise clássica e também reduzir consideravelmente o tempo de tratamento, bem como seu custo e as exigências para a formação de novos terapeutas. Os gestaltistas, os rogerianos, os comportamentistas, os analistas transacionais, são os representantes mais significativos.

A diferença capital entre a abordagem psicanalítica e as novas correntes é que enquanto o enfoque psica

nalítico está orientado para a descoberta das "causas" da problemática atual do paciente, a maioria dessas novas terapias preocupa-se com o "aqui e agora" do sujeito sem se importar com a origem do sintoma.

Não se pretende discutir a importância do passado na compreensão do presente. Não se pretende negar que todo comportamento, que todo sintoma, tem suas causas. O que se pretende mostrar nesta dissertação é que existem outros caminhos para alcançar a cura psicológica e o enfoque no presente, sem preocupações com as "causas" é um deles. E é uma abordagem tão eficiente quanto a psicanalítica. Mas deve-se esclarecer que o valor que se dá a esta abordagem não deve ser entendido com a negação da necessidade e propriedade da psicoterapia clássica.

Neste estudo procura-se comprovar a validade de hipóteses baseadas no enfoque no presente. Tomou-se a ansiedade manifesta e a defensividade como variáveis a serem medidas num grupo terapêutico. As hipóteses formuladas afirmam que haverá redução no grau desses dois constructos, após um período de terapia onde se pretende levar os pacientes a uma reavaliação de suas potencialidades e de seu relacionamento com o meio. Hipotetiza-se também que a ansiedade manifesta e a defensividade são constructos interdependentes.

Todo este estudo se baseia na crença de que métodos mais práticos, mais rápidos e mais econômicos podem ser empregados em psicoterapia sem prejuízos para sua eficiência. Eles poderão ser empregados não apenas na área da prevenção (primária, secundária e terciária) mas também como um valioso instrumento de cura psicológica.

PARTE I

A PSICOTERAPIA DE GRUPO

1.1 - OS ANTECEDENTES: PRIMEIROS GRUPOS

Podemos dividir o desenvolvimento da psicoterapia de grupo em duas fases; a primeira remonta às formas mais primitivas de tratamento; era a prática dos feiticeiros, dos magos, dos religiosos. Sua história começa, podemos dizer, com a história do primeiro grupo humano. Os primeiros exemplos de cura em grupo, vamos encontrar no tratamento de doentes no Templo de Esculápio, na cidade grega de Epidaurus (600 a.C.); nas orgias emocionais dos ritos em homenagem ao deus Baco; na tragédia grega e no seu precursor, o coro (200 a.C); nas atividades dos filósofos da Grécia Antiga, particularmente Sócrates que a si atribuía a "missão de purgar os espíritos" o que fazia através de diálogos realizados para pequenos grupos e onde procurava fazer com que seus ouvintes e discípulos despertassem suas consciências e suas inteligências tornando-se melhores e mais produtivos cidadãos.

Cabe a Franciscus Antonius Mesmer, no entanto, a responsabilidade pela adoção, pela primeira vez, de uma abordagem de grupo formado mais terapeuticamente. Mesmer foi um médico diplomado pela Escola de Medicina da Universidade de Viena. Acreditava que os astros e as estrelas eram responsáveis pelo aparecimento e cura das doenças e que deles emanava um fluido que mantinha a ligação dos corpos entre si e todos eles às estrelas. A este fluido chamou de "magnetismo animal"; poderia ser captado e armazenado em corpos metálicos especiais e, sob determinado controle, ser usado terapeuticamente. Posteriormente passou a atribuir à sua própria presença, as qualidades magnéticas que seriam recebidas diretamente dos astros. Chamou-a de "magnetismo humano". Acreditava que seria capaz de transmitir este magnetismo aos seus doentes pelo simples toque direto ou fazendo com que tocassem

objetos que haviam sido manuseados previamente por ele. Em Paris, para onde transferiu-se após críticas e perseguições sofridas em Viena, Mesmer tornou-se famoso. O "mesmerismo" (*) transformou-se em moda para a aristocracia francesa. Todos deviam se submeter às "curas coletivas". O número de pacientes aumentou a tal ponto, que Mesmer criou um novo sistema para atendê-los. Mandou construir um aparelho, uma espécie de grande tina, donde partiam varas que os pacientes deveriam segurar. Bastava que as tocassem para que fossem presos de convulsões e entrassem em "êxtase magnético". Deleuze, (15, p.10) que assistiu pessoalmente a uma das sessões de Mesmer, descreve em sua "História do Magnetismo", o comportamento dos pacientes:

... "Risos sardônicos, gritos lastimosos e torrentes de lágrimas jorravam de todos os lados. Os indivíduos eram lançados para trás em sacudidas espasmódicas, a respiração saindo em estertores mortais, e sintomas terríveis eram exibidos. Repentinamente os atores de tão estranhas performances, frenéticos e arrebatadoramente atiravam-se uns contra os outros, repelindo-se, abraçando-se ou lançando os companheiros contra os vizinhos de maneira terrível".

"Em outro quarto atapetado era apresentado um espetáculo diferente. Ali mulheres batiam suas cabeças contra cochins nas paredes ou rolavam pelo chão acolchoado, quase sufocadas".

Mesmer, apesar de seu sensacionalismo, realizou curas efetivas. Foi inclusive, eleito membro da Academia

(*) Braid, em 1899 rejeitou o conceito de uma natureza mágica no mesmerismo e inventou o termo hipnotismo para descrever este fenômeno (39, p.21).

Bávara de Ciências, por seu trabalho. Mas não há dúvida que ignorava o que estava fazendo e não podia compreender que seus pacientes eram, em sua maioria, histéricos altamente influenciados pelo clima das sessões, pela sua figura e pelo próprio grupo. Sua técnica, pode-se dizer, era sugestiva e autoritária.

Vários anos após, o Marquês de Sade, durante sua reclusão num hospital para doentes mentais, escreveu e montou peças que eram representadas pelos próprios pacientes do hospital. Seu objetivo era simplesmente divertir os habitantes da comunidade e sobretudo eliminar o tédio que se apossava dele. Essas representações trouxeram benefícios para os pacientes e foram aprovadas pelo superintendente do hospital, mas os médicos não foram unânimes quanto a tais benefícios e elas foram suspensas. Estas representações poderiam ser consideradas como as precursoras do psicodrama de Moreno. (32, p.49).

Os psiquiatras franceses Camus e Pogniez, em 1904 (32, p.50; 35, p. 36), publicaram um livro intitulado "Isolamento e Psicoterapia", onde apresentam suas observações realizadas sobre pacientes pobres, tratados em enfermarias comunais e pacientes ricos, tratados em quartos isolados. Observaram que os primeiros apresentavam melhores resultados no tratamento do que os últimos e atribuíram isto ao fato de que estes se beneficiavam com a presença uns dos outros.

1.2 - OS PRECURSORES DA PSICOTERAPIA DE GRUPO

A maioria dos autores não considera os antecedentes aqui citados como diretamente ligados à psicoterapia

de grupo. Aceitam que os trabalhos do médico americano Joseph Hersey Pratt, um interno no Dispensário de Boston, tenham sido efetivamente o início da Psicoterapia de Grupo.

No tratamento de doentes tuberculosos, Pratt, observou que as respostas emocionais dos pacientes, a vergonha que tinham por portarem tal doença, a pouca disposição para aceitar o tratamento, prejudicavam e até impediam sua recuperação. Com o objetivo de eliminar tais fatores, Pratt passou a realizar visitas domiciliares nas quais procurava abordar esses assuntos. Depois teve a idéia de reuni-los no próprio hospital. Esses grupos foram iniciados no dia 19 de julho de 1905 e tinham como objetivo principal ajudar os doentes a compreenderem a natureza de suas doenças e também orientá-los sobre a forma de acelerar sua recuperação.

Os grupos eram compostos por 80 a 100 pacientes e faziam suas reuniões em amplas salas de aula. As palestras de Pratt versavam sobre higiene, problemas de tratamento da doença e leitura de textos da Bíblia (estes destinados a provocar atitudes mais saudáveis e um modo mais otimista de encarar a vida). Após as palestras, os pacientes podiam dirigir perguntas ao médico e discutir com ele assuntos referentes ao tratamento e à natureza da doença. Os pacientes mais interessados e que melhor cumpriam as instruções contidas nas palestras, eram destacados dos demais sentando-se nas primeiras filas. O melhor doente, sentava-se numa cadeira voltada para a classe e mais próxima do médico.

Em 1906 publicou um trabalho preliminar sobre seu método (as "classes coletivas") e que foi ampliado nos anos subsequentes. Em 1922 estendeu este tipo de tratamento aos cardíacos e diabéticos.

Os resultados favoráveis do método de Pratt despertaram a atenção de outros médicos que começaram também a empregá-lo. W.R. Emerson, tratou de subnutridos, R.W. Buck, de hipertensos. Chappel, de pacientes com úlcera péptica.

Tanto Pratt como seus seguidores, usaram técnicas que Grinberg e outros (21, p.28) chamam de "terapias exortativas paternas que atuam 'pelo' grupo". Afirmam aqueles autores que tais técnicas ativam de forma controlada, "a aparição de sentimentos de rivalidades, emulação e solidariedade no grupo". Nela o terapeuta assume o papel de figura paternal. Pratt, por exemplo, estimulava a identificação do paciente com o médico, e o seu sistema de gratificações para os melhores pacientes indica claramente este propósito. A expressão 'pelo' grupo, quer dizer - que o grupo representa apenas um meio para que o terapeuta atinja certos objetivos. 'Pelo' grupo são criadas emoções coletivas visando alcançar comportamentos específicos. No caso de Pratt, que seus pacientes seguissem as normas de higiene necessárias ao tratamento de tuberculosos.

Em 1919, E.W. Lazell empregou o método de Pratt em pacientes que apresentavam distúrbios mentais. Em 1921, no Hospital Santa Elizabeth de Washington, tratou de esquizofrênicos associando o método de Pratt com técnicas psicanalíticas. Esta foi a primeira tentativa de combinar o "insight" intelectual com o suporte emocional num hospital para doentes mentais. (14)

Em 1931, Cody Marsh publicou um trabalho intitulado "Group Treatment of the Psychosis by the Psychological Equivalent of Revival" onde descreve o tratamento realizado com psicóticos. Sua técnica diferencia-se da de Pratt basicamente porque busca desenvolver um clima "fraternal" em seus grupos. Pretendia diminuir o máximo pos

sível a autoridade do terapeuta e "estimular e inspirar nos pacientes um estado de ânimo feliz, da mesma forma que num ato religioso dramatizado, o "revival" faz renascer o espírito religioso". (14)

As classes de Marsh eram constituídas por aproximadamente sessenta pessoas. Delas faziam parte não apenas os pacientes do hospital, mas também enfermeiros, parentes dos doentes, sacerdotes, professores, etc.. Todos eram considerados estudantes, inclusive os doentes, pois Marsh achava que eles eram estudantes que "fracassaram num grande tópico da civilização". Todos os membros dessas classes assinavam um "compromisso" no qual afirmavam seu desejo de cooperar e serem pontuais e regulares em seus comparecimentos às classes. O empenho maior de Marsh não era o tratamento, como normalmente é entendido, mas a educação, ou melhor, a reeducação.

Marsh observou que os pacientes neuróticos reagiam muito bem a este tipo de instrução. Ficavam menos envolvidos no processo transferencial e ofereciam menos resistência.

Antes e depois das palestras, os "estudantes eram encorajados a trocarem elogios, a ouvirem música e a dançarem (o sapateado era considerado um exercício emocional para tornar-se ágil) e a representarem (as pessoas mais tímidas representavam papéis mais extrovertidos). Não eram exigidos comportamentos cerimoniais sendo, inclusive, tolerada certa desordem e a espontaneidade era encorajada. Os novos membros eram recebidos com "trotos" dos quais o médico não deveria participar. Marsh acreditava que o "trote" funcionava como uma forma auxiliar para intensificar o conhecimento e a intimidade entre os diversos membros.

Os estudantes ajudavam-se mutuamente, discutindo seus respectivos estados e o quanto estavam melhorando. Cada membro possuía um cartão onde era registrado o seu progresso.

Por esta época, A.A. Low organizou a "Recovery Inc.", uma organização constituída para ex-psicóticos. Low observou que os ex-pacientes encontravam dificuldades para se readaptarem à comunidade e a "Recovery Inc." objetivava facilitar esta readaptação. A organização funcionava dentro de um rígido sistema hierárquico que deveria ser obedecido rigorosamente.

Enquanto que Pratt e seus seguidores empregavam técnicas exortativas paternais que atuavam 'pelo' grupo, Marsh, Low, Lazell e outros, modificaram este enfoque. Seus grupos tinham basicamente estrutura fraternal. Neles a figura do terapeuta perde importância. É estimulada a fraternidade. Busca-se a homogeneização; diminui-se a liderança, a rivalidade e a inveja entre os membros do grupo. Grinberg e outros (21, p.28) chamam a estas, de "terapias que atuam 'pelo' grupo com estrutura fraternal".

Resumindo, pode-se dizer que essas duas correntes têm em comum o fato de atuarem pelas emoções do grupo sem a preocupação com a determinação de suas causas, nem com a modificação da estrutura que as determinou. Diferenciam-se com respeito ao papel do terapeuta. A primeira procura fomentar a identificação dos pacientes com um líder de tipo paternal e a segunda, procura desenvolver um relacionamento paralelo entre os membros estimulando a fraternidade e o auxílio mútuo.

1.3 - MORENO E O PSICODRAMA

Uma figura importante na história da psicoterapia de grupo é a de Jacob L. Moreno. Entre 1910 e 1914, nos jardins de Viena, Moreno formou grupos de crianças e com elas realizou representações, que, segundo ele mesmo, seriam a semente da psicoterapia de grupo com bases científicas. Em 1913 e 1914, esta experiência continuou com grupos de discussão com as prostitutas da Rua Spittelberg ("gheto" em Viena onde as prostitutas exerciam suas atividades) e posteriormente, com os refugiados de Mitterndorf, nas proximidades de Viena.

Moreno (35, p.33) é mais conhecido como criador do psicodrama, que teve suas origens em 1921 concomitantemente com a fundação do "Teatro de Improvisação", na rua Mayseder, em Viena. Em seu livro "Psicoterapia de Grupo" (1959) afirma que o ponto de partida para a "tomada de consciência das possibilidades terapêuticas existentes na representação, na vivência ativa e estrutura de situações psíquicas conflituosas", foi a cura da atriz Bárbara após a realização de uma troca de papéis. Conta Moreno que esta atriz sempre desempenhava, com muito sucesso, papéis de santas, heroínas e criaturas ternas e românticas, até seu casamento com um jovem teatrólogo. Algum tempo após o casamento, Moreno foi procurado pelo jovem que se queixou do comportamento de sua esposa. Sua mulher, que era vista como um anjo por todos, quando sozinha com ele, transformava-se completamente. Perdia o controle, discutia, usava palavras das mais vulgares e quando ele lhe respondia, agredia-o fisicamente. Na intimidade, ela era o oposto dos papéis que desempenhava. Moreno então teve a idéia de fazer com que a atriz passasse a representar no palco, mulheres vulgares, agressivas, irreverentes. Após uma série de representações desse tipo, as desavenças do

casal diminuíram sensivelmente. Moreno continuou a oferecer a Bárbara papéis que se adaptavam a sua situação conflitiva. Posteriormente convidou o casal para que representassem juntos. Os dois realizavam em cena, diálogos improvisados que se foram tornando cada vez mais semelhantes às suas cenas caseiras. Eram revividas cenas de infância, o relacionamento com parentes, sonhos e planos para o futuro. Os dois faziam uma "catarse em público".

Analisando a evolução do relacionamento desse casal foi que Moreno descobriu a importância da dramatização dos conflitos do paciente para o atingimento do seu equilíbrio psíquico. Surgia o psicodrama.

O psicodrama, que tem como principais precursores, o diálogo socrático e a "Commedia dell Arte", é uma técnica psicoterápica que se apoia em três pilares; no teatro (influência do ator Stanislavski), na psicologia e na sociologia (Moreno deve ter tomado conhecimento dos trabalhos dos sociólogos Cooley (1864-1929) e George Mead (1863-1931) que apresentaram conceitos de representação de papel. (32, p.64)

Como o próprio nome indica, é uma forma de terapia na qual os conflitos psicológicos do paciente (protagonista) são dramatizados por ele e por uma equipe de terapeutas constituída pelo diretor e seus egos-auxiliares.

A contribuição de Moreno é quantitativa e qualitativamente importante para psicoterapia em geral e para a psicoterapia de grupo, em particular. Foi ele, sem dúvida, um dos primeiros a estudar cientificamente os pequenos grupos e a criar instrumentos de medida importantes tais como o teste sociométrico e o teste sociométrico de percepção. Foi o criador dos termos "terapia de grupo" (1931) e "psicoterapia de grupo" (1932) e também introduziu o conceito de "encontro" hoje muito divulgado, particularmente nos Estados Unidos pelas atividades (grupos de encontro) de psicoterapeutas como C. Rogers e W. Schutz.

1.4 - OS GRUPOS PSICANALITICAMENTE ORIENTADOS

Uma corrente importante no desenvolvimento da psicoterapia de grupo é a corrente psicanalítica. No entanto as terapias coletivas não gozaram das simpatias do fundador da psicanálise e de alguns de seus principais pioneiros. Tanto Freud quanto Jung encaravam o grupo como um "fenômeno unitário, massificante, e, não faziam distinção clara entre grupos pequenos e grandes". (32, p.53)

Afirma Moreno (35, p.29) que a maior resistência contra o desenvolvimento da psicoterapia de grupo, entre os anos de 1914 e 1932 veio da psicanálise. Freud achava que existia uma dicotomia entre o homem e a sociedade. O homem é naturalmente anti-social. O homem normal "adapta-se", o criminoso rebela-se contra ela de forma aberta e violenta e o neurótico o faz reservadamente. A neurose tende a afastar o homem do grupo. Pode acontecer que num grupo o neurótico apresente-se curado, mas esta cura é temporária, aparente, distorcida.

Jung, em correspondência mantida com o psiquiatra americano Hans Illing, afirma que considera todos os distúrbios psíquicos como doenças individuais e que, em consequência, exigem tratamento individual. Não nega algumas vantagens da terapia de grupo, ao firmar que (32, p.53) "o grupo amplia o ego ... o indivíduo se torna mais corajoso, mais impertinente e agressivo, mais seguro, mais atrevido e menos cauteloso". Mas acrescenta que "o eu, todavia, é reduzido e impelido para segundo plano em favor da média". Acredita que o grupo é fator importante no processo de socialização, mas alerta sobre o perigo de que "o indivíduo venha a equiparar o grupo ao pai e à mãe e assim permanecer dependente, inseguro e infantil como antes".

Adler e seus colaboradores não comungavam com as idéias de Freud e Jung a respeito da terapia coletiva. Em 1920 publicou um livro "Interesse Social" (32, p.52) no qual manifesta uma atitude mais voltada para o grupo. Acreditava que o homem era um ser que possuía objetivos e que eram basicamente de natureza social. A partir de 1921 começaram a surgir em Viena os chamados "grupos adlerianos" - uma forma de terapia realizada com crianças e seus familiares no Centro de Orientação para Pais e Filhos. Esta não era exatamente terapia de grupo. Consistia em falar com a criança, na presença dos pais ou de outros pais, crianças, professores ou terapeutas. Era, na realidade, uma sessão pública com um indivíduo. (32, p.52; (58, p.201).

1.4.1 - Os Pioneiros Americanos

Nos Estados Unidos, os psicoterapeutas precursores do movimento da psicoterapia de grupo com orientação psicanalítica foram: Trigant Burrow, Wender, Paul Schilder, Alexander Wolf e Klapmann.

Trigant Burrow (14, p.45) (14, p.32) iniciciou suas atividades com grupo em 1920. Acreditava que os desajustes individuais eram apenas uma consequência de desajustes sociais. A sociedade é que está, em última análise neurótica. A estrutura social nos obriga a incorporar aos nossos padrões normais de comportamentos, processos nocivos e altamente distorcivos dos valores humanos e faz isto em nome dos chamados códigos morais e convenções. Em sua opinião, a "normalidade" nada mais era do que uma expressão da neurose da humanidade. Seus grupos eram predominantemente residenciais. Os médicos e pacien

tes viviam juntos e as tensões e os atritos que naturalmente surgiam deste relacionamento eram analisados ou discutidos no grupo.

Os termos "análise de grupo", "aqui e agora" e "análise das tensões do grupo", atualmente usados com frequência em psicoterapia, foram criados por ele.

Louis Wender, em 1930, iniciou o tratamento em grupos no Hospital Hillside, em Nova York. Nessas sessões reuniam-se de seis a oito pacientes e Wender combinava palestras informais sobre conceitos freudianos de doença mental e patologia com a apresentação de um caso anônimo que era discutido pelos pacientes. As sessões duravam uma hora e eram realizadas duas ou três vezes por semana. No decorrer de sua prática, Wender convenceu-se de que a maior vantagem do grupo terapêutico era sua semelhança com o grupo familiar, por isso passou a reunir em grupos, duas ou três gerações de uma mesma família.

S.R. Slavson introduziu, em 1934, no New York Jewish Board of Guardians, um "programa de recreação criativa" que se destinava a pequenos grupos de meninas desajustadas. Pensava Slavson que através das artes e habilidades manuais, as crianças alcançariam sua completa auto-expressão e criatividade e, como consequência, a felicidade e o ajustamento social.

Os primeiros resultados foram bastante alentadores. As crianças do primeiro grupo tornaram-se mais comunicativas e amigáveis.

Slavson, após um estudo mais detalhado das sessões realizadas com um dos grupos, verificou que a responsabilidade pelos bons resultados devia-se não à criatividade, mas à interação estabelecida e a permissividade e

neutralidade do terapeuta. Uma observação importante, foi que as crianças podiam, nesses grupos, manifestar sua agressividade sem medo de punição.

Slavson acredita que a psicoterapia de grupo deve ser realizada com grupos pequenos. Encara o grupo como não terapêutico e somente pelo manejo do psicoterapeuta ele o será. Em sua "Introdução à Terapia de Grupo", publicada em 1943, afirma: (32, p.68) "De um modo geral, é um erro falar de grupo como uma entidade em terapia. É sempre o indivíduo e não o grupo, como tal, que se mantém o centro de atração". "O único valor terapêutico maior de tais grupos é a própria ausência de formações de grupos".

Em seu Manual de Psicoterapia Analítica de Grupo (1964), Slavson (32, p.69) procura mostrar a diferença entre o grupo terapêutico e o grupo não-terapêutico. O grupo não-terapêutico tem duas características importantes: a "sinergia" (termo que adotou para indicar a coesão de grupo) e a dinâmica de grupo. Num grupo terapêutico, nem uma nem outra podem existir. A sinergia, "impede proveitos terapêuticos para os pacientes". A coesão não se coaduna com os grupos terapêuticos. Afirma: "Nenhum grupo não-terapêutico poderia sobreviver por muito tempo, se seus membros revelassem seus atos imorais e amorais, fantasias, preocupações e cóleras, passado e presente, como o fazem em psicoterapia. Nem tais grupos poderiam se manter unidos se seus membros se atacassem e abusassem uns dos outros como o fazem em terapia". Com relação à dinâmica de grupo ela é "cortada pela raiz, pois logo que as respostas são analisadas e relacionadas às fontes emocionais do indivíduo, elas não mais operam para o grupo como tal". Cabe ao terapeuta, tão logo observe a formação desses processos indesejáveis aos objetivos terapêuticos, intervir, de forma a "anular a construção desses padrões

grupais e tentativa de estruturação de grupo". Afirma ainda: "Por sua própria natureza, os grupos terapêuticos favorecem mais a interação interpessoal, do que os padrões grupais".

Slavson pratica uma forma de psicoterapia psicanalítica de grupo onde o esforço máximo está no efeito do grupo sobre o indivíduo e não do indivíduo sobre o grupo. A ênfase não está no grupo, mas no indivíduo. O grupo vale como um cenário para cada um de seus membros. Em seus grupos utilizava a transferência, a catexis, a interpretação, a análise dos sonhos, o "insight", a prova de realidade e a sublimação. Apresenta uma série de vantagens da terapia de grupo sobre a terapia individual. Acredita, por exemplo, que a prova de realidade e a sublimação não são passíveis de serem alcançadas na terapia individual. Acha que nela, a transferência se realiza apenas como fruto da projeção do paciente sobre o analista, que é sempre visto como uma figura parental, geralmente o pai. Na terapia de grupo, podem ser representados, até simultaneamente, o pai, a mãe e os irmãos, porque não existe apenas o terapeuta, mas outros que podem assumir estes papéis. Grainberg (21, p.207) não concorda com Slavson e afirma que o terapeuta na análise individual, "representa, segundo o momento e o material, sucessiva ou simultaneamente, a imagem boa ou má do pai, da mãe e dos irmãos". A mesma coisa acontece no grupo. A única diferença é que num determinado momento, o terapeuta pode representar a figura boa do pai para o paciente "A" e simultaneamente, uma figura má do pai para o paciente "B".

Paul Schilder, iniciou seu trabalho em psicoterapia de grupo em 1936, no Bellevue Hospital, em Nova York.

Seus grupos eram compostos por dois a sete pacientes que semanalmente realizavam sessões individuais

(uma a duas) e uma em grupo, com a duração de duas a três horas.

Para Schilder a problemática dos pacientes de corre de suas convicções distorcidas. Como estas convicções tiveram origem na vida comunitária, é lógico que numa "comunidade" - o grupo terapêutico, elas poderiam ser discutidas, compreendidas e eliminadas. Todo o processo terapêutico estava centrado na obtenção deste "insight" por parte dos pacientes. Para sua obtenção usa a análise dos sonhos, a associação livre e a discussão das ideologias. Schilder define "ideologia" como "idéias e conotações que os seres humanos exigem a fim de ter uma melhor orientação para suas ações. Cada nação, classe e família tem sua ideologia especial. Em cada país domina a ideologia da classe dirigente que tenta amoldar as crianças rapidamente a esta. Acredita Schilder que as ideologias possuem uma parte consciente, facilmente expressãvel em palavras, e uma parte inconsciente, e que muitas pessoas possuem ideologias conflitantes com a realidade. As ideologias têm origem nas primeiras experiências da criança e vão determinar sua maneira de ver e sentir o mundo. Este conceito é modernamente retomado por Berne, criador da análise transacional. Para os analistas transacionais, o indivíduo, do seu nascimento até aproximadamente aos 8 anos, recebe dos seus familiares ou figuras substitutivas, uma série de mensagens verbais e não verbais. Estas mensagens transformam-se em mandatos e o "somatório" deles, produz o "script" ou argumento de vida.

Através de discussões, estudo das histórias dos pacientes, das respostas a questionários, etc., as ideologias são identificadas, compreendidas e eliminadas. Quando isto acontece, o paciente pode ter uma visão mais real de si mesmo, compreendendo a "natureza de seus instintos agressivos e sua compatibilidade com a conduta social adequada". (21, p.204)

Um ponto importante na técnica de Schilder, que difere da posição de outros psicanalistas, é o destaque que dá à participação do terapeuta na discussão das ideologias do grupo. Afirma: (27, p.206) "O médico não tem o direito de permanecer completamente impessoal: deve revelar sua ideologia, como também justificá-la. Deve crer que a honestidade intelectual, em seu mais amplo sentido, constitui um pré-requisito necessário à psicoterapia".

Grinberg e outros (21, p.206) criticam esta posição. Schilder afirma ser contra qualquer psicoterapia sugestiva ou de apoio porque "aumenta a dependência do paciente em lugar de desenvolvê-la. Tais autores acreditam que, ao dirigir a discussão do grupo, escolher o tema e, expressar suas opiniões, estaria Schilder, sem dúvida, adquirindo grande autoridade e prestígio aos olhos dos pacientes, fator que fomenta a dependência. Acrescentam ainda o fato de que, ao analisar simultaneamente seus pacientes em terapia individual e em grupo Schilder compartilha separadamente os segredos íntimos de cada um, dificultando a integração do grupo como um todo.

As críticas desses autores são passíveis de discussão. É praticamente impossível que se possa eliminar totalmente a sugestão e a dependência na terapia, quer seja ela individual, ou de grupo (a própria interpretação dá autoridade e prestígio ao terapeuta e tende a criar dependência). O fato de considerarem negativo para a terapia que o mesmo terapeuta dirija as sessões individuais e de grupo, parece ser consequência do método que aqueles autores utilizam. Outros terapeutas, inclusive de orientação analítica, não registram esta dificuldade.

Em 1938, Alexander Wolf iniciou, em sua clínica privada, a psicoterapia de grupo. As técnicas que desenvolveu foram baseadas nos princípios fundamentais da psi,

canálise: a interpretação, a associação livre, a análise das resistências e da transferência. Seu processo terapêutico passa por seis fases. Na primeira, tem lugar o contato inicial com o paciente. É a fase preparatória e pode exigir várias entrevistas individuais (entre dez e trinta, em média, podendo alcançar até cem). Segue-se a fase da interpretação dos sonhos e a do relacionamento grupal. Na terceira, processa-se a associação livre que se realiza "em voltas", isto é, cada um dos pacientes faz associação livre sobre os demais. Na quarta, analisam-se as resistências; na quinta, intimamente relacionada com a anterior, dá-se a identificação, a análise e a resolução das transferências como surgem no grupo. Esta é, para Wolf, a parte mais importante do processo terapêutico, pois leva o paciente, através de sucessivas correções, a uma melhor estimativa da realidade. O sexto e último estágio, chama-se fase da ação pessoal consciente. Nela o paciente está livre da ação das transferências e contra transferências o que permite uma "verdadeira integração social, e uma diminuição da ansiedade ou aumento da tolerância a esta, promovida pelo apoio do grupo". (32, p.73)

Embora dando maior ênfase ao grupo do que outros analistas, parece que Wolf não conseguiu reconhecer suas possibilidades efetivas. Não negou, por exemplo, como fez Slavson, a dinâmica de grupo, mas não a viu como um fator primário essencial da terapia de grupo. Diz ele, (32, p.73) "o grupo enquanto grupo, não pode se tornar os meios pelos quais seus membros resolvam a dificuldade intrapsíquica. A necessidade para tal diferenciação nos leva a mudar nossos conceitos de psicanálise de grupos para o de psicanálise em grupos. Não tratamos um grupo. Ainda precisamos analisar o indivíduo em interação com outros indivíduos".

Num trabalho mais recente (Wolf e Schwartz, 1950), Wolf demonstra mais confiança no grupo como tal. Insti

tuiu a técnica das sessões alternativas que se processam sem a presença do terapeuta. Pretende com estas reuniões dar aos membros do grupo, maiores e melhores condições para se expressarem não só com relação a eles mesmo, mas também com relação ao terapeuta. Vê o grupo como uma "família permissiva" para cada um de seus membros. Cria-se assim uma família diferente da original. Nela podem florescer a consideração e a tolerância mútuas.

As contribuições de Wolf para a psicoterapia de grupo, são significativas e têm influenciado numerosos psicoterapeutas. No entanto deve-se ressaltar que, mesmo em seus trabalhos mais recentes, sua técnica decorre do modelo de tratamento psicanalítico individual que transporta para o grupo, sem levar em consideração as dinâmicas psicológicas do próprio grupo. Não ultrapassa o nível interpessoal para entrar, como faz Foulkes, no domínio do multipessoal.

1.4.2 - Os Pioneiros Ingleses

Na Inglaterra, os psicanalistas que representaram papel significativo para o desenvolvimento desta corrente da psicoterapia de grupo, foram Foulkes, J. Brier, Bion e Ezriel.

Afirma Foulkes, em seu livro "Grupo-Análise Terapêutica" que a idéia da terapia de grupo analítica lhe surgiu após a leitura casual dos escritos de Trigant Burrow, na década de vinte. Relata que sua primeira experiência com grupos se deu 15 anos depois, no início da Segunda Guerra Mundial. A este respeito, escreve: ^(17, p.20) - "Lembrei-me de Trigant Burrow, de quem nessa altura já

ninguém se recordava, mas porque não sabia, de fato, que ele jamais praticara a grupo-análise como eu a entendia, penso que sobrevalorizei, de algum modo, o alcance de seu trabalho, tal era a esperança de adquirir um conhecimento mais profundo sobre a matéria. Sabia, entretanto, que Burrow viera a considerar a psiconeurose como um desenvolvimento biológico defeituoso da espécie humana e que de signara, conseqüentemente, o seu sistema por "filo-análise", razão que me levou a sentir livre de chamar "grupo-análise" aquilo que estava a fazer. Fui, de resto, o primeiro a utilizar este termo".

Em sua concepção, o grupo é um "todo social" que é mais do que a soma das partes que o compõem. Acredita que é uma importante forma de tratamento que, inclusive, pode encurtar a recuperação dos pacientes, mas acha também que seus objetivos são mais modestos do que os da análise individual completa. Indica o tratamento de grupo para, entre outras, as perturbações nervosas, para os casos de desordens funcionais ou orgânicas e como fator educativo no treino de enfermagem das instituições psiquiátricas ou de outros hospitais, e como veículo de treinamento para psiquiatras e psicólogos. (17, p. 27) Para o tratamento, por exemplo, das neuroses de transferências, a terapia analítica individual é mais eficiente. Ainda uma outra diferença que estabelece entre as duas formas de terapia está na transferência. Na terapia individual ela tem um caráter regressivo, "vertical", porque refere-se ao passado. No grupo, a transferência é "horizontal", pois se desenvolve num plano atual e multi-pessoal. (21, p. 208)

"No grupo, situação mais livre, o terapeuta torna-se mais real como pessoa, o que embota as fantasias transferências dos níveis inconscientes mais profundos. Por esta razão, se não por muitas outras, é que o tratamento de grupo não podia ser combinado - pelo menos não podia coexistir - com uma terapêutica psicanalítica ortodoxa. Não

se compreenda, porém, que as fantasias inconscientes pro fundas não se efetivem no grupo, mas sim que não há a es perar que se tornem plenamente conscientes. Ou, por ou tras palavras, a transferência não pode ser totalmente analisada no grupo. Quer isto dizer, portanto, que as re ações transferenciais ocorrem ali, de forma mais moderada e estão mais próximas do nível da realidade, o que parece preferível quando se intenta um reajuste de certo modo mais superficial, se comparado com o que ocorre na expe riência individual".

Os grupos de Foulkes são constituídos por sete ou oito pacientes que se reúnem durante uma hora e meia com o analista. Este, de forma similar a do terapeuta in dividual, deve-se portar passivamente, interpretando o mínimo possível os conteúdos, os processos, as atitudes e as relações. No grupo estabelece-se um campo de intera ções (matriz do grupo) e dele fazem parte as comunicações de todos os seus membros e as atividades do terapeuta. É importante que todos os pacientes tomem parte ativa no processo terapêutico total.

Grinberg e outros (21, p.209) apresentam diversas críticas à posição de Foulkes. Escolheu-se algumas que são julgadas mais importantes. Enquanto Foulkes recomenda que o terapeuta mantenha-se passivo, interpretando como o fazem os analistas "clássicos", aqueles autores preferem portar-se mais ativamente, centrando-se mais na interpre tação do "aqui e agora" do grupo. Quanto à afirmativa de Foulkes de que todos os membros devem participar ativamente do processo terapêutico total, afirmam que isto não é operante, uma vez que consideram que o membro silencioso é também um participante ativo do grupo. Através de sua atitude complementa a fantasia comum a todos e cumpre uma função específica na interação do grupo.

Joshua Bierer introduziu na Inglaterra, no Hospital Runwell de Doenças Nervosas e Mentais, uma psicoterapia de grupo que se baseava nas linhas adlerianas. Seu método é mais ativo que os anteriormente descritos e está centrado na figura do terapeuta. Afirma Foulkes (17, p.24) que seu principal mérito foi o de ter sido pioneiro de uma abordagem terapêutica da comunidade hospitalar e de ser muito flexível na aplicação de tratamento "situacional". O objetivo deste tratamento não era a aquisição de conhecimento sobre o inconsciente, pelo contrário (25, p.25) "o objetivo era uma experiência viva que resultasse em uma mudança de atitude". Criou o "clube social" onde acreditava, o paciente estaria dando o primeiro passo no sentido de deixar de ser um "objeto" para se transformar em um "sujeito". Nesse clube os doentes praticavam esportes, atividades artísticas, divertiam-se e discutiam sobre assuntos de seu interesse.

Segundo Bierer (25, p.26) existem várias vantagens na terapia situacional:

- 1) Eliminava o abismo entre percepção e cura que existe na psicanálise individual;
- 2) Os pacientes no hospital tornavam-se mais independentes, ativos e capazes de decidir por si próprios, o que apressava sua cura;
- 3) Tornava mais fácil, para o paciente resolver problemas sociais que lhe criavam conflito no exterior.

W.R. Bion é o mais conhecido dentre os psicanalistas ingleses. Suas idéias são complexas e ele as expressa num estilo peculiar, de difícil assimilação. É, sem dúvida, um dos psicanalistas contemporâneos mais discutidos. Seus conceitos sobre a gênese do pensamento e o

"aparelho de pensar pensamentos", sobre "continente-conteúdo", sobre a "perspectiva reversível" e sua "teoria de função", são assuntos que ainda não foram definitivamente aceitos, inclusive por muitos psicanalistas, e possivelmente passarão algum tempo até que sejam incorporados aos conceitos psicanalíticos. No campo do estudo da personalidade humana, Bion aborda vários temas. Realizou estudos sobre a memória e o desejo, sobre o pensamento psicótico, sobre a simbolização do esquizofrênico, sobre a dinâmica de grupo, etc..

Seus trabalhos com grupos começaram quando teve sob sua responsabilidade a ala de reabilitação de um hospital psiquiátrico militar, durante a Segunda Guerra Mundial⁽⁹⁾. Posteriormente, no início de 1948, a Comissão Profissional da Clínica Tavistock, de Londres, pediu-lhe que tomasse conta da psicoterapia de grupo da Clínica, utilizando sua própria técnica.

Bion concebe o grupo como uma totalidade psicológica que pode ter suas expressões influenciadas pelo terapeuta. Sua participação no grupo não é diretiva, pelo menos explicitamente diretiva. Interpreta os fenômenos que surgem como um acontecimento global do grupo. A partir daí criou uma teoria a respeito dos grupos. Para ele todo grupo tem dois tipos de atividades: uma que é consciente, racional, que visa a cooperação e o crescimento do grupo; a outra, oposta a esta, é inconsciente, irracional, excessivamente emotiva. Pode-se dizer que uma está dirigida para a realização da tarefa e a outra opõe-se a ela. "A atividade de trabalho é obstruída por uma atividade mais regressiva e primária".

Esses fenômenos que, segundo Bion, são típicos das atividades do grupo, são designados por uma terminologia própria. Os termos são: mentalidade grupal, cultura grupal, supostos básicos, grupo de suposto básico e grupo de trabalho.

Por mentalidade grupal entende-se a "atividade mental coletiva que se produz quando as pessoas se reúnem em grupos" (9). A mentalidade grupal é formada pela opinião, vontade ou desejo unânimes do grupo num dado momento. Pode acontecer que a mentalidade grupal esteja em conflito com os desejos, opiniões ou pensamentos de um determinado indivíduo e isto produz desconforto, mal-estar ou outras reações.

A organização do grupo, em cada momento, é fruto do inter-jogo entre a cultura grupal e os desejos do indivíduo. A esta organização, Bion denomina cultura de grupo. "A organização que o grupo adota em determinado momento, ou durante um lapso de tempo, surge do conflito entre a vontade coletiva anônima e inconsciente e os desejos e necessidades individuais".

Os supostos básicos, dão maior precisão ao conceito de mentalidade grupal. São em número de três: suposto básico de dependência (sbD), suposto básico de ataque-fuga (sbF) e suposto básico de acasalamento (sbA).

O suposto básico de dependência está presentado quando o grupo supõe a existência de um objeto externo que tem como função dar-lhe segurança e satisfação para todos os seus desejos. Grinberg e outros (28) o definem como sendo "a crença em uma deidade protetora cuja bondade, poder e sabedoria não se põe em dúvida".

O suposto básico de ataque-fuga decorre da certeza do grupo de que existe um inimigo que precisa ser destruído ou do qual se deve fugir. Existe um objeto mau externo contra o qual pode-se tomar somente duas atitudes: destruí-lo (ataque) ou evitá-lo (fuga).

O suposto básico de acasalamento é fruto da fan

tasia coletiva e inconscientemente do grupo de que, por pior que seja a situação presente, haverá um fato no futuro ou um ser que está por nascer, que será capaz de resolvê-la. Bion associa este estado emocional, em termos religiosos, a esperança na aparição de um Messias.

Todos os supostos básicos correspondem a fantasias sobre a forma de serem resolvidas as dificuldades do grupo. São estados emocionais defensivos que se manifestam diante da possibilidade de frustrações decorrente do contato com a realidade.

Um grupo de suposto básico refere-se à organização do grupo segundo um dos três supostos básicos acima referidos. Diz respeito ao suposto básico que está em atividade naquele momento ou durante um certo período. Em função dele o grupo tem uma forma de se comportar, de organizar sua liderança e de se expressar emocionalmente.

Com o termo grupo de trabalho, quer Bion indicar um tipo particular de mentalidade grupal e a cultura que dela se origina. É uma atividade diferente do grupo de suposto básico, no qual predomina uma atividade automática, inevitável, não aprendida. No grupo de trabalho destaca-se a cooperação e o esforço, fruto de um certo amadurecimento e treinamento.

Apresentou-se resumidamente (baseados particularmente no livro de Bion, "Experiências com Grupos"⁽⁷⁾ e no de Grinberg e outros, "Introdução às Idéias de Bion"⁽²⁸⁾), a parte central da teoria de Bion referente ao grupo. Embora seus conceitos sejam passíveis de discussão e alguns possam até serem refutados, o seu mérito está na tentativa de demonstrar, como também o fez Moreno, que os fenômenos grupais podem ser interpretados, compreendidos e preditos.

H. Ezriel, como Foulkes e Bion, provém da Clíni
ca Tavistock. Como Foulkes emprega as técnicas da psica
nálise individual, a terapia de grupo.

Aceita os conceitos de Kurt Lewin sobre a pouca
importância dos aspectos genéticos-históricos para o tra
tamento de seus pacientes, a não ser que estes possam con
ter elementos atuais, pertencentes a relação interpessoal
que se estabelece no grupo em cada momento.

Para ele, todos os comportamentos dos pacientes,
quer no grupo, quer na terapia individual, devem ser in
terpretados. Acredita que toda pessoa "tenta impor um
papel para estabelecer a relação objetal interna que deseja".
Isto pode ser atingido se sua fantasia concorda, pe
lo menos parcialmente, com as fantasias inconscientes,
dos demais sujeitos e dominantes naquele momento.

Estabelece uma teoria de interpretação que é vá
lida tanto para a terapia individual como para a terapia
de grupo. Segundo ele, o paciente adota uma determinada
atitude para evitar uma outra que, em sua fantasia desen
cadearia conseqüências catastróficas. Um exemplo seria
o indivíduo que deixa de expressar um comportamento agres
sivo por "temer" que sua agressão destrua a pessoa-alvo
ou o próprio grupo. Quando o terapeuta interpreta esta
seqüência, o paciente tem a oportunidade de realizar um
teste de realidade, o que lhe permite compreender a in
consistência de sua fantasia e anular seus temores incons
cientes.

Ezriel, tenta, de um modo geral, focar o pacien
te individual e o de grupo de forma semelhante. Isto pro
voca reações ora favoráveis, ora desfavoráveis, por parte
de outros terapeutas.

Grinberg e outros (21, p.213), por exemplo, ao

comentarem sua teoria interpretativa, isto é, seu enfoque idêntico para o paciente individual e para o grupo, afirmam que ela demonstra a "validade da técnica psicanalítica em sua aplicação à situação coletiva". Acrescentam que isto vem terminar com a discussão de que o chamado "material profundo" não é passível de interpretação em grupos. Mas esses mesmos autores também criticam-no porque "ao atuar exatamente da mesma maneira tanto na análise de grupo quanto na individual, prescinde de uma parte importante da situação. Vê-se levado a focar o problema de uma pessoa que apresenta o denominador comum do grupo e a centrar todo o progresso interpretativo sobre ela, omitindo a interpretação dos mecanismos próprios do grupo, já que, supõe-se, estes não existem na análise individual".

1.5 - COMENTÁRIOS

Viu-se, em páginas anteriores, que existiam duas correntes de psicoterapia coletiva. A primeira, iniciada por Pratt, realizava um tipo de terapia que apresentava uma estrutura paternal e atuava "pelas" emoções do grupo. Zimmermann⁽⁶³⁾ denomina-a "método repressivo". A segunda, que tem em Marsh, Low, Lazell e Klapmann, seus principais representantes, embora atuasse também "pelas" emoções do grupo, apresentava uma estrutura fraternal. Nesse tipo de terapia eram usados como meio terapêutico, as conferências, as aulas, as discussões de livros e revistas, e também o relato de casos clínicos reais ou imaginários.

O psicodrama, apesar de apresentar algumas das características da psicoterapia "pelo" grupo com caráter fraternal, não pode ser considerado como integrante des

ta corrente. As técnicas utilizadas por Moreno são muito mais sofisticadas e objetivas. Ele parte da hipótese (63, p.27) de que o "ego da criança só se desenvolve com a ajuda dos 'egos-auxiliares' que são a mãe, o pai, os professores, etc.. Atinge, assim, normalmente, a maturidade, tornando-se, por sua vez, um 'ego-auxiliar'. O neurótico e o psicótico não atingiram o estágio do desenvolvimento completo, necessitando, em consequência, de 'egos-auxiliares', os quais são propiciados pela técnica psicodramática". No psicodrama, não existem as atividades que caracterizam a psicoterapia de caráter fraternal. As técnicas didáticas são substituídas pela dramatização (desdobramento do eu, inversão de papéis, solilóquio, interpolação de resistência, realização simbólica, etc.).

O último grupo é constituído pela corrente psicanalista. Os psicanalistas procuraram trazer para o grupo os conceitos básicos da psicanálise individual, isto é, a interpretação, a associação livre, a transferência, a resistência, etc.. A interpretação, a transferência e a resistência, estão presentes praticamente, em todas as abordagens. A diferença está na forma pela qual tomam o grupo. Simplificadamente (32, p.75) poderíamos estabelecer três tipos de enfoque. Os primeiros psicanalistas (Wenderm Slavson, Schilder, Wolf, etc.) praticavam uma terapia analítica "em grupo". O indivíduo e não o grupo, é focalizado. A dinâmica de grupo, o processo de relação multi-pessoal não são considerados. A relação terapeuta-paciente é mais significativa do que a relação paciente-paciente.

Um segundo enfoque pode ser identificado pelo termo "psicoterapia analítica 'de' grupo" (Ezriel, Bion e, de um modo geral, os psicoterapeutas da Clínica Tavistock). Aqui o grupo é tomado como um todo e o indivíduo é visto em sua relação com ele. Bion é um dos terapeutas

que mais contribuiu para salientar a importância deste enfoque. Valoriza as tensões que se formam no grupo e as interpreta no seu próprio contexto. O grupo é uma entidade de dinâmica, objeto de interpretações. O material fornecido individualmente é tomado com o a expressão dos pensamentos e sentimentos coletivos e é interpretado para todo o grupo.

O terceiro enfoque, que Maré^(32, p.75) chama de psicoterapia analítica "por grupos", tem em Foulkes seu mais importante representante. Para esse terapeuta, o grupo não é, como conceituam Bion e Ezriel, uma totalidade que pode ser abordada como se fosse uma única pessoa. Foulkes faz uma associação entre grupo e o que ele chama de "matriz de grupo" (group matrix). A matriz de grupo pode ser definida como sendo a base onde se realizam todos os processos mentais do grupo. Pode ser comparada com a mente de cada um de nós, que é a base de todas as nossas operações mentais. As interpretações são focalizadas nessa matriz.

1.6 - A EXPANSÃO DO MOVIMENTO

Durante a Segunda Guerra Mundial e após ela, a psicoterapia de grupo expandiu-se consideravelmente. E foi nos Estados Unidos que este crescimento se tornou mais significativo. Quando de sua fundação, em 1943, a Associação Americana de Psicoterapia de Grupo, reunia apenas cerca de vinte membros; atualmente conta com mais de três mil e a ela estão filiadas cerca de trinta outras instituições congêneres, inclusive de outros países. Em 1946, foi publicada, por Slavison, a relação de livros e artigos até então escritos sobre psicoterapia de grupo; conta

vam-se cento e quarenta publicações. Lubin e Lubin⁽³⁰⁾ sumarizaram, somente durante o ano de 1972, um total de quinhentos artigos e livros sobre o assunto.

Durante a década de sessenta começaram a surgir novas técnicas de psicoterapia de grupo. Dentre elas, muitas com abordagens bastante diferentes das tradicionais. Não visam, as novas correntes, apenas o tratamento das anomalias do comportamento, mas também o que poderíamos chamar de "uma melhor e maior abertura para a vida". Estão enfocadas, por exemplo, no desenvolvimento da sensibilidade, da experiência e do relacionamento interpessoal; buscam a "expansão da mente" e o crescimento pessoal. Seus adeptos estão preocupados com "a quebra das convenções estereotipadas e das doenças sociais, inferindo, com frequência, que a sociedade é que está doente". (32, p.75)

Pode-se dizer que a origem desse movimento encontra-se nos trabalhos realizados por Kurt Lewin e sua equipe do Instituto de Tecnologia de Massachussetts. Lewin desenvolveu a idéia de que o treinamento das capacidades em relações humanas era um importante tipo de educação na sociedade moderna. A partir dela é que se desenvolveu um tipo específico de grupo que ficou conhecido como "T-Group" (grupo de treinamento). O primeiro foi realizado em 1947 e tinha caráter experimental. O emprego efetivo dos "training groups" se deu no campo industrial. Visava o treinamento das capacidades das relações humanas de administradores e diretores. Ensinavam-se aos indivíduos a observarem a natureza de suas interações recíprocas e do processo de grupo. Conseguindo isto seriam mais capazes de compreender a própria maneira de funcionar num grupo e no trabalho, bem como o efeito de suas ações sobre os outros. Assim tornar-se-iam mais competentes para lidar com situações interpessoais, mesmo as que apresentasem considerável nível de dificuldade.

À medida que os grupos T foram se desenvolvendo, seu campo de ação também foi se ampliando e se especializando. Tais grupos passaram a ser designados por diversos nomes, quase sempre ligados aos seus objetivos principais. Rogers^(44, p.16) cita alguns exemplos:

- grupo de encontro: pretende acentuar o crescimento pessoal e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relações interpessoais, através de um processo experiencial;
- grupo centrado na tarefa: utilizado basicamente nas empresas; centra-se na tarefa do grupo e no contexto interpessoal;
- grupo de criatividade: busca desenvolver a expressão criadora através de atividades artísticas;
- grupo "synamon" ou "game": destina-se ao tratamento de drogados; tende a utilizar um ataque quase violento às defesas dos participantes;
- grupo de percepção sensorial, grupo de percepção corporal, grupo de movimento corporal: todos são grupos que procuram acentuar a percepção física e a expressão, através do movimento, da dança espontânea e de outras formas semelhantes.

Se, mesmo antes do movimento de expansão e diversificação da psicoterapia de grupo dos últimos anos, já era difícil estabelecer os contornos das diversas correntes psicoterápicas, atualmente, com a grande variedade de escolas e procedimentos existentes, torna-se muito difícil, senão impossível, descobri-los e determiná-los.

1.7 - O ENFOQUE CONVENCIONAL E AS NOVAS ABORDAGENS

Um estudo comparativo entre as psicoterapias convencionais e as novas psicoterapias é tarefa difícil e de resultados duvidosos. Pretende-se, por isso, examiná-las simplificadamente, segundo suas estruturas, processos e conteúdos.

Antes de se realizar este exame, é conveniente que primeiramente se indique o que querem dizer tais termos.

A estrutura, sob o ponto de vista sociológico, diz respeito aos aspectos espaço-temporais de quando e onde e quem, do arcabouço de seleção, do tamanho, da proximidade, da frequência, etc. (32, p.17). Em termos de grupos terapêuticos, refere-se ao número e duração das sessões e da extensão do tratamento; ao número de participantes, a situação sócio-econômica dos membros, sua idade, nível intelectual, etc..

O processo é o componente dinâmico que é ativado dentro e entre estruturas. Pode ser entendido como a interação entre os elementos participantes e pelas relações que mantêm reciprocamente. No grupo, refere-se ao padrão de trocas; das comunicações que se estabelecem entre seus membros.

O conteúdo refere-se ao significado, a mensagem em si, a informação transmitida dentro da estrutura e do processo. Pode ser entendido, no grupo, como a soma de de atitudes, idéias, sentimentos, etc., que se manifestam.

Nesta avaliação examinam-se duas tendências: os os grupos de orientação psicanalítica que, supõe-se, são re

representantes significativos da psicoterapia de grupo convencional (*) com aqueles que têm como alicerces conceituais, por um lado, o pensamento lewiniano e por outro, a psicologia da gestalt, a psicoterapia centrada no cliente e a análise transacional, pois considera-se que são os representantes mais destacados do atual movimento de psicoterapia de grupo.

1.7.1 - Estrutura

- Número de pacientes

Com relação à estrutura verifica-se que os grupos de orientação analítica apresentam características mais ou menos homogêneas. Assim, no que diz respeito ao número de pacientes, Zimmermann (63, p.55), afirma que este varia entre um mínimo de dois e um máximo de dez pacientes. Kadis, Krasner e Winick (25, p.202), em pesquisa realizada nos Estados Unidos, verificaram que tal número varia entre três a vinte e cinco. Foulkes (17, p.320) indica sete como o número ideal. Segundo Grinberg e outros (21, p.63) "existe uma coincidência geral em assinalar a cifra de cinco a oito membros como a mais apropriada para a constituição do grupo". Nota-se que as divergências são pequenas. Todos os autores estão de acordo que o número de pacientes deve ser reduzido. Grinberg e outros (27) justificam isto afirmando que os grupos com número elevado de participantes dificultam e até impedem, por

(*) O termo "grupos convencionais" como será empregado, exclui os chamados "analistas da dinâmica de grupo", que tentam uma mistura criteriosa da psicanálise, da gestalt, da dinâmica de grupo, da teoria da comunicação, etc.. O grupo de Tavistock é o mais representativo desta corrente.

falta de tempo, a apresentação dos problemas individuais, e que os grupos muito pequenos tornam-se pouco estimulantes para os participantes. Nos grupos demasiadamente grandes não existe o "sprit de corp" o que é demonstrado pela falta costumeira de seus participantes. Nos grupos demasiadamente pequenos (três a quatro) seus membros sentem-se sob uma excessiva responsabilidade. Podem acreditar que de sua participação e boa vontade depende a sobrevivência e desenvolvimento do grupo e isto, afirmam, lhes tira a liberdade e dificulta o tratamento.

Com relação aos grupos representantes dos movimentos de expansão da psicoterapia de grupo, (*) Berne, (6; 7) indica como sendo de oito a dez, o número médio ideal de participantes. Kertész (29), acha conveniente a média de nove pacientes. Kadis e outros (25), constataram que este número oscila entre dois e cem, predominando oito como número médio. Os extremos dessa escala correspondem a grupos como os de George Bach, Elizabeth Mintz e William Schutz que reúnem até sessenta ou mais membros (grandes grupos de encontro). W. Schutz (46, p.136) descreve seus "grupos de encontro aberto" (**) como tendo de quarenta a sessenta pessoas divididas em quatro ou cinco grupos de dez a doze pessoas.

Os grupos não-analíticos, com relação ao número de participantes, apresentam uma oscilação que vai de dois a cem (25) e mais usualmente, de oito a sessenta. Para estes terapeutas existem atividades de pequenos grupos e

(*) Para facilidade de exposição, os grupos que representam o movimento de expansão da psicoterapia de grupo serão designados pelo nome de não-analíticos.

(**) O termo "aberto" refere-se ao fato de que em tais grupos, técnicas provenientes de diversas orientações teóricas podem ser empregadas. Não deve ser confundido com a expressão "grupo aberto" que se refere a entrada, em qualquer tempo da vida de um grupo, de novos membros. Ao "grupo aberto" opõe-se o "grupo fechado", no qual não é permitida a entrada de novos pacientes.

de grandes grupos. Aqueles que realizam terapias com pequenos grupos (Berne, Perls, J. Fagan, Kertézs, Polster e Polster, etc.) apresentam como justificativa, basicamente, os mesmos motivos que os terapeutas analistas. Não há portanto, sob esse aspecto, nenhuma diferença significativa entre as duas correntes. Os grupos grandes, que reúnem até sessenta ou mais participantes (large-group encounter) (40, p.301) têm objetivos mais limitados e se destinam a pessoas consideradas normais (psicoterapia para normais). Alguns terapeutas de pequenos grupos (Kertézs, del Casale, Kerman e outros) periodicamente reúnem seus diversos pequenos grupos terapêuticos num grande grupo. O objetivo é melhorar o relacionamento interpessoal, alcançar mais rapidamente a espontaneidade e a intimidade. Os grandes grupos, neste caso, funcionam como recurso terapêutico auxiliar.

- Frequência e Duração das Sessões

Com relação à frequência e duração das sessões, os grupos analíticos realizam, regra geral, uma a duas sessões por semana, com a duração variando entre quarenta e cinco e noventa minutos. É muito rara a realização de três ou quatro sessões semanais. Kadis e outros (25), constataram que o tempo médio para as sessões era de noventa minutos. Foulkes (20) acha que devem ser realizadas semanalmente e com a duração de hora e meia. Grinberg e outros (27), recomendam sessões semanais com a duração de setenta e cinco minutos.

A duração das sessões e sua frequência, nos grupos não-analíticos é bastante variada. A mais aceita é a semanal com noventa minutos (25), mas a distribui-

ção se estende desde sessenta minutos até vários dias. Berne^(6; 7; 8), realiza sessões de hora e meia; Kertézs, de cem minutos, uma vez por semana. Nos laboratórios de encontro aberto de Esalen, os grupos podem se reunir até durante sete dias. W. Schutz^(46, p.135), assim descreve estes laboratórios: "Os laboratórios de encontro aberto que se oferecem em Esalen começam regularmente às nove horas da noite de um sábado e continuam nos dias sucessivos desde às dez horas da manhã até ao meio-dia e desde às nove da noite até por volta da meia-noite. As tardes ficam livres até às quatro horas, quando há uma sessão geral para todos os grupos". Existem laboratórios que chegam a durar até quatro meses. Normalmente, os participantes residem no próprio local do encontro. As maratonas têm, em geral, sua duração bastante dilatada. Martin Shepard⁽⁴⁹⁾ descreve uma de dezesseis horas ininterruptas.

O tempo destinado a cada sessão terapêutica e a frequência das sessões nos grupos analíticos não apresentam desacordos consideráveis. Para os não-analistas no entanto, tanto a duração de cada sessão como a sua frequência, são bastante variadas. Nem os analistas, nem os não-analistas, no entanto, apresentam justificativas convincentes para uma ou outra alternativa, a não ser suas próprias experiências pessoais. Cada terapeuta de uma ou outra corrente acredita que a duração e a frequência de suas sessões são as mais indicadas e as que melhores resultados propiciam, e a "prova" disto são os seus próprios resultados. Mas não existem pesquisas que autentiquem tais afirmações.

- Duração do Tratamento

Com relação à duração do tratamento, os grupos analíticos parecem ser mais longos do que os não-

analíticos, embora os dados que se possui não permitam uma afirmação categórica.

Zimmermann (63, p.238), por exemplo, faz referência a uma experiência que realizou num hospital psiquiátrico com seis grupos. "Dois grupos foram atendidos, durante oito anos; posteriormente, os remanescentes destes dois grupos foram reunidos em um só, que prosseguiu o tratamento durante mais cinco anos". Quatro outros grupos foram tratados em sua clínica privada, sendo que dois se estenderam por mais de dois anos; os outros dois, por nove e cinco anos. Relatando os resultados de sua experiência como psicoterapeuta de grupo, indica que o término de tratamento em condições satisfatórias se dá após cerca de cinco anos. Foulkes, por sua vez, indica grupos que foram tratados por um prazo médio de sessenta e uma semanas (17, p.340). Grinberg e outros (21, p.66) afirmam que um ou dois anos é o tempo médio de tratamento em seus grupos.

A duração de tratamento nos grupos não-analíticos apresenta limites extensos e de difícil determinação. Duram algumas horas ou vários meses. Os grupos de Berne, Kertézs, Perls, Polster, Polster, etc., têm uma duração que oscila entre doze a vinte e quatro meses. Os chamados grupos de tratamento intensivo reduzem muito a duração do tratamento. Keeler⁽⁵⁰⁾ realizou entre quatro e dezesseis sessões, num período de um mês. Cook, tratou 1.500 pacientes hospitalizados que permaneceram 27 dias no hospital, reunindo-se três vezes por semana. Rogers⁽⁵³⁾ diz que existem grupos que se reúnem durante três ou quatro semanas, seis a oito horas por dia; outros, dois dias e meio, reunindo-se vinte horas durante este tempo. As maratonas de fim de semana começam sábado à tarde e terminam domingo pela manhã com poucas horas para dormir e comer.

A duração do tratamento está diretamente ligada aos objetivos terapêuticos de cada corrente. Este assunto será mais detidamente tratado quando se comparar os objetivos dos dois enfoques.

- Seleção e Agrupamento

De modo geral os psicoterapeutas psicanalistas dão grande importância ao processo de seleção e agrupamento de seus pacientes e acreditam que o resultado da terapia vai depender do melhor ou pior critério que usarem. Alguns autores propõem uma seleção e agrupamento muito meticolosos, outros são mais flexíveis, mas todos concordam sobre a importância de que sejam realizados, mesmo reconhecendo a inexistência, até o presente, de conhecimentos suficientes a respeito. Zimmermann⁽⁶³⁾ afirma que se faz necessário, em primeiro lugar, investigar as características dos pacientes para verificar se o tratamento de grupo é o mais indicado (seleção). A seguir devem ser examinadas as características de cada paciente e do terapeuta visando a formação de um grupo equilibrado, do ponto de vista terapêutico (agrupamento). Este mesmo autor afirma^(63, p.71) "a maioria dos autores que se têm dedicado ao estudo da seleção e agrupamento de pacientes é unânime em encarar sua importância, atribuindo certos fracassos terapêuticos e mesmo a dissolução de um grupo inteiro, a uma seleção inadequada ou a um agrupamento defeituoso".

Com relação à seleção, a grande maioria dos psicoterapeutas de orientação analítica concorda que ela é importante. Grinberg e outros^(21, p.53) acreditam que é necessário que se faça a indicação e contra-indicação para tal tipo de terapia. Acreditam, por exemplo, que certas perturbações neuróticas vinculadas a fortes inibi

ções ou dificuldades de ordem social, são mais indicadas para a terapia de grupo. Por outro lado, são contra-indicados, por exemplo, sujeitos em estados de grave depressão e os que apresentam tendências suicidas. Para Slavson a seleção de pacientes deve ser feita segundo quatro critérios: (1) o paciente deve ter experimentado um mínimo de satisfação em suas relações primárias em alguma época durante sua infância; (2) ter sido submetido a um grau ínfimo de perturbação sexual; (3) ser dotado de suficiência básica de ego; (4) possuir um mínimo desenvolvimento de superego". Considera várias contra-indicações para o tratamento: pessoas que mostrem inadequações em suas relações primárias e também as que apresentam perturbações sexuais sérias, caráter infantil regressivo e extremo narcisismo. Freedman e Sweed⁽²⁵⁾ indicam três categorias nosológicas para inclusão em tratamento de grupo: (1) pacientes para os quais inflexíveis papéis sociais servem como defesa contra a ansiedade; (2) aqueles que não podem aprovar qualquer forma de dependência; (3) os que têm probabilidade de evocar reações negativas de contra transferência devido a suas exigências belicosas e táticas excepcionalmente coercitivas. Esses autores indicam a psicoterapia de grupo para muitos pacientes considerados "mais doentes" e reservam a terapia individual para os psiconeuróticos.

Há divergências entre tais autores com relação ao agrupamento. Existem os que acreditam na importância de homogeneizar seus grupos. Esta homogeneidade pode se dar segundo vários critérios (sexo, idade, sintomas, síndromes, problemas, diagnóstico clínico, etc.). Outros destacam a importância da heterogeneidade dos grupos. Foulkes sugere grupos com personalidades contrastantes. Kadis e outros^(25, p.74) acreditam que, "em geral é terapêuticamente desejável combinar pacientes com larga escala de níveis educacionais e ocupacionais, assim como variados graus de sofisticação". Acrescentam, no entanto, que é importante que exista certo nível de inteligência para

que os membros se comuniquem entre si adequadamente e possam seguir os processos de pensamento recíprocos. Que com relação à idade, "a experiência sugere que uma diferença de vinte anos é admissível quando todos os membros do grupo têm mais de vinte anos". Recomendam que adultos jovens, sem experiência sexual, não devem ser incluídos em grupos cuja experiência neste campo seja ampla. Pacientes que possam "despertar consideráveis reações de medo, culpa, piedade e hostilidade", devem ser, para aqueles autores, colocados em grupos homogêneos.

Alguns autores afirmam que os grupos homogêneos apresentam vantagens sobre os heterogêneos. A coesão é mais rapidamente atingida, há maior apoio recíproco e os sintomas são aliviados mais rapidamente. Mas também existem desvantagens. O grupo se mantém em nível superficial e as alterações de estrutura de caráter não são alcançadas com eficiência.

Observa-se que embora a maioria dos autores considere importante a seleção e o agrupamento, não há concordância entre eles. Enquanto, por exemplo, alguns chamam a atenção para a inconveniência da inclusão de alcoólatras, psicóticos, etc., em grupos heterogêneos, outros relatam sucessos alcançados com tais agrupamentos. A validade de uma ou outra não parece ser digna de confiança, uma vez que se baseiam, quase sempre, na observação pessoal de cada autor, sem a complementação de estudos e pesquisas com suficiente controle.

Os autores não-analíticos, embora também constituam grupos homogêneos e heterogêneos, não dão, de um modo geral, tanta importância ao processo seletivo quanto os psicanalistas. Existem grupos homogêneos (os grupos *synanon* para drogados, por exemplo) e também grupos amplamente heterogêneos (as maratonas reúnem adultos que variam amplamente com relação à idade, ao nível sócio-econômico, à

problemática, etc.). Para Berne, (6, p.5) "a seleção de pacientes não é conveniente". Diz que na realidade ela pode ser deletéria para o progresso do tratamento. Acrescenta que o mais conveniente é receber os pacientes ao acaso ou na ordem em que se apresentam ou segundo algum outro critério que aumente a heterogeneidade do grupo. Schultz (46, p.257) não nega a importância da seleção de pacientes, pois desta maneira poder-se-ia saber quais os que seriam mais favorecidos e excluiria aqueles que não ganhariam nada com tal tipo de terapia, mas, acrescenta, "tenho uma idéia muito vaga de como fazer isto". Diz que elaborou vários testes destinados a selecionar candidatos para grupos T (durante cerca de vinte anos), mas que desta longa experiência extraiu "a clara impressão de que todos os esforços realizados para selecionar os integrantes de futuros grupos, quer seja mediante testes psicológico, entrevista pessoal ou pelos antecedentes individuais, são inexpressivos". W.B. Reddy (53, p.53) estabelece critérios para a aceitação de participantes nos grupos de encontro. Diz que os pacientes considerados pobres para outras formas de psicoterapia também o são para os grupos de encontro. Nesta relação inclui os paranóicos, os portadores de graves danos cerebrais, os hipocondríacos, etc. Acha mais conveniente que alcoólatras, sujeitos com tendências ao suicídio, psicóticos, psicopatas, etc., sejam incluídos em grupos de encontro especiais. Slater (1966), Kuehn e Crinella (1969) e Stone e Tieger (1970) também apresentam conclusões semelhantes às de Reddy. Schachter (1951) mostrou que nos grupos onde é incluído um indivíduo com características muito contrastantes, as comunicações inicialmente são muito elevadas, mas logo se deterioram e o sujeito é rejeitado pelo grupo. E o mais interessante neste estudo foi que o nível de rejeição mostrou-se proporcional ao grau em que os contrastes apresentados pelo sujeito eram relevantes para os propósitos do grupo. Asch (1958), Scheriff (1958) e Yalom (1970) apresentam estudos semelhantes. Yalom acredita que esse tipo de paciente pode ser identificado em entrevistas prévias. (53)

Nota-se que também entre os não-analistas, não existe coerência com relação ao problema de seleção e agrupamento. Schutz, por exemplo, citado anteriormente como autor de vários testes de compatibilidade (dentre eles a FIRO-B), afirma que não acha possível, face aos instrumentos que se possui, uma satisfatória seleção dos integrantes de futuros grupos. Reddy^(53, p.63), usando o mesmo instrumento de medida - o FIRO-B - encontrou resultados que julgou satisfazerem às necessidades de seleção.

Portanto, parece que, no ponto em que se encontram tais pesquisas, não se pode saber se a seleção e o agrupamento constituem realmente fator importante no processo terapêutico, e, se o são, qual a melhor forma de realizá-los.

1.7.2 - Processo

Com relação ao processo, o padrão interativo tem sido radicalmente alterado. Enquanto que nos grupos convencionais predomina a comunicação verbal, nos não-analíticos, estimula-se a comunicação não-verbal.

Nos grupos de orientação analítica, a comunicação não-verbal não é considerada como instrumento importante do processo terapêutico. Não é estimulada. Pelo contrário, o terapeuta busca a criação de um clima que facilite a verbalização. O silêncio é quase sempre interpretado como resistência e conseqüentemente sua eliminação representa progresso terapêutico.

O terapeuta esforça-se para criar um ambiente que facilite a indagação e a interação verbais. Através da interação que se processa entre os membros do

grupo, o indivíduo vê a possibilidade de examinar suas pautas de conduta, seus sentimentos e suas idéias, e isto lhe permite compreender seu dinamismo passado e atual. O paciente fala, aos demais membros do grupo e ao terapeuta, sobre seus sonhos, suas fantasias, e sua maneira de perceber a si mesmo. Faz-se perguntas e se dá respostas. Busca-se encontrar as motivações que se encontram por trás das palavras.

Pode-se afirmar que a verbalização se constitui em praticamente o único meio de comunicação e integração do grupo. Os terapeutas psicanalistas consideram que todas as expressões não verbais são manifestações de "acting out" que indica a energia do recalcado. O "acting out" está em conexão com a transferência e frequentemente pode ser entendido como uma tentativa de desconhecê-la completamente. É uma resistência contra o "insight" analítico.

Nos grupos não-analíticos a atividade não verbal é considerada muito significativa. Preferê-se constantemente que os pacientes ajam ao invés de falar sobre a ação. Afirma W. Schutz (46, p.177): "Sempre que uma atividade pode traduzir-se em ação, isto é preferível a falar sobre ela. Isto se opõe ao conceito psicanalítico de 'acting out' que implica postergar a ação em favor da referência verbal a ela".

Schutz e Seasshore (Promoting Growth With Non-Verbal Exercises) (53, p.188), dizem que os métodos não verbais são frequentemente mais bem sucedidos do que os verbais para mudar velhos padrões de pensamentos e sentimentos. Acreditam que os exercícios não verbais comunicam frequentemente algo mais fundamental com respeito à pessoa do que a verbalização, e são extraordinariamente úteis para penetrar níveis mais significativos. Schutz (46, p.185) acredita que "as palavras são tão frequentemente utiliza

das para bloquear os sentimentos, que a miúdo estes ir rompem quando aquelas cessam".

Rogers (44, p.70) refere-se ao contato físico como algo apropriado e que utiliza quando julga ser conveniente para o cliente. Diz: "Quando uma jovem chorou por que sonhara que ninguém do grupo gostava dela, abracei-a, beijei-a e consolei-a. Quando uma pessoa sofre e sinto desejo de me aproximar e pôr-lhe meu braço à volta, faço isso mesmo". Laura Perls (16, p.130) falando sobre o contato físico, assim se expressa: "Parece haver grande divergência de opiniões e muita ansiedade em torno da admissão do contato físico na terapia. Se queremos ajudar a nossos pacientes a realizarem-se mais cabalmente como verdadeiros seres humanos, devemos afrontar com valentia os perigos implícitos em sermos humanos".

Os métodos corporais são cada vez mais empregados dentro do enfoque das terapias não-analíticas. Acreditam tais terapeutas que "o corpo é a fonte da verdade, o lugar onde se vai encontrar a própria identidade e onde está registrada toda a história vital do indivíduo". As mudanças psicológicas permanentes exigem que sejam realizadas modificações no corpo. Afirma Schutz (46, p.170): "Nele (no corpo) estão assentadas todas as experiências, e disponíveis para serem recordadas - no sistema nervoso, nos músculos, na maneira de parar e andar, na expressão facial, nas tensões crônicas, nas limitações impostas pela respiração, nas anormalidades da circulação sanguínea, na digestão ou na excreção, nas pautas que regem as enfermidades e no agravamento dos sintomas".

Nos grupos de encontro o corpo cumpre uma função importante. Acredita-se que há relação direta entre o psiquismo e o corpo. A tensão, por exemplo, é causada por um conflito entre o desejo de se fazer alguma coisa e os

impedimentos reais ou imaginários que estão presentes. A través da ação direta sobre o corpo, esses bloqueios são eliminados ou compreendidos, e a tensão desaparece.

O número de técnicas não verbais é muito grande e estão em constante crescimento. Schutz (46, p.145) descreve cerca de 40. Sugere exercícios para "descarregar velhas tensões (Caminhar às Cegas, Olhar, Contato Facial), para conseguir a integração de um indivíduo no grupo (Penetrar o Cerco), para desenvolver a confiança nos outros (Deixar-se Cair para Trás), etc..

Snorton e Ellenhorn (52) realizaram uma pesquisa com oitenta e sete sujeitos de ambos os sexos, empregando 12 técnicas não verbais. Constataram que certos tipos de personalidade (segundo o Myers-Briggs Type Indicator) apresentavam maior facilidade para praticar e colher resultados favoráveis do contato físico (o extrovertido, o intuitivo de sentimentos e o tipo perceptivo), mas outros (o introvertido, o sensitivo, o pensador e o julgador) sentiam dificuldades para realizar tais exercícios e não eram beneficiados por eles. Concluíram aqueles autores, que se faz necessário saber até onde tais exercícios facilitam a abertura e também qual o impacto dos encontros não verbais sobre estados afetivos mais permanentes.

Embora as técnicas não verbais estejam tendo grande divulgação nos últimos anos, e apesar dos méritos que se lhes atribui, ainda não existem suficientes pesquisas que realmente as possam validar como instrumento positivo do processo terapêutico. É possível que através delas se consiga melhorar o relacionamento grupal, diminuir a ansiedade e motivar os sujeitos para a cura, mas estas são apenas hipóteses à espera de comprovação científica efetiva.

1.7.3 - Conteúdo

O conteúdo (que também poderia ser chamado de "informação") diz respeito aos padrões de significado que surgem da filosofia e do enfoque terapêutico empregado.

Na teoria psicanalítica considera-se doente psiquicamente o indivíduo que é incapaz de perceber e tomar decisões de forma realística. O seu ego não é capaz de exercer eficientemente as funções de percepção, integração e execução. Traumas provenientes da primeira infância tornam o indivíduo deficiente em sua capacidade perceptiva, cognitiva e emocional. Eles geram conflitos conscientes que se manifestam na conduta, relações e atitudes atuais do paciente.

Afirma Tatachow e Stein (62, p.620): "A essência da perspectiva psicanalítica é que os sintomas das enfermidades mentais surgem da ação dos conflitos inconscientes originados durante os primeiros períodos de desenvolvimento do indivíduo. Outros dois conceitos que são importantes na psicoterapia derivam-se desta idéia básica. O primeiro refere-se à repressão: os conflitos da infância se tornam inconscientes como resultado da repressão; para que se tornem conscientes, os efeitos da repressão devem ser superados no tratamento; e o modo pelo qual os efeitos dessa repressão se manifestam no tratamento chama-se resistência. O segundo conceito diz respeito à transferência. A transferência pode ser brevemente definida como 'a adesão inconsciente a outros, no presente, de sentimentos e atitudes que estiveram originariamente associados com importantes figuras do passado' (Glossário de Psiquiatria, 1964)".

O objetivo da terapia analítica é melhorar a percepção e a adaptação do indivíduo à realidade; é torná-lo maduro emocionalmente; é fazer com que ele supere as perturbações evolutivas da personalidade. (41, p.45)

O terapeuta busca tornar consciente o inconsciente, remover a amnésia e restabelecer as memórias repressadas. A resistência é a pedra-base da teoria psicanalítica e foi a partir dela que Freud chegou ao conceito de repressão. O psicanalista através da interpretação busca superar tais resistências (20, p.13). A análise da transferência e da resistência são os elementos centrais do processo terapêutico.

No tratamento psicanalítico, o terapeuta considera as defesas estruturadas pelo paciente contra as mudanças que se impõem, mas que ameaçam as bases de sua fantasia de segurança. Seu objetivo é fazer com que o paciente, pela maior integração de seu ego, diminua a força do id e do superego e assim se permita aceitar a insegurança realística que é intrínseca ao ser humano. (16, p.135)

Na psicoterapia de grupo psicanaliticamente orientado, os mesmos propósitos são buscados embora a situação de grupo introduza novos fatores e modifique outros. Mas as técnicas são semelhantes às usadas na terapia individual. O terapeuta procura levar a comunicação verbal ao ponto mais extremo possível; a censura de sentimentos pessoais e interpessoais é mínima. O terapeuta não dirige o grupo. Ele não sugere temas, nem orienta a discussão. Sua atitude é de cultivar e manter a atmosfera do grupo e a participação ativa de seus membros. Frequentemente se permite tornar uma figura de transferência no sentido psicanalítico do termo e aceita os papéis mutáveis que o grupo lhe atribui; há a ênfase psicanalítica no inconsciente reprimido.

Na verbalização dos pacientes, o analista encontra as motivações traumáticas do passado que podem explicar a gênese dos conflitos atuais. Interpretando o "aqui e agora", chega ao "lá e então", origem da problemática atual. Através da situação transferencial, o passado é reconstruído à medida que se manifesta como vivência no presente.

Com relação ao conteúdo, diferenças e semelhanças podem ser encontradas entre os grupos analíticos e não analíticos.

Muitos grupos não analíticos, como os analíticos, estimulam, a livre verbalização (Rogers), interpretam comportamentos e ações associando-as a causas pretéritas (Berne), destacam a importância da resistência, embora segundo um enfoque diferente do analítico (Perls). Mas também estão presentes diferenças significativas. Em alguns desses grupos as discussões livres das terapias convencionais são substituídas por temas e "exercícios" específicos; enfocam o "aqui e agora" da situação terapêutica sem relacioná-lo com o "lá e então"; negam a importância da transferência e consideram sua interpretação como um entrave ao "encontro" terapêutico.

Eric Berne, (6; 7; 8) criador da análise transacional, dirigia a atenção de seus pacientes para certos padrões de relacionamento, particularmente para os que ele chamou de transações. Segundo sua teoria, nossa personalidade é constituída por três estados do eu: o estado do eu Pai, que se assemelha às figuras parentais; o estado do eu Adulto, que está dirigido para a apreciação objetiva da realidade; o estado do eu Criança, que é um estado do eu arcaico; é a sede da intuição, da criatividade e do prazer. Num dado momento, cada indivíduo exibe um desses três estados e pode passar para outro, em função das exigências situacionais, com maior ou menor facilidade. Du

rante a sessão terapêutica, os pacientes são estimulados a atuarem com cada um dos seus eus e são analisados pelo terapeuta (análise das transações).

Frederick S. Persl criou em seus grupos situações deliberadas de "jogos" e estabeleceu "regras" que se opõem frontalmente a verbalização livre das terapias analíticas.

Com relação às regras, o "princípio do agora" é um dos mais vigorosos para os terapeutas gestaltistas. Em seus grupos, procuram fomentar a consciência do "agora", sugerindo aos pacientes que comuniquem-se no tempo presente: "De que você tem consciência neste momento"? "O que está acontecendo agora"? "O que você está sentindo neste momento"? "Qual é o seu 'agora'?"

Outra regra fundamental para os gestaltistas é a utilização da linguagem pessoal em substituição a impessoal. Esta regra que é também um jogo semântico, visa desenvolver a responsabilidade e a participação. Ao invés de dizer "um tremor na mão", o paciente é convidado a substituir tal frase por outra: "Eu estou com minha mão trêmula". Afirmam os gestaltistas que o fato de se converter a linguagem impessoal em linguagem pessoal, leva o paciente a identificar melhor a conduta em questão e a assumir responsabilidade por ela.

O emprego do denominado "contínuo de consciência" é também uma das técnicas fundamentais para os gestaltistas. O terapeuta, através de perguntas leva o paciente a se preocupar com o "que" e o "como" da conduta, desprezando o "porque", característico da interpretação psicanalítica. Eis um exemplo:

T: De que você está consciente neste momento?

P: Estou consciente de que estou falando; vejo os membros do grupo; ouço o barulho do ar condicionado. Estou consciente de que minha voz está trêmula. Sinto contrações no estômago e que à medida que falo, aumenta minha ansiedade.

T: Como você experimenta esta ansiedade?

P: O sangue lateja em minha cabeça; minhas mãos estão trêmulas; sinto vacilar a minha voz...

Segundo os gestaltistas, o contínuo de consciência, visa sobretudo levar o paciente ao conhecimento de seus próprios sentimentos e a afastá-lo das verbalizações, explicações e interpretações. A "descoberta" dos sentimentos corporais, das sensações e percepções é o caminho mais seguro para se chegar ao auto-conhecimento.

Os jogos utilizados na psicoterapia gestaltista têm objetivos específicos. Existem, por exemplo, os que são jogados no início das sessões para aquecer o grupo; os que se destinam a alcançar um funcionamento integrado do indivíduo (Jogos de Diálogo); os que visam investigar os sentimentos de culpa e vergonha (Tenho um Segredo); e os que procuram localizar as falsas percepções (Jogo das Projeções).

Também os analistas transacionais utilizam o conceito de "jogo". Mas deve-se ressaltar que os jogos transacionais são diferentes dos jogos gestaltistas. Berne (8, p.52) os define como "uma série de transações ultérieures, que progridem para um resultado previsto e bem definido". Têm uma motivação oculta e levam aquele ou aqueles que se envolvem no jogo, ao engano. Berne cita

um exemplo, onde procura diferenciar o jogo do não jogo. "Se alguém pede francamente para ser tranquilizado, e o é, isto é uma operação. Se alguém pede para ser tranquilizado e depois de sê-lo, converte a tranquilidade em alguma forma de desvantagem para aquele que o ajudou, isto é um jogo. "Aparentemente os jogos são uma série de operações, mas ao seu término, verifica-se que essas "operações" eram na realidade manobras. A finalidade do jogo transacional é manter baixa a ansiedade e impedir que atinja níveis perigosos. Através dele, os jogadores podem satisfazer suas desordens mentais e seus desejos. Outros benefícios do jogo, estes externos, são que ele evita que o sujeito faça confrontações, assuma responsabilidades e compromissos. Uma das fases da psicoterapia de grupo transacional chama-se "análise dos jogos".

A maioria dos terapeutas não analistas não aceita ou pouco valoriza a interpretação. Rogers (61, p.62) diz que prefere ser uma pessoa ingênua e aceitar o que o paciente lhe diz sem se preocupar com a autenticidade ou não da mensagem. Acrescenta: "Não aceito bem, como facilitador, pessoa que, frequentemente, faz interpretações dos motivos ou causas dos comportamentos dos membros do grupo. Se são inexatas, não ajudam nada; se são profundamente exatas, podem despertar uma defesa extrema ou, ainda pior, despir as pessoas de suas defesas, deixando-a vulnerável e, possivelmente, ferida como pessoa, especialmente depois das sessões de grupo terminarem. Afirmações como: 'Tem de fato uma grande hostilidade latente', ou 'Penso que está a compensar-se de sua falta essencial de masculinidade', podem perturbar o indivíduo durante meses, causando-lhe grande falta de confiança na sua capacidade de se compreender a si próprio". Schutz (46, p.177) diz que: "No encontro aberto o uso do 'insight' e da interpretação tem cada vez menos importância, porque pode recorrer-se a eles com o objetivo de evitar sentimentos

corporais, retornando ao pensamento". Para ele, a interpretação, mesmo quando está certa, não ajuda a pessoa para a qual se destina. Cita um exemplo: "podia dizer a um indivíduo 'O motivo de você ter perdido o interesse pela mulher que de noite lhe pareceu tão atrativa é que você identificou-a com sua mãe, e você não pode misturar amor e sexo. Em suas obras completas, Freud sustenta que este problema ocupa o segundo lugar pela frequência com que se manifesta'. O sujeito em questão, preocupado pelos detalhes de sua interação com a mulher na noite anterior, mostrar-se-á muito agradecido por minhas palavras; porém logo ficará muito evidente a necessidade de que a travesse vários níveis antes de que meu comentário possa ter para ele alguma relevância. Outra coisa que observei, nessas interpretações é que raramente são recordadas. Eram pouco menos que conferências que as pessoas não podiam recordar a menos que levassem com elas seu caderno de notas. Por outro lado, se se pedia a alguém que relatasse o que sucedeu na reunião anterior, comprovava que guardava em sua memória todas as coisas nas quais havia participado, especialmente suas interações físicas. Isto vinha corroborar que as experiências mais duradouras eram aquelas nas quais o corpo havia se visto mais envolvido". Erving e Miriam Polster^(40, p.46) julgam que a interpretação não só é dispensável, como também se constitui num entrave para o crescimento do indivíduo. Esses autores vêm-na como um jogo especial que tem como objetivo confirmar a perícia psicológica do terapeuta. Perls descrevia o comportamento de seus pacientes, mostrava o descompasso existente entre o conteúdo "intencional" das palavras e o seu volume, timbre, etc. Estimulava-os a dar atenção a esses fatos e pedia para que descrevessem o que estavam fazendo, vendo ou sentindo. Não fazia interpretações. Apenas atraía a atenção dos sujeitos para esses fenômenos e deixava que eles mesmos os compreendessem. John B. Enright^(16, p. 112) (Introdução às Técnicas Gestaltísticas), mostra as vantagens das intervenções terapêuticas e suas diferenças da "inter

pretação": "As intervenções terapêuticas mencionadas têm várias características importantes, destinadas a ajudar à integração da atenção e a consciência do paciente: (a) A intervenção se apoia numa conduta real atual; está implícito certo interesse atual do organismo, ainda quando nem o paciente nem o terapeuta tenham idéia alguma sobre ele no momento da intervenção deste último; por outro lado, dito interesse pode resultar em algo totalmente desvinculado do material verbal que se expressa simultaneamente com ele; (b) no caso habitual - e ideal -, a intervenção não implica uma interpretação. Pergunto ao paciente o que está passando ou o que está fazendo; de sua resposta depende o rumo que seguiremos a partir dali. Se estabelece alguma conexão com o material verbal ou alcança compreensão sobre o que faz, fã-lo por si mesmo e em sua própria linguagem. Se nega toda a conexão ou não experimenta nada em sua conduta, isto é com ele; de um modo geral, deixo que o assunto passe: minha intervenção não foi oportuna ou o paciente não estava preparado ainda. Se pressiono para obter uma resposta ou formulo minha interpretação, tudo o que conseguirei é que mobilize mais defesas contra mim. Se a conduta é importante, voltará a se repetir; (c) uma terceira característica deste tipo de intervenção é que tende de imediato a ampliar e intensificar o sentido de responsabilidade do paciente por sua própria conduta".

Um breve exemplo é oportuno:

- Uma cliente, em sessão de grupo, fala sobre sua vida conjugal. Diz que o marido e ela vivem como se estivessem em eterna lua de mel. Ele lhe dá carinho e segurança. Não se pode quixar. O terapeuta observa que enquanto fala, ela acaricia seu dedo anular da mão esquerda, por sobre a aliança:

T: O que você está fazendo com sua mão direita?

C: ... Estou acariciando a mão esquerda ... Es
tou brincando com a minha aliança.

T: Brincando com sua aliança?

C: (Após um breve silêncio) Estou me acariciando
do... Preciso de carinho ... na verdade meu
marido não me dá todo o carinho que eu neces
sito.

Esta intervenção do terapeuta permitiu que a cli
ente se tornasse mais consciente de suas carências afeti
vas e quais os sentimentos que isto lhe provoca.

Como a maioria das terapias de grupo não analís
tas atua com enfoque no "aqui e agora" da situação tera
pêutica sem relacioná-lo com o passado, o conceito de
transferência, tão importante para o psicanalista, perde
sua importância, pois que, como se sabe, a transferência
é um aspecto da memória. Afirmam M. Kanzer e H.P.
Blum (62, p.152) (Psicanálise Clássica desde 1939) que a me
mória não é usada com o objetivo de ajudar a adaptação do
indivíduo às necessidades presentes, mas o presente é aco
modado ao passado e aparece como uma repetição deste.

Os terapeutas não analistas (Rogers, Perls, Pol
ter, Enright, etc.) não negam o conceito de transferência;
não negam que o presente é resultante, em grande parte, do
passado, mas levam em consideração dois fatos: o primei
ro é que quando o passado interfere significativamente no
comportamento presente, deve ser considerado como presen
te; o segundo é que na transferência sempre existe algo no
vo, diferente da situação primitiva; o organismo talvez
seja rígido, mas o ambiente sempre é um pouco diferente.
Uma relação terapêutica com enfoque no aqui e agora pode

rã estar determinada em 99% pela transferência, mas sempre haverá uma margem de 1% que não se ajustará ao passado experimentado. O terapeuta procura então ampliar esse 1% e levar o cliente a tomar consciência dessas discrepâncias que existem entre suas expectativas transferenciais e a pessoa ou pessoas reais que têm diante de si. Pode-se conseguir isto de forma muito direta pedindo ao paciente que descreva o terapeuta ou a pessoa sobre a qual recai a transferência. Isto, afirma John B. Enright (69, p.128) "o ajudará a ver e experimentar, de modo vivido e concreto e em todos os seus detalhes, as dissimilaridades entre as fantasias transferenciais e a realidade".

Polster e Polster (40, p.6) afirmam que a interpretação da transferência desvia os resultados acumulados da experiência de vida do indivíduo, explicando a força dos sentimentos e ações presentes pelo "era uma vez" ao invés do "agora mesmo".

1.8 - A COMPARAÇÃO DOS OBJETIVOS

Existem autores que consideram que a psicoterapia de grupo não provê de maneira completamente adequada a liquidação das defesas e ansiedades mais profundas dos pacientes. O grupo não pode proporcionar a mesma segurança da sessão individual; não pode permitir uma investigação aprofundada para alcançar o foco central da problemática do indivíduo.

Com relação à psicoterapia de grupo analiticamente orientada, existem alguns autores que, de um modo geral, concordam com essas limitações, mas a maioria acredita que é uma forma de tratamento que, embora diferente da

psicoterapia individual, pode alcançar os mesmos objetivos que aquela.

Schilder, acreditava que o objetivo do grupo era alcançar mudanças internas. Essas mudanças seriam conseguidas pela identificação, compreensão e eliminação das "ideologias". Isto daria ao sujeito uma visão mais real de si mesmo, uma compreensão mais efetiva da natureza de seus instintos e uma conduta social adequada. Para ele a psicoterapia de grupo e a individual eram formas de tratamento complementares.

Para Slavson o grupo tinha como principal objetivo alcançar mudanças interiores positivas. Resumidamente essas mudanças seriam: (1) redistribuição da libido de forma a possibilitar um equilíbrio do "self" em sua relação com o objeto; (2) fortalecer o ego pela correção da identificação e da individuação, com estabelecimento de defesas adequadas; (3) correção do superego diminuindo sua severidade ou indulgência e; (4) melhora da auto-imagem.

Acreditava Slavson que as mudanças internas desencadeavam mudanças externas que se manifestavam basicamente sob a forma de um melhor relacionamento interpessoal. Mas estas mudanças não deveriam ser confundidas com o objetivo real que é a reestruturação da personalidade.

Wolf^(48, p.71) diz que o objetivo da psicoterapia de grupo orientado psicanaliticamente é permitir ao indivíduo uma auto-realização, auto-satisfação e o alívio do sofrimento psíquico. Como consequência, o indivíduo atinge uma verdadeira integração social.

Zimmermann^(63, p.243), baseando-se nas contribuições de diversos autores (O. Fenichel, Oberndorf, Rickman, M. Klein, etc.), faz o seguinte resumo dos objetivos da psicoterapia analítica:

- 19) "Diminuição das ansiedades persecutórias e depressivas. Capacidade de ter responsabilidade duradoura, de sentir culpa verdadeira e apresentar tendências reparadoras.
- 29) Desenvolvimento da capacidade de compreender e sentir os conflitos mais importantes do presente e do passado.
- 39) Desenvolvimento da capacidade de tolerância com a vida instintiva: aceitação dos impulsos libidinosos e funcionamento heterossexual satisfatório, e aceitação das energias agressivas necessárias à autoconservação, realizações, competição e proteção de direitos próprios. Liberação das capacidades para trabalho produtivo e tolerância para com as situações adversas que incidam sobre o trabalho.
- 49) Capacidade de tolerar impulsos agressivos em si próprio e nas outras pessoas sem culpa de masiada. Relações interpessoais mais consistentes e fidedígnas, com objetos bem escolhidos e afastamento dos mal selecionados ou, quando não for possível, uma melhor adaptação a estes últimos.
- 59) Capacidade de aceitar-se a si próprio com avaliação objetiva das qualidades e fraquezas que lhe são inerentes.
- 69) Capacidade de sublimação através do trabalho, atividades sociais e derivativos de ordem cultural.

79) Eliminação da sintomatologia neurótica, de conduta ou psicossomática".

Zimmermann esclarece que tais objetivos podem ser considerados válidos tanto para a psicoterapia individual como para a de grupo.

C.B. Traux (56, p.2) diz que o objetivo da psicoterapia de grupo é alcançar uma mudança construtiva da personalidade. Acredita que esta mudança leva o sujeito à exploração de seus valores, crenças, motivos e ações. Há uma melhor percepção da realidade pela eliminação das distorções inconscientes.

Como se pode verificar, não há divergências significativas entre os terapeutas psicanalistas, com relação aos objetivos. Basicamente a psicoterapia de grupo psicanaliticamente orientada visa a reconstrução da personalidade do paciente. Busca a cura através da descoberta e eliminação da causa do conflito. Max Day e Elvin V. Semrad (62, p.688) (Psicoterapia de Grupo) também concordam com esses objetivos, mas lembram que o atingimento de tal meta não elimina em definitivo todos os problemas. "Também proporcionamos ao paciente técnicas para enfrentar novas situações que se apresentem, porém não deve ele pensar que todos os problemas estão resolvidos nem que ficará protegido contra futuros males, Não há tal coisa em nenhuma forma de terapia".

Com relação aos grupos não analíticos faz-se necessário que, antes da apresentação dos seus objetivos, se determine a que grupo se está fazendo referência. Os grupos não analíticos sofreram, como ficou dito em páginas anteriores, significativa influência dos grupos de treinamento criados por K. Lewin. Inicialmente destinavam-se ao treinamento das capacidades em relações humanas,

mas posteriormente foram ampliando seus objetivos e passaram a atuar numa faixa muito ampla. Frederick Massarik^(62, p.68) (Standards for Group Leadership) enumera trinta e nove diferentes tipos desses grupos. Reddy⁽⁵³⁾ analisando o desenvolvimento dos grupos de encontro^(*) diz que sua primeira mudança foi do enfoque social para enfoque clínico e a segunda, foi sua definição dentro da estrutura da psicoterapia.

Não há, no entanto, coincidência entre os autores a este respeito. Rogers, por exemplo, um dos mais destacados divulgadores dos grupos de encontro, afirma que seus grupos têm efeitos promotores do crescimento, mas não terapêuticos. Esse mesmo autor^(50, p.115) descreve a experiência intensiva de grupo como sendo "uma tapeçaria rica, nova e selvagem" que ajuda a: "(1) combater a alienação e o isolamento da vida moderna; (2) atingir a realização psicológica quando as necessidades materiais forem gratificadas; (3) reduzir a tensão proveniente de uma cultura carregada de conflitos; (4) atingir metas existenciais de uma vida plena no presente". Essas são, sem dúvida, metas terapêuticas. Além disso, Rogers apresenta⁽⁶¹⁾ resultados de grupos de encontro que mostram mudanças significativas e permanentes em seus integrantes.

Schutz^(46, p.135) por outro lado, diz que tanto ele como outros autores acreditam que as experiências intensivas de grupo são mais efetivas que as sessões terapêuticas periódicas. Acrescenta a seguir, referindo-se a sua própria experiência como participante de um grupo de encontro: "Uma semana intensiva equivale a dois ou três anos de sessões terapêuticas periódicas". Citação semelhante a esta é feita por Small^(58, p.115) ao reproduzir os comentários de um participante das maratonas de Esalen: "Libertei-me muito mais nos cinco dias que passei na oficina de Esalen, do que jamais me libertara em cinco anos de psicanálise".

(*) Os termos grupo T, grupo de treinamento de sensibilidade e grupo de encontro, são frequentemente usados

Jack Gibb (44, p.125) que realizou várias inves tigações sobre grupos de encontro, apresenta a seguinte conclusão: "Há forte evidência de que as experiências de treino de grupo intensivo têm efeitos terapêuticos". Es te mesmo autor (44, p.126) acrescenta que tais grupos pro vocam "mudanças na sensibilidade, na capacidade de dirigir os sentimentos, na direção da motivação, nas atitudes pa ra como o eu, nas atitudes para com os outros e sua inter dependência".

Amaryllis Schvinger em seu estudo comparativo en tre os grupos-T e a psicoterapia de grupo (48, p.106) (de orientação psicanalítica) afirma que, com relação aos ob jetivos, não existem possibilidades de uma conclusão sa tisfatória.

Parece, no entanto, que também os grupos de en contro alcançam efeitos terapêuticos embora em menor grau do que os grupos analíticos.

Uma comparação mais efetiva poderá ser feita se forem considerados os grupos não analíticos que apresen tam especificamente objetivos terapêuticos: os grupos dos analistas transacionais e dos gestaltistas, por exemplo.

Berne (6, p.3) define o grupo de tratamento tran sacional como um grupo para tratamento de pacientes psi quiátricos. Os objetivos desses grupos são: "reorganização psicodinâmica da personalidade do paciente; remissão ou cura dos sintomas; aumento e maior capacidade para a sa tisfação das necessidades sociais; aumento do controle dos sentimentos e comportamentos ou abandono de padrões de relacionamento estereotipados".

R. Kertézs et al. (29) afirmam que os objetivos da terapia de grupo transacional são: diagnosticar e re

resolver os conflitos internos do paciente (através da análise estrutural), alcançar um efetivo e saudável relacionamento interpessoal (através de análise das transações), adquirir a consciência das coisas, isto é, adquirir a capacidade para perceber os objetos externos como são, no aqui e agora, e estabelecer contato com as sensações e emoções próprias, agradáveis e desagradáveis, e ainda, alcançar a espontaneidade e a intimidade (definida como a capacidade de se comunicar profunda e naturalmente com outros sem estabelecer defesas inadequadas).

Os objetivos da psicoterapia gestaltista, considerando-se os escritos de F. Perls, Enright, J. Fagan, L. Perls, Polster e outros, podem assim ser resumidos: resolução dos conflitos internos do paciente; ampliação da consciência e sua integração com a atenção; desenvolvimento da capacidade para superar os obstáculos que bloqueiam a tomada de consciência de forma a que o paciente possa fazer pleno uso de suas capacidades; intensificação das funções do eu de forma a permitir que o indivíduo possa resolver com adequação seus próprios problemas; desenvolvimento da capacidade de auto-governo.

A comparação dos objetivos pretendidos pelos dois grupos de terapia não oferece grande dificuldade. Ambos afirmam que suas técnicas se estendem a psicóticos e neuróticos e que nos dois casos atingem objetivos satisfatórios. Comparando-se as pretensões de cada uma delas verifica-se que são bastante semelhantes. As duas correntes objetivam mudanças internas - reestruturação da personalidade, e mudanças externas, que se manifestam por um melhor relacionamento interpessoal. Para os analistas essas mudanças externas são consequência das mudanças internas e, de modo geral, não se constituem em objetivo específico da terapia. Para os não analistas, a melhoria do relacionamento interpessoal não decorre especificamente da atualização da personalidade, mas os dois processos parecem interdependentes e igualmente importantes.

Uma comparação efetiva de objetivos somente se poderia processar através da comprovação experimental dos sucessos pretendidos por uma ou outra corrente. E até o presente, a quantidade de pesquisas existentes não é suficiente nem capaz de mostrar evidência inequívoca sobre a eficiência da psicoterapia de um modo geral. Não parece válida uma comparação onde se tome como termo de referência a aceitação ou negação da base teórica de uma ou outra corrente. O que se quer dizer é que, identificar a terapia de grupo analítica como mais psicoterapêutica ou mais "profunda" do que a terapia de grupo não analítica, porque aquela busca tornar "consciente o inconsciente" ou porque atua sobre "causas" e não sobre "sintomas", é tomar posição parcial e limitada, pois implica na aceitação de que "o inconsciente" ou a descoberta das "causas" do sintoma sejam "o melhor caminho" para o atingimento de melhores resultados terapêuticos e esta é uma posição discutível que não encontra apoio geral entre os diversos autores.

1.9 - COMENTÁRIOS

Nas páginas anteriores foram examinadas as perspectivas de duas correntes de psicoterapia de grupo, segundo suas estruturas, seus processos e seus conteúdos e em seguida se fez uma comparação de seus objetivos.

Os dois tipos de grupos considerados, têm em suas origens, características e enfoques diferentes. Os grupos "psicanalíticos" desenvolveram-se sob a influência da medicina e mais especificamente, da psicanálise. Os grupos "não analíticos", foram criados basicamente a partir das experiências de Kurt Lewin e seus colaboradores,

no Instituto Tecnológico de Massachussetts. Um ganha corpo a partir da prática terapêutica e o outro, a partir da pesquisa experimental.

Durante vários anos, nos Estados Unidos, onde as duas correntes mais se desenvolveram, elas permaneceram em ignorância recíproca. Por alguns eram até consideradas virtualmente incompatíveis. A dinâmica de grupo enfatiza o "fenótipo", os aspectos contemporâneos do "aqui e agora" do grupo. A psicanálise, preocupa-se com o "genótipo", com o "lá e então" dos membros do grupo.

Vários psicoterapeutas de grupo com orientação analítica (Slavson, Wolf, Schwartz) esforçaram-se para destacar a separação existente entre as duas correntes. Slavson (1964) procurou mostrar a diferença entre o grupo terapêutico e o não terapêutico afirmando que uma das características desse último era exatamente a dinâmica de grupo. Isto não se coadunava com as exigências e necessidades do grupo terapêutico. A dinâmica de grupo devia "ser cortada pela raiz".

Muito cedo uma série de pesquisadores começou a encontrar semelhanças entre as duas correntes. Brown, Bates, Theles, Peck Stock Whitaker, Bennis e Berne, e o próprio Kurt Lewin ^(32, p.169) foram os primeiros a tentar buscar uma aproximação. Bennis e Berne em 1958, por emplo, constataram e depois comprovaram, que os grupos como os indivíduos, passam por diversas fases de desenvolvimento que envolvem uma diversificação que se estende do não-diferenciado ao diferenciado. Deste modo estabelece, um relacionamento íntimo entre a psicoterapia de grupo e a dinâmica de grupo. Esses autores descrevem o grupo ⁽³²⁾, como um todo movendo-se regularmente, através da preocupação com a autoridade à preocupação com os relacionamentos pessoais. Neste processo de desenvolvimento o grupo per

corre três fases: a primeira ligada aos problemas de autoridade, submissão, rebelião e independência; a segunda, relacionada com problemas de identificação, auto-identidade e interdependência; a terceira, correspondendo aos aspectos de liderança do grupo. Tais fases podem se sobrepor ou ocorrer em ciclos.

Uma segunda aproximação, agora proveniente dos terapeutas analíticos, vem do grupo da Clínica Tavistock, de Londres. Esses autores (Bion, Ezriel, Sutheland, Lang, etc.), fazem uma mistura criteriosa da gestalt, da psicanálise, da dinâmica de grupo, da teoria da comunicação e da filosofia. A intenção desses psicoterapeutas é permitir que o grupo seja capaz de lidar com seus próprios problemas; fazê-lo compreender a sua terapia. Desenvolvem uma terapia de grupo. Foulkes, que também participa desse movimento, desenvolveu seus conceitos numa direção umtanto diferente dos demais. É o precursor da chamada "escola dinâmica dos analistas da dinâmica de grupo". Afirma Maré (32, p.166) que ele vai além da teoria lewiniana e analítica, dando maior ênfase à teoria da comunicação de fenomenologia de grupo. Seu conceito de matriz de grupo mostra de maneira evidente a influência da teoria da gestalt, da teoria de campo de K. Lewin e da teoria da comunicação. Os pacientes (figura) operam contra o cenário (fundo) de uma rede total de comunicação ou matriz, "que é especificamente um fenômeno de grupo em lento desenvolvimento, no qual o significado da reação neurótica de um indivíduo pode ser delineado contra seu contexto".

Nota-se que o enfoque dos psicanalistas do grupo de Tavistock aproxima as duas correntes terapêuticas, mas isto não deve permitir a conclusão de que uma unificação esteja próxima. As dissemelhanças continuam a existir, não só entre os dois enfoques, como também dentro deles. Na realidade, a psicoterapia, e numa visão mais extensa,

a psicologia, encontra-se numa fase de transição. Parece que gradativamente a psicoterapia psicanalítica está diminuindo de importância enquanto surge uma grande diversidade de enfoques que dia a dia ganham novos adeptos. Estas mudanças que já se fazem sentir ajustam-se dentro da tentativa de Kuhn⁽³⁹⁾ de analisar o progresso da ciência. Desenvolve-se a seqüência: (1) descontentamento; (2) busca de alternativas; (3) revolução pela substituição de velhos paradigmas.

PARTE II

UMA PESQUISA EM PSICOTERAPIA DE GRUPO

2.1 - PROCESSOS E RESPOSTAS

Um ponto de vista cultivado durante muito tempo foi o de que o homem não poderia ser objeto de investigação científica. As justificativas para isto eram as mais diversas. As mais antigas identificavam o homem como um "anjo decaído", inacessível portanto como objeto de experimentação. As mais recentes, julgavam-no demasiadamente complexo para ser alcançado pela quantificação grosseira dos instrumentos da ciência. Embora ainda persistam dúvidas quanto à viabilidade de sua mensuração, já existe uma ampla aceitação dessa possibilidade.

A psicologia clínica, como disciplina separada, surgiu pouco tempo depois do início do século XX. A psicoterapia, como disciplina científica, possui portanto cerca de setenta anos. A pesquisa clínica controlada é ainda mais recente. Os primeiros a aplicar métodos de pesquisa psicológica à psicoterapia foram os rogerianos, por volta de 1940. Antes deles, os psicoterapeutas demonstravam interesse apenas pela "validade" ou "comprovação" de suas pressuposições, através de métodos da psicologia experimental. Num levantamento feito por Sears (1, p.732) sobre estudos objetivos de conceitos psicanalíticos realizados até 1942, notou-se que muito poucos estudos haviam sido feitos sobre métodos e procedimentos e que em nenhum deles, tentou-se a verificação da validade dos seus pressupostos básicos. Grinberg et al. (22, p.27) consultando obra mais recente (Kotkov, 1956), afirmam que somente 2% dos trabalhos publicados sobre psicoterapia versavam sobre experimentação e apenas 4% desse total, se dedicava aos métodos e aos procedimentos da terapia. Acrescentam que, em franco contraste, os trabalhos sobre avaliação dos resultados terapêuticos alcançavam o elevado índice de 60%. Após a apresentação desses dados, fa

zem o seguinte comentário: "Algo crítico acontece numa disciplina quando sua literatura praticamente se limita a ratificar sua eficiência e apenas muito levemente toca os temas gerais de método e teoria".

Bachrach (1, p.733) embora concorde que algumas formas de psicoterapia estão mais preocupadas com a comprovação de sua eficiência, acrescenta que desde 1950, "tem havido um aumento, tanto qualitativo quanto quantitativo, de pesquisas sobre o processo terapêutico".

Luchins (31, p.149) afirma que os estudos sobre resultados, dão usualmente pouca informação minuciosa a respeito de características importantes da relação terapêutica, pouco dizem sobre o processo gradual pelo qual se conseguem os resultados terapêuticos, sobre os critérios de mudança, etc. E que nos últimos anos tem havido mudança de ênfase na pesquisa em psicoterapia. Tem-se procurado criar métodos mais efetivos e seguros para a avaliação de seus resultados.

Geralmente os critérios de avaliação em psicoterapia focalizam ou as respostas ou os processos. Se o critério de avaliação está voltado para as respostas, isto é, para a mudança do comportamento, a meta terapêutica é a produção de mudanças no funcionamento e na motivação do indivíduo. Se a preocupação é a avaliação dos processos, a atenção do pesquisador enfoca-se nos mecanismos psicológicos que se consideram como "causas" do comportamento que levou o paciente à terapia.

O enfoque no comportamento ou no processo é função, quase sempre, da posição teórica do terapeuta. Geralmente os comportamentistas estão voltados para a avaliação das mudanças do comportamento e outros terapeutas, como os psicanalistas e os não-diretivos, objetivam a natu

reza dos processos internos e funcionamento da personalidade. Afirma K. Phillips^(39, p.20) "que os terapeutas comportamentistas tendem a concentrar-se na análise de sintomas específicos, dedicando muito menos atenção do que outros clínicos a sonhos, intuições, atitudes e experiências subjetivas". Poder-se-ia inferir daí que os terapeutas preocupados com os sintomas, empregariam uma terapia "superficial" e os preocupados com as causas, uma psicoterapia "profunda". Esta distinção estaria correta se os termos "superficial" e "profundo" fizessem apenas referência ao enfoque terapêutico, mas de um modo geral, não é assim. "Superficial" é quase sempre associado a uma "psicoterapia incompleta" e "profundo", a uma "psicoterapia completa". Esta distinção não retrata a realidade. Tanto uma como outra abordagem alcança, por caminhos diferentes, os mesmos resultados. Beech^(3, p. 116) apresenta o resultado de diversas técnicas terapêuticas onde mostra não haver diferença significativa entre elas.

Parece importante ainda que se esclareça que o termo "sintoma" não tem o mesmo significado para todos os terapeutas. Para os psicanalistas, por exemplo, ele é visto como a manifestação superficial de um processo mórbido subjacente. Para os comportamentistas, é considerado o problema do paciente; uma resposta aprendida que tem conseqüências prejudiciais para o paciente ou para seu ambiente, qualquer que seja o modo como foi adquirida. Ele não é visto como a conseqüência do problema, mas como o próprio problema.^(39, p.21) A psicoterapia comportamentista visa o comportamento problemático e não os conflitos ou lutas inconscientes dentro da personalidade. Enquanto que uma fobia é eliminada pela aplicação de um estímulo aversivo, toda vez que tal fobia se manifesta, para os não comportamentistas, o tratamento seria feito através de entrevistas sucessivas com o objetivo de descobrir os conflitos dos quais a fobia é sua manifestação.

Parece que não existe nenhuma contradição significativa entre esses dois enfoques. Pode-se numa pesquisa, empregar tanto o enfoque em função das respostas, quanto em função dos processos. Tanto um quanto outro permitem o estudo efetivo dos efeitos da psicoterapia. Futuramente talvez seja importante a coordenação das duas abordagens. Até agora, no entanto, não se sabe efetivamente, de que maneira a mudança nos processos, corresponde à mudanças nos comportamentos. Quando isto for possível, talvez se possa descobrir de que forma as características estruturais ou dinâmicas atuam ou ativam os comportamentos ou como estes agem sobre tais estruturas.

2.2 - ALGUNS PROBLEMAS DA PESQUISA PSICOTERÁPICA

As pesquisas em psicoterapia realizadas até hoje têm demonstrado poucas evidências inequívocas sobre as várias práticas psicoterapêuticas. Isto de certa forma pode ser justificado se foram consideradas as grandes dificuldades que são encontradas no exercício dessa atividade. Pepinsky^(59, p.3), cita várias limitações sobre a pesquisa destinada à avaliação dos resultados do aconselhamento e que podem, sem prejuízos, serem estendidas à psicoterapia. São elas: "a) estímulos incontrolláveis que se impingem sobre o cliente fora da situação do aconselhamento; b) dificuldades para estabelecer controle fora da situação do aconselhamento que podem estar relacionadas com a mudança no comportamento do cliente e que podem ou não ser responsáveis por mudanças atribuídas ao aconselhamento; c) falta de requisitos de conhecimentos sistematizados e adequadamente testados para formar critérios significantes de mudança; d) falta de medidas de critério adequadas".

Willianson e Bordin (59, p.4) em 1941, em sua crítica metodológica, enfatizam a importância de especificar os critérios a serem empregados e de reconhecer as suposições subjacentes a esses critérios. Dizem ainda que o próprio pesquisador apresenta atitudes impeditivas à realização da pesquisa. E as mais destacadas dessas atitudes são aquelas que se baseiam na crença de que a eficácia da terapia se evidencia por si mesma ou que a pesquisa nessa área é impossível porque o processo é de tal forma pessoal, que uma avaliação seria um elemento estranho.

Sua presença, invalidaria ou perturbaria o tratamento e, logicamente, os resultados obtidos não estariam retratando a eficiência do processo terapêutico. Além disso, afirma-se, existem certos processos tão sutis que não podem ser medidos. Atitudes iguais a estas, dificultam e até impedem o aumento qualitativo da pesquisa em psicoterapia.

Volsky et al. (76, p.5) analisando as dificuldades que a pesquisa clínica pode apresentar, dizem que seus resultados estão diretamente ligados aos critérios e medidas de critérios empregados e que "uma prática comum e perigosa tem sido procurar objetivos para os quais existem medidas de critérios prontamente disponíveis (embora essas medidas provavelmente não tivessem sido constituídas para tal uso). Tais critérios podem ter pouca relação com a maneira característica do cliente sentir e se comportar em seu ambiente extra-clínico, que é, depois de tudo, a preocupação primária do tratamento. O cliente vem e volta para seu ambiente. Ele procura assistência com vistas ao seu ajustamento nesse ambiente. A relação terapêutica é de duração breve na vida do cliente e as mudanças acontecidas em suas atitudes e ações são de significância questionável a não ser que se estendam além dos confins da relação terapêutica".

Outro fator que dificulta a realização de pesquisas é fruto de formulações geralmente muito vagas da atividade do terapeuta durante as sessões. Não existem pesquisas suficientes que permitam alguma compreensão sobre o funcionamento das diversas técnicas terapêuticas, o efeito que produzem e em que condições tais efeitos se manifestam. Afirma Volsky et al. (ibidem, ibid) que "A falta de clareza sobre os métodos de aconselhamento é provavelmente função da ambiguidade sobre objetivos terapêuticos tanto quanto sobre as complexidades envolvidas quando se trata de ordenar comportamento do aconselhador de uma maneira significativa. Uma vez que os objetivos do processo de aconselhamento tenham sido identificados e definidos, deveria então ser possível se definir, mais claramente, o processo terapêutico associado com objetivos.

"Assim existe uma falta de qualquer esquema compreensivo dentro do qual se julgue os resultados supostos como resultantes do aconselhamento. Nós ainda estamos diante de suposições de que a experiência do aconselhamento produz mudanças em certas direções da atitude e do comportamento do cliente. Nosso problema então deve ser colocado da seguinte maneira: 1) definir metas ou resultados do aconselhamento operacionalmente; 2) desenvolver como consequência dessas metas, instrumentos ou critérios que avaliem com precisão o comportamento extra-clínico dos clientes; 3) definir tão claramente quanto possível, a natureza do processo de aconselhamento empregado para alcançar os objetivos definidos".

Finalmente, um outro aspecto que deve ser considerado e que frequentemente provoca problemas quando da apresentação dos resultados da pesquisa, é a ausência de

precisão na definição de termos. O rápido desenvolvimento da psicologia criou novos conceitos e redefiniu antigos. Disso resultou que muitos termos se tornaram ambíguos. É necessário portanto que os autores especifiquem com a maior clareza possível, qual o sentido que estão dando aos termos empregados.

2.3 - O QUE MEDIR

Quando se pretende avaliar o resultado do processo terapêutico torna-se importante que se saiba efetivamente o que se quer medir, por que medir e como medir.

Um pesquisador clínico que não tenha metas objetivamente definidas poderá, ao concluir sua pesquisa, verificar que se acha impossibilitado de tirar qualquer conclusão.

A meta comum dos psicoterapeutas, independentemente de suas inclinações teóricas ou do tipo de terapia que realizam (individual ou coletiva) pode ser simplificada mente definida como a redução da ansiedade e das defesas comportamentais de seus pacientes.

Medir a ansiedade e a defensividade são dois objetivos convenientes em psicoterapia.

Mas é importante que sejam utilizados instrumentos que possam efetivamente avaliar esses dois constructos. Alguns terapeutas utilizam inventários, entrevistas psicológicas ou testes de personalidade. Outros preferem fazer suas avaliações em funções de padrões fisiológicos e comportamentais.

Neste estudo, serão utilizadas duas escalas que pretendem medir discriminadamente a ansiedade manifesta e a defensividade.

O critério empregado será a aplicação das duas escalas a um grupo psicoterápico imediatamente antes e imediatamente depois de um período pré-determinado de tratamento.

Considerando-se a importância da definição de ansiedade e defensividade para a compreensão deste estudo, as duas próximas sub-partes serão destinadas a esses assuntos.

2.4 - A ANSIEDADE

May (1950) (59, p.70) e colaboradores verificaram que as definições da ansiedade variam amplamente, basicamente, em função do enfoque biológico, cultural ou psicológico que se lhes dá. Ela é algumas vezes tratada como um estímulo ou um estado de "drive"; outras é definida como uma resposta e, algumas vezes, como uma combinação de ambos. "Tem sido tratada como um comportamento observável e manifesto e como um estado deduzido, não totalmente observável".

Escritores tais como May (1950), Fenichel (1945) e Mowrer (1951, 1953) (59, p.70) distinguiram formas normais e neuróticas de ansiedade. A ansiedade normal seria uma forma de reação proporcional à presença de uma ameaça objetiva. A ansiedade neurótica seria uma forma de reação inadequada à natureza do estímulo. Inclui a "repressão" ou outros mecanismos de defesa que tendem a deturpar o percebido.

Fenichel faz uma divisão da ansiedade em três partes: trauma - ansiedade automática e inespecífica; perigo - ansiedade a serviço do ego, um sentimento criado por antecipação, que atua como um sinal do perigo; pânico - falha dos controles do ego, sentimento de opressão, regressão aos primeiros estágios do desenvolvimento. O perigo apresenta características positivas, pois por sua natureza antecipatória, permite ao indivíduo comportamentos de defesa ou fuga.

Mowrer também distingue a ansiedade normal da ansiedade neurótica. A ansiedade normal é uma forma de resposta incondicionada ao "stress", à dor e ao perigo. O indivíduo está consciente das causas que a determinam e tem condições de lidar adequadamente com a situação. A ansiedade neurótica, em oposição, apresenta tendências a comportamentos dissociativos e é aquela sobre a qual se encontra o processo terapêutico, objetivando transformá-la em ansiedade normal.

Volsky (59, p.72) diz que "a ansiedade, assim como o medo pode ser caracterizado como uma resposta adquirida através da punição; tem caráter antecipatório e tem propriedades definitivas de estados de "drive". Desenvolve-se da mesma forma que o medo, mas diferencia-se dele por ser mais uma resposta a um estímulo interno do que externo; não envolve objeto ou perigo identificável: as experiências punitivas que determinam sua aquisição têm sempre origem social".

Para os comportamentistas (39, p.160), a ansiedade pode ser definida de diversas maneiras. Primeiramente, ela pode ser definida em função da descrição verbal de um estado interno por uma pessoa. Uma segunda abordagem de definição da ansiedade é feita pela avaliação de padrões fisiológicos e comportamentais. A ansiedade também pode

ser definida em termos de operações experimentais. Skinner e seus colaboradores, por exemplo, definem a ansiedade como "o padrão de comportamento observado durante o intervalo entre um sinal de aviso e um estímulo aversivo forte inevitável".

Pepinsky e Pepinsky (1954) (59, p.72) "usam o conceito de impulso irrelevante como sinônimo de ansiedade e acreditam que isto ajuda a explicar o comportamento dos que procuram tratamento e dos que se submetem a ele".

"Eles definem a ansiedade como um 'estado de tensão produzido em um organismo por sua incapacidade para responder aos estímulos de modo a conseguir a redução do impulso' (Pepinsky e Pepinsky, 1954, p. 95)". Esses mesmos autores observaram que "esse estado impulsivo de ansiedade e outros estímulos internos e externos podem se generalizar para produzir as mesmas respostas em diferentes situações onde são irrelevantes. Estas respostas tornam-se antecipatórias naturalmente e como tal, operam para capacitar o indivíduo a evitar a ansiedade manifesta".

A maioria dos psicólogos e psicoterapeutas afirma que a presença de algum nível de ansiedade é indispensável para o funcionamento do indivíduo. Em psicoterapia, a maioria dos clínicos concorda que é importante para o progresso terapêutico que o cliente seja mantido dentro de certo nível de ansiedade.

Bordin (1955) distingue três níveis de ansiedade: insuficiente, ótima e excessiva. A ansiedade ótima é necessária para motivar o indivíduo a aprender regras sociais aceitáveis pelo meio.

Freud (Inibições, Sintomas e Angústia, 1926) reconhece três tipos de ansiedade: a real, a neurótica e a moral. A ansiedade real é o medo de perigos mesológi

cos reais; a ansiedade neurótica é o medo de que os instintos, fugindo ao controle do ego, levam a pessoa a práticas que podem desencadear punição; neste caso o indivíduo não teme propriamente os instintos, mas as conseqüências por sua satisfação; a ansiedade moral é o medo do superego; medo da punição "interna" pela infração de normas morais que infringidas no passado provocaram punição e que serão novamente punidas no presente se em pensamento ou ação, o indivíduo repetir o erro.

Neste ponto podemos dizer que o conceito de ansiedade envolve um estado de "drive" e uma classe de resposta. Uma parte dessa classe de resposta chama-se "ansiedade manifesta". Exemplos dessa ansiedade manifesta seriam os relatos verbais de desconforto e insegurança relatados pelos sujeitos e também respostas não verbais, como a aceleração do batimento cardíaco, o aumento da transpiração, o tremor, etc..

As respostas verbais são medidas por meio de inventários ou entrevistas ou são inferidas a partir de testes de personalidade. As respostas motoras são medidas por instrumental específico. Mas um fato importante a ser considerado ^(39, p. 161) é que frequentemente se observam discrepâncias entre as respostas fisiológicas e os relatos verbais. Por exemplo, Lang, Lazovik e Reynolds (1965) verificaram que "a proximidade de um objeto fóbico não se correlacionava significativamente com o auto-relato de ansiedade do sujeito ou com sua classificação do nível de intensidade geral do seu medo. Isto deixa o investigador da ansiedade humana sem um índice único 'verdadeiro' de ansiedade para diferentes pessoas, mas, ao contrário, com diversos índices igualmente válidos, um tanto independentes".

Tudo isto leva aqueles que se propõem a medir a ansiedade a problemas cruciais: Qual a definição a ser

aceita? Quais, dentre as múltiplas respostas relacionadas com o constructo ansiedade, deverão ser alvos do terapeuta? Qual ou quais instrumentos de medida devem ser utilizados?

2.5 - DEFENSIVIDADE (59, p.75)

A defensividade é uma outra forma de responder à ansiedade. Como se viu anteriormente, a ansiedade compreende, para a maioria dos autores, um estado de "drive" e classes de respostas internas e externas. Sendo um estado de "drive", ela é um poderoso motivador para a ação. Diante de um estímulo desencadeador de ansiedade, a resposta que com maior eficiência reduzir a ansiedade é a que será aprendida. Neste caso, um comportamento defensivo pode ser entendido como redutor da ansiedade. Isto é muitas vezes conseguido pela distorção da realidade do indivíduo. Quanto mais um comportamento defensivo reduzir a força do estímulo da ansiedade, mais provavelmente ele ocorrerá sob condições de estímulos similares.

Embora as respostas defensivas sejam incompatíveis com as respostas de ansiedade, elas não podem ser consideradas como respostas adequadas e substitutivas das respostas de ansiedade pois são respostas distorcivas da realidade.

Dittman e Raush (1954) em sua análise de estrutura e metodologia da teoria psicanalítica do conflito chamaram as respostas derivadas dos estímulos de ansiedade como "respostas de compromisso". Esses comportamentos defensivos fazem com que o indivíduo responda a tais estímulos com um mínimo de ansiedade. Esses comportamentos, compromissados são fruto de conflitos inconscientes.

Sarason (1956) fez um relato sobre a relação entre o Manifest Anxiety Text e a falta de defensividade. Ele encontrou que pessoas com escores baixos no MMPI (escala K), supostamente indicando uma falta de defensividade, manifestam sentimentos de inadequação. Respostas de natureza auto-depreciativas, são vistas como respostas que interferem sobre a "performance" ótima. Há provavelmente uma relação direta entre ansiedade e defensividade. Logo, indivíduos que não manifestam respostas defensivas devem manifestar níveis altos de ansiedade.

Miller (1955) diz que "... sistemas que sobrevivem empregam as defesas menos dispendiosas contra o "stress" primeiro e depois vão usando defesas cada vez mais dispendiosas". As defesas mais dispendiosas vão surgindo à medida que as menos dispendiosas se mostram incapazes para reduzir o "stress".

Uma importante contribuição para clarificar o conceito de defensividade surge dos escritores psicanalistas com a definição dos vários mecanismos de defesa. Tais mecanismos permitem que os terapeutas tenham uma base tanto para compreender quanto para lidar com tais comportamentos à medida que eles são exibidos pelos clientes.

Em 1949, Sheerer fez estudos sobre duas variáveis de aceitação: "aceitação do Self" e "aceitação dos outros". Tais definições operacionais têm significativa semelhança com as definições de defensividade, particularmente as que serão abaixo apresentadas e que caracterizam uma pessoa não defensiva:

- " - Ela não condena os outros ou se sente defensiva quando eles reagem desfavoravelmente contra si ou outras pessoas;
- Ela resiste à dominação;

- Ela não nega os fatos de suas experiências nem tenta negligenciá-los;
- Quando outros a criticam ela avalia a crítica objetivamente e não fica aborrecida por isso".

"Em uma investigação experimental dos efeitos de dois tipos de terapia sobre os clientes, Ashby, Ford, Guerney e Guerney (1957) revelaram a sua preocupação com o conceito de defensividade, medido de várias maneiras. Para caracterizar o comportamento de entrevista do cliente, a defensividade foi definida como a soma de notas ou classificações feitas em três outras variáveis: capacidade de se guardar, resistência não manifesta e resistência manifesta. Os autores também desenvolveram um questionário de reação pessoal do cliente, no qual uma escala de quarenta itens tinha como objetivo medir reações subjetivas defensivas à terapia e ao terapeuta. Embora a escala não fosse validada por critérios externos, e a mudança depois da terapia não tivesse sido investigada (medidas de pré-tratamento sendo comparadas apenas com medidas em tratamento), a identificação da defensividade como uma variável na mudança terapêutica foi notável" (p. 79)

Tudo leva a crer que a defensividade, mesmo sendo definida de maneiras diferentes e percebida diferentemente pelos vários autores, é uma variável importante no processo terapêutico e sua eliminação ou redução é um dos importantes objetivos do processo terapêutico.

Pode-se definir a defensividade como "resposta a estímulos percebidos como ameaçadores ao "self", como uma condição especial de resposta na qual os aspectos da realidade são negados ou distorcidos". É importante notar que esta distorção reduz ou reconcilia a incongruência

percebida entre a realidade e o auto-conceito. A defensividade pode ser manifestada sob a forma de agressão, fuga ou qualquer outro mecanismo de defesa. Seu objetivo é a redução imediata da ansiedade. Ela possui facetas "boas" e facetas "más". De um modo geral a redução da defensividade é um dos objetivos da psicoterapia, mas não é um procedimento recomendável em todos os casos. Tal redução iria necessariamente elevar o nível de ansiedade e cabe ao terapeuta verificar a sua conveniência.

Numa sessão terapêutica, seriam indícios de defensividade qualquer comportamento que indique que: (1) os problemas não devem ser discutidos; (2) as afirmações são finais; (3) as interpretações dos clientes não devem ser alteradas. Seriam não defensivas ou menos defensivas respostas que (1) sugeririam que os problemas podem ser explorados; (2) os problemas estão abertos; (3) as decisões não são finais; (4) as avaliações são sujeitas a modificações. (p. 81)

Resumindo, pode-se dizer que "as respostas defensivas conseguem auto-proteção por distorcerem de tal forma alguns aspectos do relacionamento do indivíduo com o seu meio que sua ansiedade é reduzida".

2.6 - HIPÓTESES

As questões: "Como reduzir a ansiedade manifesta" e "Como reduzir a defensividade" é o objetivo do presente estudo. As hipóteses abaixo formuladas decorrem de um posicionamento teórico que pode ser identificado com o dos não psicanalistas anteriormente estudados.

- Primeira hipótese:

A redução da ansiedade manifesta e da defensividade está diretamente ligada a um processo de reavaliação das potencialidades do indivíduo e de sua relação com o meio. As técnicas psicoterápicas empregadas neste estudo podem ser consideradas como responsáveis pela redução dos níveis de ansiedade manifesta e de defensividade no grupo terapêutico.

- Segunda hipótese:

A ansiedade manifesta e a defensividade são componentes de um mesmo processo conforme postulam Volsky e outros. E neste caso, serão redutíveis pelas mesmas técnicas psicoterápicas.

2.7 - INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Como foi dito, o objetivo deste estudo é a medida de redução da ansiedade e de defensividade após o processo terapêutico. Foram usadas duas escalas construídas por Volsky e outros⁽⁵⁹⁾ que a seguir serão resumidamente descritas.

2.7.1 - Escala Minnesota de Ansiedade Manifesta - (MMAS)

Verificou-se, na sub-parte 2.4 que a ansiedade é um estímulo e uma resposta. Viu-se também que a

manifestação da ansiedade pode se dar por comportamentos defensivos. Isto permite a distinção entre ansiedade manifesta e resposta defensiva manifesta.

Uma pessoa com ansiedade manifesta pode demonstrar as seguintes características: nervosismo (caracterizado por maneirismos tais como roer unhas, estalar os dedos, fumar em excesso); tensão (excessiva motricidade, grande dificuldade para se relaxar, não consegue concentrar em suas tarefas e aparentemente está sob constante pressão); embaraçamento (tais pessoas assustam-se com facilidade, gaguejam, enrubescem com facilidade); tormento (pessoas carentes de sentimento de segurança, temerosas com relação ao futuro, extremamente preocupadas com a impressão que causam nos outros). Algumas pessoas podem demonstrar apenas uma dessas características num grau extremo ou dramático e outras podem mostrar várias delas, em grau menor.

A partir desta definição, Volsky e outros selecionaram um grupo inicial de itens para ser usado no estudo de viabilidade. Os itens selecionados constituíram uma escala que chamaram de Minnesota Manifest Anxiety Scale (MMAS). Esta escala foi desenvolvida com o auxílio de aconselhadores experimentados do Student Counseling Bureau da Universidade de Minnesota. De uma relação de clientes conhecidos suficientemente bem por cada um deles, foram formados grupos, que nos seus julgamentos, eram portadores de ansiedade manifesta "alta", "normal" ou "baixa". A MMAS e mais três escalas já existentes (Escala de Ansiedade de Taylor, Escala de Ansiedade Manifesta de Freeman e Escala de Ansiedade de Sarason e Gordon) constituíram a bateria inicial de ansiedade.

VALIDADE

O estudo da validade da MMAS, com relação à Escala de Taylor mostrou diferenças significativas entre as classificações das duas escalas. Consideraram também os autores que a Escala de Taylor confundia ansiedade e defensividade, conforme eram definidas por eles. Isto fez com que, a partir daí, questionassem seriamente seu emprego.

Um segundo estudo de validade foi feito com vinte e duas comunidades acadêmicas do Campus da Universidade de Minnesota. Foi dada aos presidentes e conselheiros dessas comunidades a definição de ansiedade e se pediu que indicassem de 3 a 7 pessoas que se enquadrassem nas extremidades da variável a ser medida. Foram obtidas 30 classificações distribuídas entre possuidores de "alta" ansiedade e 27 possuidores de "baixa" ansiedade. Todos esses sujeitos foram posteriormente submetidos à Escala de Ansiedade de Taylor, à MMAS e ao índice de Transpiração de Palmer (Instrumento destinado a medir a ansiedade em função da transpiração dos dedos). Os examinadores não sabiam em que categoria os homens tinham sido colocados. Tanto esta primeira forma do MMAS quanto o Índice de Transpiração de Palmer demonstraram ser eficientes para diferenciar as populações "altas" das "baixas". Mas em nenhum dos casos esses instrumentos se mostraram tão sensíveis quanto os autores pretendiam. Dessas primeiras conclusões com o MMAS, os autores construíram nova escala que chamaram MMAS-2.

De uma aplicação do MMPI a um grupo de calouros da Universidade de Minnesota, os autores tiveram a possibilidade de construir um novo grupo de itens que passaram a constituir o MMAS-3. Esses itens foram colocados

numa escala separada por se suspeitar que não apresentassem estabilidade desejável (as respostas dos sujeitos para esses itens foram consideradas de pouca estabilidade para um período de tempo prolongado).

Um novo e mais refinado grupo de itens foi construído a partir da análise dos itens anteriormente utilizados e foi construído um novo grupo que se chamou MMAS-4.

O próximo passo foi uma expansão do grupo de itens. Depois de analisar os itens e examinar seu conteúdo, os autores anexaram novos aos antigos.

Um terceiro estudo de validade foi realizado com a cooperação de uma unidade de treinamento da Marinha Americana, mas não foi considerado eficiente.

O estudo de validade final foi realizado com pessoal da Força Aérea Naval dos Estados Unidos. Foram classificados 110 homens como portadores de "alta" e "baixa" ansiedade. Foram selecionados, após tratamento estatístico, 22 "alta" e 21 "baixa".

A análise das várias escalas construídas demonstrou que eram efetivas para separar grupos de critério, sendo o último grupo de itens o de maior poder discriminante. Concluiu-se que eles satisfaziam aos objetivos pretendidos. A versão final da escala ficou composta por 52 itens e se chamou Minnesota Manifest Anxiety Scale.

Como uma verificação adicional, os autores compararam a correlação entre grupos de itens "empíricos" e "lógicas". O resultado foi uma correlação de 60 e isto acrescentou validade ao uso deste procedimento de combinar escala.

FIDEDIGNIDADE

Estimativas de fidedignidade dos vários instrumentos usados nos estudos de validação foram feitos em três ocasiões retirando amostras de uma relação de estudantes do Curso de Psicologia da Universidade de Minnesota. A cada passo do desenvolvimento do teste, os coeficientes de fidedignidade eram obtidos também através da bateria inicial de ansiedade: Escala Taylor de Ansiedade, .80; Escala Freeman, .66; Índice de Transpiração de Palmer, .63; MMAS, .91. O coeficiente de fidedignidade de Hoyt obtido no MMAS final foi de .74 para a amostra da Força Aérea Naval; o índice de estabilidade técnica (teste e reteste) obtido na terceira amostra foi de .94. Nakamura, em um estudo posterior, com três dias entre as aplicações, obteve .89.

2.7.2 - Escala Minnesota de Defensividade (MDS)

Foi visto na sub-parte 2.5 que a ansiedade era reduzida através de respostas defensivas distorcidas da realidade. Os autores da escala haviam concluído que uma tentativa para medir ansiedade, separadamente de defensividade, era um importante auxílio para aconselhores e psicoterapeutas, que seriam assim mais capazes de avaliar o rendimento de seus clientes. Com este objetivo construíram a presente escala, que é discriminante com relação a defensividade.

Uma pessoa defensiva apresenta, segundo os autores, as seguintes características:

- (1) resiste em admitir enganos ou inadequações;

- (2) racionaliza e se desculpa;
- (3) evita lidar com problemas (como com p e n s a ç ã o: sonha acordado, "muda d e c o n v e r s a ", foge);
- (4) culpa os outros por seus próprios e r r o s;
- (5) avalia irrealisticamente suas h a b i l i d a d es, faz planos pouco passíveis de realização, conta histórias sobre r e a l i z a ç õ es do passado;
- (6) não consegue expressar seus s e n t i m e n t o s, não responde ou é apática;
- (7) suspeita dos motivos dos outros, põe em dúvida, de forma agressiva, a a u t o r i d a d e; desafia constantemente a i d e i d e i a dos outros.

Como no caso da ansiedade manifesta, a l g u m as pessoas podem mostrar uma dessas características e m u m g r a u e x t r e m o e o t r as apresentar várias delas, n u m g r a u m e n o r e.

Embora a defensividade seja tão i m p o r t a n t e e conhecida quanto a ansiedade, não tem sido dada g r a n d e a t e n ç ã o à sua medida. Hogan (1948) tentou ter a a c e s s o à esta variável através da análise de entrevistas t e r a p e u t i c as transcritas. Este modo, embora apresente boa f i d e i d e i g n i d a d e é oneroso e pouco prático.

Como existem poucas pesquisas tratando d o assunto, os autores resolveram elaborar um conjunto d e itens a partir da definição que enunciaram. Um exemplo de

item é: "Eu me sinto muito consciente de uma ou mais coisas do meu passado". Acredita-se que esta frase é verdadeira para quase todas as pessoas, mesmo que não seja muito lisongeira. Se uma pessoa diz que esta é uma afirmativa "falsa", julgar-se-á que se trata de uma pessoa que nega a realidade e o item seria avaliado como de conteúdo defensivo. Seguindo este critério é que foram selecionados 66 itens que constituíram a Escala de Defensividade Minnesota-1 (MDS-1).

VALIDADE

O primeiro estudo da validade dessa escala foi realizado com comunidades da Universidade de Minnesota, como descrito para a ansiedade manifesta. A escala de defensividade conseguiu diferenciar dentro da população selecionada, os critérios "alto" e "baixo", mas esta discriminação não foi considerada suficientemente significativa. A análise desses resultados permitiu a construção de um novo grupo de vinte itens (de conteúdo defensivo), que apresentaram entre os grupos-critério, diferenças significativas a um nível de confiança de .05.

Com uma população de estudantes calouros da Universidade de Minnesota foi construído um novo grupo de itens que foi chamado MDS-2.

A escala foi aumentada com a inclusão de itens do MMPI. A nova escala foi aplicada a um grupo de clientes de aconselhamento previamente selecionados (trinta e três com escore "alto" e trinta e um, com escore "baixo"). Da análise desses resultados, foi construída uma nova escala, a MDS-3.

Finalmente, como na escala de ansiedade manifesta, foram adicionados novos itens para cobrir comportamentos mais amplos relacionados com a definição inicial.

A escala foi também aplicada na mesma unidade naval usada para o MMAM e seus resultados foram considerados satisfatórios, mas não ao nível desejado pelos autores.

Da análise desses resultados é que foi construída a escala final. Ficou constituída por sessenta e três itens.

FIDEDIGNIDADE

Foram feitos estudos de fidedignidade, não apenas através da análise da estabilidade dos resultados (teste-reteste) mas também por estudos de consistência interna. Os índices foram obtidos do estudo da validade nas amostras usadas especificamente para este fim.

A estimativa de fidedignidade para a escala final do MDS obtida do estudo da unidade naval (método de Hoyt) foi de .81, o índice teste-reteste de um terceiro estudo de itens do Departamento de Psicologia da Universidade de Minnesota, foi de .89 e o índice final de fidedignidade obtido do teste-reteste realizado por Nakamura, aplicado com diferenças de três dias, foi de .90.

2.8 - ESTUDO PRELIMINAR DE VALIDAÇÃO

Considerando-se que as escalas de ansiedade manifesta e defensividade usadas neste estudo foram construídas e validadas para populações diferentes daquela com a qual esta pesquisa seria realizada, foi feito um estudo preliminar de validação.

Com base nas definições apresentadas pelos autores das duas escalas, foram selecionados dois grupos de indivíduos classificados como portadores de "alto" e "baixo" nível de ansiedade manifesta e defensividade.

O grupo considerado "alto" era constituído por quatorze sujeitos (nove mulheres e cinco homens), todos em tratamento psicoterápico. O grupo considerado "baixo" era constituído por dez sujeitos (seis mulheres e quatro homens).

Dos quatorze sujeitos classificados na categoria "alto" para ansiedade e defensividade, onze apresentaram resultados "altos" na MMAM e dez, nas duas escalas.

Dos dez sujeitos considerados na categoria "baixo" para ansiedade e defensividade, sete apresentaram resultados "baixos" nas duas escalas e nove, na MDS.

Estes resultados permitem concluir que as duas escalas são suficientemente discriminantes para ansiedade manifesta e defensividade.

2.9 - MÉTODO, SUJEITOS E PROCEDIMENTOS

2.9.1 - Método

Para estudar os efeitos da psicoterapia de grupo sobre a ansiedade manifesta e a defensividade (definidas na Parte II, 2.4 e 2.5) foram usadas duas escalas: A Escala Minnesota de Ansiedade Manifesta (Minnesota Manifest Anxiety Scale) e a Escala Minnesota de Defensividade (Minnesota Defensiveness Scale). Tais escalas foram aplicadas duas vezes: imediatamente antes da primeira sessão de grupo e imediatamente após a última sessão.

O grupo reunia-se duas vezes por semana em sessões de cento e vinte minutos. Foram realizadas quarenta sessões. No início de cada sessão os sujeitos eram estimulados a falar sobre seus problemas e discutir com o grupo as dificuldades que estavam encontrando ou os sucessos alcançados. Ao final da sessão, era realizada uma avaliação individual de seus resultados.

A orientação dada à terapia identifica-se com a dos terapeutas não analistas (como foi definido na Parte I). O presente foi enfatizado e o passado pouco valorizado. A interpretação foi, regra geral, substituída pela "intervenção terapêutica" (p. 57, Parte I).

As "regras" mais usadas foram o "princípio do aqui e agora" (p. 54, Parte I) e o "contínuo de consciência" (ibidem, ibid.). A análise estrutural e a análise das transações foram realizadas segundo Eric Berne. (6;7)

O critério de avaliação do presente trabalho vinculou-se basicamente às respostas.

2.9.2 - Sujeitos

Os sujeitos foram selecionados entre quinze voluntários do sexo feminino. Cada participante submeteu-se a uma entrevista inicial de seleção na qual foram colhidos, além dos dados gerais de identificação, os seguintes: experiências anteriores em psicoterapia e problemática atual desencadeadora da ansiedade. Foram eliminados os voluntários que estavam ou estiveram sob tratamento psicoterápico. Dez sujeitos foram selecionados.

O quadro a seguir representa tais sujeitos:

S	IDADE	Sx	E.CIVIL	INST.	ÁREA DE CONFLITO
1	24	F	Solt	Sup	Sexual
2	27	F	Solt	Sup	Sexual
3	25	F	Cas	Sup	Sexual
4	21	F	Solt	Sup	Interpessoal
5	19	F	Solt	Sup	Interpessoal
6	29	F	Solt	Sup	Intrapsíquica
7	20	F	Solt	Sup	Sexual
8	23	F	Solt	Sup	Sexual
9	19	F	Solt	Sup	Interpessoal e sexual
10	19	F	Solt	Sup	Profissional

OBS.: O sujeito nº 10 abandonou o grupo após o primeiro mês de terapia.

Por "Área de Conflito" deve-se entender o conjunto de problemas auto-relatados pelo cliente e responsável por sua ansiedade. Na área sexual, foram incluídos os clientes que relataram problemas tais como: medo

das relações sexuais e ausência de prazer sexual. Na área interpessoal estão os que indicaram problemas de relacionamento, não só os decorrentes de dificuldades de aproximação, como os originados por excessiva agressividade. A área intrapsíquica abrange problemas ligados à percepção de si mesmo (redução do auto-conceito, por exemplo). A área profissional refere-se à ausência de satisfação no exercício de atividades profissionais.

2.9.3 - Procedimentos

Com o objetivo de testar as hipóteses anteriormente formuladas foram derivadas as seguintes hipóteses operacionais:

- Quanto à primeira:

A redução da ansiedade manifesta e da defensividade está diretamente ligada a um processo de reavaliação das potencialidades do indivíduo e de sua relação com o meio. As técnicas psicoterápicas empregadas neste estudo podem ser consideradas como responsáveis pela redução dos níveis de ansiedade manifesta e de defensividade no grupo terapêutico.

H₁ - Há diferenças significativas entre os dois conjuntos de resultados, postulando-se que na situação "depois", o grupo deverá apresentar queda nos índices já referidos, dos quais os resultados numéricos são a expressão.

H₀ - Não há diferenças significativas entre os resultados encontrados nas situações "Antes e Depois" da terapia, podendo essas diferenças serem consideradas como flutuações ocasionais.

Essa modificação será aferida mediante a comparação entre os resultados do grupo fornecidos pelas escalas MMAS e MDS, aplicadas antes e depois da terapia.

Com base nestes instrumentos, recorreu-se à técnicas de Wilcoxon para testar a significância das diferenças entre os resultados.

A escolha dessa técnica se justifica por:

- (1) não se poder pressupor normalidade da distribuição, em vista do reduzido tamanho da amostra;
- (2) não se ter garantia de que esses resultados numéricos possam ser considerados como valores intervalares.

A técnica empregada se aplica ao plano experimental utilizado, no qual cada indivíduo é seu próprio controle e o nível de mensuração possui características de valores ordinais.

Foi escolhido um nível de significância de .05, considerado adequado para um estudo dessa natureza.

QUADRO 1

Dados: Resultados obtidos na Escala Minnesota de Ansiedade Manifesta (MMAM)

N = 9

Planejamento: RBD

N	ANTES	DEPOIS	d	ORD.
1	22	10	12	8
2	38	29	9	5
3	24	18	6	3
4	38	30	8	4
5	33	13	10	6.5
6	28	33	-5	-2
7	23	23	0	-
8	37	27	10	6.5
9	35	31	4	1

Para um $t = 2.0$ e $N = 9$, em hipótese unicaudal, rejeita-se H_0 , obtendo-se um nível de significância situado em $p = .05$.

QUADRO 2

Dados: Resultados obtidos na Escala Minnesota de Defensividade de (MDS)

N = 9

Planejamento: RBD

N	ANTES	DEPOIS	d	ORD.
1	28	19	9	6.5
2	42	32	10	8
3	21	18	3	4
4	39	30	9	6.5
5	41	30	11	9
6	29	30	-1	-1.5
7	28	30	-2	-3
8	25	20	5	5
9	46	45	1	1.5

Para um $t = 4.5$ e $N = 9$, em hipótese unicaudal, rejeita-se H_0 obtendo-se um nível de significância situado em $p = .05$.

Pela improbabilidade de aceitar a hipótese das diferenças nulas, aceita-se a alternativa, confirmando portanto a primeira hipótese psicológica, da qual foi derivada.

- Quanto à segunda:

São, a ansiedade manifesta e a defensividade, componentes de um mesmo processo. E ambas, redutíveis pelas mesmas técnicas psicoterápicas.

H_1 - A correspondência entre as posições relativas dos indivíduos nas dimensões postuladas, não pode ser considerada como ocasional, admitindo-se portanto que as mesmas técnicas psicoterápicas podem ser empregadas no sentido de reduzi-las.

H_0 - Os constructos acima mencionados não possuem qualquer grau de associação e a correspondência entre os resultados nas duas variáveis pode ser considerada como ocasional.

Utilizando-se a técnica de Correlação Ordinal de Spearman que permite avaliar o grau de associação entre variáveis tratadas a um nível ordinal e correlacionando-se as posições extraídas dos resultados obtidos nas duas ocasiões consideradas tem-se:

Situação "A" - Antes da terapia

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N^2-1)} = 1 - \frac{6 \times 49}{9(81-1)} = 1 - 0,4083 = 0,5917$$

Situação "B" - Depois da terapia

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N^2-1)} = 1 - \frac{47 \times 6}{9(81-1)} = 1 - 0,3917 = 0,6083$$

Os dois índices encontrados atingem valores limi trofes ao do nível de significância estipulado, permi tin do supor que as duas variáveis estejam razoavelmente as sociadas, considerando-as como aspectos de um mesmo pro cesso, embora não redutíveis uma a outra. Confirmar-se-ia portanto a segunda hipótese deste estudo. No entanto, se ria desejável que nova correlação fosse estabelecida com amostra maior, de forma a que se pudesse alcançar maior confiabilidade nesses resultados.

2.10 - AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Analisando-se os dados colhidos, pode-se verifi car que, ao término da terapia, quase que a totalidade dos pacientes, apresentou resultados bastante satisfatô rios de acordo com os critérios escolhidos. A análise estatística possibilita um número restrito de interpreta ções sobre o experimento. Permite constatar que a ansie

dade manifesta e a defensividade sofreram reduções no sentido esperado e que esta queda se deve basicamente ao emprego de técnicas psicoterapêuticas específicas. Pode-se inferir também, da comparação dos resultados das duas escalas, que a defensividade seria, de um modo geral, mais resistente à variações do que a ansiedade manifesta. Como a defensividade é um conjunto de comportamentos que busca manter o "equilíbrio psicológico" do indivíduo pela negação, distorção ou falseamento da realidade e a psicoterapia, um processo que objetiva aproximar o paciente da realidade, é válida a suposição de que os mecanismos defensivos sejam ativados mais intensamente, pelo menos no início da terapia. Esta ativação se manifestaria sob a forma de "resistências" visando manter o "status quo" que embora possa ser desagradável para o indivíduo, representa, na maioria das vezes, uma situação conhecida estável, redutora da ansiedade e, portanto desejável.

Mas, acredita-se que uma avaliação qualitativa pode fornecer mais dados sobre o significado e importância do experimento.

Cada paciente, antes do início da terapia fez uma redação sobre o título "Quem Sou Eu". Este procedimento foi repetido imediatamente após o término do grupo. Era intenção inicial do terapeuta, realizar uma análise de conteúdo de tais documentos, mas a pouca disponibilidade de tempo, não permitiu que isto se concretizasse. No entanto a leitura desses documentos permite supor a presença de mudanças consideráveis. Vários sujeitos, no início do grupo, revelaram que, embora sentissem que suas atitudes e comportamentos eram inadequados, mesmo achando importante a mudança, não se sentiam capazes de realizá-las. Alguns acreditavam que essas alterações jamais poderiam ocorrer. Uma cliente disse: "Se eu mu

dar, vai ser milagre". A maioria relatou, após a tera
pia, que alterações importantes haviam se processado ou
 que estava presente um desejo de que tais mudanças viess
 sem a se concretizar. Um exemplo torna-se conveniente.
 Uma paciente escreve no dia 23 de julho: "Já tive vários
 planos para o futuro, mas como não deram certo, hoje
 deixo que as coisas aconteçam normalmente, não faço mais
 planos". No dia 17 de dezembro, escreve: "Há poucos me
 ses atrás não queria pensar no futuro, estava deixando
 que as coisas acontecessem. Agora, já começo a pensar
 diferente. Quero progredir na minha profissão. Quero
 gostar de alguém e ter uma vida calma e tranquila. Que
 ro saber aceitar os dissabores da vida. Quero ser fe
 liz".

Parece importante também ressaltar que há indi
cações de que os resultados alcançados tendem a se man
ter. Dois meses após o encerramento do tratamento, a
 maioria dos clientes relatou que ainda apresentava os
 mesmos ganhos e alguns continuaram a melhorar. Estes
 dados foram retirados de um questionário remetido após
 sessenta dias do término da terapia. A grande maioria
 diz que sua problemática básica ou perdeu totalmente sua
 importância (três sujeitos) ou diminuiu significativament
e com relação à ansiedade que desencadeava (quatro su
jeitos). Uma cliente relata que não constatou mudanças
 significativas e outra informa que notou mudanças para
 formas de comportamentos que não lhe agradavam.

A maioria informou que a experiência provocou mu
danças apreciáveis em seus comportamentos e em suas ati
tudes e que seu relacionamento interpessoal mudou positi
vamente. Consideraram que a experiência com o grupo foi
 "positiva e profundamente significativa"; construtiva e
 útil e que tornaram-se mais capazes de expressar seus
 sentimentos tanto positivos quanto negativos.

Considerando-se que o tempo total da terapia foi de cerca de cinco meses e aceitando-se como válidos, não apenas os resultados estatísticos, mas também os auto-relatos dos clientes, pode-se concluir que as técnicas empregadas se constituem num valioso instrumento terapêutico que deve ser mais estudado, explorado e experimentalmente melhor comprovado.

C O N C L U S ã O

CONCLUSÃO

O objetivo básico dessa dissertação foi mostrar que existem outras formas de psicoterapia tão eficientes quanto a psicanálise, mesmo que com objetivos diferentes. Para isto foi feito um experimento com um grupo de pacientes que apresentavam considerável nível de ansiedade manifesta e de defensividade.

O problema levantado na Introdução (e do qual o objetivo básico é uma consequência) não foi resolvido e nem se pretendia que o fosse. Mas, sem dúvida, este estudo evidencia a possibilidade de que, utilizando-se técnicas não analíticas, pode-se também realizar um eficiente tratamento psicoterápico.

Não se pretende que o experimento realizado, mesmo tendo comprovado as hipóteses psicológicas enunciadas, seja suficiente para validar tais técnicas. São necessárias, sem dúvida, mais pesquisas com melhor controle e melhor planejamento.

Ficou claro que o tempo destinado à terapia não foi suficiente. É possível que os resultados fossem mais expressivos se a segunda aplicação das escalas se realizasse após um ano de tratamento.

Outro fator que pode ser considerado como responsável pelo não atingimento de melhores resultados foi a ação do próprio terapeuta. Por se tratar de seu primeiro experimento neste campo, houve um excessivo cuidado de sua parte para não cometer erros e para não fugir dos objetivos propostos. É possível que estas preocupações tenham impedido ou dificultado a espontaneidade no grupo, levando-o a uma atuação menos efetiva e produtiva.

Por falta de tempo, não foram utilizados todos os dados colhidos. Não foi, por exemplo, usado o material gravado das sessões. Isto poderia, pela avaliação de conteúdo, trazer maiores esclarecimentos sobre os resultados e também permitiria a formulação de novas hipóteses para futuros experimentos.

Acredita-se no entanto que, apesar das deficiências e limitações deste trabalho, ele serviu aos fins a que se propunha e se espera que estimule outros terapeutas e pesquisadores a realizarem estudos neste campo.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

1. BACHRACH, A.J., Fundamentos Experimentais da Psicologia Clínica, Ed. Herder, S. Paulo, (1972).
2. BEAL, George M. et al., Liderança e Dinâmica de Grupo, Zahar Editores, Rio de Janeiro, (1955).
3. BEECH, H.R., Como alterar o comportamento humano, - IBRASA, S. Paulo, (1971).
4. BERMÚDEZ-ROJAS, Jaime G., Introdução ao Psicodrama, Editora Mestre Jou, S. Paulo, (1970).
5. BERGE, André, As Psicoterapias, Livraria Agir Editora, Rio de Janeiro, (1971).
6. BERNE, Eric. Transactional Analysis in Psychotherapy, Grove Press, New York, (1961).
7. BERNE, Eric, Principles of Group Treatment, Oxford University Press, New York, (1969).
8. BERNE, Eric, Juegos en que Participamos - Psicología de las Relaciones Humanas, Editorial Diana, México, (1974).
9. BION, W.R., Experiências com Grupos - Os Fundamentos da Psicoterapia de Grupo, Imago Editora, Rio de Janeiro, (1970).
10. BION, W.R., Atenção e Interpretação - Uma Aproximação Científica à Compreensão Interna na Psicanálise e nos Grupos, Imago Editora, Rio de Janeiro, (1973).

11. BOUR, Pierre, Psicodrama e Vida, Zahar Editores, Rio de Janeiro, (1974).
12. CARTWRIGHT, Dorwin; ZENDER, Alvin, Dinâmica de Grupo, Pesquisa e Teoria, Herder Editora, S. Paulo, (1967).
13. D'AUGELLI, Anthony R., Change in Self Reported Anxiety During a Small Group Experience, J. Couns. Psychol., 21, 202-205, (1974).
14. DURKIN, Helen E. et al. (Committee on History of the American Group Psychotherapy Association), Brief History of American Group Psychotherapy, Int. J. Gr. Psychother., XXI, 496-436, (1971).
15. FARIA, Osmard Andrade, Manual de Hipnose Médica e Odontológica, Livraria Ateneu, Rio de Janeiro, (1958).
16. FAGAN, Joan; SHEPHERD, Irna (Compiladoras), Teoria y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica, Amarrortu Editores, Buenos Aires, (1973).
17. FOULKES, S.H., Grupo-Análise Terapêutica, Publicações Europa-América, Lisboa, (1970).
18. GARCIA-ROZA, L.A., Kurt Lewin e a Teoria de Campo em Psicologia, PUC, Rio de Janeiro, (1973).
19. GOLD, Vivian J., Dreams in Group Therapy: A Review of the Literature, Int. J. Gr. Psychother., XXIII, 394-407, (1973).
20. GREENSON, Ralph R., The Technique and Practice of Psychoanalysis, International Universities Press, New York, (1972).

21. GRINBERG, Leon et al., Psicoterapia del Grupo, Editorial Paidós, Buenos Aires, (1971).
22. GRINBERG, Leon et al., Introdução às Idéias de Bion, Grupos/Conhecimento/Psicose/Pensamento/Transformações/Prática Psicanalítica, Imago Editora, Rio de Janeiro, (1973).
23. HART, J.T.; TOMLINSON, T.M., New Directions in Client-centered Therapy, Houghton Mifflin Company, Boston, USA, (1970).
24. JACKSON, Carolyn; ABRAMOWITZ, STEPHEN I, Comparative-ness of There-and-then versus Here-and-now Therapist Interpretations in Group Psychotherapy, J. Couns. Psychol., 21, 288-293, (1974).
25. KADIS, Asya L. et al., Psicoterapia de Grupo, IBRASA, S. Paulo, (1967).
26. KAPLAN, Seymour R., Therapy Groups and Training Groups: Similarities and Differences, Int. J. Gr. Psychother., XVII, 473-503, (1967).
27. KAPLAN, Seymour R., Symposium: Dreams and Group Setting Introduction, Int. J. Gr. Psychother., XXIII, 387-393, (1973).
28. KAPLAN, Seymour, R., The "Group Dream", Int. J.Gr. Psychother., XXIII, 421-431, (1973).
29. KERTÉSZ, R. et al., Introducción al Analisis Transaccional, Los Juegos Psicologicos, Editorial Paidós, Buenos Aires, (1973).

30. LUBIN, Bernard; LUBIN, Alice, The Group Psychotherapy Literature: 1972, Int. J. Gr. Psychother., XXIII, 474-513, (1973).
31. LUCHINS, Abrahan S., Psicoterapia de Grupo, um Guia, Cultrix, S. Paulo, (1970).
32. MARÉ, P.B. de, Perspectivas em Psicoterapia de Grupo, Imago Editora, Rio de Janeiro, (1974).
33. MENSCH, Ivan N., Psicologia Clínica, Ciência e Profissão, Editorial Paidós, Buenos Aires, (1971).
34. MORENO, J.L., Las Bases de la Psicoterapia, Editorial Paidós, Buenos Aires, (1967).
35. MORENO, J.L., Psicoterapia de Grupo e Psicodrama, Editora Mestre Jou, S. Paulo, (1974).
36. PERLS, Frederick, S., Gestalt Therapy Verbatim, Bantam Books, USA, (1974).
37. PERLS, Frederick S. et al., Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality, Penguin Books, Londres, (1973).
38. PERLS, Frederick, S., Ego, Hunger and Agression, The Gestalt Therapy of Sensory Awakening Through Spontaneous Personal Encounter Fantasy and Contemplation, Vintage Books, New York, (1969).
39. PHILLIPS, Kanfer, Os Princípios da Aprendizagem na Terapia Comportamental, Vol. I, Editora Pedagógica e Universitária, S. Paulo, (1974).

40. POLSTER, Marian; POLSTER, Erwin, Gestalt Therapy Integrated, Contours of Theory and Practice, Vintage Books, New Yorkm (1974).
41. RACKER, Heinrich, Estúdios sobre Técnica Psicoanalítica, Editorial Paidós, Buenos Aires, (1969).
42. ROBACK, Haward B., The role of Content in Intragroup Interation, Int. J. Gr. Psychother., XXIV, 288-299, (1974).
43. ROGERS, Carl R., Grupos de Encontro, Moraes Editores, Lisboa, (1972).
44. ROGERS, Carl R., Psicoterapia y Relaciones Humanas, Teoria y Practica de la Terapia no Directiva, 2 tomos, Alfaguara, Madrid-Barcelona, (1967).
45. SCHUTZENBERG, Anne-Ancelin, O Teatro da Vida, Psicodrama, Livraria Duas Cidades, S. Paulo, (1970).
46. SCHUTZ, William, Todos Somos Uno, La Cultura de los Encuentros, Amorrortu Editores, Buenos Aires, (1973).
47. SCHUTZ, William , O Prazer, Expansão da Consciência Humana, Imago Editora, Rio de Janeiro, (1974).
48. SCHVINGER, Amaryllis, Grupo-T e Psicoterapia de Grupo: Uma Comparação, Tese para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica, PUC, Rio de Janeiro, (1974).
49. SHEPARD, Martin; LEE, Marjorie, Maraton 16, Dezesseis Horas de Experiências Sensoriales, Granica Editor, Buenos Aires, (1971).

50. SMALL, Leonard, As Psicoterapias Breves, Imago Editores, Rio de Janeiro, (1974).
51. SOMMER, Robert, Espaço Pessoal, Editora da Universidade de S. Paulo, S. Paulo, (1973).
52. SNORTUM, John R., ELLENHORN, Lewis J., Predicting and Measuring the Psychological Impact of Non-verbal Encounter Techniques, Int. J. Gr. Psychother., XXIV, 217-229, (1974).
53. SALOMON, Lawrence N.; BERZON, Betty (Editores), New Perspectives on Encounter Groups, Lossey-Bass, USA, (1972).
54. STEVENS, John O., Awreness: Exploring, Experimenting Experiencing, Real People Press, Utah, USA, (1971).
55. TREPPA, Jerry, A.; FRICKE, Lawrence, Effects of a Marathon Group Experience, J. Couns. Psychol., 19, 466-467. (1972).
56. TRUAUX, C.B., The Process of Group Psychotherapy, Psychol., Monogr., 75, (1970).
57. VOLSKY, Theodore, et al., The Outcomes of Counseling and Psychotherapy, Theory and Research, University of Minnesota Press, USA, (1965).
58. WALKER, Nigel, Teoria y Pratica de la Psicoterapia, Editorial Troquel, Buenos Aires, (1967).
59. WHATE, Robert, W., La Psicoterapia, Editorial Escuela, Buenos Aires, (1964).

60. WHITAKER, Doraty Stock; LIEBERMAN, Norton A., Psico-
terapia de Grupos, Editorial Troquel, Buenos Ai
res, (1969).
61. WHITMAN, Roy M., Dreams About the Group: An Approach
to Problem of Group, Int. J. Gr. Psychother.,
XXIII, 408-420, (1973).
62. WOLMAN, Benjamim B., Técnicas Psicoanalíticas, Edito
rial Troquel, Buenos Aires, (1972).
63. ZIMMERMANN, David, Estudos sobre Psicoterapia Anali-
tica de Grupo, Editora Mestre Jou, S. Paulo,
(1971).

Tese apresentada no Departamento de Psicologia
da Pontifícia Universidade Católica do Rio
de Janeiro, fazendo parte da Banca Examinadora
os seguintes professores:

Eliezer Schneider

Prof. Dr. Eliezer Schneider

Maria Helena Novaes Mira

Prof^a. Dra. Maria Helena Novaes Mira

Monique Rose Aimée Augras

Prof^a. Dra. Monique Rose-Aimée Augras

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 18 de abril de 1975

Stella Cecilia Soares de Jesus
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação

e Pesquisas do Centro de Teologia e

Ciências Humanas

