



**PUC**  
**RIO**

**Regina Lúcia Lima Pontes**

**“Psicoterapia de grupo breve focal: Atualidade e viabilidade de uma nova proposta terapêutica”**

**Dissertação de Mestrado**

**Rio de Janeiro, 9 de outubro de 1998**

**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>**

N.Cham. 150 P814 TESE UC  
Título Psicoterapia de grupo breve focal



Ex.1 PUCB

0136366

**REGINA LÚCIA PONTES**

**PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE FOCAL**

**Atualidade e viabilidade de uma nova proposta terapêutica**

**Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia  
da PUC-RJ como parte dos requisitos para obtenção do  
título de Mestre em Psicologia.**

**Orientadora: Dra. Angela Baraf Podkameni**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO**

**Rio de Janeiro, 9 de outubro de 1998**



92698

150  
P824  
TESE UC

*"Chegou um tempo em que não adianta morrer.  
Chegou um tempo em que a vida é uma ordem.  
A vida apenas, sem mistificação*

*.Carlos Drummond de Andrade*

*A Roberto, pela paciência e desprendimento em muitas horas solitárias;*

*À Viviane, pelo constante encorajamento e o chocolate:*

*A Gustavo, pelo "apoio tecnológico" com esse, para mim, obscuro objeto da modernidade;*

*À Beatriz, pelas reclamações quando meu envolvimento com o trabalho ultrapassou alguns limites.*

*A todo esse grupo que trabalhou dentro de suas peculiaridades para que eu alcançasse um objetivo, o meu amor.*

## AGRADECIMENTOS

- À Dra. Vera Lemgruber, mais do que uma incentivadora, alguém que desde os tempos da minha graduação, acreditou, confiou e abriu as portas para que eu pudesse realizar e mostrar meu trabalho.
- À Dra. Angela Baraf Podkameni, pelos valiosos encontros para orientação, sempre plenos de uma sincera acolhida.
- Ao CAPES, pela bolsa concedida durante o prazo do curso, sem a qual não teria viabilizado a pesquisa.
- Ao Dr. Jaime Bisker, companheiro em parte nessa jornada, pela paciência e respeito profissional.
- À Simone Freitas e Rosemary Pontes, amigas e parceiras no campo terapêutico.
- A todos os profissionais amigos, do Mestrado e fora dele, que, de alguma forma, respaldaram e contribuíram na realização desta empreitada, especialmente Danielle Goldrajch e Helena Jahara.
- Aos pacientes do Setor de Grupo, do Setor de psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do Prof. Jorge Alberto Costa e Silva, do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que puderam me propiciar uma imensa troca e material, mais do que para a pesquisa, para a Vida.
- À minha amiga e cunhada Márcia, pela paciência, carinho e companheirismo no decorrer de horas frente ao computador.

## RESUMO

Às vésperas do III Milênio todo o mundo sofre a influência deste tempo.

As teorias e práticas psicoterapêuticas não estão isentas desta situação e acabam por refletir a urgência, a exigência de produtividade, a eficiência.

A urgência pede terapias mais rápidas, o que quer dizer um tempo mais curto para o seu processo. A exigência de produtividade remete a alívio de sofrimentos e desenvolvimento de capacidades potenciais do indivíduo que estejam momentaneamente inibidas ou paralizadas por conflitos com os quais não sabe lidar. A eficiência se salienta na concretude dos ganhos sentidos e obtidos a partir do trabalho terapêutico e que serão levados para a vida de relação extra terapêutica de forma mais gratificante e satisfatória. O tempo atual é também propício à reflexão de como estamos vivendo e o que desejamos para nós - individualismo e isolamento ou grupalidade e laços de pertença.

A presente dissertação visa propor uma nova forma de atuação terapêutica - a Psicoterapia de Grupo Breve Focal - que possa atender às exigências desse momento tanto quanto venha preencher as necessidades intrínsecas da própria construção da subjetividade - nascemos e existimos em grupo.

Informados pela teoria interpessoal de Sullivan, nosso trabalho focal tem origem nas dificuldades na ação interpessoal de seus membros, observadas no tempo do "aqui-e-agora" do movimento grupal. A técnica utilizada nos permite abreviar o tempo de tratamento.

A população que gerou a pesquisa foi a ambulatorial do Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro - brasileiros da metrópole, empobrecidos material e emocionalmente.

A partir dessa nossa experiência e da arquitetura de um rosto teórico-técnico dessa modalidade terapêutica esperamos que essa abordagem possa ser inserida tanto em nível ambulatorial quanto na prática privada, beneficiando a maioria dos usuários dos serviços psicológicos.



## ABSTRACT

At the tail end of the second millennium, the whole world suffers the influence of this time period.

The psychotherapeutic theories and practices are not exempted from this situation and, reflecting the urgency, demand for productivity and efficiency.

The urgency requires quicker therapies, which involve a shorter time period for the entire process. The demand for productivity leads to the relief of suffering and to the development of the individual's potential capabilities, which are momentarily inhibited or paralyzed by conflicts with which the individual cannot cope. The efficiency is accentuated by the concreteness of the gains felt and obtained as a result of the therapeutic work, which will be taken to the outside world in a more gratifying and satisfactory manner. The present time period also favors the reflection of how one is living and what one's desires are - individualism and isolation or group work and fraternity.

This dissertation aims at proposing a new form of therapeutic action - Brief Focal Group Psychotherapy - that can meet the demands of this moment as well as fulfill the intrinsic necessities of the construction of subjectivity - we are born and exist in group.

Based on Sullivan's interpersonal theory, our work has its origins in the difficulties in the interpersonal action of its members, observed at the time of the "here-and-now" of the group movement. The technique used allowed us to abbreviate the duration of treatment.

The population which generated the research was the ambulatorial one of the Psychotherapy Sector of the Psychiatric Service of Santa Casa de Misericórdia's General Hospital of Rio de Janeiro - Brazilian's of the metropolis, emotionally and materially disabled.

Sketching from our experience and the theoretical-technical architecture of this modality, it is expected that this approach could well be inserted both on an ambulatorial as well as on a private practice level, benefiting most users of psychological services.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE .....</b>	<b>12</b>
<b>I.1 - Aspectos relevantes de um encontro chamado psicoterapia .....</b>	<b>12</b>
<b>I.2 - Eu e muitos outros - nós, o grupo .....</b>	<b>22</b>
<b>I.2.1 - O grupo terapêutico.....</b>	<b>24</b>
<b>I.3 - A psicoterapia breve.....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO II - TECENDO UM TRABALHO FOCAL .....</b>	<b>45</b>
<b>II.1 - O que vem a ser “focalizar” .....</b>	<b>45</b>
<b>II.2 - O movimento dinâmico .....</b>	<b>48</b>
<b>II.3 - A construção focal no ato de narrar - Strupp e Binder .....</b>	<b>53</b>
<b>II.4 - Como pontuamos a focalização.....</b>	<b>62</b>
<b>CAPÍTULO III - PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE FOCAL:</b>	
<b>UM NOVO MODO DE ATUAR TERAPEUTICAMENTE .....</b>	<b>65</b>
<b>III.1 - Aspectos relevantes na construção do modelo proposto.....</b>	<b>65</b>
<b>III.2 - O início do trabalho.....</b>	<b>73</b>
<b>III.3 - Modificações à proposta inicial .....</b>	<b>75</b>
<b>III.4 - Seleção dos pacientes .....</b>	<b>79</b>
<b>III.4.1 - Indicações e contra-indicações. O modelo do grupo.....</b>	<b>79</b>
<b>III.4.2 - Como se faz a seleção .....</b>	<b>83</b>
<b>III.5 -Tempo de duração do trabalho terapêutico.....</b>	<b>89</b>
<b>III.6 - Objetivos do tratamento.....</b>	<b>96</b>
<b>III.7 - Teoria da mudança em psicoterapia .....</b>	<b>98</b>
<b>III.8 - As técnicas e sua utilização.....</b>	<b>103</b>
<b>III.8.1 - O trabalho no “aqui-e-agora” no processo grupal.....</b>	<b>107</b>
<b>III.8.2 - O trabalho no e do afeto .....</b>	<b>111</b>
<b>III.8.3 - Como nos utilizamos da focalização .....</b>	<b>114</b>
<b>ILUSTRAÇÃO CLÍNICA .....</b>	<b>119</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>130</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>134</b>

## INTRODUÇÃO

É nas metrópoles que podemos ver bem refletido o estado de coisas que vivemos. Com o número exacerbado de habitantes os problemas aparecem e, como consequência, a deficiência de seus suportes básicos - saúde, educação e segurança. Estamos vivendo a urgência do fim do milênio e a era de uma tecnologia que parece não ter limites. E é nas sociedades altamente organizadas que a desorganização social fica mais evidente.

Não é portanto necessário que caminhemos muito para nos depararmos com acontecimentos que refletem uma crise geral que atinge a todos nós, neste momento de final de século. É preocupante o destino da integridade física e psíquica de todos aqueles que compartilham esta situação.

Mas essa “desorganização” tem seu aspecto positivo - ela pode gerar novos modos de organização. Se as pessoas fossem esperar pelo estado de “não-crise” para criarem, possivelmente toda a humanidade estivesse sem caminhar desde há muito. São as crises, os problemas, as dificuldades que fazem com que nós exercitemos nosso potencial criador, transformador.

Observamos que todas as revoluções culturais são precedidas por uma gama de situações que funcionam como indicadores do que temos como conceito de crise - a percepção da desorganização em diversos níveis, a maior incidência de crimes, de desordens mentais e a intelectualidade agitando-se, querendo analisar e dar conta desse momento. Isto traz naturalmente a sensação de insegurança, abandono, de isolamento e incremento do lado místico-religioso que existe no ser humano.

A sociedade como um todo, num grande desafio, ainda não consegue digerir completamente suas dificuldades até porque os dispositivos por ela criados sofrem os efeitos do desequilíbrio, da disparidade entre filosofia e prática, projetos e realizações, intenções e ações.

Assustado e desorientado, o homem acaba por nortear seus princípios no egoísmo, na luta desesperada pela competitividade no avanço tecnológico, pelo poder político-econômico, na visão distorcida de que existem alguns humanos que são pessoas - seres capazes de entender suas verdadeiras experiências de vida, os sentimentos relativos a si e

aos demais - e outros que são “não-pessoas” isto é, uma suposta categoria humana mas não de semelhança.

Nessas circunstâncias, não é difícil de se imaginar os conflitos sociais e emocionais que advém. Desequilíbrios se acentuam, principalmente os relacionais: conviver torna-se tarefa extremamente árdua, justo por sermos seres biológicos gregários, supostamente chegados à civilização, ou ao que se compreende por ela.

Num país como o nosso onde pouco ou nenhum interesse se dá à educação e à saúde, fica evidente o despreparo dos nossos órgãos responsáveis, incapazes de formalizar e instrumentalizar políticas que, em realidade possam assistir à população nesse contexto tão complexo.

Olhando as pessoas de nossa cidade, o desespero da luta pela sobrevivência aliado à carência de recursos financeiros e de informação fazem da nossa população alvo da atenção de profissionais de várias áreas. Objetivam esses profissionais investigar alternativas que possam trazer um mínimo de equilíbrio ao sujeito para que ele possa viver com um mínimo de dignidade.

Essa situação não podia deixar de se refletir nos instrumentos de cuidados à saúde tanto física quanto mental das pessoas, e qualquer modelo que se proponha a esta finalidade terá que levar em consideração vários fatores.

Isso implica que não se conseguirá mais olhar a pessoa que adoce fora do contexto que a fez adoecer. Um reconhecimento desse contexto onde se constróem as malhas dos padrões interrelacionados que levam ao desequilíbrio terá que ser feito. E à pessoa, deve-se o respeito de investigar o que se passa com ela e, se possível, informá-la de qual a natureza e extensão do seu padecimento.

Esse contexto é um sistema multidimensionado no que diz respeito aos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Isso naturalmente requer uma equipe multidisciplinar integrada que possa compartilhar a mesma concepção de pessoa e saúde.

Quando a própria Física, no nosso século, passou por algumas revoluções conceituais, ficaram claras as limitações de uma visão mecanicista e reducionista do mundo como pensavam Descartes e Newton. O universo deixou de ser visto como uma máquina composta por vários elementos e pudemos entrever um mundo que não se imaginava tão harmonioso e indivisível, composto por redes de relações dinâmicas que se entrecem, se confundem, estabelecem padrões, incluem o observador humano e sua consciência. Quem

observa só pode lidar com descrições da realidade porque ela não existe em si. As teorias da relatividade e quântica foram as grandes responsáveis por esse olhar. Tempo e espaço são circulares.

O universo, como um processo dinâmico e complexo, acolheu uma nova concepção hierárquica - a do em-relação: superior, igual ou inferior? Depende das relações que se estabeleçam entre os elementos em questão. Ao observar um objeto pode-se chegar a um nível analítico de separação e classificação de seus elementos, mas também deparar-se com uma entidade não analisável do ponto de vista de uma relação de independência mas possível sob o olhar da interdependência.

A partir destas considerações somos levados a pensar que dentro da nossa área - a Psicologia - das indagações psicofísicas de Fechner (1850) à interpretação dos sonhos de Freud (1900), um longo percurso e muitas perspectivas abertas.

Destaca-se aí o ritmo crescente da atividade psiquiátrica. A última década - chamada a do cérebro - trouxe grandes contribuições com os estudos dos neurotransmissores e seu alcance, assim como os estudos da atividade cerebral através do circuito PET-SCAN. Intensificam-se as pesquisas sobre as "doenças do final do milênio" - depressão, ansiedade, síndrome do pânico. Doenças que salientam a corrida contra o tempo, a rapidez dos modos de produção, a fugacidade da existência, a superficialidade nos relacionamentos sobrecarregados de uma exigência que os torna desprazerosos e aflitivos; a necessidade de controlar o tempo, as situações e as pessoas, a sensação do abandono e o medo do aniquilamento. Os consultórios psiquiátricos e psicológicos só não estão mais cheios pela falta do recurso material exigido para os tratamentos e pela intensa busca místico-religiosa, característica de nosso povo.

Com o aumento da demanda e o empobrecimento social, os hospitais gerais superlotam e acabam por assumir a possibilidade de uma parca drenagem. Por absoluta carência de atenção dos órgãos que os regem tornam-se eles um palco privilegiado para a exibição de cenas dramáticas de desespero e impotência daqueles que buscam ajuda e daqueles profissionais que querem exercer suas práticas e não têm meios para tal.

É difícil a situação. Da mesma forma, os programas de pesquisa esbarram em toda a sorte de dificuldades: falta espaço adequado, falta material, faltam recursos financeiros que, quando aparecem, muitas vezes não têm o destino adequado. Quantos equipamentos de primeira linha não têm possibilidade de serem operados porque a rede elétrica do hospital

não os comporta? Quantas salas equipadas e sem recurso humano capacitado para lidar com os equipamentos? Quantas idéias, boas idéias, consumiram anos de estudo e pesquisa e não têm como sair do papel porque não há dinheiro? Quantos projetos em andamento tiveram morte súbita porque governos mudaram, políticos se viram desprestigiados? E mesmo assim há profissionais que se envolvem e buscam, insistem e conseguem algumas alternativas interessantes em diversas áreas de saúde mental.

Buscando formas de cuidado que se adaptem melhor às exigências desse tempo que vivemos bem como abrir perspectivas a trabalhos mais criativos e abrangentes, a integração e o trabalho multidisciplinar vêm ganhando espaço.

Nos serviços de atendimento psicológico em hospitais, clínicas ou centros comunitários, as psicoterapias surgem como um método que se propõe auxiliar no restabelecimento de um sentido que o sujeito perdeu em algum momento da sua vida psíquica. É sua proposta possibilitar a criação de novos sentidos e significações que permitam a ele novos rumos em sua própria história, apresentando novos projetos e a perspectiva de um futuro melhor, menos sofrido para esse sujeito. Para quem sofre, o futuro é amanhã e o objetivo maior continuar vivo, mantendo suas atividades.

Neste panorama que, a bem da verdade, não está restrito ao nosso país ou à nossa cidade - é uma vivência mundial - profissionais de saúde mental, basicamente psicólogos e psiquiatras, vêm trabalhando no sentido de prover abordagens que possam atender às idiossincrasias do momento atual.

Investigando modelos de psicoterapia que pudessem melhor responder às peculiaridades da clientela de ambulatório dos hospitais gerais, as psicoterapias breves, vêm, naturalmente, como uma alternativa que possa trazer benefícios reais ao usuário, num menor espaço de tempo, uma vez que opera no nível da atenção e limitação de um tempo, que sabemos ser inexorável independente de como o utilizamos, e no privilégio a determinados focos oriundos dos conflitos que vêm impedindo um desenvolvimento adequado daquele que está sofrendo. Num tempo em que tudo caminha tão rápido, cada encontro terapêutico é valioso.

Esse momento delicado que ora vivemos pode ser caracterizado por um processo acirrado de individualismo, numa tentativa, eu diria suicida, de "salvar" o sujeito do desencantamento com o mundo e da fragmentação da realidade. Nossa cultura industrial

ocidental repousa em valores atrelados à competição, personalismo e dominação em detrimento de outros como cooperação, fraternidade, parceria.

Com o pensamento voltado para essa direção alguns profissionais da psicologia tendem a centrar-se numa análise introspectiva do sujeito, desconsiderando que este sujeito adoecido está num desequilíbrio físico, emocional e, mais do que isto, num desequilíbrio interacional com ele próprio, com o ambiente social e cultural, e os outros sujeitos. O ser humano vive em constantes interações e quando enferma é nas relações interpessoais que a doença logo se evidencia.

Assim, a concepção interpessoal traz uma forma natural do sujeito estar no mundo - ninguém vive sozinho, para si, a despeito de todos e ainda se sente fazendo parte do grupo social e cultural onde se insere. E mesmo parecendo tão óbvio, são raras as pesquisas em psicoterapia de longa ou curta duração que não se centrem quase que exclusivamente na relação diádica estabelecida entre paciente e terapeuta.

Entendemos que este sujeito que a psicoterapia pretende tratar está inevitavelmente construído a partir de determinada cultura e em determinado grupo social. Para poder cursar a vida em seu fluir, atuar nela e a partir dela, precisa sentir-se harmônico, equilibrado e produtivo dentro desse fluxo.

Dentro dessa perspectiva, o pensamento sistêmico aparece como uma forma de tentar compreender através da noção de processo, antes os opostos e incompatíveis, como: análise e síntese, holismo e reducionismo, indivíduo e sociedade, eu e outro.

Seus conceitos-chave são os de totalidade, organização e padrão. O todo é maior e diferente do que a soma das suas partes e cada uma delas só pode ser entendida no contexto desse todo do qual faz parte. Esse todo se regula por uma corrente de *feedback* (circuitos cibernéticos de retroalimentação positiva e negativa, onde a informação pode viajar para frente e para trás a fim de ensejar a homeostase - equilíbrio - desse todo-sistema).

A organização é feita a partir de relações circulares e não mais lineares (causa e efeito). A padronização acontece pela ligação que eventos e comportamentos formam ao longo do tempo produzindo um certo movimento, passível de flutuações mas identificável, porque é constante e se repete. Tem por finalidade equilibrar o sistema assim como permitir que ele evolua de um estágio a outro.

É ainda, uma propriedade dos sistemas vivos a flexibilidade que avaliza sua auto-organização ou seja, o próprio sistema é capaz de renovar seus componentes, sem deixar

de manter sua identidade (auto-renovação) e conjugar a capacidade criativa de novas formas de aprendizagem e desenvolvimento (auto-transcendência) uma vez que, como sistemas abertos, trocam constantemente energia e matéria com seu meio ambiente, utilizando os componentes que lhes interessam, no grau que lhes interessam para lhes garantir a vida. A flexibilidade garante então ao sistema uma dupla chave: ele pode ser aberto e fechado ao mesmo tempo. Aberto porque em permanente troca com o meio externo a ele. Fechado, por sua capacidade de auto-organização e sua limitação de fronteiras.

Sustentam os teóricos da Teoria Geral dos Sistemas que os sistemas biológicos, psicológicos e sociais mantêm algumas qualidades em comum. Dentre elas estão a mudança e a adaptabilidade, onde a sobrevivência de qualquer sistema vivo, depende de dois processos importantes - a morfogênese e a homeostase, que permitem seu equilíbrio. Se vivem, o equilíbrio é dinâmico, isto é, traz inscrito nele a marca das flutuações múltiplas e interdependentes. Quando o sistema sofre algum tipo de perturbação, sua tendência é o restabelecimento de uma certa constância própria de seu funcionamento. A estabilidade portanto, nunca é absoluta, ao contrário, é extremamente dinâmica. Ela será sempre testada pelo nível das flutuações que ocorrerem. Em certos momentos, sob condições específicas, elas poderão ser tão fortes que levem o sistema a um nível de instabilidade tão alto que o obrigue a tomar novos rumos.

Relacionando esta compreensão ao estado psicológico de alguém, obtém-se um estado altamente complexo, apoiado em várias e possíveis interconexões, em vários níveis. O pensamento sistêmico ainda reflete a possibilidade de um entrelaçamento e escolha dos elementos que comporão o enfoque desejado a determinada questão.

A porção mental e emocional do ser humano e seus fenômenos ganham novas possibilidades de investigação se encaradas como um sistema onde matemáticos, engenheiros, neurocientistas e cientistas ligados às ciências humanas se reúnem para esta aventura. A mente, a emoção, o corpo físico, o cérebro, o meio ambiente, os outros formam um todo bem maior e diferente do que a soma de suas partes.

Usando a lógica matemática para entender o funcionamento do cérebro e aliando os conceitos cibernéticos de *output* (o que o sistema produz para fora dele), *input* (o que o sistema recebe do meio), *feedback* (realimentação) e ajustamento, aglutinaram-se outros



próprios da comunicação, a qual é vista como um processo interdependente e adaptativo entre os comunicadores.

Quando elementos estão se comunicando, quer dizer que estão se associando, cooperando entre si e formando uma organização onde cada ato de comunicar afeta e é afetado por todos os elos dessa corrente que é o comunicar; existe uma interação simultânea entre aqueles que participam deste processo. E, segundo a Pragmática, se todo comportamento é comunicação e toda comunicação é comportamento, ao ser humano é impossível não comunicar. Ao mesmo tempo, é impossível que esses atos ocorram em si, fora de um contexto. A comunicação é portanto, informação e comportamento que ocorrem num nível relacional entre emissor, receptor e meio onde ela se insere.

Desta perspectiva, num sistema, parece que o que fica claro é que o seu funcionamento se dá através de relações de interdependência em diferentes níveis e que, alterando-se um de seus elementos, todo o conjunto sofre as conseqüências. A configuração dessas relações indicam uma constância de forma pela qual o sistema opera ou seja, apontam um padrão de organização. A noção de *padrão* é, assim, fundamental porque concentra a atenção não na questão da substância e sim na questão da *forma*, do como acontecem as conexões que permitem tal movimento.

Isso nos traz de volta a nós humanos, sistemas vivos, e nossas conexões, nossas trocas com outros sistemas. Ao fato de que fazemos parte de uma realidade que inclui o registro do que se passa dentro e fora de nós. Ao fato de que temos uma individualidade, uma singularidade que é resultado do modo como organizamos o dentro e o fora de nós. Ao fato de que sermos um centro é sermos também parte do em torno.

Como *eu* existem outros *eus* operando seus próprios sistemas, estabelecendo suas próprias fronteiras, conectando-se a outros, absorvendo novos elementos e se desfazendo de outros, criando suas próprias relações dinâmicas de interdependências.

E a riqueza que sou *eu* começa com um substrato biológico, um código genético, um organismo animal, produto de um longo percurso evolutivo, mas que, se desprovido das relações sociais e psicológicas com outros *eus*, não permite o meu registro na humanidade. Sistemas que se interconectam.

Desta forma as relações se alteram drasticamente - da condição de organismo animal passa-se para a de animal humano. Humanos agrupam-se.

A psicoterapia, como um método de tratamento às desordens psicológicas, ganha novos contornos, já que o processo de melhora e restauração do equilíbrio também são relativos. Existem processos específicos, um curso característico, uma seqüência própria para se operar a mudança que se deseja em direção a uma melhor avaliação e integração da experiência, isto é, a condições mais adequadas de viver e com diferentes condições de curso.

A modalidade terapêutica - grupo - soma-se a esse quadro e assume uma posição que não se restringe a encurtamento de filas de espera, exigências de produtividade dos ambulatorios ou simples economia de tempo e dinheiro. O poder do instrumento grupo deriva-se da importância exercida pelas interações pessoais sobre o desenvolvimento psicológico do ser humano. Já que é utilizado de várias formas remete a uma complexidade de recursos técnicos que permite que nos ocupemos das relações interpessoais numa dinâmica social mais ampla, numa aproximação de que viver é interagir.

E nos parece uma das perspectivas básicas para nossas premissas do valor desse tipo de atendimento, a visão do grupo não como uma entidade autônoma em relação a seus componentes mas sim a ação interpessoal desses componentes como constitutiva deste grupo. Cada membro traz uma história para contar, uma dinâmica no viver, além de uma forma pessoal de atuação na relação interpessoal que configura esse grupo. Daí a riqueza de todo um material que surja para confrontação e elaboração ou para o trabalho terapêutico.

O pré-conceito com relação ao trabalho de grupo instaura-se, por vezes, pelo desconhecimento do grau de suas possibilidades, de técnicas e referenciais distintos, de uma certa aversão a tudo o que é coletivo - como se isso significasse algo menor - numa época onde imperam o culto ao individualismo e ao isolamento. Alie-se a isto um tipo de comunicação cada vez mais distante e impessoal além da aceleração do mundo moderno.

Desenvolvendo meu aprendizado clínico há seis anos no Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia - RJ, atual Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Saúde Mental, essas questões naturalmente entrecortam nossa vivência do dia a dia.

Acompanhando uma tendência mundial, é filosofia deste Serviço que a maioria dos quadros clínicos que nos chegam possam ter um melhor prognóstico se tratados ambulatorialmente e com acompanhamento psicológico paralelo. Assim, esta Unidade hospitalar mobiliza cerca de sessenta profissionais entre psiquiatras e psicólogos.

A demanda de atendimento que surge aí supera em muito as expectativas e, conseqüentemente, formam-se as filas de espera.

O Setor de Psicoterapia atua a partir de duas modalidades de trabalho terapêutico - psicoterapia breve focal individual e grupal.

A primeira, desde a sua implementação, recebe constante respaldo e aprimoramento no que diz respeito a possibilidades de desenvolvimento e incremento através de intercâmbios com profissionais experientes da área, cursos e especializações.

A segunda surgiu primordialmente da necessidade de absorção das filas que se formavam. Naturalmente procurou-se que esta modalidade seguisse os princípios teóricos adotados pelo Setor - psicoterapia breve focal.

Como algo novo, alguns ensaios a partir dos princípios propostos para o trabalho breve focal individual foram pesquisados. Estamos nos remetendo a 1989/1990 onde o primeiro grupo funcionou por um ano e meio. Ressalte-se que poucos foram os profissionais que abraçaram esse campo e o trabalho com grupos colocou-se numa posição marginal e experimental. Acredito que isto tenha ocorrido em função do trabalho ainda estar por fazer, se o comparássemos ao que era desenvolvido a partir da terapia individual. Os ensaios que foram feitos tiveram uma feição empírica e pouco sistematizada, já que toda uma nova forma de pensar e abordar o novo se impunha. O Setor viu-se obrigado a examinar, avaliar e criar.

Depois de estar atuando como psicoterapeuta breve na prática individual, neste Setor, há três anos, comecei a me interessar e entrever as possibilidades terapêuticas que este instrumento - grupo - poderia trazer, atendendo não só a demanda prática e concreta que se caracteriza no contingente excessivo que recebemos mas principalmente no aporte filosófico e teórico que refletem nosso tempo e nosso trabalho.

Foi partindo do exposto que, mais do que aplicar técnicas conhecidas de atendimento grupal, nos dedicamos a desenvolver um trabalho novo que conjugasse alguns aspectos dessa modalidade terapêutica com a técnica focal e as necessidades da população que nos procura, tendo sempre em mente, é claro, a possibilidade de indicação para este tipo de atendimento.

Partimos do princípio que no grupo, cada indivíduo estará recortado em sua história, acompanhado nos seus movimentos interpessoais, na sua dinâmica, em seus momentos de reflexão e trabalhando seus próprios códigos. Ele seria formado pela população de

ambulatório que, compartilhando o mesmo universo sócio-cultural, poderia se sentir mais à vontade na expressão de seus sentimentos. O outro igual tem grandes chances de transmitir modelos identificatórios que lhes sejam mais fáceis de serem percebidos e apreendidos uma vez que mais próximos de sua realidade. Assim como o terapeuta de grupo pode ser também olhado pelo paciente como “mais um membro” e, desta forma, com mais facilidade, assumir sua função fundamental de elemento unificador e facilitador da comunicação e atuação interpessoal de seus membros. Isto implica trocas mais naturalmente mantidas, e a facilitação do surgimento de conflitos e sintomas que possam ser trabalhados.

Verificamos também que existem trabalhos realizados com grupos num formato breve ou mesmo focal, mas não nos moldes em que pensamos realizá-lo. A nós não interessa a brevidade pautada numa escassez de tempo ou exigência de produtividade ambulatorial. Também não nos interessa tratar grupos homogêneos em suas queixas ou patologias, o que nos levaria a tê-las como foco de trabalho.

Para nós, a brevidade é uma consequência da técnica adotada e a focalização o resultado de uma análise da atuação interpessoal do sujeito na relação grupal. A diferença, a diversidade que enriquece e expande o universo pessoal e interpessoal é marcante na nossa abordagem.

A proposta que fizemos foi no sentido de verificar como relacionar os elementos psicoterapia, grupo, breve e focal para que, a partir deles, se construa um corpo sistemático teórico e técnico capaz de contribuir ao campo das psicoterapias de grupo e às pesquisas que objetivam qualidade e eficiência num tempo mais exíguo. Além disso, demonstrar como viabilizar e realizar este trabalho.

A psicoterapia, como um método capaz de propiciar em nível significativo o acesso aos nós interpessoais que estejam impedindo os processos de mudança necessários àqueles que sofrem por padrões de atuação que se estabelecem e tendem a se cristalizar no tempo de forma insatisfatória, traduzindo uma forma do sujeito lidar com a vida e suas circunstâncias.

O grupo, como um instrumento fundamentalmente dinâmico, que promove múltiplas interações, capaz de ensejar um maior número de vivências interpessoais a serem experienciadas terapêuticamente, em termos de abertura de um leque de contatos com simpatias e antipatias, semelhanças e diferenças. Inveja, agressão, medo, competitividade,

*feedbacks* enviados e obtidos, dentro de um contexto interpessoal realista que possa fomentar interações mais satisfatórias e gratificantes.

O manejo do tempo na terapia, que não descarta a realidade cronológica, de forma breve ou de tempo limitado, como poderoso auxiliar no processo de tratamento - um tempo presente atual que permite, a partir das condições que cria de urgência e integração de eventos, ser um tempo terapêutico propício a transformações criativas no sujeito.

A focalização, como recurso técnico e estratégico indispensável a um planejamento de alcance a certos objetivos fundamentais à mudança caracterológica do sujeito, sempre de acordo com suas possibilidades psíquicas.

Esses quatro elementos constituem a espinha dorsal do nosso tipo de trabalho.

Fazer portanto um estudo específico em **Psicoterapia de Grupo** num modelo **Breve Focal**, a partir dessa população descrita, passível de contribuição ao campo e aos usuários dos serviços psicológicos é o nosso objetivo na presente dissertação.

Para consubstanciar este objetivo, vamos partir basicamente de correntes de atuação em psicoterapia grupal, ouvindo os seguintes autores: Harry Stack Sullivan, Irwing D. Yalom e Hans Strupp e Jeffrey Binder, pautando-nos numa visão integradora teórica e prática. O primeiro nos direciona nos caminhos da interpessoalidade, o segundo da grupalidade e a dupla Strupp-Binder no trabalho focal.

Isto não quer dizer que dispensaremos contribuições que façam eco à nossa proposta. Como dissemos ao início, os tempos são os da expansão via integração. O pensamento sistêmico e as pesquisas em psicoterapia breve nos auxiliarão neste percurso, assim como o suporte dado pelo olhar de DaMatta lançado sobre a população brasileira.

Num primeiro momento, fazemos uma análise de cada um dos termos que nomeiam a modalidade terapêutica que estamos praticando. O segundo momento congrega aquilo que nos é interessante da análise feita anteriormente para a nossa proposta, conferindo assim um rosto teórico-técnico à **Psicoterapia de Grupo Breve Focal**.

Optamos pela inserção de ilustração clínica do trabalho que vem sendo desenvolvido e que fez parte de nossa pesquisa para que o leitor possa fazer uma melhor apreciação crítica da sua dinâmica.

Esperamos lograr.

## CAPÍTULO I

### PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE

#### I.1 – Aspectos relevantes de um encontro chamado psicoterapia

Platão define o termo “terapia” (therapéian, em grego) como “cuidado”<sup>1</sup>. E como aponta Mezan, no diálogo do texto Êutifron, “o cuidado consiste num benefício e num proveito daquele a quem cuidamos, como se verifica que aproveitam e melhoram os cavalos sob o cuidado do palafreireiro.” Mezan chama a atenção para o envolvimento das noções de benefício, melhoria, especialidade:

“Se transpusermos a noção platônica para o caso da psicoterapia, poderemos dizer que ela consiste no cuidado dispensado à psique por um especialista, e que resulta num benefício para o paciente, benefício que pode ser caracterizado, por exemplo, como a melhoria de seu estado emocional, o que o conduziria a dispor de melhores condições para funcionar e se relacionar com outras pessoas.” (p.26)

Acrescentaríamos que, psicoterapia é uma forma de tratamento específica que leve em conta as desordens psicológicas ou emocionais, onde uma pessoa treinada estabelece uma relação verbal ou não-verbal com uma ou um grupo de pessoas, com o propósito de intervenção. Essa intervenção auxilia no alívio ou remoção de sintomas através da modificação de padrões dos comportamentos perturbadores existentes; traz portanto modificações de sentimentos, cognições e atitudes, promovendo assim o crescimento da personalidade dessa(s) pessoa(s). Gradualmente o paciente torna-se mais autônomo, mais auto-dirigido, mais responsável por seus sentimentos, crenças e ações. Aprende a fazer mudanças dentro de si mesmo e no ambiente onde vive, o que permite a ele sentir e atuar diferentemente do que estava acostumado. Assumindo e se vendo com diferentes

---

<sup>1</sup> Apud Mezan, R. - Psicanálise e psicoterapia in A vingança da esfinge. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1988.

possibilidades de atuação na vida, aquele que se submete a um processo terapêutico ganha confiança em si e nos outros.

Está em processo a aprendizagem sobre si mesmo e sobre os outros com os quais lida. O trabalho baseia-se na assunção de que sentimentos, cognições, comportamentos e atitudes são produtos da experiência de vida de cada um. E, ainda, no fato de que, como atestam vários estudos, age com maior eficácia se o paciente deseja a mudança e está motivado para ela; se o ambiente no qual vive tolera essa mudança e se os obstáculos internos à aprendizagem como defesas e rigidez de caráter não são intransponíveis.

Parece-nos que o grande comprometimento da psicoterapia está em propiciar meios ao sujeito para que se torne senhor dos seus próprios direitos e atos, uma pessoa que cresça ou possa lutar para crescer de forma independente e livre.

Isso nos leva a pensar também no tipo de relação que se estabelece entre as pessoas, entre terapeuta(s) e paciente(s); no tipo de comunicação que aí se realiza; no papel que desempenha cada um dos envolvidos; na importância do campo de interação; nos padrões de relação que se produzem entre essas pessoas em determinado contexto.

A interessoalidade surge, assim, como uma via de possibilidade, uma abordagem para um enfoque operativo, prático e dinâmico nessa teia que se tece entre terapeuta (o especialista que cuida) e paciente (o que padece e se permite cuidar), uma vez que é primeiramente no interpessoal que se apóiam as relações entre pessoas.

A atividade psicoterápica é uma atividade dialógica, um cruzamento de perspectivas que acaba por levar seus participantes a uma compreensão compartilhada do que possa estar acontecendo. Esta visão não é objetiva nem subjetiva. Ela é intersubjetiva isto é, uma tendência do ser humano para reconhecer e levar em consideração a experiência que é pessoal e subjetiva de outros; e não simplesmente ajustar-se ao seu comportamento observável. Sendo dialógica, terapeuta e paciente comprometem-se na visão de mundo trazida por ambos. Mas, apesar de ambos estarem imbricados nesta relação, o terapeuta deve ser um especialista do campo interpessoal.

Neste campo, o movimento psicanalítico da análise culturalista (1930-38) traz as contribuições de seu maior expoente, segundo a maioria dos escritos sobre este momento do movimento psicanalítico - Harry Stack Sullivan (1892-1949).

Sullivan defendia a idéia de que a personalidade era uma entidade hipotética porque tudo o que se poderia atribuir a ela partia da observação de um comportamento

interpessoal. Segundo Kaplan e Sadock (1984), trabalhando com cientistas sociais e antropólogos, especialmente Edward Sapir e Cotrell, apresentou suas idéias de forma mais sistemática e explícita do que seus contemporâneos psiquiatras, o que pode fazer dele um teórico influente ligado à chamada escola culturalista de Chicago. Reconheceu a preponderância não só de ciências como a Biologia e a Física como também de teorias antropológicas e sociológicas. Dedicou-se ao que ocorria entre paciente e terapeuta - a relação interpessoal - desenvolveu conceitos como dinamismo, padrão, operatividade, importância do meio e pressões culturais exercidas sobre o indivíduo, preponderância da interpessoalidade na estruturação da personalidade.

Fazia restrições à teoria instintivista de Freud e, por isso mesmo, enfatizou as relações entre homem e sociedade, empenhando-se junto aos denominados neo-freudianos, em desenvolver uma ciência das relações humanas, baseando-se no estudo das culturas. Por isso mesmo observou fenômenos que, naquele momento, não eram alvo das investigações de Freud. Sullivan fixou sua atenção nos padrões ou modelos particulares de interação que se produzem entre duas pessoas, entre mãe e bebê e que são estruturantes do sujeito. Sai assim Sullivan do intrapsíquico para o interpessoal.

De um modo geral os culturalistas apontam que na relação consigo mesmo e com os outros, a comunicação desempenha um papel fundamental onde podemos dizer que, segundo Horney<sup>2</sup>, quatro movimentos básicos se desenham: a aproximação das outras pessoas, o afastamento dos outros, ir contra os outros e mover-se com os outros. Isso pode ser relacionado a quatro necessidades básicas do ser humano - necessidades de amor, independência, poder e cooperação. No equilíbrio destas forças estaria o chamado padrão de normalidade.

A partir daí, a personalidade pode ser entendida basicamente como um produto das interações com outros significantes. A "teoria interpessoal da psiquiatria"<sup>3</sup> traz em seu bojo a noção de personalidade como um padrão relativamente constante, de situações interpessoais periódicas que caracterizariam a vida humana (Sullivan, 1953).

Apoiado em concepções da teoria das relações objetais, distingue ele ainda três níveis do sujeito viver a experiência objetal - prototáxico, paratáxico e sintático. Ao nosso estudo interessa o paratáxico ou seja, o nível onde o sujeito se utilizaria de símbolos numa

---

<sup>2</sup> Apud KALPAN & SADOCK, 1983.



forma pessoal, particularizada (muitas vezes com conexões que nada têm em comum), percebendo tempo e espaço na experiência.

Ele utilizou a expressão “distorções paratáxicas” para descrever a propensão do indivíduo em distorcer, através de julgamentos e atitudes, sua percepção de outros numa situação interpessoal ou seja, quando uma pessoa se relaciona com outra, porém em termos de uma “personificação”. A personificação é um processo dinâmico e complexo, envolvendo sentimentos e atitudes onde o indivíduo forma uma imagem de si mesmo ou de outra pessoa. Ela existe sobretudo na fantasia daquela que distorce baseada nos padrões consolidados nas primeiras experiências. Esse complexo advém da sua própria experiência. Isso naturalmente influencia sua atitude para com os outros. O que for previamente desenvolvido em relações interpessoais precoces será utilizado pelo sujeito em encontros interpessoais posteriores, num processo semelhante à transferência. Porém, isto não significa que esta ocorrência seja apenas na transferência de atitudes de figuras da vida real mas também de uma distorção da realidade interpessoal numa resposta à necessidades intrapessoais. Há um referencial primitivo ou operações cognitivas primitivas (prototáxicas - que inclui um nível primitivo de percepção e sentimentos ou mesmo paratáxicas) que freqüentemente ocorrem de forma encoberta, por causa da sociedade ocidental que tende a desencorajar o uso delas, segundo Kaplan (1984). Essas distorções tendem a ser auto-perpetuadas. E na visão de Sullivan podem ser corrigidas estrategicamente por uma “validação consensual” isto é, comparando-se as avaliações interpessoais de um (quem distorce) com as de outros.

Acreditamos que este é um processo cognitivo fundamental em psicoterapia.

As pessoas necessitam de outras pessoas para iniciar e continuar seu processo de sobrevivência, socialização e satisfação de suas necessidades. E trabalhar no nível interpessoal requer “aprendizagem” (organização da experiência) e “dinamismo”, dois conceitos dos quais não nos afastaremos, a partir também do pensamento de Sullivan.

Ao estruturar esses dois conceitos de sua teoria, parte ele do pressuposto de que existe uma realidade definitiva do universo que é a energia. Tudo é manifestação dela. Toda atividade representa o aspecto dinâmico ou científico da energia. O mundo é descrito em um dinamismo onde organismos vivos têm dinamismos particulares. Em sua visão, uma

---

<sup>3</sup> Nome pelo qual é conhecida a teoria psiquiátrica de Sullivan, onde o estudo das desordens mentais importa menos do que o estudo do viver humano.

situação interpessoal não deve ser considerada como algo estático e os dinamismos de interesse para a Psiquiatria são os padrões relativamente duráveis de transformação de energia que caracterizam recorrentemente as relações interpessoais - o interjogo funcional de pessoas e personificações, signos e abstrações pessoais, atribuições pessoais - que compõem a classe humana de ser.<sup>4</sup> A experiência tem sempre uma marca especial que se refere à zona de interação. E é a partir da experiência, na concepção de Sullivan, que se aprende, isto é, é aí que se organizam os atos mais simples. Aprende-se, segundo ele, com informações que a ansiedade pode apontar, por situações de prova e êxito, por recompensa e castigo, por acerto e erro, por educação das relações. Aprende-se portanto a partir da relação, no interagir com outro(s) e impulsionado pela ansiedade.

No pensamento de Sullivan a necessidade de segurança ou seja, de manter a ansiedade num nível ótimo de funcionamento - que possa impulsionar o sujeito sem o desconforto que o impeça de produzir e cumprir seus objetivos na vida - levou-o a demonstrar grande sensibilidade na elaboração de seus "teoremas". Aí enfatiza a importância das relações objetivas e, portanto, daqueles que cuidam e apresentam o mundo ao novo ser humano que nele chega. Daí a relevância dada à ternura, à emoção recíproca (padrões emocionais recíprocos), à ansiedade e ao vínculo empático (não claramente descrito por ele, por considerar os caminhos sensoriais de comunicação entre mãe e filho difíceis de serem investigados; mas uma ligação forte e complexa, pressentida, que pode ser entendida como a capacidade que alguém tem de perceber afetiva e cognitivamente como o outro se sente dentro das situações que vive).

A ternura, segundo ele, poderia ser a via para o estabelecimento do vínculo empático.

“La actividad observada de la criatura, provocada por la tensión de necesidades, provoca una tensión en la persona maternal, tensión que es experimentada como ternura y como una impulsión a actividades tendientes a satisfacer las necesidades de la criatura.”

(Ibidem. Op. Cit. Págs 61/62)<sup>5</sup>

<sup>4</sup> In SULLIVAN, H.S. - La teoria interpersonal de la psiquiatria. Pág. 129.

Centrado em sua unidade de estudo - a situação interpessoal - Sullivan consolidou sua teoria por volta de 1930 e, atualmente, pode-se afirmar que alguns pontos de seu estudo estão sendo retomados por outros teóricos uma vez que falam de perto e de forma simples de aspectos estruturantes básicos do humano que existe em todos nós. Eles são vitais para uma formação que não se restringe à infância mas que se processa ao longo de toda a vida e são fundamentais para o encontro entre humanos.

Sullivan articulou sua teoria a partir de observações empíricas e se utilizou de uma linguagem simples para descrever os fenômenos interpessoais assim como suas conceituações a respeito deles. Seus trabalhos e sua experiência clínica sem dúvida foram marcos decisivos para uma abordagem mais humanística e contextual do processo terapêutico.

Da emergência da psicoterapia como um tratamento especializado no século XVIII, até nossos dias, muitos foram os modelos, as orientações, enfim a exploração deste campo. Nele, de uma maneira geral, os problemas e impasses são aqueles que se referem a definições próprias, à teoria, à técnica e à metodologia que se fazem necessárias e, algumas vezes, não são muito claras, em sua investigação e eficácia.

Hoje, com fins didáticos, agrupam-se as psicoterapias quanto à sua orientação teórica em quatro grandes grupos: as psicanalíticas, as de base analítica, as comportamentais e as cognitivo-comportamentais. Entretanto, numa pesquisa de 1993, Cordioli, refere que a partir dos estudos de Karasu (1977), existem mais de quatrocentos tipos diferentes de psicoterapias, o que nos faz pensar sobre as dificuldades encontradas para a pesquisa de suas formas, o que pode torná-las eficazes ou não, adequadas ou não ao que pretendem tratar.

Nesse caminho, surge todo um desenvolvimento de técnicas ou seja, processos, habilidades específicas, capazes de operarem como poderosos auxiliares no tratamento daqueles que buscam nas psicoterapias um corpo de conhecimento capaz de identificar, esclarecer e possibilitar o encontro do caminho da volta ao equilíbrio psíquico. E é a partir das técnicas empregadas que a teoria ganha a sua aplicabilidade prática. Surgem assim, duas

---

<sup>5</sup> "A atividade observada da criança, provocada pelas tensões de necessidades, provocam uma tensão na pessoa maternal, tensão que é experimentada como ternura e como um impulso a atividades que tendam a satisfazer as necessidades da criança" (Tradução da autora).

formas predominantes de psicoterapia, considerando-se seus participantes e o campo onde o terapeuta intervém: individual e grupal.

Dentro desse panorama, as formas de sua aplicação são muitas e variadas.

Mas será que todos os pacientes sofrem dos mesmos males e todos os terapeutas dominam um único instrumental teórico-técnico para sua atuação? Qual a melhor forma de psicoterapia? A mais eficiente?

Em recente Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1996 - Belo Horizonte), houve uma mesa redonda que tinha como ponto de partida duas perguntas e uma afirmação: “Uma psicoterapia para todos? Uma psicoterapia para cada um? Uma psicoterapia para cada diagnóstico.”. A discussão abre espaço para que a priori, se possa pensar que as psicoterapias não devem ser utilizadas de forma indiscriminada ou hegemônica. Deve-se levar em consideração o doente, a doença e a pessoa do terapeuta com sua bagagem pessoal e teórico-técnica.

Referindo-nos ainda a Cordioli, comenta ele, em sua visão, como as psicoterapias atuam. Concentra-se nas considerações que J. Frank (1971) fez sobre os fatores terapêuticos que influenciam decisivamente no sucesso desse processo. Esses fatores são por ele denominados “específicos” e “inespecíficos”.

Fazendo parte dos “específicos” estariam as técnicas com suas premissas estritas e atreladas a cada escola teórica. Uma forma fechada e purista que consideraria a generalização de sua atuação para quaisquer diagnósticos.

Do lado dos “inespecíficos” estariam os fatores inerentes a uma boa relação humana, à interpessoalidade, como empatia, cordialidade, calor humano, aceitação e apoio a quem sofre, suporte para que ocorra expressão clara e autêntica das emoções.

Pelo que apresenta a maioria dos estudos, parece que a tendência ao uso de uma orientação maniqueísta não tem contribuído muito em termos de pesquisa neste campo, uma vez que se optarmos exclusivamente pela técnica isso acarretaria um certo desinteresse pelo seu próprio aprimoramento ou inovação, já que a “contaminação” advinda do intercâmbio com outras idéias não seria bem-vinda. Se optarmos pelos fatores “inespecíficos”, comuns a quase todas as psicoterapias, também estaríamos colocando ênfase excessiva no humano que há em todos nós e no nível ótimo das relações que podem se estabelecer a partir daí.

A prática nos leva a concordar que técnica sem afetividade, calor humano, empatia, sem uma boa relação interpessoal, não atinge a eficácia desejada; mas também a utilização

exclusiva dos nossos recursos humanos sem um conjunto de procedimentos e regras que viabilize, na prática, o que se deseja operar, tão pouco nos leva a alcançar os objetivos desejados.

Talvez, olhando-se estudos recentes, possamos dizer que mais do que as diferenças entre o variados modelos técnicos, as semelhanças entre eles é que, de fato, fazem a diferença e que poderiam ser considerados os fatores terapêuticos por excelência.

Daí, a tendência mais atual é que não se privilegie um ou outro mas que se integrem os dois, de forma que nenhum deles seja considerado como exclusivo e decisivo na eficácia de um tratamento. Karazu (1986) faz uma síntese sobre este assunto e elege três fatores que seriam comuns às psicoterapias: experiência afetiva, habilidades cognitivas, regulação do comportamento envolvendo novas aprendizagens.

Esta é uma síntese que nos interessa acolher porque envolve as áreas afetiva, cognitiva e interpessoal que consideramos fundamentais na estruturação do sujeito.

Outro fator a ressaltar seria a importância de uma boa avaliação do paciente que chega até o especialista, incluindo-se um critério diagnóstico que auxilie na indicação terapêutica. Nessa avaliação se poderiam incluir os recursos pessoais do paciente, seus suportes sociais, o próprio meio em que vive e os eventuais acontecimentos que, poderíamos dizer, são parte da vida de qualquer pessoa. Assim, vários são os fatores a considerar.

Concorre ainda para o sucesso de um tratamento o grau de envolvimento emocional do paciente no processo terapêutico, já que este pode ser influenciado também pela intensidade do sofrimento e crédito ao tratamento do qual participa. A qualidade dessa participação é de fundamental importância - qual é a percepção que o paciente tem do terapeuta e de sua atuação e do processo por que está passando.

Na organização do que privilegiar, estabeleceu-se inevitavelmente um valor qualitativo para a escolha - o quê e porque privilegiar. Não podemos nos abster de pensar que todo esse movimento teve seu percurso inserido no contexto da cultura ocidental, num período de tempo que abrange meados do século XVIII e todo o século XIX, oriundo da cultura alemã e disseminado na inglesa e francesa.

Nesse período, os avanços da Física, da Linguística, da Antropologia, da Medicina, da Biologia molecular, da Comunicação foram de grande peso.

Em determinado momento privilegiou-se um aspecto em detrimento de outros porque as necessidades e as injunções desse momento assim o requeriam. Porque o avanço das ciências trazia possibilidades para uma expansão do pensamento. Quando se fala em psicanálise, por exemplo, alguns poderiam até dizer que falamos de muitas psicanálises, outros que, mais apropriadamente, da psicanálise em suas diferentes vertentes. Foi o valor que foi dado a cada um dos pressupostos da teoria de Freud em determinado momento, sem descartar os outros e à luz de novas perspectivas abertas pelo conhecimento, que puderam fazer florir o campo psicanalítico.

Seguindo o mesmo raciocínio, a visão sistêmica e relativizante que hoje, depois da física quântica, chega até nós, reforça que nada existe em sua forma pura. Todo o conhecimento é um conjunto que abriga muitas facetas e que sua configuração dependerá do ângulo, do que desejamos ressaltar, e que conexões podemos ou queremos fazer.

Assim, também não existe o purismo das técnicas. O que faz com que se distingam são os seus elementos privilegiados e em que grau ou intensidade eles aparecem e se combinam para marcar um procedimento técnico que alcance fins específicos.

As possibilidades de combinações são muitas e têm como alvo o ser humano, um ser peculiar, com muitas facetas e nuances, o que abre perspectivas a busca de modalidades que possam atender determinadas necessidades.

Em verdade, podemos afirmar que cada tipo de atuação tem sua indicação específica, seu momento ótimo de utilização e adequação ao que se quer alcançar com o paciente. Visando as intervenções devemos ainda levar em conta o momento terapêutico ou seja, o quê e como a pessoa que estamos tratando está vivendo, seus reflexos na relação com o terapeuta, o tipo de defesa de que se está se utilizando, assim como a possibilidade de ser capaz de realizar um insight afetivo. Resumindo, o trabalho da intervenção exige uma percepção clara do terapeuta do que está acontecendo, sensibilidade, "timing", domínio e habilidade no emprego de técnicas por ele escolhidas como mais apropriadas, numa visão integradora.

São esses aspectos que serão levados em consideração quando se pensar em eficiência em psicoterapia.

As pesquisas mais recentes reforçam que é sempre um conjunto de fatores que contribui para o sucesso de um processo de mudança. O mesmo acontece quando se observa que, no movimento das escolas psicoterápicas, o conhecimento avança na medida

em que, aspectos deixados de fora numa teoria são enfatizados em outra, o que só acrescenta, esclarece e abre novas possibilidades. E a interlocução com outras áreas do conhecimento é de crucial importância nesse processo. Talvez tenha sido nesse sentido que Sullivan, inserido no movimento culturalista, dialogando com a Sociologia e a Antropologia, tenha desenvolvido aspectos de uma abordagem das mais interessantes, a nosso ver.

Indivíduo e sociedade estão irremediavelmente atrelados.

Método e técnica se conjugam sempre.

O método psicoterápico a que estamos nos referindo é o do encontro entre pessoas - uma munida de si própria juntamente com um arsenal técnico; outra(s) em sofrimento psíquico e emocional - e faz eco a essa mudança. Não se está mais em laboratórios testando-se estímulos e respostas. Está-se diante de um encontro vivo e repleto de nuances que fazem com que cada um seja único e, ao mesmo tempo, um múltiplo em processo. Esse método deve permitir o respeito à pluridimensão dessa realidade conjugada de onde emerge a pessoa, um organismo bio-psico-social com o qual vai-se lidar.

A técnica, que é o que pode ser aplicado e operacionalizado da teoria, possui variados formatos, porém há que ser sempre bem dominada por aqueles que a empregam, no sentido de servir de auxílio adequado para os objetivos que se quer atingir - no caso, o alívio do sofrimento psíquico e emocional através de uma reorganização das experiências vividas.

Quanto mais uma teoria puder estar aberta à interlocução com outras ou seja, quanto mais as formas de se poder olhar determinada questão, escolhendo o que e como focalizar, reunindo os aspectos que mais interessem relacionar para a sua exploração, mais rico se tornará esse corpo e mais flexível a diferentes formas de conceituar. Mais ricas serão também as possibilidades técnicas.

Indivíduo e sociedade devem ser interdependentes: a pessoa serve aos fins e interesses da sociedade que ela mesma ajuda a criar e manter; em contrapartida, esta sociedade participa de modo fundamental para que essa pessoa realize seu propósito primeiro que é existir.

Indivíduo e sociedade são dois sistemas flexíveis e plásticos. Isso fica claro no jogo das relações. Se a sociedade da qual o indivíduo participa como co-criador adota uma configuração que não lhe satisfaz ou não lhe dá o retorno esperado, ele intervém e novas

feições surgem, mais compatíveis com seus objetivos. Por outro lado, se o indivíduo, construído a partir das malhas de regras e normas dessa mesma sociedade, isto é, do contexto relacional de que participa e emerge, não atende às necessidades sociais, ela lhe dá o alerta de que ele precisa de ajuda para melhor conviver.

## **I.2. Eu e muitos outros - nós, o grupo**

Muitas são as formas pelas quais se pode abordar os grupos humanos. Para tanto a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia detêm diferentes olhares. Ciências da modernidade cada uma atrai para si a possibilidade de “explicar” o homem moderno, aquele que é produto da sociedade industrializada, da organização dos grandes centros urbanos, da ascensão burguesa.

Em verdade, o que se constata é que não há como dissociar esses movimentos que têm o Homem como tema central porque ele mesmo como um objeto de estudo emerge do entrecruzamento dessas três ciências- mães. Além do que, não há como dissociarmos o fato de que o indivíduo faz parte de uma realidade chamada grupo desde a sua constituição de espécime biológico até sua forma natural e necessária de estruturação através de diferentes modos de associação e cooperação mútua: família, grupos infantis, escola, comunidades de vizinhança, de trabalho, de jovens, idosos etc.

A vida humana assim, foi sempre organizada em grupos que nunca deixaram de se transformar, levando em conta as condições geográficas, históricas, econômicas e culturais. Constituído sujeito nessas múltiplas interações, o homem tem uma idéia de si mesmo e dos grupos aos quais está ligado. Sua relação com eles sempre foi rica e dinâmica. Desde nossos primeiros agentes socializadores - pai, mãe ou quaisquer outros que primeiro cuidem - somos apresentados ao mundo, aos grupos, recebendo vinte e quatro horas por dia, de todas as formas, subsídios que nos permitam encarar e viver a vida. Sob este olhar, até que ponto pode-se dizer “sujeito individual”, torna-se a meu ver uma afirmação que merece cuidado. Freud, em sua “Psicologia de las massas”, parte VIII (1921), afirma que “la relación hipnótica es - si se nos permite la expresión - una formación coletiva constituida por dos personas”. Dois é “coletivo”; e um existe sem alteridade?



Grupo, portanto, não é algo que vai se formando com o tempo: quando se nasce está-se instaurando uma relação grupal. É diferente de agrupamento - pessoas por exemplo numa fila de ônibus. A grupalidade pressupõe a idéia de pertencimento.

Neste contexto, aparecem os trabalhos em Psicologia social que investigam a socialização - seus processos, impasses e implicações - isto é, os caminhos pelos quais os fatores sociais modelam a personalidade do indivíduo e ainda os caminhos pelos quais os comportamentos dos indivíduos variam de acordo com as mudanças no quadro social. Fica assim fácil de imaginar as possibilidades e o crescimento contínuo deste campo.

Com Kurt Lewin (1965) a abordagem psicológica científica dos fenômenos de grupo sai dos laboratórios para que o estudo se opere no próprio "campo psicológico" em que o grupo está inserido, ensejando a "pesquisa - ação" dentro do "campo social" - espaço de vida de um grupo social e o meio tal como existe para a sua possibilidade. Por "campo psicológico", Lewin entende o espaço de vida que é dinamicamente considerado, abrigando-se nele tanto a pessoa como o meio.

Dentre tantas contribuições, destacamos aquela que coloca o grupo para o indivíduo como um instrumento, isto é, o indivíduo tem condições de dele se utilizar através das relações sociais que aí mantém, com a finalidade de satisfação das suas necessidades psíquicas e/ou suas expectativas sociais. Em contrapartida, seria para esse indivíduo, um "espaço vital"<sup>6</sup> onde ele pudesse exercitar e evoluir em termos de sua própria existência.

Distinguindo grupo social de classe social ele define grupo pelo viés da interdependência de suas partes o que reforça a configuração do pertencer e do conjunto. Partindo de suas concepções, um grupo terapêutico poderia ser assim um instrumento do exercício terapêutico e o solo fértil propício à criação, suprimento e manutenção de condições capazes de ensejar a reconstrução das formas de relacionamento interpessoal de seus componentes. Traria a criação de um campo autônomo com lógica e leis próprias.

É curioso como em tempos de um individualismo acirrado, as possibilidades de reconstrução pessoal para satisfação de necessidades e objetivos pessoais encontrem seu caminho através do viver em grupo. Essa reconstrução aponta para o fato de que não se pode ser pessoa sem a cooperação do outro - ele é quem me diz quem sou. E não há como

---

<sup>6</sup> Espaço vital, na conceituação de Lewin, é o todo da realidade psicológica; inclui tudo quanto é necessário para se compreender concreto do ser humano dentro de determinado tempo e meio psicológicos.

viver em um grupo sem sentir-se nele incluído, no controle da responsabilidade consigo e com os outros, sem o sentimento de afeição por parte de seus membros.

Em termos dumontianos<sup>7</sup> partindo da possibilidade de encarar-se o individualismo como uma derivação do holismo, poderíamos dizer que os grupos assumiriam uma posição hierárquica e não linearmente contrastiva - é assim que podemos ver também a posição dos grupos terapêuticos em relação ao grupo social.

### **I.2.1 - O grupo terapêutico**

Num grupo terapêutico o que se tem é uma associação que não se constituiria natural mas sim artificial porque com características específicas, na medida que o que se objetiva é associar, num espaço físico determinado, um número pequeno (seis a oito) de pessoas que tenham dificuldades de lidar com a própria forma de viver, sob a orientação de um ou dois terapeutas, preparados para assumir a condução desse grupo.

Constitui-se meta do grupo terapêutico a conquista de objetivos e expectativas pessoais que, no entanto, não quebrem os laços que o indivíduo tem relacionados a seus vínculos com a realidade coletiva onde se insere. Trabalhar terapeuticamente um grupo pressupõe estar-se trabalhando o indivíduo em seu processo de construção identitário. Alcançada, estabelece-se um natural reequilíbrio individual com a criação de novas formas mais adequadas de lidar no campo interpessoal, sem que se perca de vista a realidade social. Um grupo terapêutico constitui-se, assim, das relações de reciprocidade de indivíduos entre si e mais o ambiente (espaço propiciador que se oferece para que essa demanda de seus componentes possa se concretizar).

Variados foram os formatos que os tratamentos em grupo foram tomando e, segundo Yalom (1984), quando esse campo se expandiu, seus efeitos tornaram-se visíveis aos clínicos. Dos primeiros trabalhos de Pratt, em 1922, em hospital do pós guerra até nossos dias, um percurso que não passou incólume nem à tradição educacional dos "T-groups" nem à psicanálise. Os trabalhos com grupos difundiram-se nas escolas, empresas, nos hospitais e consultórios.

---

<sup>7</sup> Para enriquecer esta perspectiva ver DUMMONT, L. - Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Trad. Álvaro Cabral, Rio de Janeiro, Rocco, 1985.

Os tratamentos psicoterápicos em grupo tendiam a ser vistos sob três perspectivas: adequados a momentos difíceis da nossa história nos quais um grande contingente de pessoas necessitaram orientação para suas enfermidades; quando as guerras fizeram grandes estragos emocionais em muitas pessoas ao mesmo tempo, implicando num contingente excessivo a necessitar cuidados na área psicológica; ou então, como um recurso capaz de absorver longas filas de espera em hospitais públicos.

Somente a partir dos anos 50, como já referido neste trabalho, é que se explora a aplicação, de forma pura ou amalgamada, das teorias vigentes à prática da grupoterapia, fossem elas de inspiração freudiana, sulliviniana, rogeriana ou a partir de Horney, Bion ou Foulkes. Desses enfoques segundo Kaplan (1997), três grandes grupos se formaram no que diz respeito a tratamento em grupo: o *intrapessoal* - a psicanálise em grupo - que se centra na análise das defesas, resistências e nos processos de elaboração dos membros que participam do grupo; o modelo transacional ou *interpessoal*, centrado no comportamento do sujeito no grupo, no processo do “aqui-e-agora”, na relação interpessoal e seus aspectos; o modelo *integralista* que encara o grupo como um todo e lida com ele como se fosse um indivíduo - a psicanálise de grupo.

Foi com a entrada dos psicanalistas no campo da grupoterapia que o grupo foi olhado como um indivíduo adoecido - o paciente - um organismo autônomo que poderia alcançar sua expressão ou tema comum através de “várias bocas”. O grupo não estaria dessa forma e nem propriamente sabendo sobre o que estaria, de fato, falando.<sup>8</sup>

Este tipo de abordagem que humaniza o grupo compreendendo-o como um indivíduo, a nosso ver descaracteriza um aspecto fundamental da reunião de várias pessoas num grupo, que é exatamente a possibilidade de se visualizar as atuações e modos de operar a partir da interpessoalidade de seus membros. Além disso, é uma abstração que serve a conveniências conceituais que obscurecem o pensamento mais do que clarificam.

Na prática, o que podemos perceber é que as interações que ocorrem conferem uma certa feição ao sistema grupal. E é neste sentido que é interessante se olhar para ele; o que é diferente de uma visão antropomórfica como querem alguns teóricos.

Nos últimos anos, o que está se acentuando é a formação de grupos circunscritos a patologias ou dificuldades em comum dos membros que o compõem. No país dos

---

<sup>8</sup> Para aprofundar esta questão recomendamos a leitura da dissertação de Mestrado apresentada à PUC-RJ em 1996 – A psicoterapia do grupo com fundamentação psicanalítica – um rosto carioca – de Wilma Rangel.

programas de pesquisa nesta área - os Estados Unidos da América do Norte - é assustadoramente crescente a quantidade de grupos de “pais de adolescentes”, de “vítimas da violência doméstica”, “sobreviventes de incesto”, “negros alcoólatras”...

Concordamos com Lewin, que em um artigo de 1936<sup>9</sup>, chama essa tendência americana de “homogeneidade da vida social norte-americana” isto é, subjacente, existe uma certa padronização desenvolvida, um certo tipo de uniformidade, de unidade, de totalidade, onde o interesse pelas diferenças individuais resulta do interesse pela formação da personalidade mas com vistas a estabelecer padrões a partir dos quais se estabeleçam leis que regulem, de forma sistemática, o social, a fim de permitir a filiação e a dinâmica sociais.

Entendemos que a homogeneidade na formação dos grupos é interessante para determinados tipos de trabalho como, por exemplo, o AA, ou aqueles que se dediquem mais a aspectos de informação, solidariedade, cumprimento de tarefas de interesses sociais de seus membros.

Com a expansão dos estudos sistêmicos, indivíduo e grupo puderam ser olhados sob uma interessante lente: ambos são sistemas complexos que operam interconectados e em diferentes níveis. Isso trouxe a possibilidade de maior exploração do campo e, conseqüentemente, de novos desenhos desse instrumento. Os pressupostos da sinergia, circularidade, feedback, padrão deram relevância a uma visão de conjunto ao mesmo tempo que permitiu condições de não se perder de vista a constituição desse conjunto.

É como um sistema vivo, abrigando outros sistemas - aqueles que são seus componentes - que se comunicam e interatuam no jogo interpessoal que olhamos o grupo terapêutico.

A diversidade e o colorido especial dado pela diferença que dança num conjunto fazem com que a heterogeneidade se estabeleça, para nós, como um fator catalizador de poderosas vivências e experiências. Humanos são sistemas únicos, ricos, capazes de configurar um outro sistema tão vivo, dinâmico e singular como é o grupo terapêutico.

Da mesma forma, Yalom (1970), chama a atenção que o campo das grupoterapias necessita urgentemente de uma dualidade humanista-científica se quiser que ocorram avanços significativos nele, uma vez que serão os achados da pesquisa que guiarão os limites do impacto das psicoterapias. Ressalta porém, que o encontro humano é fundamental e profundamente pessoal - uma experiência não mensurável pelos padrões da

cientificidade clássica. A orientação da sua pesquisa clínica reflete esta preocupação. Ao mesmo tempo afirma que é irreal se esperar por mudanças rápidas e efetivas em psicoterapia. E diante do sofrimento alheio não se pode esperar muito pela ciência e suas comprovações.<sup>10</sup>

Por isso adota uma visão ideológica eclética que perpassa uma base teórica e técnica na psicanálise de Freud e que foi, ao longo dos anos, sendo complementada pela influência de teóricos neo-freudianos, culturalistas como Horney e Sullivan; abordagens de psicoterapia breve incluindo terapia comportamental; princípios da terapia para pacientes internados; dinâmica com pequenos grupos; tratamento conjunto de terapia familiar; grupos de laboratório; psicologia social.

Yalom deixa claro que seu método de trabalho não é original e é atualmente utilizado pela maioria dos terapeutas de grupo americanos.

Talvez esse ecletismo de que fala seja melhor traduzido pela flexibilidade em poder lançar mão dos recursos que, como terapeuta lidando com seu paciente, possa ele julgar de maior valia e adequação ao momento terapêutico.

Trabalhando com diferentes grupos, Yalom é especialmente interessante a nós, por desenvolver um de seus trabalhos com grupos de pacientes ambulatoriais, com a meta ambiciosa de mudanças caracterológicas.

Simplificando o campo da psicoterapia de grupo, Yalom o divide em "front" (formas, técnicas, linguagem especializada, aura que envolve cada escola, estratégias) e "core" (o que é próprio e intrínseco ao processo terapêutico, o cerne dos mecanismos de mudança). Deixando um pouco o "front" de lado, concentra-se no "core" que fala diretamente ao objetivo geral de qualquer psicoterapia, que é a mudança. Numa perspectiva mais ampla, as terapias de grupo podem contar com mecanismos de mudança similares.

O que as pesquisas de Yalom têm de notável é que tendo como fonte os próprios pacientes e terapeutas assim como sua experiência clínica, elaborou uma relação de 11 fatores que atuam efetivamente como mecanismos terapêuticos operantes na terapia de grupo. Ele não apresenta estes fatores como uma listagem conclusiva mas sim como

<sup>9</sup> Ver LEWIN, 1965.

<sup>10</sup> "It would be unrealistic to expect research to effect a rapid major change in the practice of psychotherapy. Therapists faced with suffering patients have obviously been unable to wait for science." (p. 34) Yalom - The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books, New York, 1970.

diretrizes, passíveis de observação, testagem, revisão, ampliação; uma relação capaz de acolher outros indicativos.

Para quem trabalha com grupos a verificação da existência de todos ou alguns desses fatores é evidente porque fazem parte de uma boa relação interpessoal, de um viver, de uma troca saudável entre pessoas, de sentimentos e atitudes que em alguma medida fazem parte de todos nós e ao mesmo tempo são estruturantes da personalidade, da adequação social, do processo de viver:

Cada membro vive a sua experiência grupal de maneira muito pessoal. Assim, o que pode ser um fator terapêutico importante para um, pode não o ser necessariamente para outro. Alguns são capazes de se beneficiar de um grupo deles, outros de outro. Mas o fato é que algum(s) desse(s) fator(es) estará(rão) presente(s) em qualquer grupo.

Mais do que qualquer outra coisa, esses 11 fatores representam diferentes facetas do que se poderia considerar um processo de mudança.

Listados por Yalom, em 1970, foram os seguintes: instilação de esperança, universalidade, oferecimento de informações, altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, coesão grupal, catarse, reedição corretiva do grupo familiar, aprendizado interpessoal. Em 1989, seguindo a tendência da pesquisa no que diz respeito à elaboração de "manuais", no trabalho publicado em conjunto com Sophia Vinogradov<sup>11</sup>, acrescenta o décimo primeiro - fatores existenciais.

Observando-se esses onze fatores, percebe-se que além daquele denominado "aprendizagem interpessoal", os outros também possuem fortes componentes interpessoais. E essa referência à interpessoalidade não é por acaso, uma vez que a terapia de grupo como um todo é em grande medida interpessoal. Essa abordagem não é uma escola per se; ela prescreve técnicas ou arcabouços terapêuticos gerais que permitem a maximização do aprendizado interpessoal. Daí a necessidade de se fazer o paciente entender sua sintomatologia numa linguagem interpessoal.

Yalom refere que suas pesquisas apontam para o fato de que o objetivo inicial do processo terapêutico é o alívio do sofrimento para, em seguida, ser modificado por novos objetivos, freqüentemente de natureza interpessoal. Isto significa que do alívio da ansiedade ou da depressão passa-se a uma necessidade de aprendizado do como se comunicar com

---

<sup>11</sup> Yalom, I.D. e Vinogradov, S. - *Group Psychotherapy*. American Psychiatric Press Inc., Washington, 1989; traduzido em 1992 para a língua portuguesa sob o título *Manual de psicoterapia de grupo*, pela editora Artes Médicas.

outros, ser mais verdadeiro e honesto com eles, aprender a amar. O que vem de encontro a afirmação de Sullivan acerca do processo terapêutico como um todo. Isto pode ser claramente visto nas múltiplas interações que ocorrem dentro de uma terapia de grupo no momento do trabalho.

A ênfase no entendimento do passado pelo paciente para que ele possa compreender a gênese de seu comportamento interpessoal atual torna-se assim menos importante do que a identificação de como ele atua na situação interacional presente. Mais adiante voltaremos a este assunto quando nos referirmos ao trabalho no “aqui-e-agora”.

Como resultado de uma ampla pesquisa feita com 20 pacientes ambulatoriais trabalhados em grupo, com o objetivo de se investigar do ponto de vista deles, quais fatores curativos foram mais eficazes nos seus processos de mudança, ficou patente que o “aprendizado interpessoal”, sob o aspecto da aquisição de informação sobre si mesmo, a partir dos outros, encabeçou a lista; seguindo de perto, vinha o aprendizado do “como eu me relaciono com as outras pessoas”. Isto nos aponta para o fato de que: 1. O estudo do comportamento humano está inevitavelmente atrelado ao estudo das relações interpessoais, como já assegurava Sullivan; 2. A psicoterapia de grupo provê o desenvolvimento dessas relações a partir da visão do grupo como um microcosmo social assim como também uma representação miniaturizada do universo social de cada paciente; 3. Através de uma validação consensual e auto-observação, seus membros se tornam conscientes de aspectos significantes de seus comportamentos interpessoais; 4. A mudança do comportamento pode gerar um novo ciclo de aprendizado interpessoal via auto-observação e feedback dos outros membros, onde essa mudança dentro do grupo aparece na sua atuação fora do grupo; assim, gradualmente, uma “espiral adaptativa”<sup>12</sup> é colocada em ação - primeiro dentro do grupo e, depois, fora dele. Como as distorções interpessoais diminuem, a habilidade para fazer relacionamentos mais gratificantes é realçada. A ansiedade social decresce, a auto-estima aumenta, há menos necessidade de ocultar-se de si mesmo; os outros percebem, entendem esse comportamento como mais honesto e real, aprovam e aceitam mais o paciente, o que aumenta a auto-estima e promove um desejo de mudança mais acentuado. Essa espiral adaptativa alcança tal autonomia e eficácia que o processo terapêutico não é mais necessário e o paciente pode dá-lo por encerrado.

---

<sup>12</sup> Expressão utilizada por Yalom, 1970.

Todos estão envolvidos neste processo: os membros do grupo e os terapeutas. Assim, antes de concluirmos nossa discussão acerca do grupo terapêutico, não podemos deixar de fazer também algumas considerações com relação ao papel do(s) terapeuta(s).

Qualidades, que chamaríamos gerais, têm que existir naquele que empreenda um trabalho e pretenda êxito - disciplina, dedicação, estudo e ética.

Este não podia deixar de ser também o caso do terapeuta que atue nesta modalidade proposta.

A grupoterapia, da forma como a praticamos, exige daquele que a ela se vincula, a condição básica de gostar e se sentir à vontade em grupo e no trabalho com ele; além disso, o terapeuta necessita ser empático, acolhedor, criativo, tendo habilidade no manejo das interações para que não trate somente o sujeito no grupo mas também o grupo, de forma que o sujeito seja beneficiado, a partir do exame das interações que nele ocorrem e seus resultados. Deverá ainda estar atento e ser perspicaz na forma com que utiliza e emprega os recursos a seu dispor que melhor atendam às exigências do momento, sendo capaz de viabilizar a vivência que cumprirá seu papel terapêutico.

Um terapeuta que se propõe breve deverá adotar como princípios básicos a atividade, o planejamento e a manutenção das focalizações pretendidas. Necessitará assim: de uma atenção redobrada, já que vai dirigí-la a várias pessoas que estarão atuando visivelmente suas formas de lidar com os outros e com as situações; de raciocínio rápido e "dinâmico" como diriam Alexander e French (1946); domínio no manejo desse instrumento terapêutico; capacidade de ter em mente os focos interpessoais de cada membro além do foco grupal, para poder aproveitar as oportunidades que se apresentarem à sua exploração nas interações relacionais, ser espontâneo, criativo e flexível para que possa examinar as situações sob diversos ângulos, integrar seus elementos de forma coerente e aproveitar o momento para se utilizar de recursos técnicos adequados e proveitosos. Ter enfim, um perfil adequado ao trabalho e posição que irá desempenhar. Compreendemos que este trabalho é grandemente facilitado e compartilhado com o terapeuta.

A co-terapia vem assim se estabelecer como um regime a ser adotado, por entendermos que este é um facilitador que traz benefícios mútuos a terapeutas e pacientes.

Para os terapeutas, no sentido de partilhar o esforço de manter um grupo psicoterápico, de haver cobertura mútua dos profissionais em eventuais ausências, apoiarem-se na manutenção da objetividade e realização mesmo do trabalho, esclarecer



possibilidades de distorções transferenciais, proporcionar companheirismo, amortecimento da solidão profissional e emocional a que freqüentemente o terapeuta está submetido.

Para os pacientes, porque estes poderão perceber seus terapeutas como iguais, além de, caso sejam de sexos opostos, este ser um fator preponderante na recriação de uma possível configuração familiar, o que certamente incrementará a terapia. No caso do trabalho que realizamos, nunca tivemos a oportunidade de trabalhar com terapeutas nestas condições; mas, da mesma forma, a percepção de cada um deles se estabelece, para cada membro do grupo, de acordo com os padrões de atuação de cada um dos terapeutas e das projeções de que são alvo. A confiança recíproca, a aceitação das diferenças e clareza de objetivos como complementaridade e harmonia são características importantes neste trabalho.

O papel dos terapeutas portanto, consiste em facilitar o processo grupal, assumindo postura ativa, fazendo questionamentos e confrontações quando assim a situação terapêutica exigir, tomando sempre cuidado com relação à técnica na qual se apóiam, de não se pretenderem muito didáticos ou onipotentes o que dificultaria o trabalho de elaboração próprio dos componentes do grupo.

É ainda papel do terapeuta breve marcar o limite temporal lembrando o número de sessões acordado para o tratamento, utilizando esse tempo como alavanca terapêutica no sentido dos membros assumirem ações adequadas dentro do tempo disponível. Os terapeutas terão também como papel, segundo Miles, Yalom e Lieberman no trabalho "Encounter group: first facts" de 1973, o de "provedores". Um papel que pode ser definido por uma forma de atuação acolhedora, encorajadora, amiga, sem forçar os membros ao que não podem no momento; fornecedores de uma base cognitiva e emocional que deságüe no processo de mudança.

Entendemos que, de maneira geral, muito das dificuldades na adoção de intervenções breves esteja associada a certas crenças que poderiam ser observadas de outra forma. O interessante é que estas crenças, que resultam em resistência, não só provém dos usuários como também dos terapeutas.

Acostumados e orientados por valores e atitudes que salientam nas terapias de longa duração, o chamado trabalho orientado "em profundidade", e despeito dos avanços clínicos e dos resultados demonstrados comprovando a eficácia de tratamentos breves, estes terapeutas resistem em se inteirar dos métodos de curta duração, seus objetivos e alcance.

Levenson e Beitman (1997) apontam algumas dessas crenças que seriam fonte das suas resistências. São por eles listadas da seguinte forma: a crença de que “mais é melhor”; a exigência de um “perfeccionismo” terapêutico; uma certa confusão entre os interesses do paciente e os do terapeuta; a demanda de uma grande atividade e de intenso estado de alerta; a PB ser talvez uma forma de trabalho menos lucrativa e segura; os conflitos do terapeuta com relação à perda e separação que se reproduzem com seus clientes; os conflitos do terapeuta acerca da questão do apego a novos pacientes; as reações negativas do terapeuta em dizer-se a ele o que fazer; a necessidade de ser necessário; inseguranças no que diz respeito a suas próprias habilidades; ansiedade com relação a perda de seu papel profissional; uma preocupação excessiva por um término de terapia muito bem sucedido.

Acreditamos que uma revisão dessas crenças faz-se necessária a título de uma melhor compreensão de um trabalho que, tendo sua especificidade, não se propõe a ser a panacéia terapêutica dos tempos modernos mas que certamente detém um grande valor em suas possibilidades de aplicação.

Depois de tudo que foi exposto, o perfil do terapeuta desta modalidade deverá incluir o compartilhar o entendimento dessa forma de atuar que faz desse método um caminho adequado que dá mostras de eficiência a determinados objetivos terapêuticos ou seja, acreditar e sentir-se confortável dentro da proposta que escolheu.

O tempo em que o processo terapêutico será realizado depende em muito dos objetivos do grupo. E para as terapias de curta duração, o tempo tem um papel preponderante como veremos.

### **I.3 - A psicoterapia breve**

A chamada Psicoterapia Breve (PB)<sup>13</sup> é uma modalidade de tratamento tão antiga como a própria psicoterapia. Desenvolvida durante o século XX, as diferentes escolas e orientações estabeleceram-se, e cada uma gerou sua própria forma de brevidade no tratamento. Como resultado, muitos são os estudos sobre o assunto, abrangendo as formas individual e grupal. Aprender sobre uma delas não quer dizer que se saiba usar qualquer tipo de psicoterapia de curta duração. Cada uma delas, a partir de sua orientação, difere em termos de critérios de seleção dos pacientes, objetivos e técnicas específicas de tratamento.

A vida é uma chance única que, uma vez precipitada, segue seu curso sem reversão. Transcorrerá silenciosa e inexoravelmente. Assim, o tempo flui e nós seguimos junto, assumindo a perspectiva de uma sucessão de coisas, fatos e acontecimentos, que acarreta para o homem a noção de presente, passado e futuro.

O que mais nos interessa, neste momento, é ver como o tempo é utilizado nas psicoterapias chamadas breves. Para tanto, vamos optar por defini-lo como uma categoria sensorial que apenas serve de suporte às nossas experiências emocionais. Essas experiências são do domínio da realidade psíquica a partir de uma interação com a realidade externa.

Não podemos deixar de apontar uma questão que se faz fundamental neste composto tempo e psicoterapia - o espaço da estrutura do setting, da configuração operativa do momento terapêutico e, conseqüentemente, dos fenômenos psicoterapêuticos. Lembrando os ensinamentos da Física, tempo e espaço estão indissociados.

Na situação face-a-face da psicoterapia informada interpessoalmente, o paciente vê o terapeuta como uma pessoa real, presente, que gesticula, possui toda uma mímica facial e lhe fala ao olhar diretamente - é alguém que realmente existe. Esta realidade presente faz com que esse sujeito possa ler seu terapeuta através de sua presença visível e concreta. Concordamos com Gillierón (1993) quando afirma que:

“A ausência do interlocutor visível incita o paciente a investir numa idéia de analista; a presença estimula o investimento na pessoa.” (p. 24)

O terapeuta, inscrito no vínculo com a realidade, pode colocar-se numa posição afetiva mais próxima a seu paciente. Para tanto, a relação transferencial vai em direção ao desenvolvimento rápido de uma boa aliança terapêutica (transferência positiva, não erotizada, onde amizade, carinho, empatia e cooperação são fatores preponderantes para a realização do trabalho terapêutico). Com relação às necessidades emocionais do paciente há que se encontrar um equilíbrio entre gratificações e privações uma vez que não se dispõe de tempo para lidar, na maioria das técnicas, com altas resistências ou fortes dependências.

Este aspecto relacional permite ainda que o paciente junte ao seu relato a vivência real com o terapeuta, possivelmente de uma forma vivida anteriormente com outros

---

<sup>13</sup> A sigla PB que aparecerá recorrentemente neste trabalho será a referência a “Psicoterapia Breve”.

personagens. É o processo do “aqui-e-agora” repetindo o experienciado e abrindo a possibilidade de criação de novas formas de atuação.

Este processo é a presentificação de ser porque abriga em seu bojo vários tempos, obrigando a que, na relação, na vivência interacional expresse-se a vivência dos padrões interrelacionais até então desenvolvidos para que o trabalho terapêutico possa ocorrer. No momento presente várias dimensões temporais assomam nesse continuum que é o da relação interpessoal. Que tempo é esse ?

É o tempo da coesão implicada num outro, do vínculo, do aprendizado interpessoal onde a experiência do relacionar-se é compartilhada. É o tempo da reapropriação de si mesmo, da sua trajetória, de novos rumos. É o tempo do instante peculiar, do momento particular do movimento terapêutico, onde abre-se um espaço ao exame de questões que estejam impedindo o paciente de viver satisfatoriamente o seu presente, não se detendo em pedras no meio do caminho que lhe impeçam de percorrê-lo mais construtiva e criativamente.

Quando alguém conta a sua própria história ocorre um processo reconstrutivo - a história verídica é impossível de se obter. Até porque, essa impossibilidade se inscreve numa conceituação do que seja a verdade. A nosso ver o que existe são possibilidades de verdades. O que aparece na psicoterapia é sempre a história da forma que é narrada - uma história contada de um jeito particular, num lugar e situação particulares, a uma pessoa em particular. E porque esta é a história verdadeira é que não podemos separá-la da relação atual terapeuta/paciente. O terapeuta tem assim, a relação terapêutica como arena primeira para a exploração e mudança psicológicas. Aspectos desta situação são utilizados para auxiliar o paciente a perceber que determinada resposta do terapeuta, seja em que nível for, não tem a característica do “inevitável”, como a princípio podia parecer.

Por causa do aspecto reconstrutivo da memória esse processo é influenciado por experiências à parte dos eventos que estão sendo recordados. O que transpira entre paciente e terapeuta no “aqui-e-agora” exerce uma influência significativa naquilo que é lembrado (Strupp e Binder, 1984).

Narrando sua história ao terapeuta, o paciente lembra seletivamente o passado naquilo que lhe faz eco na visão que tem hoje de si mesmo, dos outros e dos cenários de que participou. Pacientes em terapia, num instante, através de um insight ou de uma experiência emocional/relacional corretiva, podem reorganizar a experiência vivida de tal

sorte que ela lhes proporcione uma visão nova e consistente para, a partir de um novo chão, vivenciarem as situações em que se envolverem. Poderão assim partir em novas direções.

Passado e presente imbricados pela forma da narrativa, processo em espiral que se atualiza numa nova configuração de futuro. Da maneira como é feita na psicoterapia interpessoal, com atenção à fenomenologia, a narrativa emerge de um determinado enquadre têmporo-espacial. Assim, passado e futuro são nada além do que o significado que o indivíduo lhes atribui no presente. Não há linearidade uma vez que o tempo é circular como nos mostram os estudos da física quântica e relativista.

Na relação face-a-face evidenciam-se os limites da relação interpessoal. E quanto mais engajados estiverem na relação terapeuta e paciente mais intensos serão os afetos e as emoções mobilizados. A brevidade desse encontro pode ser vista como um fator potencializador dessa relação. Quando a psicanálise refere-se a tempo, ele está expresso na atemporalidade regida pelo inconsciente, e cujo único referencial real, cronológico, é o tempo da sessão. Quando as psicoterapias de tempo limitado fazem referência ao tempo, podem dele se utilizar como um dispositivo limitador que aponta o término, o fim, a separação - o tratamento durará, por exemplo, nove meses, 40 sessões...

O que se faz questão com relação à temporalidade então é a criação de uma especificidade frente aos fenômenos psicoterapêuticos, o que se reflete diretamente nas técnicas utilizadas.

Finalizado o tratamento psicoterapêutico, em qualquer linha teórico-técnica, passará o terapeuta a viver como mais um objeto internalizado pelo sujeito com o qual teve um contato real - ninguém está imune a um encontro seja ele de que natureza for. Um contato breve ou longo, porém duradouro, ou não, a partir da qualidade das trocas realizadas. Cada encontro é único e sua intensidade e alcance não podem ser medidos pelo tempo cronológico. A Física já nos mostrou que tempo é uma questão de referencial.

Baseando-se na importância real do terapeuta nas relações transferenciais, Ferenczi, em 1920, fixou o término do tratamento e propôs a chamada "técnica ativa", princípio de toda terapia de tempo limitado. Transforma assim, com sua criatividade e sensibilidade, a situação terapêutica numa sincera e honesta relação humana na qual o terapeuta tem que estar livre para admitir que o paciente o veja como alguém também humano.

Logo a seguir, ainda na década de 40, surgem Franz Alexander e Tomas French pesquisando princípios básicos e técnicas que pudessem propiciar a brevidade das terapias.

Concluem que o fator decisivo e curativo centraliza-se no conceito de “Experiência Emocional Corretiva”. Este conceito prevê que o paciente deve ser levado a viver situações semelhantes às vividas traumaticamente no passado, porém com o terapeuta oferecendo uma atitude parental diferente da original. “Corrigir” a experiência emocional é simplesmente dar-lhe novo curso, de forma que o paciente possa usufruir de forma mais favorável a ele.

Sobre a EEC, enfatiza que é o fator mais importante em todos os tratamentos psicoterápicos que pretendam alcançar mudanças caracterológicas. A reeducação ou reaprendizado emocional leva em consideração a vida cotidiana do paciente e, se necessário, nela interfere. Amplia assim, a concepção equivocada de que um processo terapêutico se limita às sessões. Alexander chega a dizer neste seu trabalho de 1946, “Psicoterapia psicoanalítica”, que esta reeducação seria um quinto período da evolução da psicanálise (hipnose catártica, sugestão em estado de vigília, associação livre, neurose de transferência, reeducação emocional).

Tecnicamente ainda destacam o chamado “princípio da flexibilidade” com relação à frequência e condução das sessões onde abrem o campo para a adaptação técnica que se fizer necessária às necessidades do paciente: controle da relação transferencial, adaptando-a à dinâmica de cada caso, combinação da psicoterapia com drogas ou outros tratamentos. O objetivo é sempre incrementar a capacidade do sujeito para encontrar gratificações às suas necessidades, em formas aceitáveis tanto para ele mesmo quanto para o mundo no qual vive, permitindo assim o desenvolvimento de suas potencialidades.

A partir de Ferenczi e Alexander percebe-se que a ênfase da psicoterapia se desloca da problemática pulsional profunda e do conflito interno para os conflitos atuais e interpessoais. Sai-se da descrição do psíquico como uma totalidade quase que fechada, para uma técnica de investigação que implica uma relação intersubjetiva e com o próprio meio.

Estes dispositivos de Ferenczi e Alexander tinham como meta primeira a diminuição das resistências sem que houvesse a necessidade de um longo trabalho para que isto fosse alcançado.

O Homem é um ser relacional e encará-lo apenas no seu aspecto intrapsíquico é correr o risco da desordem das idéias de um sistema fechado, como afirma Bertalanffy (1968).

Dentre os teóricos mais conhecidos de PB, James Mann (1973) se utilizou da expressão “tempo limitado” para se referir ao limite de 12 sessões para o trabalho que realiza a partir da ansiedade de separação (luto e perda) e, segundo ele, é uma escolha arbitrária onde 10 ou 14 sessões talvez fizessem o mesmo trabalho. Mais importante é que este número de sessões lhe parece adequado à realização do trabalho proposto com o paciente.

Malan (1996) afirma que na unidade em que trabalhou na Tavistock Clinic de Londres, quase que invariavelmente os terapeutas fixam um tempo para término do trabalho desde o seu começo, participando ao paciente do quanto de tempo disporão para a terapia. O tempo marcado, segundo ele, favorece a concentração de ambos - o paciente no seu material e o terapeuta no seu trabalho - e prevê menos possibilidade de difusão nos objetivos. Com terapeutas em treino, a clínica estabelece um limite de 30 sessões. Em terapias mais complexas e mais difíceis refere um tempo fixado em 46 sessões que, incluindo feriados, traduz-se por quase um ano de tratamento. Em sua visão, é muito melhor se fixar uma data para terminar do que um número prévio de sessões, o que traz como vantagem remover algumas complicações como refazer sessões que o paciente perdeu e ainda julgar se suas ausências foram por motivos reais ou por acting out.

Sifneos (1996) divide as psicoterapias breves em duas modalidades que trazem a marca do tempo de diferentes maneiras - a psicoterapia breve provocadora de ansiedade, em que ele sugere de dois meses a um ano de tratamento; a psicoterapia breve de intervenção em crise, durando até dois meses. Afirma que esses tempos são simples diretrizes mas que raramente os prazos podem ser estendidos além desse período e ainda serem considerados breves.

Leigh Vaillant (1996), do Beth Israel Hospital, de Nova York, buscando um termo melhor do que “curta duração”, observou, através de videotapes, a si própria e a seus colegas trabalhando. Um deles definiu o trabalho com o tempo como “*not one session more than what's necessary for change*”<sup>14</sup>. Baseando-se nisto pensou que, a partir da natureza do problema tratado na terapia e da estrutura de caráter do paciente haveria um tempo que se mostraria eficiente para os objetivos do tratamento que não estaria atrelado a um número

---

<sup>14</sup> “nem uma sessão a mais do que o necessário para a mudança” (Tradução da autora in Vaillant, L. - Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy of restructuring defenses affects and attachments. New York, Basic Books, 1996.

prévio de sessões “*not more than a few sessions more than what’s necessary for change.*”<sup>15</sup>

Em sua perspectiva, prefere a abordagem escrita no artigo de 1987 de Strupp, Binder e William Henry que, ao invés de impor limites rígidos e pré fixados, faz com que o tratamento retenha a idéia constante de “limitar o tratamento ao menor tempo possível” numa “atitude de tempo limitado”.

Os pesquisadores de tratamentos breves continuam a estudar diferentes casos e certos padrões começam a emergir. Segundo Vaillant, se se conjuga abordagens como, por exemplo, cognitiva, dinâmica e interpessoal, mudanças no relacionamento interpessoal podem ser alcançadas no período de 10 a 20 sessões.

Gustafson (1997) propõe o uso da psicoterapia como uma tradição de variadas tradições locais, que permitirá ao terapeuta ser tão breve quanto possível. E acrescenta que seu objetivo técnico segue o que Sullivan já mencionava em 1954 :

“I think the development of psychiatric skill consists in very considerable measure of doing a lot with a very little - make a rather precise move which has a high propability of achieving what you are attempting to achieve with a minimun of time and words.”<sup>16</sup>

A questão do tempo sai da vinculação de, simplesmente, número menor ou maior de sessões (tempo cronológico) para as forças que podem ser nelas mobilizadas - como, por exemplo, a intensidade dos afetos envolvidos (tempo subjetivo) - num tratamento com seu fim pré fixado e por vias determinantes de acesso a essa possibilidade. É o tempo do “aqui-e-agora”, do presente, veiculando a possibilidade de uma reorganização interna.

O que fica claro até aqui é que a estratégia da limitação do tempo cria diferentes perspectivas nas psicoterapias. Breve, assim, não está atrelado à conotação de superficial ou fugaz.

Tornar breve um tratamento significa, como podemos conceber, reordenar seus limites. Limitar - marcar fronteiras no tempo - introduzindo um elemento que faz definitivamente uma diferença - a realidade. A partir dela confere-se à terapia uma nova

<sup>15</sup> Ibidem pág. 4 “não mais do que algumas sessões do que as necessárias para a mudança”.

<sup>16</sup> “Eu penso que o desenvolvimento da arte em psiquiatria consiste em considerável medida em fazer muito com muito pouco - fazendo, de preferência, um movimento preciso que tenha a alta probabilidade de alcançar o que você está tentando alcançar, com um mínimo de tempo e palavras.” (Tradução livre da autora) Apud Gustafson, James Paul - The complex secret of brief psychotherapy: a panorama of approaches. Jason Aronson Ind. Northvale New Jersey. USA. 1997.



estrutura de organização onde instaura-se uma ordem: começo, meio e fim. Conseqüentemente, a limitação não ficaria apenas restrita ao tempo mas também à relação terapeuta-paciente, aos limites de cada um e aos objetivos do tratamento - limita-se a regressão, a fantasia, a liberdade de associações, as ambições terapêuticas, o conceito de cura. Procede-se tecnicamente de forma diferenciada, o que permite o reordenamento temporal.

A PB é uma forma de psicoterapia que, de alguma maneira, prevê um terapeuta mais ativo, um planejamento para o tratamento no qual atua e um alvo prioritário a ser trabalhado - um foco. Segundo Lemgruber (1984), estes três fatores é que vão lhe dar uma configuração que permitirá alcançar uma maior rapidez com relação às metas onde se deseja chegar no tratamento. Ressalte-se que a PB não acolhe a idéia de ser uma técnica ou uma forma universal e unificada para tratar todas as dificuldades psicológicas ou emocionais. Por poder estar a serviço de várias teorias, a maneira como se aliará a elas certamente lhe dará um colorido especial.

Uma PB dinamicamente orientada pode ter o mesmo terapeuta ativo, planejando o tratamento de seu cliente e focalizando o que trabalhar do que um terapeuta apoiado numa orientação comportamental, cognitiva ou construtivista, por exemplo. A diferenciação estará no que vai ser utilizado em termos de informação e conceituação para o desenvolvimento de uma ou de outra ou seja, a compreensão teórica que informa o caminho que se deseja tomar com o objetivo de operacionalizar essa compreensão em benefício de quem se trata. E, com atenção em seus limites e propriedades, pode-se tornar um caminho permeável a acomodar novos desenvolvimentos e novas conceituações.

Quem faz uma boa clínica sabe que muitos recursos dos quais lançamos mão não raras vezes deixam de estar enclausurados nos limites de determinados construtos teórico-técnicos, se sabemos de antemão que outros diferentes beneficiariam nosso paciente.

Concorre para tal ser maleável ao desenvolvimento de um modelo de integração que, se bem colocado, evita as armadilhas do ecletismo. Isto quer dizer que pode-se estar trabalhando dinamicamente orientado e, ao mesmo tempo, lançar-se mão de um recurso da técnica psicodramática ou de outra claramente comportamental, se a situação do trabalho terapêutico assim o exigir.

As intervenções terapêuticas ganham assim possibilidades muito maiores e o paciente ganha porque pode ser sensibilizado através da melhor maneira que o terapeuta julgar em determinada situação que lhe favoreça.

Tecnicamente, em princípio, utilizam-se a clarificação e a interpretação, a atenção à transferência e contra-transferência, ao discurso ou comunicação repetitiva e freqüentemente inadequada, a padrões de comportamento (especialmente no que se refere a esfera interpessoal). A freqüência do tratamento restringe-se a uma vez por semana e nem todos os pacientes são elegíveis a ele. A determinação de um foco de trabalho assim como o esforço para sua manutenção ao longo do tratamento exigem um terapeuta mais ativo. Mas pode acontecer de muitas vezes as palavras ficarem escassas na descrição de um sentimento e com o recurso técnico de, por exemplo, a realização de uma cena dramática, essa expressão ser facilitada com o auxílio do gesto, da fala corporal, da criação da cena. Outras, o recurso de uma anotação dos pensamentos que antecedem determinado comportamento e por isso provocam determinada resposta, pode ser valiosa para que o paciente se dê conta de como está atuando. Uma prescrição paradoxal, uma modelação de comportamento, idem. E isso não impede que, por exemplo, o terapeuta esteja informado pela teoria freudiana ou por uma teoria interpessoal na compreensão desse paciente.

Assim, nas PBs dinamicamente orientadas, os graus em que as técnicas seguem os princípios psicodinâmicos são díspares.

Teoria e prática se incrementam mutuamente e, para tanto, não há necessidade do aproveitamento ou da incorporação de todos os aspectos da elaboração dessas teorias para que se defina uma psicoterapia como “breve” e “dinâmica”. São suficientes conceitos centrais como: uma história do desenvolvimento da pessoa, motivações inconscientes, o papel desempenhado pelos conflitos e um comportamento interpessoal repetitivo.

Com relação aos tratamentos breves em grupo, a literatura é muito mais recente (década de 70), se a compararmos com a PB individual, e nos mostra que ela acontece basicamente sob três formas: atrelada ao tempo em que os pacientes estiverem internados em unidades de tratamento hospitalar, em tratamentos do grupo familiar nas terapias de família ou em decorrência da colocação de objetivos comuns a serem atingidos em conjunto isto é, por todos os membros do grupo - como ocorre nos grupos operativos, nos grupos de auto ajuda com temas comuns ou naqueles estruturados por patologias, ou mesmo por queixas, onde as metas se circunscrevem a educação ou informação.

A homogeneização do grupo, segundo aqueles que propõem trabalhos de curto prazo, é enfatizada no que tange a promoção da coesão e universalidade com vistas à facilitação da operacionalização do processo.

Bernard e Klein (1977)<sup>17</sup> descrevem três classes de amplo espectro dos grupos terapêuticos de curto prazo: aqueles limitados no tempo, os grupos de crise e os de maratona. Mas são os focalizados nas patologias e no tema comum aqueles que vêm merecendo maiores estudos e elaboração de manuais passo a passo, como por exemplo o trabalho de 1992 de McKay e Paleg – “Focal group psychotherapy”.

De uma maneira geral o que a literatura de pesquisa em terapia de grupo nos mostra é que grandes foram as pressões metodológicas, conceituais e econômicas neste campo como aponta William Piper (1996)<sup>18</sup>, num estudo feito nos Estados Unidos.

As dificuldades em se formar um grupo são muitas e isto se observa em diferentes aspectos: encontrar pessoas que queiram, numa cultura individualista como a nossa, se associar num trabalho terapêutico; essa mesma cultura que leva as pessoas a fazerem muitas coisas por necessidade de sobrevivência econômica ou para não se darem conta do tempo ou dos problemas, dificulta a disponibilidade para o encontro, em termos físicos mesmo - dia, local e hora - e em termos emocionais - compartilhar implica em exposição, em por-se em contato e vulnerável em seus sistemas defensivos tão bem estruturados. Quando alguém pensa num trabalho terapêutico acha que é sempre mais fácil entrar em contato com uma única pessoa - o terapeuta - do que com alguns outros que esse alguém não se dá conta que sejam tão humanos quanto ele e tenham dificuldades também. Parece que acontece uma vergonha dessa humanidade.

Olhando-se pelo ângulo de onde pesquisar, o local por excelência ainda é o Hospital. Aí se tem demanda de tratamento, população para estudo, porque há que se ter sempre contingente; mas nem sempre se dispõe de interesse administrativo e financeiro, espaço físico e quadro de pessoal adequado. Conseguir, portanto, uma amostra grande para uma pesquisa é um fator primordial para o desenvolvimento de qualquer método. Na ausência dela, os pesquisadores se colocam em desvantagem ao tentarem chegar a achados significativos.

---

<sup>17</sup> Apud Kaplan & Saddock, 1996.

<sup>18</sup> Ibidem.

Criar critérios de seleção adequados aos objetivos do grupo que se quer formar não é também uma tarefa simples, até porque como há poucos estudos parece que ainda estamos ensaiando os primeiros passos.

Com relação às teorias pesquisadas pode-se dividir os estudos em dois grandes grupos: os cognitivo-comportamentais e os psicodinâmicos. Os estudos feitos com o primeiro deles, aponta-nos ainda Piper, abrangeu grupos homogêneos em suas dificuldades (borderline, adolescentes deprimidos, depressivos, com dor crônica etc.) que confirmaram seu sucesso com técnicas bem definidas. De outra forma, existem poucos estudos com o trabalho psicodinâmico, muito em função do tempo que é dispendido no tratamento já que, geralmente, são terapias de longo prazo.

Nos últimos dez anos, nos Estados Unidos, parece que, conceitualmente, cresce a tendência a um modelo multidimensional ou seja, leva-se em conta a pessoa, a variável que se quer pesquisar, a medida que se vai utilizar, o tempo e o contexto onde o grupo se insere. Isto deveu-se a uma crítica feita por pesquisadores que argumentaram que estudos anteriores se concentraram em partes do modelo. Em vez de, por exemplo, uma limitação no paciente individual no nível intrapsíquico, deveriam ser levados em consideração os eventos interpessoais e o grupo como um sistema social. Esta orientação dos Programas de Pesquisa, sem dúvida complexificou os trabalhos e ainda trouxe um certo desânimo àqueles que se dedicam a este estudo por entenderem que isso implica em trabalho de fôlego. Mas não podemos ignorar que este é um dado que enriquece as pesquisas.

William Piper sinaliza ainda três tipos de pressão econômica já que trabalhar grupo reflete, nesta área, incentivo para que os pesquisadores desenvolvam técnicas eficazes quanto ao custo; que a efetivação da pesquisa se faça menor nas terapias de curto prazo; e que o tempo para completar o projeto idem.. Assim, houve uma natural exclusão das terapias de grupo de longo prazo, deste Programa. As terapias de grupo psicodinâmicas geralmente são desta natureza.

Mas nem tudo é negro no horizonte. Por outro lado, todas essas pressões e dificuldades abriram perspectivas para que o grupo pudesse ser pesquisado como uma modalidade eficaz de curto prazo, fazendo com que se atentasse para a possibilidade de um modelo integrador, combinando-se abordagens teóricas e técnicas múltiplas.

Trazendo a situação de pesquisa para nós, podemos afirmar que as dificuldades não foram menores do que as apresentadas no artigo de Piper. Se não vejamos.

Encontramos dificuldade de espaço físico mas que, ao menos temporariamente, parece que está contornada. A Instituição ainda não colocou obstáculos a este Programa. Ao contrário, parece ter interesse nele.

Arregimentar um contingente suficiente que nos permitisse fazer uma seleção adequada aos nossos propósitos levou tempo. Como trabalhamos há três anos nesta pesquisa, neste ano percebemos uma ligeira mudança neste quadro que ainda não pode ser apontada como uma tendência efetiva - acreditamos que, pelo trabalho realizado nos anos anteriores e respeitando os nossos critérios de seleção estabelecidos, o número de pacientes dispostos à experiência grupal foi um pouco maior, o que nos permitiu reunir candidatos suficientes, em apenas dois meses de triagens semanais, para a formação de um grupo a se iniciar neste semestre. Isto nos leva a crer que pode-se criar a demanda a partir de um trabalho de conscientização de como um grupo pode ser interessante e benéfico, junto aos psiquiatras e aos usuários.

Ainda temos poucos profissionais psicólogos interessados em privilegiar essa modalidade em seus atendimentos. Uma das hipóteses que levanto é que este trabalho atinge os terapeutas num ponto em comum com os pacientes: há que se gostar de estar e trabalhar em grupo. E terapeuta e paciente pertencem à mesma cultura. A outra é que a atividade em si é mais trabalhosa do que a terapia individual no sentido de exigir um estado de prontidão do terapeuta maior do que na individual.

O que estamos tentando desenvolver neste momento é um programa de divulgação e treinamento que possa incrementar a prática do trabalho com grupos terapêuticos no Setor.

Com relação a recursos financeiros disponíveis para tal, no momento só estamos contando com o interesse e adesão daqueles que acreditam o quão interessante e eficiente este trabalho pode ser e, assim, dispõem de seu tempo e profissionalismo para a sua realização em troca unicamente da satisfação com o trabalho.

Em termos conceituais, a pesquisa é instigante e apaixonante porque intuitivamente sabemos que temos um precioso material a explorar do qual o pouco que sabemos já nos leva a acreditar no seu poder como agente terapêutico de mudança para aqueles que dele se utilizem. Em três anos realizamos 4 grupos, com um total de 27 pacientes atendidos; 19 tiveram alta completa de seus tratamentos. Isto significa 70,34% de sucesso e nos anima a

buscar fatores relevantes e que possam contribuir para o crescimento e eficácia desta modalidade.

O desafio às pesquisas parece ser mesmo verificar quais intervenções são mais efetivas na questão tempo para pacientes com diferentes graus de prejuízo e para as diferentes modalidades terapêuticas.

Para tanto, a construção focal se faz um recurso técnico imprescindível nas abordagens breves. Este será o tema do nosso próximo capítulo.

## CAPÍTULO II

### TECENDO UM TRABALHO FOCAL

#### II.1 - O que vem a ser “focalizar”

Dissemos no capítulo anterior que uma das estratégias que concorriam para a abreviação do tempo de tratamento estava na focalização. O que vem a ser isto?

Em princípio, de uma forma mais geral e referida em quase toda a literatura específica, foco nos leva a “ponto de convergência”. Em psicoterapia dinâmica, poderíamos defini-lo como o ponto de convergência do conflito do paciente para onde se voltam a atenção dele e a do terapeuta. Seria o “nó” que impede o crescimento e uma evolução favorável no curso do viver. A esse “nó” se deveria dar importância primordial no trabalho terapêutico.

French (1946) usou a expressão “conflito focal” para contrapô-la à noção de “conflito nuclear” onde, no primeiro, estaria contida uma situação mais superficial, e no segundo, um conflito mais profundo, com origem na infância.

Balint e Ornstein, num trabalho publicado postumamente, acerca de uma pesquisa feita por eles no Departamento de Medicina Psicológica do University College Hospital of London, enfatizam a preocupação em capacitar os médicos a compreender as queixas de seus pacientes não apenas em termos da sintomatologia da enfermidade como também cobrindo os conflitos pessoais com a sua apropriada utilização terapêutica. Com o objetivo de que esse não fosse um trabalho muito extenso, apropriou-se ele de técnicas desenvolvidas em meados dos anos 50 por um grupo de psicanalistas conhecidos por “Oficina de Trabalho”. Balint denominou esse novo método psicoterápico de “Terapia focal” (Lovenkron 1993 – págs. 56/57).

Malan (1976), trabalhando a partir das pesquisas de seu professor Balint, reforça a necessidade de um foco circunscrito para o tratamento psicoterápico de curta duração. A determinação deste foco torna-se um aspecto central na avaliação do processo. Afirma que se não se pode separar um foco da psicopatologia geral apresentada, então o paciente não

se adequa à possibilidade de um tratamento breve. Assim, elege-se deliberadamente para trabalhar uma situação que seja um ponto de convergência de vários problemas vividos pelo paciente.

No trabalho de 1976, "Focal Psychotherapy", Balint dirige sua atenção para uma psicanálise aplicada onde enfatiza as relações de objeto centralizadas na relação terapeuta-paciente em situação corrente da entrevista terapêutica ("aqui-e-agora") e não em termos de fantasia ou reconstrução do passado. Deste livro fica-nos um exemplo da técnica aplicada no tratamento de um paciente (o Sr. Baker), sessão a sessão, e são considerados dois pontos básicos para o sucesso de um tratamento focal: a motivação do paciente e uma boa focalização mantida ao longo do trabalho. Balint propõe o foco como um objetivo a ser atingido na terapia a partir de uma compreensão psicodinâmica do sujeito logo nas primeiras sessões. No capítulo final de seu livro conclui com seus colaboradores que a terapia focal está num continuum com a psicanálise, já que dá-se relevância às intervenções interpretativas.

Na verdade, concordamos com autores que apresentam a questão do foco como de bastante complexidade.

Malan acolhe a definição de foco como o ponto de convergência da atenção do terapeuta para o qual dirige a interpretação - as interpretações seriam dirigidas a um tema central que, todas as vezes que aparecesse seria alvo delas. "Algo altamente intuitivo que se cristaliza na mente do terapeuta" (1976). Assinala inclusive que se o material trazido pelo paciente admite mais de uma interpretação deve o terapeuta dar preferência àquele que estiver em consonância com este ponto de convergência acordado. Para ele, o foco surge a partir da utilização dos dois triângulos com os quais se orienta no trabalho: o da pessoa - terapeuta/situação atual/relações passadas - e o do conflito - impulso/ansiedade/defesa. Depois de uma boa aliança terapêutica, faz-se a ligação dos pontos desses triângulos para que, a partir daí, possa-se construir um tema que seja o ponto de convergência da atenção do terapeuta. Com relação à manutenção do foco, ele indica dois caminhos: o da atenção seletiva onde buscam-se as possíveis ligações com o foco estabelecido, contraponto com a atenção flutuante da psicanálise; e a negligência seletiva ou seja, a escolha do terapeuta em não trabalhar qualquer material que mesmo muito interessante, possa desviá-lo da problemática focal eleita. Estes dois caminhos parecem que se constituíram numa regra geral para a manutenção do foco nas terapias de curta duração.



Mas Braier (1986) diz que a técnica focal não está restrita às psicoterapias de tempo limitado e portanto pode ser utilizada nas terapias de longa duração com pacientes que “por diversos motivos (idade avançada, por exemplo) o tratamento psicanalítico é contra-indicado” (pág.39). Discordamos desta colocação uma vez que, focalizado, o tratamento estará circunscrito a uma área de problemas e portanto, automaticamente, desponta um objetivo a ser atingido na organização patológica do paciente e sua conseqüente possibilidade de resolução. Isso implica num trabalho intensivo e delimitado, o que por certo, diminuirá a duração do processo terapêutico proposto. Uma terapia breve pode não ser focal no sentido que estamos dando a esse termo, mas uma psicoterapia focal será breve.

De toda sorte, ao se pensar num foco para o tratamento de nosso paciente, vários são os fatores que podem ser lembrados como aponta Fiorini (1995): formulações que enfatizam aspectos sintomáticos do paciente, aspectos interacionais (o conflito interpessoal que desencadeia a crise); os aspectos próprios da relação diádica terapeuta-paciente; aspectos técnicos (a interpretação central onde assenta todo tratamento). Segundo ele, esses aspectos estariam intimamente ligados ao motivo que traz o paciente à consulta.

Orienta assim, seu conceito de focalização no sentido de uma situação baseada no motivo da consulta trazido pelo paciente. Essa situação atual estaria estruturada, segundo sua visão, de forma a incluir o motivo da consulta assim como um conflito subjacente mais profundo que, a nosso ver, seria coincidente com a noção de French de conflito nuclear. Condensado nessa situação teríamos componentes relativos a aspectos histórico-genéticos individuais e sociais do paciente; determinantes do contexto social mais amplo; aspectos caracterológicos individuais - psicodinamismos, condutas defensivas, recursos adaptativos; uma situação grupal que inclui a família nuclear imediata com seus dinamismos, conflitos, papéis e recursos; um momento evolutivo individual e grupal-social do indivíduo. Regulando a lente que focaliza, Fiorini inclui as relações do paciente com grupo familiar, o processo terapêutico e seus momentos, a relação terapeuta-instituição.

Com tantos fatores a serem considerados parece-nos difícil o manejo dessa estratificação da situação já que o modelo apresentado é estrutural. Quando este autor nos aponta elementos reguladores da situação focalizada, como numa lente de câmera ajusta-se o foco onde de fato se deseja dar realce. Isso nos leva a um movimento que dificultaria o trabalho numa perspectiva de curta duração, uma vez que o foco passearia por toda a estrutura da seleção configurada carecendo de uma objetividade, fundamental para o tipo de

trabalho terapêutico proposto, numa terapia de tempo e objetivos limitados. Teríamos vários focos. Autores mais atuais como Davanloo vêm desenvolvendo a tese de que pacientes que sofrem de mais de um problema teriam focos múltiplos e poderiam ser beneficiados pela PB.

À mesma época de Balint e Malan, outros estudiosos dedicaram-se ao estudo de formulações técnico-teóricas que contribuíssem de alguma forma para que as psicoterapias pudessem ser mais eficazes nas suas propostas e realizações.

A manutenção do foco terapêutico traz duas situações correlatas importantes: se o terapeuta tem que manter um foco, tem também que ser mais ativo não somente visando os objetivos acordados para o tratamento mas também prevenindo digressões em outras questões; mantendo-se o foco, decresce a possibilidade de regressão do paciente. Isso não quer dizer, segundo Crits-Christoph e Barber (1991), que terapeutas breves não possam deixar que seus pacientes associem livremente, porém não devem fazer disso uma constante.

Há no entanto um fator básico nestes estudos que é a dinâmica que rege o psiquismo do indivíduo adoecido para que então, nela apoiado, o foco possa ser delimitado.

## **II.2 - O movimento dinâmico**

Recorrendo à Física, o conceito de “dinamismo” parte de que a realidade do universo é a energia. Tudo é manifestação dessa energia e toda atividade representa o aspecto dinâmico ou cinético dessa energia. O mundo então pode ser descrito em termos de dinamismos. Os organismos vivos são vistos como dinamismos particulares.

Quando Freud construiu sua teoria, embora citasse fatores genéticos, filogenéticos, experiências infantis aliadas às predisposições e experiências traumáticas, em sua equação etiológica das neuroses, sua concentração no estudo ficou por conta das energias dinâmicas intrapsíquicas do sujeito.

Sullivan (1953), em seu livro “La teoria interpersonal de la psiquiatria”, define “dinamismo” como o padrão relativamente durável de transformações de energia que caracteriza recorrentemente o organismo como organismo vivo. Para essa teoria o interesse dinâmico reside nesses padrões isto é, “conjunto de diferenças particulares insignificantes” que caracterizam recorrentemente as relações interpessoais - o interjogo funcional de

peças e personificações, signos e abstrações pessoais, atribuições pessoais - que compõem a classe humana de ser. (págs. 127-134)

Nunca é demais enfatizar que o terapeuta, na maioria das linhas de trabalho, parte da idéia de um funcionamento psicodinâmico de seu paciente. A partir da teoria pela qual está ele informado, tentará compreender qual é essa dinâmica, assim como o jogo de forças que rege o psiquismo e as conseqüentes ações do sujeito, além de como a patologia desenvolvida pode servir à essa dinâmica. Desta forma poderá ele estruturar sua conduta terapêutica.

Essa idéia nos aponta o caminho da formulação de uma hipótese - supõe o terapeuta que, pelo material trazido pelo paciente, este funcione psiquicamente desta ou daquela forma. A hipótese se confirmará ou não através do trabalho de investigação terapêutica. Quanto mais precocemente o terapeuta tiver esta hipótese formulada mais facilitado será o seu trabalho do focalizar.

Lemgruber (1984) define foco como “todo o material consciente e inconsciente trazido pelo paciente e delimitado como a área a ser trabalhada no processo terapêutico”, através dos outros dois componentes do que ela chama de “triade da psicoterapia breve” - a atividade do terapeuta e o planejamento. Mais recentemente, refere-se ao foco como a “redefinição da queixa principal, a partir da compreensão da dinâmica do paciente, de forma a operacionalizar as bases do tratamento.”<sup>1</sup> Acrescenta ainda a necessidade de uma avaliação do paciente, em termos de um bom conhecimento da sua história. Acompanham esse procedimento um diagnóstico psicodinâmico e um nosológico. Para ela, a hipótese psicodinâmica é o que há de mais marcante e repetido na vida do sujeito e que o fará funcionar no seu dia-a-dia de uma determinada forma. Quando um foco é estabelecido será ele o que mais estiver entrvando um melhor funcionamento psíquico. Sua hipótese psicodinâmica abarca o foco e o conflito nuclear. Em seu trabalho, o ajuste focal é discutido com o paciente - após as entrevistas pede-se a ele que pense numa prioridade a ser trabalhada na sua terapia; o terapeuta já tem uma em mente, baseado em sua avaliação. Chega-se então a um consenso. Via de regra, em sua opinião, numa avaliação bem feita, a hipótese psicodinâmica assim como o foco não serão de difícil formulação assim como sua

---

<sup>1</sup> Em comunicação escrita em forma de circular no Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do HGSCM- RJ, Junho de 1998.

manutenção ao longo do processo. Apenas fatos inusitados e surpreendentes poderão alterar o curso da terapia.

Do nosso ponto de vista, nesta definição mais recente existe uma confusão comum - foco e queixa.

As queixas que nos chegam junto com nossos pacientes são as mais diversas: “Quero parar de comer porque estou gorda e por isso meu marido me abandonou.”; “Preciso deixar de me preocupar e ficar nervosa porque minha filha não estuda.”; “O meu problema é que fiquei grávida de gêmeas, um feto morreu, e eu adoeci dos nervos.”; “Eu não tenho coragem suficiente para realizar o que imagino e a vida está passando.”; “Não consigo trabalhar sem ser no tranco e isso me chateia.”.

Para nós o importante é que estas são apenas formas dos pacientes expressarem o que lhes incomoda e que os leva a buscar tratamento terapêutico. Estes, certamente, não serão os focos a serem trabalhados terapeuticamente. O mesmo ocorre em relação às patologias - depressão, ansiedade, stress etc. não serão alvo do tratamento terapêutico.

Subjacente a cada uma dessas queixas ou patologias existe uma pessoa trazendo toda uma forma de se posicionar diante da vida e suas circunstâncias assim como nas suas relações interpessoais de toda ordem. Existe nesse sujeito que padece um dinamismo que faz com que ele se comporte e atue de uma forma que vai muito além dos limites da queixa ou do que a patologia possa expressar. Não é porque a paciente está gorda que o marido a abandonou e ela se sente infeliz, tampouco “trabalhar no tranco”, o motivo do desconforto do outro.

Quando estamos perante aquele que padece, é todo um conjunto que se pode apreender, e que nos leva a fazer as primeiras conjecturas de quem é aquela pessoa e não o que ela tem. Hipóteses são levantadas num primeiro momento para serem posteriormente confirmadas ou refutadas.

Na visão interpessoal não se faz questão se aquela pessoa gorda é um “oral deprimido ou ansioso”. É importante examinar a forma com que aquela pessoa se relaciona com as demais, dentro do seu contexto de ação interpessoal. Que padrão se estabelece nesse processo dinâmico que é a interação interpessoal, que faz com que ela se sinta tão desconfortável que comer lhe pareça a única porta de saída para essa situação.

Portanto, redefinir a queixa principal não nos parece de grande relevância para se chegar ao foco, uma vez que é atrás dela que o paciente se esconde de si mesmo. Levá-lo

através da atuação terapêutica a sair do discurso da queixa ou da patologia para que ele possa enxergar outros aspectos seus e de suas relações, talvez seja mais eficaz na busca de uma formulação focal. Parece-nos até mesmo contraditório falar-se em “redefinição de queixa”, uma vez que ao explicitar o que entende por hipótese psicodinâmica, a autora a situa como encompassadora do conflito nuclear; a queixa estaria assim posta num nível marginal.

Braier (1989) conceitua uma “hipótese psicodinâmica inicial” como “um esboço reconstrutivo da história dinâmica do paciente”.(p.46). “Inicial” indica possibilidade de mudança voltada, em seu ponto de vista, para “tudo o que dinamicamente podemos inferir acerca deste” (referindo-se ao foco). Ora, não nos fica muito claro o que vem primeiro - a formulação da dinâmica ou o estabelecimento do foco. Parece-nos que o que daria sentido ao trabalho focal seria ter a idéia do funcionamento psicodinâmico como pano de fundo e, daí então, pinçar um ponto para onde a problemática nodal dessa dinâmica pudesse ser representativa do conflito.

Voltando a Malan (1983), no capítulo final de seu livro “Psicoterapia Individual e a Ciência da Psicodinâmica”, afirma que concentrou seus esforços em explicar os princípios de uma psicoterapia psicodinâmica estando ele naturalmente remetido à psicanálise que considera a “verdadeira ciência psicodinâmica”. Reforça a utilização de aspectos psicodinâmicos da psicanálise como impulso (sentimentos encobertos que nos refere a existência do inconsciente), defesa e ansiedade, retorno do recalcado, transferência e interpretação; aspectos esses que o auxiliarão na sua maneira de focalizar. A seguir, afirma que:

“qualquer teoria do psiquismo humano e qualquer forma de psicologia são necessariamente incompletas, a menos que incorporem a perspectiva psicodinâmica. Aplica-se isto sobretudo à teoria da aprendizagem e à psicoterapia comportamental. Mas o inverso também é verdadeiro: a mesma psicoterapia dinâmica é incompleta a menos que incorpore a teoria e as técnicas de outras formas de psicoterapia, dentre as quais a comportamental talvez seja a de maior importância”. (p.322)

Definitivamente essa afirmação abre o campo da investigação e sai da visão radical de muitos estudiosos que se apegam a purismos extremos que em nada contribuem

para a evolução do campo psicoterápico. Mais tarde, esta afirmação renderá frutos nos chamados modelos integrados – isto é, aqueles que comungam uma visão de síntese tanto no que diz respeito aos campos que possam participar do cuidado com o paciente (filosófico, científico, médico, tecnológico etc.) quanto à própria forma de se encarar o paciente como um todo indissociável. Além disso, na tarefa de focalização os recursos técnicos que melhor se adequem ao trabalho do foco aumentam as possibilidades de êxito. Cabe ressaltar que essa posição eclética de forma alguma também deve ser levada a extremos, sem parâmetros e sem o rigor onde todo método de investigação deve ter respaldo.

Como novas associações entre teorias e técnicas estão tomando forma, várias pesquisas e treinamentos acontecem e os terapeutas entram no campo com uma enorme variedade de informações de *background* distintos. Designar por “eclética” uma orientação ou prática, carece de uma definição um pouco mais precisa como muito bem aponta Strupp (1984). Qualquer busca científica necessita especificidade que, se bem definida e delimitada, ajuda nas evoluções posteriores. Descrições gerais e globais na maioria das vezes, não são suficientes.

O que gostaríamos de ressaltar com relação à problemática focal é que esta, de fato, é uma questão central para o trabalho de PB. O fato dinâmico, ou simplesmente foco como aqui é denominado, tem sido assim largamente associado à maximização da influência terapêutica nos tratamentos de duração limitada. É apontado pela maioria dos autores que trabalham com foco que a dificuldade ou falta de habilidade do terapeuta para achá-lo ou mantê-lo é, em si, uma contra indicação de base para que ele conduza um tratamento nesses moldes.

A literatura atual, infelizmente, nos oferece apenas uma pequena quantidade de princípios gerais para a identificação do foco dinâmico. Parece também que uma boa dose de intuição por parte do terapeuta é fundamental na delimitação focal que orientará o trabalho terapêutico.

Pelo que vimos até aqui, na maioria dos autores, o foco dinâmico é colocado em termos de um conflito intrapsíquico específico ou um impasse no desenvolvimento, uma convicção inadequada, um tema essencial interpretativo.

Strupp e Binder (1984) assinalam que, de fato, não há consenso na forma específica de como uma orientação focal deve ser - conflito intrapsíquico, dilema

interpessoal; tema afetivo persistente. O conteúdo e a forma de um foco dinâmico podem variar através das orientações teóricas de terapia para terapia. Também parece não haver concordância em como o terapeuta deve elaborar e perseguir uma formulação focal ou mesmo em como a qualidade de um foco pode ser avaliada. Esses autores ainda pontuam que os maiores progressos nessa área vêm de pesquisas contextuais feitas por Luborsky, e a própria aplicação prática do foco dinâmico é vaga e não focalizada!

### **II. 3 - A construção focal no ato de narrar - Strupp e Binder**

Um caminho que nos parece extremamente interessante e relevante com respeito à construção focal vem do trabalho de Strupp e Binder (1984).

Eles são dois psiquiatras norte-americanos, psicanaliticamente orientados, que têm seus trabalhos direcionados à pesquisa em psicoterapia de curta duração. Publicaram em 1984 o livro “Psychotherapy in a New Key - A Guide to Time - Limited Dynamic Psychotherapy”, no qual pretendem pontuar a perspectiva de um movimento que começa em direção a uma maior integração das teorias e técnicas psicanalítica clássica e interpessoal.

Apóiam-se na análise da transferência, mesmo que as condições de trabalho (setting, frequência, treinamento do terapeuta para a neutralidade), não sejam as intrínsecas à psicanálise - partem portanto de que o fenômeno da transferência não é exclusivo dela. O que pretendem realizar é uma reconceitualização dos fenômenos da transferência e contratransferência em termos interpessoais.

Alertam para a existência de uma realidade psicossocial que, melhor do que ser vista como dicotomizada em verídica e distorcida, seria encará-la como uma realidade psicológica que é simplesmente múltipla. A transferência sai assim do seu habitual lugar da distorção para um outro, caracterizado pela rigidez com que a realidade é interpretada e construída, como veremos mais detalhadamente adiante. Concorrem para esta perspectiva ambos os participantes na interação psicoterapêutica – terapeuta e paciente. Há portanto, uma mudança no modelo dessa realidade na qual a ênfase é dada em *como* a interação está sendo vivida e experienciada, em *como* o setting terapêutico e as intervenções estão servindo a este propósito, assim como a focalização nestes aspectos do processo.

Desta forma, segundo eles, a transferência e a contratransferência assumem nova perspectiva - elas são apenas duas faces da mesma moeda. Em vez de ver a contratransferência como unicamente uma saída desastrosa da neutralidade ideal, o terapeuta é visto como alguém inevitavelmente envolvido com o paciente, só que com a possibilidade de estabelecer graus diferentes de relação. Essa perspectiva dirige nosso olhar para o fato de estarem interagindo duas pessoas reais, dois sujeitos que se comportam face-a-face. Este é um aspecto inevitável de uma interação humana que deverá ser aproveitado pelo terapeuta para cumprir sua tarefa precípua que é a de propiciar auxílio ao paciente. Atento e consciente de seu envolvimento, o terapeuta pode manejar e modificar tanto as interações transferenciais e contratransferenciais desejáveis quanto as indesejáveis.

Strupp e Binder escolhem a narrativa, ou melhor, o *ato* de alguém contar a história de sua vida a outro, como a fonte de onde se extrairá o foco terapêutico.

No ato narrativo o sujeito tende a organizar sua história em ações seqüencialmente ordenadas em maiores ou menores padrões previsíveis de suas construções e atuações. Esses padrões tornam-se o tema ou assunto da terapia. O foco então pretende captar os aspectos terapêuticos mais centrais desses padrões de operação interpessoal. Recontar é re-narrar num processo concomitante de mudança onde se pode criar alternativas a partir de experiências terapêuticas.

Para concentrar e organizar as informações relevantes esses autores elaboram um “foco dinâmico” que é incorporado de forma sistemática à terapia, de modo a maximizar a experiência terapêutica, em terapias de tempo limitado. Escolhem trabalhar este foco como significativo de um conflito intrapsíquico ou impasse no desenvolvimento, uma convicção imprópria do *eu* ou um padrão de atividade interpessoal inadequado.

Para eles, o foco surge como um modelo de trabalho que se sobressai no padrão de relações interpessoais assumido pelo paciente que, inconscientemente, através dele, alcança o outro com o qual está interagindo. É da perspectiva de um padrão de relacionamento interpessoal que ele desenvolve seqüências interacionais inadequadas, avaliações equivocadas acerca de si próprio, do outro e das situações que vive. A partir da focalização, esse padrão pode ser observado e entendido pelo paciente sob uma forma mais sistemática e coerente de organização.



Organizando, o foco faz com que surjam estruturas que delimitam a informação relevante e a tornam acessível do ponto de vista terapêutico onde o paciente e o terapeuta têm a chance de chegar a discriminações e integrações significativas.

Strupp e Binder constróem o foco dinâmico baseados em dois princípios: numa perspectiva sulliviniana, assinalam que os problemas psicológicos devem ser tratados no que eles chamam de “a primeira arena para a construção da experiência da vida”, que é a situação interpessoal; e, entre pessoas, no ato de narrar, a forma primária de se organizar as experiências da vida é contar sua própria história a outras pessoas. (pág.68)

Baseado nesses dois princípios, o sujeito desenvolve suas estruturas cognitivas, afetivas, motivacionais; lida com temas filosófico-existenciais; desenha uma visão de si próprio e da realidade na qual está inserido; tem o contexto interpessoal como que banhando sua existência e permitindo que as operações desta ordem amplamente se desdobrem umas após as outras.

Para contar sua história o sujeito organiza suas experiências e ações dela decorrentes assim como desejos, sentimentos, expectativas e visões próprias a respeito de todo este contexto. Este conjunto forma padrões mais ou menos predizíveis. Quando estes padrões carregam dificuldades na vida do sujeito tornam-se o tema ou assunto da psicoterapia.

Esses autores colocam ainda em relevo que cada operação interpessoal contém alguma coisa do todo *eu/outros/realidade* isto é, da dinâmica dentro da qual o sujeito se move. Daí, o foco captando o que é mais central dos padrões interpessoais que se estabelecem numa pequena história esquemática interpessoal, fornece um esboço que provê uma estrutura genérica que narra histórias interpessoais pontuais na vida desse sujeito.

No trabalho terapêutico, a crença de que as histórias contadas são verdades absolutas pode sofrer uma revisão apropriada, uma vez que muitos aspectos dessas histórias são inconscientes e, desavisadamente, encarados como verdades irrefutáveis. Ao invés, poderíamos encarar essas histórias como simples versões da realidade construída por nós mesmos, dadas as circunstâncias que envolvem uma série de elementos que fazem com que tal acontecimento sofra determinado curso e solução em determinada época, sob certas injunções. Fazendo parte desses elementos está o próprio autor da história - múltiplo e único.

Aqui cabe a observação de que utilizamos o conceito de *eu* como o si mesmo que narra ou seja, um resultado de um processo fundamentalmente humano que é a expressão através da linguagem.

Goolishian e Anderson (1996), numa visão pós-moderna, consideram o *eu* como uma expressão da capacidade para a linguagem e a narração. Os humanos estão sempre contando e ouvindo coisas para ou de alguém. É assim que sabemos quem e o que somos. O *eu* é assim uma manifestação da ação humana de falar sobre si de uma forma mais ou menos estável emocionalmente e com uma certa continuidade. Carrega o que compreendemos acerca de nós e dos outros pleno de nossas intenções, desejos, esperanças, do que entendemos ou não. Isso nos leva a idéia de que o *eu* está sempre em desenvolvimento além de ser aprendido - limitado num tempo, num espaço cultural preenchido pelas práticas sociais.

A identidade, o si mesmo é a manutenção da continuidade coerente dos relatos sobre nós - nossos e de outros. Assim pode parecer que se não fizermos ou dissermos as mesmas coisas, se não atuarmos do mesmo jeito, deixamos de ser nós mesmos. Além disso, estrutura-se uma rede de narrativas intersubjetivas onde a linguagem é um dos caminhos de acesso à subjetividade de cada um pois como diz Prigogine<sup>2</sup>, dialogamos em múltiplos vocabulários - nossa música e nossas ações, nossa roupa, teatro, nossa arquitetura, nossa arte - que são parte dos intercâmbios simbólicos de construção de sentido.

Sujeitos e grupos humanos são autores de suas narrativas e da construção de seus relatos históricos, de vida. Como autores, a participação é ativa, e dar curso à própria vida uma possibilidade real, concreta, autoral.

A terapia é um processo conversacional no qual novas narrativas são criadas, novos significados e agenciamentos, nova capacidade para assumir a própria vida.

No ato de recontar, ao mesmo tempo, pode-se criar novas alternativas para o entendimento do que e como se viveu e se vive.

A “experiência emocional corretiva” (EEC), a que Alexander se referiu em 1946, passa a um lugar de destaque neste processo, já que concordamos que não basta reconhecer cognitivamente o que se passa e sim experienciar vividamente, emocionalmente, as alternativas terapêuticas, novos padrões de relacionamento. Tanto o paciente quanto o

---

<sup>2</sup> Apud. SCHNITMAN, D.F. - Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Trad. Jussara Rodrigues, Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

terapeuta estão engajados nesse recontar e reencenar dos dilemas centrais interpessoais da vida do paciente; e o reexperienciar emocional ganha mais consistência, a nosso ver, se entendido como um reexperienciar relacional. Teríamos assim, melhor dizendo, uma “experiência relacional corretiva” (ERC), como afirma Lemgruber (1997).

Com isto, além de se ter um processo natural de investigação e descobertas, característico do processo terapêutico, o paciente pode construir para si uma realidade mais adequada, aprender a ser mais flexível na sua forma de atuar perante a vida, experimentar novos sentimentos e novas maneiras de se relacionar com o outro e com o mundo do qual faz parte, já que tem que lidar com ele e administrá-lo.

Ressignificar o passado através de uma atuação presente, reconhecendo novas possibilidades que lhe possam trazer resultados mais confortáveis pode ser o começo de uma mudança terapêutica. O objetivo do tratamento torna-se assim, a aquisição de mudanças positivas no funcionamento interpessoal.

Na terapia dinâmica de tempo limitado de Strupp e Binder os problemas interpessoais são concebidos num formato específico denominado “Cyclical Maladaptive Pattern” (CMP)<sup>3</sup>. Na estruturação do foco, os dois autores abrem perspectivas interessantes à nossa proposta uma vez que o apontam na direção de um modelo para narrativas interpessoais e tendo um formato próprio. O ato de narrar a própria história entretece este formato.

Deixam claro em sua pesquisa que esta não é uma formulação final do problema, até porque qual é a “realidade última” da dinâmica de alguém? A eleição de um foco é justamente uma ferramenta para ser usada através do tratamento com o intuito de manter a atenção do terapeuta voltada para uma questão a ser tratada. O que pode ocorrer, e não é incomum, como atestam alguns autores a exemplo de Lemgruber (1996), assim como a nossa própria experiência, é que um foco bem delimitado repercute em várias áreas da personalidade do paciente propiciando mudanças importantes, contínuas e profundas. Daí a importância de se ter claro como construí-lo.

No padrão interpessoal cíclico psicodinâmico impróprio o paciente lança sobre si mesmo, inconscientemente, papéis e atribuições interpessoais nos quais não se sente confortável; atribui a outros, papéis complementares que não são os mais adequados às suas

expectativas e anseios; e a seqüência de interações inadequadas, as expectativas frustradas, as auto-avaliações negativas e os afetos desprazerosos surgem como um resultado inevitável.

Na construção do foco nesse formato PCI (Padrão Cíclico Inadequado), Strupp e Binder objetivam descrever em seu livro, ações humanas, embebidas num contexto de operações interpessoais, organizadas num padrão psicodinâmico cíclico que tenha que ser uma fonte recorrente de problemas no viver assim como, presentemente, uma fonte de dificuldades. (pág.70)

Isto quer dizer que um PCI engloba tanto os padrões interpessoais de realizações que sejam historicamente significantes como aqueles que são fonte atual de dificuldade. Mesmo que os atuais padrões sejam de importância primeira dentro de um trabalho terapêutico que prioriza o “aqui-e-agora”, a natureza específica desses padrões pode ser ambígua, confusa.

Numa análise do trabalho desses dois autores Crits-Christoph e Barber (1991), afirmam que esse processo pode ser melhor entendido como um introdutor do paciente às suas questões interpessoais. E o que adquire relevância é ver este padrão atuando nas relações interpessoais do paciente.

Para formular o seu modelo focal, Strupp e Binder apóiam-se no que denominam “os quatro elementos estruturais da narrativa” ou seja, aqueles que dão corpo a ela. São eles: *atos do eu*, *expectativas do paciente acerca da reação dos outros*, *atos dos outros em direção ao eu*, *atos do eu em direção ao próprio eu*.

Os *atos do eu* ganham corpo através de ações humanas chamadas públicas (falar, mover-se, determinar...) e privadas (pensamentos, emoções, imagens...) que são realizadas pelo sujeito, variando de acordo com a acessibilidade à consciência. A formulação de ações importa para que se possa ter uma idéia de como o sujeito age na vida, como sente e persegue seus objetivos, lembra-se dos fatos, enfim move-se cotidianamente. Aí quer-se saber de que natureza são ações e operações interpessoais que aparecem redundantemente num padrão cíclico, tanto nos comportamentos públicos quanto nos privados. Observando esse item, percebe-se que as pessoas ordinariamente agem de forma relutante ou desesperada, conflituada, raivosa, sexualizada etc.

---

<sup>3</sup> CMP - Ciclical Maladaptive Pattern - pág. 72. Daqui por diante designaremos este padrão pela sigla PCI - Padrão Cíclico Inadequado. Isto se deve ao fato de entendermos que o uso da palavra “adaptado” poderia trazer uma

As *expectativas do paciente acerca da reação dos outros* engloba as reações que o paciente imagina que outros tenham a partir das suas próprias ações. Busca-se saber quais das ações do paciente levam os outros a se comportar de forma a confirmar as suas expectativas iniciais. Tem-se assim uma expectativa de que o outro reaja de determinada forma, a partir de alguma coisa que é feita pelo paciente numa ação interpessoal. Desta forma, um comportamento assumido por um sujeito provoca determinado tipo de comportamento do outro, já esperado por esse sujeito.

Os *atos dos outros em direção ao eu* indicam a observação de que esses atos são vistos como ocorrendo numa relação específica com os *atos do eu*. Sob a influência do padrão inadequado que tende a interpretar de modo equivocado ou desconfortável o significado interpessoal das ações dos outros, a expectativa temida pelo paciente é confirmada.

Os *atos do eu em direção ao próprio eu* são vistos como introjeção. Estas ações devem estar articuladas numa relação específica de como elas se reforçam ou se excluem no que diz respeito aos outros elementos do formato. Dá a idéia de como o paciente se percebe e trata a si mesmo, como anda sua auto-estima e sua auto-imagem. Auto-controle, auto-punição, auto-confiança, auto-destruição, auto-piedade aparecem aí como resultado da percepção da sua participação nas relações interpessoais.

A narrativa, assim, é toda construída em padrões interpessoais *de ação*. E a transferência e a contratransferência assumem um papel crucial.

Dentro do trabalho terapêutico, o ato presentifica, dá corpo à narração e pontua uma forma interativa de atuar que se repete. Aí o terapeuta mantém uma atitude de quem acolhe e tem cuidado mas não se deixa levar completamente pelo padrão de relação estabelecido pelo paciente. Adota uma postura profissional de quem domina uma técnica da qual se utiliza, ao mesmo tempo que carrega um estilo pessoal que certamente tem um impacto complexo no paciente. Este estilo pessoal pode ser experienciado como positivo ou negativo.

O terapeuta também é colocado em situações de reações ditadas pelos papéis que lhe são assinalados pelo comportamento inadequado do paciente. Assim, a forma do terapeuta se relacionar com seu paciente pode ser determinada pelos significados pessoais que têm suas origens em seus próprios conflitos neuróticos não resolvidos. Através dos

modos conscientes ou inconscientes de relação, o paciente evoca no terapeuta uma reação interna afetiva que, simbolicamente, representa facetas do mundo interno do terapeuta. Isto nos leva a uma possibilidade do terapeuta, atentando para essas reações evocadas, aprender muito sobre os conflitos deste paciente.

Strupp e Binder vêem neste processo contratransferencial não algum entrave ao progresso terapêutico mas uma oportunidade de se ter uma chave para a natureza dos conflitos daquele que está sofrendo.

Por sua vez, ao paciente será provida uma possibilidade de perceber e se relacionar com o terapeuta de forma mais adulta (o que inclui alternativas e flexibilidade perante as dificuldades), a adoção de uma atitude mais adequada. Ao mesmo tempo, o paciente naturalmente, movido pela forma como interpreta os outros, fará a mesma leitura rígida com relação ao terapeuta, provocando-o assim para que este responda de acordo com o padrão esperado pelo paciente a fim de que suas expectativas sejam confirmadas. Strupp e Binder denominam esse comportamento do paciente de “auto-profecia”. Esta conduta reflete um amálgama de sentimentos, fantasias, atitudes e comportamentos que perpetuam a ação presente na transferência.

É colocando-se como um mero propiciador das expectativas interpessoais inadequadas e, ao mesmo tempo, facilitando essas correções, que o terapeuta apreende sua área de trabalho.

É no espaço intersubjetivo que as operações interpessoais ganham seu campo de trabalho. O manejo técnico neste campo é que abriga divergências.

Concordamos com Strupp e Binder que não encaram então o conceito de transferência, como classicamente entendido – “... a vivência no presente de sentimentos, pulsões, atitudes e defesas em relação a uma pessoa, que são inadequados a essa pessoa e são uma repetição, um deslocamento de reações que se originam com referência a pessoas significativas do início da infância.”<sup>4</sup>, que só pode ser trabalhada terapeuticamente a partir da instauração técnica da neurose de transferência. O que chama a atenção deles é a visão de que o comportamento transferencial pode produtivamente ser apontado no início do tratamento.

---

<sup>4</sup> Apud Eizirick, 1989, pág. 230.

A análise das operações correntes e atuais da relação terapeuta-paciente constitui o meio mais efetivo de se lidar com os padrões interpessoais crônicos. Essa é uma visão compartilhada pela maioria das psicoterapias de curta duração.

Os conceitos de transferência e contratransferência, na visão de Strupp e Binder, estão, desta forma, integralmente apoiados na relação terapêutica como um sistema diádico (pág. 143). Assim, o conflito que persiste na sua forma de experiência transferencial é o comportamento atual, que não se atém exclusivamente às experiências infantis. Este comportamento ocorre devido aos padrões circulares interpessoais que confirmam as expectativas calçadas nas ansiedades e defesas do paciente acerca dos outros. A experiência transferencial sai assim das representações do passado legadas ao terapeuta como imagens “distorcidas”. O paciente tem uma determinada expectativa a partir da qual interpreta os significados das ocorrências interpessoais. Daí esta forma de se relacionar com o terapeuta não ser uma distorção de alguma coisa da realidade consensual mas estar baseada nas suas tendências rígidas de interpretação das situações do modo como ele atua no mundo e este o responde, inflexíveis a outras alternativas. Fique claro que estas tendências incluem os aspectos cognitivos, inconscientes, emocionais e afetivos. É como uma tentativa do paciente impor um papel interno estruturado, em torno do qual sua vida se organiza e que cobre, conseqüentemente, uma forma de se relacionar com outros, a relação com o terapeuta.

O papel do terapeuta seria, então, a adoção de uma forma empática – um ser humano especializado e treinado, que é capaz de compreender que, naquele momento, esta é a única forma de outro ser humano, que padece, poder relatar a ele seu mundo interno. O terapeuta não estaria restrito às suas reações internas provocadas pelo paciente mas também através da empatia interpessoal, abarcar ações e reações terapêuticas que incluam atitudes, comportamentos, pensamentos, sentimentos e fantasias.

Nesta forma de encarar a transferência e contratransferência, o terapeuta é chamado, por um tempo e num grau limitado, a desempenhar papéis atribuídos a ele pelo contexto neurótico preconcebido pelo paciente. O objetivo dessa empatia interpessoal não é só abrigar o mundo interno do paciente. É também poder expandir e incluir uma participação naquele mundo que pode ser traduzida pelo comportamento interpessoal. Assim, o terapeuta de fato “entra no jogo” numa extensão limitada e cuidadosa para não cair exclusivamente no reforço às expectativas neuróticas interpessoais do paciente.

Strupp e Binder enfatizam que o centro desse processo terapêutico é a habilidade do terapeuta em tornar-se imerso nos modos de relacionamento do paciente e trabalhar com ele para que saia desse comportamento vicioso que o faz sofrer. A partir de uma experiência relacional, emocionalmente vivida, o objetivo da experiência terapêutica será alcançado.

Parece evidente que, na construção do foco narrativo, os autores ressaltam um ponto básico: a sua formulação deve respeitar a fenomenologia da experiência terapeuta-paciente.

O ato de narrar é soberano. Observar e marcar como o paciente conta a sua história nas suas próprias palavras, no seu tempo, na sua forma própria, emoção e afetos envolvidos; interpretar e organizar, coerentemente, os padrões recorrentes interpessoais segundo o modelo dos quatro elementos. Estes são os dois pontos que conduzirão à formulação focal uma vez que o resultado dessa organização sistemática arruma as quatro categorias e expressa a dificuldade central interpessoal do paciente numa narrativa esquemática.

#### **II.4 - Como pontuamos a focalização**

Entre os estudiosos de PB existe concordância no que se refere ao foco funcionando como um sinal de alerta que orienta o terapeuta no seu trabalho, nas suas intervenções. Ele deve ser entendido como algo que clarifica e conecta o fenômeno comportamental e experiencial que, de outra forma, aparece não relacionado e de forma descontinuada. Não deve ser uma formulação final e absoluta e sim um guia, porque tanto o seu processo de geração quanto o foco propriamente dito ajudam o paciente a aclarar seus próprios sentimentos, percepção das situações, a organizar e integrar experiências que possam estar confusas, complexas, impedindo uma vivência saudável.

Concordamos com os diversos teóricos que conferem ao foco seu maior valor a partir de sua possibilidade organizadora da experiência terapêutica. É a partir dessa organização que um padrão repetitivo de comportamento é ressaltado, que a descrição e entendimento dele se torna mais sistemática e organizada, a informação se torna mais acessível ao terapeuta e que, pela própria circunscrição focal, os objetivos terapêuticos podem ser alcançados estrategicamente com menor tempo de tratamento.



A perspectiva com a qual lidamos com esta questão está por um lado em consonância com as psicoterapias dinamicamente orientadas, onde basicamente no trabalho terapêutico são utilizadas a interpretação e a clarificação. Faz-se uso ainda da atenção e negligência seletivas, como sugeriu Malan, para que um terapeuta ativo leve o paciente a trabalhar emocionalmente uma área de conflito, que seria entendida como um alvo a ser perseguido. Por outro lado, com as contribuições de Sullivan, podemos voltar nosso olhar para a situação interpessoal como ponto de partida à estruturação do sujeito. O estabelecimento de padrões de relacionamento que se tornam visíveis na relação terapêutica muito provavelmente refletirão uma forma do sujeito atuar na vida. Mas para que um foco seja finalmente estabelecido é fundamental a colaboração do maior interessado na terapia - o paciente. Isso lhe confere responsabilidade e liberdade em seu próprio tratamento. A formulação focal não é de forma alguma um trabalho solitário do terapeuta - ela é uma construção além de duas mãos.

Um foco bem construído e delimitado deve trazer um algo mais ao mundo do paciente, propiciando a ele trabalhar sobre questões que verdadeiramente lhe possam trazer alívio de seus sofrimentos, maior entendimento de seus pensamentos e atitudes, maior percepção de como age diante das situações e das pessoas e, conseqüentemente, do que alcançar em seu benefício para uma possibilidade de lidar melhor com a vida e suas perspectivas.

Dentro desse contexto, se a pessoa sofre por causa de sentimentos dolorosos que têm suas raízes em experiências interpessoais passadas, a criação de uma situação particular (a situação terapêutica) invariavelmente leva a um reencenar dessas experiências. É a partir do aprendizado interpessoal obtido através das situações vividas que os pacientes experienciam afetivamente o presente. Todos nós dependemos da habilidade de transferir o aprendizado passado para o presente ou seja, nós aplicamos no presente aquilo que aprendemos no passado. Aprendemos a viver, vivendo, isto é, no contacto com outros, em relações interpessoais. Formas e relações passadas serão assim naturalmente reencenadas no presente. E a partir daí, a possibilidade de novos aprendizados terão sua oportunidade.

Mas como vimos até aqui, as pesquisas que levam em consideração a focalização estão centralizadas nas psicoterapias individuais. E porque o terreno é movediço, como vimos, queixa e foco podem ser tomados um pelo outro.

Na perspectiva grupal, os grupos assim organizados em torno de uma queixa são vistos como grupos que têm como base de tratamento uma psicoterapia focal isto é, focalizada na patologia ou queixa expressa pelos pacientes.

Esta forma de atuar psicoterapeuticamente é bem distinta de nossa proposta, já que entendemos que as queixas e as patologias podem ser as mesmas, porém as pessoas adoecidas trazem a marca de diferentes processos que as levaram a este ponto.

Trabalhamos com grupos heterogêneos em suas demandas. O objetivo terapêutico está circunscrito a focalizar e intervir nos padrões interpessoais inadequados de seus membros, com vistas a mudanças caracterológicas.

Estes grupos podem ser vistos como um sistema intersubjetivo que mantém um certo equilíbrio e uma certa constância mas que, certamente, faz um percurso pautado em como age e interage. Não somos nem receptores passivos das demandas internas nem resultado das externas. Somos agentes conscientes na criação de nós mesmos e da realidade da qual participamos, dentro da fenomenologia intersubjetiva. O centro da terapia é a conversação onde se estabelecem circuitos intersubjetivos de diálogo.

Acreditamos ser esta uma forma adequada de proporcionar, através deste instrumento terapêutico e das experiências interpessoais por ele catalizadas, novas possibilidades de organização caracterológica em seus participantes.

Claro está até aqui que Strupp e Binder realizam suas pesquisas, pautados em psicoterapia individual e, portanto, envolvendo a relação diádica. Adiante veremos como seu modelo poderá nos auxiliar no trabalho com grupos.

## **CAPÍTULO III**

### **PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE FOCAL:**

#### **um novo modo de atuar terapêuticamente**

#### **III. 1. Aspectos relevantes na construção do modelo proposto**

Depois de examinarmos algumas questões relevantes à nossa perspectiva de uma **psicoterapia de grupo breve focal**, chega o momento de organizar o modelo no qual estamos trabalhando.

E como ficou patente, vários foram os estudos e pesquisas importantes que influenciaram a abordagem que ora apresentamos como uma via factível de trabalho psicoterapêutico com grupos.

Como todo empenho que se propõe científico, a chave da pesquisa que desenvolvemos está na especificidade. Ela aponta para o estudo do fenômeno e do processo terapêutico que ocorre em determinado trabalho com grupos: quanto melhor definido, melhor descrito e melhor estudado esse tipo de trabalho, maiores as chances de se tomar conhecimento dos limites dos objetivos que se pode alcançar, das técnicas das quais se pode efetivamente lançar mão e que teoria pode informar de forma mais adequada os caminhos que se deseja trilhar.

Segundo Bleichmar e Bleichmar (1992):

“Na psicanálise, há dois grandes enfoques quanto aos modelos do funcionamento mental: o energético-estrutural e o personalístico. No primeiro, o problema central é o destino da energia. No segundo, estudam-se as reações internalizadas de vínculos interpessoais.”(pág.77)

No primeiro, o afeto é resultante de energia; no segundo, é resultante das vicissitudes das relações interpessoais.

E para que o sujeito possa seguir seu desenvolvimento rumo à alteridade, é das relações interpessoais que ele tem que partir, trilhando o percurso do estabelecimento de figuras identificatórias que tenham, para ele, feições mais claramente delineadas e estáveis. Essas figuras é que, mais adiante, auxiliarão na construção de um ideal de ego, para que o sujeito possa sair de seu ego ideal narcísico. O cenário para que isso ocorra satisfatoriamente está na relação do sujeito com o outro e com os objetos que possam advir deste outro. Se este processo falir instaura-se uma busca desenfreada pela satisfação imediata dos desejos desse sujeito que será fatalmente marcada pela individualidade ou coloca-se ele numa situação tal que impossibilita sua inclusão na subjetividade. Isto quer dizer que na busca desenfreada por objetos do desejo, o ego narcísico da nossa contemporaneidade, incapaz de amar e compreender empaticamente o outro, não tem condições de investir sua libido em objetos significativos do ideal do ego, sai da ordem do simbólico, transformando seres humanos em objetos descartáveis, vazios de significado. O outro perde assim, a sua maior possibilidade para esse ego, que é a de a partir de um relacionamento com um igual em humanidade, empreender a tarefa do crescimento de ambos, numa rica via de mão dupla.

Os escritos de Sullivan (de 1929 a 1938) estão na base da orientação interpessoal, na forma de se compreender e tratar terapeuticamente as dificuldades de um desenvolvimento psíquico e emocional em direção a um nível mais sadio de funcionamento. No aporte interpessoal, o primeiro passo na tarefa terapêutica é auxiliar o paciente a percorrer o caminho da identificação do sintoma ao entendimento dele numa linguagem interpessoal.

Isto nos leva a reforçar um fato óbvio e freqüentemente por nós esquecido - pessoas precisam de pessoas desde que nascem, para continuarem seu processo de sobrevivência, sua socialização e alcançar suas necessidades de satisfação.

Foi o entendimento e a concordância com o pensamento de Sullivan, no que se refere à construção do sujeito através do aprendizado das relações interpessoais, e da visão proposta por ele de que a estrutura de personalidade é consequência, quase que inteiramente, dessa interação com outros seres humanos significativos, que nos fez optar por este enfoque. Além disso, a perspectiva de que as psicopatologias aparecem quando essas interações e as percepções relativas a elas sofrem uma distorção, nos indicaram o caminho para o tratamento psicoterapêutico poder ser conduzido em direção à correção

dessas distorções interpessoais. Seu objetivo específico seria viabilizar uma participação colaborativa do sujeito com outros, na medida em que as satisfações interpessoais possam ser realizadas dentro de um contexto de relações reais, ricas e mutuamente gratificantes.

O que nos chama a atenção nos escritos de Strupp e Binder é que desenvolvem suas pesquisas no campo da psicoterapia individual de tempo limitado isto é, enveredam pela observação clínica que será o terreno de onde florescerão as possibilidades técnicas que possam operacionalizar, orientados dinamicamente pelo enfoque interpessoal, no trabalho terapêutico. Recorrem aos postulados clássicos da psicanálise, numa redimensionalização dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, em termos interpessoais e embebidos na questão da limitação temporal, de forma a trazer novamente à cena, a inspiração sulliviniana, aliada ao empenho de se empregar técnicas que possam abreviar os tratamentos psicoterapêuticos.

Esses autores centraram seus estudos e experimentos (Vanderbilt I e II) em aspectos da relação terapeuta-paciente, na influência das pressões sociais das companhias de seguros, nas características dos chamados fatores específicos e inespecíficos do tratamento psicoterápico, na aliança terapêutica e na qualidade da relação terapêutica estabelecida no começo da interação, que provou ser um importante preditor dos resultados. Além disso o fator motivação do paciente, aliado à qualidade do relacionamento interpessoal são indicativos de bons resultados terapêuticos.

No desenvolvimento do método utilizado por eles, tentaram ficar perto da observação dos dados clínicos e evitaram ao máximo altos níveis de inferências e construções teóricas complexas que não tivessem conseqüências diretas e aparentes para a atividade terapêutica.

Basicamente suas contribuições para um tratamento psicoterápico breve, dinamicamente orientado, podem ser dirigidas: no sentido de melhor se avaliar a estrutura de caráter dos candidatos; na reformulação das queixas do paciente em termos de questões centrais interpessoais passíveis de focalização; na geração e otimização de técnicas a partir de e com objetivos terapêuticos numa definição da questão central ou tema interpessoal inadequado; na aplicação de técnicas de forma flexível, com sensibilidade e com caminhos mais adequados e mais significativos para o paciente que é ativo e colaborativo.

A psicanálise sempre postulou que uma vez que o sujeito pudesse entender melhor seu funcionamento psíquico e emocional, seria óbvio que se sentiria mais aberto e

disponível ao estabelecimento de contatos sociais mais saudáveis. Curiosamente, no século em que a psicanálise reinou absoluta no que diz respeito aos tratamentos psi, além de exercer, de uma maneira geral grande influência na cultura, percebe-se claramente o acirramento de um individualismo que ressalta a percepção do sujeito que vive para si e para o seu desejo.

A vida social passou a ser medida por pessoas voltadas para dentro de si que, embora conscientes de suas emoções de ciúme, inveja, destruição, frustrações, mostraram através de seus sentimentos pessoais um culto acentuado ao individualismo e, por isso mesmo, pouco saudável. Parece que ficou de lado o compartilhar, o entendimento dos sentimentos alheios, a compreensão empática do outro que poderia tão bem ser realizada a partir do intenso trabalho consigo mesmo proporcionado pelo trabalho psicanalítico. O tiro saiu pela culatra.

Pode-se pensar que apesar do homem, em uma de suas maiores feridas narcísicas, ter-se atentado para o fato de não ser o centro do universo, com a psicanálise, viu ele a possibilidade de lutar contra as evidências, distorcendo um caminho apontado e construindo outro, baseado no auto-centramento.

Mas o esforço e a relevância dos novos paradigmas científicos indicaram uma outra via para a retomada de um curso que deveria ser o mais natural para a compreensão do mundo, organizando seus referenciais na direção de um universo dinâmico e, sobretudo, relacional, fluido no interjogo de seus elementos e, por isso mesmo, sujeito a alterações imprevisíveis e incontroláveis.

A própria psicanálise, como parte dessa realidade insofismável, sabe que não consegue abarcar o todo psicológico e, no máximo, explica um de seus muitos aspectos. Ainda como afirmam Bleichmar e Bleichmar :

“O homem é algo mais que seus conflitos inconscientes, sua identidade ou a estrutura de sua mente.”(pág. 65).

E continuam sensatamente:

“É bom ter paixão por nossa disciplina, mas talvez não seja boa a intenção de convertê-la em uma psicologia oficial.”(pág. 66)

O sujeito interage com o meio onde existe, procura solucionar os problemas que se lhe apresentam, subsistir e modificar a realidade. Estas são atribuições do ego, do ponto de vista metapsicológico, através de sua força, coesão e capacidade adaptativa.

Um grupo terapêutico proporciona um campo vasto e produtivo no que se refere à arena interpessoal. Aí os sujeitos são compelidos à interação com os demais participantes que trazem naturalmente histórias pessoais diferentes, contextos de vida peculiares. São levados a lidar com suas simpatias e antipatias, diferenças e indiferenças, medos, agressividade, competitividade, amor, compaixão, capacidade de empatizar, inveja, ciúme etc. onde essas interações recebem a atenção terapêutica e o *feedback* dos seus membros no que diz respeito ao significado delas. O próprio *setting* grupal, o fato de estar em grupo, é assim terapêutico.

Essa potencialidade e suas especificidades ganharam substância nos trabalhos publicados por Irwing D. Yalom, em que fica evidente o grupo como parte fundamental e estruturante das nossas experiências desenvolvimentais.

Suas pesquisas evidenciam que, deixando de lado a forma, de um modo geral, as terapias de grupo podem contar com idênticos mecanismos de mudança, a que ele denomina em seu estudo de “fatores curativos”. Os objetivos do trabalho dependem da composição dos grupos e de sua liderança. Cada terapeuta, dependendo de seu treino, estilo pessoal e utilização de um referencial teórico, vai construir um sistema terapêutico que possa ensejar a operacionalização dos fatores curativos.

Sob seu ponto de vista, o campo da grupoterapia necessita, urgentemente, de um enfoque humanístico, ao mesmo tempo que, sem a utilização do método científico para testar os princípios básicos e a eficácia relativos ao tratamento, esta arena persiste instável e à mercê dos modismos terapêuticos. Suas formulações teóricas são amplamente trabalhadas na linha de pesquisa, na relevância e quantificação dos dados obtidos.

Compartilhamos desta visão humanística e acreditamos que, informados pela teoria interpessoal de Sullivan e abrigados pela compreensão sistêmica, estamos mais próximos desta perspectiva - somos pessoas, em processo contínuo de humanidade, empatizando e auxiliando por meios psicoterapêuticos outras pessoas, no mesmo processo. A utilização de um método de pesquisa é o que avaliza este empreendimento.

Nos trabalhos de Yalom, o que nos chama a atenção é o relevo dado aos fatores curativos “aprendizagem interpessoal” e “coesão grupal” como fatores complexos que representam elementos propiciadores de *insight*, trabalho na transferência e experiências emocionais/relacionais corretivas, bem como a utilização do próprio *setting* grupal como um instrumento terapêutico poderoso na viabilização de interações interpessoais.

A maioria dos pacientes tratados em grupo, segundo Yalom, quando conclui um trabalho bem sucedido, aprende a lidar muito melhor com as próprias funções psíquicas, os significados de seus sintomas e com os próprios riscos e benefícios a que se submeteram no processo psicoterápico. Um processo educacional está implícito e novas formas de aprendizagem ocorrem embora os terapeutas não necessitem adotar uma postura didática explícita em suas intervenções (o que também não quer dizer que, em algumas situações, isso não possa ocorrer de forma natural e espontânea, se for o caso). As próprias patologias presentes no grupo podem ser descritas de forma simples e direta em seus princípios; isso auxilia seus membros na compreensão do que se passa com eles e do como lidar com suas próprias questões.

Ao tomarmos conhecimento dessas e de outras pesquisas realizadas nos grandes hospitais americanos, chama-nos a atenção a quantidade de profissionais envolvidos nesses trabalhos e o quanto as práticas privadas ganharam com os estudos aí realizados. São muitos os pesquisadores preocupados com o grande número de pessoas necessitando auxílio terapêutico e interessados em detectar por quais mecanismos operam-se as mudanças desejadas. Essas preocupações implicam em algumas direções: uma vez identificados esses mecanismos, estratégias podem ser pensadas para alcançá-los com mais rapidez e eficácia; técnicas podem ser igualmente construídas e isso, naturalmente, abreviaria o tempo dos tratamentos; com isso, um maior número de pessoas poderia ser beneficiado, a um custo menor, seja na prática pública ou mesmo privada.

Strupp, Binder e Yalom, orientados pelo prisma da interpessoalidade de Sullivan, utilizam-se do método de curta duração para desenvolverem seus estudos em psicoterapia e sua aplicação prática.

Mesmo estando em outro continente, com características diversas, as perspectivas apresentadas por esses autores nos pareceram adequadas o suficiente para que fossemos beber nessas fontes, com o intuito de tentar melhor abordar o problema que temos nas mãos - como incrementar um trabalho de atendimento ambulatorial que já vem sendo



desenvolvido no Setor de Psicoterapia de um Serviço de Psiquiatria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro - já que a demanda ultrapassa todas as nossas expectativas e possibilidades a priori estabelecidas.

Respaldando e validando nossa visão de que os pressupostos desenvolvidos por esses autores norte-americanos podem perfeitamente servir aos nossos propósitos dentro da sociedade na qual vivemos - a brasileira - Roberto DaMatta<sup>1</sup>, num de seus mais recentes trabalhos sobre nós, aponta para o fato de sermos uma “sociedade relacional”,

“...heterogênea, desigual e inclusiva ... apoiada em facções, interesses diferentes, parentela, amizade, em relações pessoais”. (pág. 76)

“Num sistema onde a palavra de ordem é a relação, podem conviver dimensões e esferas de vida cujos valores são diferentes, embora complementares entre si.” (pág. 78)

Sendo a sociedade brasileira marcada por uma rede de relações pessoais, fica dificultada, e até mesmo descartada, a possibilidade de uma formalização no seu *modus operandi*. Daí existir um dinamismo que perpassa todos os níveis e conjuntos, e que definem seus membros de formas diferentes, de acordo com os conjuntos de relações nos quais estiverem imbricados em determinadas situações. A lógica que se opera então é a de lealdades relacionais que não têm compromisso legal e ideológico, como afirma DaMatta. O que legitima alguém como membro de um grupo é o próprio grupo e o sistema de relações que se organiza através dele. Por isso a capacidade de se relacionar é imperativa do conciliar e negociar, na definição de um jeito de ser.

Na visão de DaMatta, podemos olhar a sociedade brasileira da perspectiva da “casa”, com seu código “fundado na família, na amizade, na lealdade, na pessoa, no compadrio” ( p. 24), onde todos podem ser acolhidos; ou da perspectiva da “rua”, com seu código “baseado nas leis universais, numa burocracia antiga e profunda entre nós, e num formalismo jurídico-legal que chega às raias do absurdo.” (p.24).

A possibilidade de viver numa sociedade, que oscila entre o microcosmo da casa e o macrocosmo da rua, isto é, entre um modelo que acolhe pelas raízes, pelos laços afetivos, e outro modelo “moderno”, que privilegia um conjunto de leis que deveriam colocar o país no rol das sociedades contemporâneas, está na condição de relação de um sistema com outro,

<sup>1</sup> DAMATTA, R. - A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro, Rocco, 1997.

criando uma posição intermediária de negociação, uma interface. Num espaço que DaMatta aponta como “&”, num claro movimento vetorial da relação e conexão.

Somos seres sociais que podemos ser observados através de diferentes olhares, como um fenômeno multifacetado, seja dentro de um grupo social em seus aspectos formais e estruturais, em suas dimensões históricas ou ainda em suas dimensões funcionais ou dinâmicas. Está claro que esses ângulos de observação, seja o formal, a gênese ou a dinâmica, constituem um sentido de interdependência e complementaridade indissociáveis.

Assim, não podemos deixar de levar em conta este “&” relacional que aparece como base da nossa formação. Fica difícil não pensar que ele está igualmente na base da nossa identidade social abrigando o desejo de juntar, incluir, e não dividir, isto é, reunindo uma combinação de possibilidades humanas com possibilidades universais. Daí resulta algo específico, característico, definidor do grupo brasileiro.

Concordamos com DaMatta quando se refere a inexistência de uma dicotomia individualidade x universalidade em nossa sociedade e sinaliza uma “chave dupla”, onde o Brasil se coloca como uma moeda de duas faces, portador de uma “criatividade acasaladora”.

É nessa “criatividade acasaladora” que a sociedade brasileira busca a vivência relacional, a partir de uma intermediação. Isso propicia um solo único onde se pode ter uma medida mais nítida de como ser único em grupo, como enriquecer-se a partir daí, como poder participar de vários grupos sem perder a dimensão da construção única. Nós admitimos nossa construção subjetiva a partir da intermediação e isso nos permite, de forma não mais fácil mas, com certeza, mais rica, transitar por diferentes grupos dentro do grupo social maior - família, trabalho, escola, círculo social, instituições, grupo terapêutico... - e sermos “eu”.

O grupo terapêutico a que nos referimos em nosso trabalho reflete o compartilhar de um objetivo comum - o alívio do sofrimento psíquico. Requer coesão por parte de seus membros entre si e do próprio grupo, ênfase especial na qualidade das relações interpessoais.

Os sujeitos que nele se reúnem costumam constituir o que chamamos um microcosmo social, isto é, são representativos de características sócio - econômico - políticas dos grandes grupos assim como da sua dinâmica. Trazem, portanto, a marca da

cultura ocidental moderna, são portadores de patologias psicológicas distintas mas conhecidas de sua cultura.

A proposição de DaMatta da ideologia do intermediário, da gradação, da relação entre, parece-nos uma grande porta de saída para uma vivência mais humana e fraterna, mais grupal, renovadora e criativa.

Somos uma sociedade “mulata”, onde, no pensamento de DaMatta, o “jeitinho” atua no enfrentamento das contradições e paradoxos, além de conciliar a lei, a situação e as pessoas implicadas. Assim, prevalece entre nós o que ele chama de “lógica relacional”, de negociação, que a nosso ver pode ser um terreno fértil à reflexão de como vão os modos como nos relacionamos.

“O mundo cada vez mais se desencanta consigo mesmo e instituiu-se um individualismo sem limites que reduz os valores coletivos a mero apêndice da felicidade pessoal, a capacidade de ainda deslumbrar-se com a sociedade é algo muito importante e positivo. (...) Talvez a sociedade brasileira seja missionária dessa possibilidade que já se está esgotando no mundo ocidental [porque] conseguimos até agora, manter fê no individuo com seus espaços internos e também na sociedade com suas leis de complementaridade e reciprocidade (...) aprofundar as possibilidades de mediação (...) Nem tanto o desencanto crítico que conduz a um primado cego do individualismo como valor absoluto; e nem tanto o primado igualmente cego da sociedade e do coletivo, que esmaga a criatividade humana e sufoca o conflito e a chama das contribuições pessoais. Talvez algo no meio. Algo que permita ter um pouco mais da casa na rua e da rua na casa.” (págs. 121/122)<sup>2</sup>

Em tempos tão difíceis e conturbados o grupo terapêutico se propõe a abrir esse espaço do exercício de experiências emocionais e relacionais capazes de proporcionar uma harmonia do sujeito consigo mesmo e com os outros.

### **III.2 - O início do trabalho**

Na unidade ambulatorial onde atuamos conjugam-se os atendimentos psiquiátrico e psicoterápico.

---

<sup>2</sup> DAMATTA, R. - O que faz do Brasil, Brasil? Rio de Janeiro, Rocco, 1997.

Observa-se que a maioria da população que nos chega necessita, a princípio, de um auxílio medicamentoso numa tentativa de seu restabelecimento no que tange a um certo equilíbrio físico e psíquico. O tratamento combinado - medicamentoso e psicoterápico - é um caminho que tem-se mostrado eficaz através de diversos estudos. As formas de atendimento de que o Setor de Psicoterapia faz uso são: psicoterapia individual e psicoterapia de grupo, especificando que eles estão ainda classificados no rol daqueles que chamamos breves (30 a 40 sessões, em média).

Desde quando se iniciaram em 1989, estes atendimentos vêm sofrendo modificações desde sua própria estrutura física (condições de abrigar salas adequadas ao trabalho, espaço para cursos, biblioteca e treinamento de profissionais) à teórico-técnica, no sentido de se poder desenvolver uma melhor qualidade de atendimento.

Em 1990, segundo uma pesquisa realizada por Lemgruber, Stingel e Castro<sup>3</sup>, tentou-se “testar alternativas viáveis de serem implementadas no sistema público de atendimento psiquiátrico brasileiro...”

O objetivo das pesquisadoras era desenvolver uma abordagem grupal onde estivessem conjugados “os princípios da PBF como explicitado por Lemgruber em atendimento individual e os princípios da psicoterapia grupal de Yalom.” A pesquisa abre espaço a outros recursos ou técnicas que pudessem auxiliar neste desenvolvimento porém não explicita quais teriam sido eles especificamente utilizados e seu valor terapêutico.

Além de testar uma técnica focal para o atendimento em grupo, faziam parte dos objetivos desta pesquisa, um levantamento das indicações diagnósticas que mais se beneficiariam dessa modalidade de atendimento, a elaboração de critérios de seleção para pacientes compatíveis com a abordagem, o estabelecimento de critérios de alta, o estudo de temas presentes em cada etapa de evolução dos grupos, para uma apropriada sistematização e aceleração do processo.

As conclusões da pesquisa orientam-se no sentido de que o atendimento no nível ambulatorial público é de fato um desafio para os profissionais da área de Saúde Mental e que a pluraridade de abordagens talvez fosse uma via acessível para o atendimento às necessidades diferenciadas do público alvo e das instituições que o atendem.

---

<sup>3</sup> LEMGRUBER, V. e cols. - Desenvolvimento de uma modalidade de atendimento grupal em psicoterapia breve com técnica focal. Pesquisa realizada com auxílio de Bolsa de Pesquisa do CNPq. Rio de Janeiro. 1991.

Na amostra estudada ( total de 36 pacientes - 7 sem diagnóstico), os distímicos obtiveram êxito no tratamento comparativamente a pacientes com distúrbio de personalidade histriônica. A terapêutica integrada proporcionou melhores resultados do que os tratamentos psicofarmacológico ou psicoterápico isoladamente. O grupo funcionou por dezoito meses, em regime aberto e houve um total de 13 desistências, 13 altas, 4 obtiveram uma melhora relativa e 6 continuaram em atendimento após o final do grupo.

Essa pesquisa assinala várias questões que, para nós, foram de fundamental importância na estruturação de nosso trabalho com grupos.

Foi uma pesquisa pioneira entre nós e, como tal, preciosa porque acolhe condições de novos estudos como este em que ora nos empenhamos.

E como dissemos ao início, uma melhor definição dos objetivos a alcançar através do trabalho com grupos assim como o cuidado na sua constituição, aplicações a determinadas populações específicas, teorias de mudança terapêutica e técnicas apropriadas é o que pretendemos descrever daqui em diante.

### **III.3 - Modificações à proposta inicial**

A nossa pesquisa, de certa forma, dá continuidade ao trabalho desenvolvido pela Dra. Vera Lemgruber e suas colaboradoras, uma vez que foi a partir dele que fomos despertados pelas possibilidades terapêuticas que tínhamos nas mãos à espera de maiores aprofundamentos.

Ao privilegiarmos numa terapia de grupo a visão interpessoal sobre a intrapsíquica, pensamos além do já exposto, em não incorrer em anteriores equívocos como apontou Vilma Rangel em seu estudo sobre o “boom” da psicanálise de grupo nos anos 70 - não se deve fazer de uma teoria centrada no individual, em seu aspecto intrapsíquico, a teoria para grupos, sob o risco de estarmos construindo uma “prótese mal feita” que não leva em conta onde será aplicada. Ou ainda, colocando o grupo no lugar do sujeito, para onde iriam os sujeitos, membros desse grupo? Parece que, em seu estudo, fica claro que o que permeou essa trajetória dos grupos psicanalíticos foi uma imposição e não uma atitude investigativa do que era feito e seus efeitos.

Ao estarmos trabalhando sob a identificação de um conflito intrapsíquico para o estabelecimento de um foco a ser elaborado em cada componente do grupo, como sugerem

Lemgruber e colaboradoras, talvez esta não tenha sido a via de acesso mais fácil para que se pudesse propiciar e operacionalizar as mudanças desejadas, de forma mais rápida.

Ao atentarmos para *como* os pacientes interagem com outros membros do grupo, incluindo os terapeutas, e organizam seus padrões de operações interpessoais como sugerem Strupp e Binder, da mesma forma pode-se construir um foco que, dinamicamente orientado, estará centrado no padrão interpessoal estabelecido, maximizando sua possibilidade de identificação e subsequente trabalho no processo terapêutico. É claro que este foco é significativo de um conflito intrapsíquico, que pode ser observado sob uma visão da teoria interpessoal, a partir de um padrão de atividade interpessoal inadequado ou PCI (Padrão Cíclico Inadequado) como denominado por Strupp e Binder.

Essa formulação focal, na prática, respeita a fenomenologia das experiências interpessoais e num grupo, pela sua própria dinâmica, as dificuldades surgem com uma certa vivacidade, clareza e rapidez. A perspectiva interacional dos fatores curativos de Yalom complementa este cenário, proporcionando um fluxo de trocas, de ações e *feedbacks*, de forma que as narrativas e seus conteúdos circulam e perpassam todos os membros do grupo.

No que diz respeito ao foco grupal ou, como nomeia Lemgruber em sua referida pesquisa - o "ponto de conversa explicitado por seus membros como resultante subjetiva, algo que se evidencia coletivamente, a partir do maior número de identificações entre eles" - que seria tangenciado pelos focos individuais, pensamos que este foco grupal pode ser estabelecido baseando-se no funcionamento do grupo como um todo. Ele se firma no movimento que é identificado a partir das interações de seus membros e que apontam para uma dança comum de todos os seus componentes, refletindo uma tendência na ação interpessoal.

Cabe ainda explicitar que o foco interpessoal é determinado pelos terapeutas a partir de suas observações, sem que haja necessidade de uma comunicação aos membros do grupo. Diferentemente do que na técnica utilizada na psicoterapia individual onde o paciente discute abertamente a formulação do foco com o terapeuta, entendemos que há outras formas de ser claro naquilo que se quer comunicar.

A forma como o fazemos permite, da mesma maneira, a cada membro refletir e compreender aquilo que lhes obstrui interações mais satisfatórias: a dificuldade interpessoal que se sobressai na interação dentro do *setting* grupal. Na pesquisa inicial, foi feito o

trabalho do estabelecimento focal em conjunto, no grupo. Em nossa proposta optamos por esta tarefa caber exclusivamente aos terapeutas uma vez que não se mostrou significativo no processo. Além disso, na dinâmica grupal cada componente se dá conta de seu nó interpessoal seja pela observação atenta de suas ações e reações significativas, através das intervenções e pontuações incisivas dos terapeutas, seja pela própria exposição verbal de seus pares na ação interpessoal, tudo dentro do processo terapêutico.

Outra mudança que consideramos significativa e que marca uma diferença em nosso trabalho, foi o fato de, em se tratando de um grupo de tempo limitado e com objetivo de mudanças caracterológicas, termos também optado pelo número limitado de participantes - não menos de cinco e não mais de oito para que as interações se fizessem mais constantes e claras. Decidimos também pelo trabalho com grupos fechados. Esta opção foi feita em razão de todos poderem usufruir igualmente do número de sessões estipulado assim como também de se criar uma certa constância nas interações a fim de que pudéssemos observar com mais facilidade os padrões que se iam construindo.

Um outro ponto de diferença foi a determinação de um número reduzido de sessões - dos dezoito meses propostos inicialmente, para quarenta sessões, o que seria uma estimativa aproximada de nove meses de terapia. Entendemos que a focalização, a possibilidade de se planejar a utilização de outras técnicas a serem utilizadas e a intensa dinâmica das interações, aliadas à perspectiva de se ter um tempo mais exíguo para a execução do processo terapêutico, proporcionariam uma natural redução no tempo que se levaria para atingir os objetivos desejados. Trabalhar com uma certa modulação da ansiedade pelo término seria um fator propiciador de saltos qualitativos no processo de mudança.

Como preparação para o tratamento grupal, a pesquisa de Lemgruber e colaboradoras elegeu cinco sessões individuais com um dos terapeutas para melhor avaliação do diagnóstico provável e da indicação para grupo. Nelas também haveria o objetivo de uma coleta de dados mais completa. Uma boa anamnese é parte integrante do trabalho.

Entendemos que cinco sessões criam um vínculo maior do paciente com o terapeuta que as conduzisse e que, duas sessões de 50 minutos cada seriam suficientes, conjugadas a um encontro em grupo de todos os candidatos a esta modalidade terapêutica. Este encontro foi proposto como um primeiro contato, antes das entrevistas individuais, para que os

pacientes pudessem se sentir em grupo, entrassem em contato com as normas institucionais, expusessem seus anseios e expectativas pela entrada numa nova cultura - a cultura de grupo terapêutico -, tirassem suas dúvidas quanto a forma de trabalho não só ao que se refere ao processo no qual vão entrar quanto a aspectos de ordem prática - local de encontro, tempo de tratamento, duração das sessões, tamanho e tipo do grupo. As questões da privacidade e do sigilo são aí tratadas. A realização deste encontro é feita sob bases claras, provendo-se uma estrutura bem cognitiva. O paciente não deve sair deste encontro com dúvidas ou sentindo algum desconforto em relação ao processo a que vai se submeter. A partir daí, se faria também objetivo a observação de como os pacientes operariam a priori em grupo. Desse encontro alguns já poderiam ser excluídos e encaminhados para terapia individual. As duas sessões subseqüentes, individuais, dariam um acabamento nesta etapa do trabalho.

Com relação à alta, como trabalhamos com grupos fechados, é esperado que os membros terminem o tratamento juntos, mesmo que alguns já considerem ter atingido seus objetivos pessoais. Estamos atuando em grupo, portanto com objetivos também grupais; a coesão e o altruísmo, dois fatores terapêuticos importantes, devem estar presentes para que todos os membros do grupo possam se sentir apoiados em seus percursos no e em grupo. Além do mais, consideramos que o número de sessões estipulado (40) é um tempo razoavelmente equilibrado para que as metas sejam alcançadas; e se algum dos membros desfizer seu nó interpessoal em menos tempo, este não será muito menor.

Assim, ao longo de dois anos, trabalhamos com quatro grupos, duas duplas de terapeutas, durante quarenta sessões, distribuídas semanalmente em períodos de noventa minutos cada.

Nossos objetivos, além de testar a técnica focal nas bases que propusemos, foi fazer uma melhor exploração do tipo de pacientes e das indicações diagnósticas que mais seriam beneficiadas por esse processo e, sistematizando o observado, formular bases teórico-técnicas que dessem maior sustentação a este tipo de atendimento para que assim, pudesse ele servir de instrumento de atendimento tanto na prática pública quanto na privada.



### **III.4 - Seleção dos pacientes**

#### **III.4.1 - Indicações e contra-indicações. O modelo do grupo.**

Numa cuidadosa seleção está um dos pilares em que se assentam as chances de um bom resultado terapêutico.

A avaliação de um paciente para a terapia de grupo é uma tarefa tanto de primordial importância quanto complexa. Sua utilidade concentra-se não só nos propósitos diagnósticos mas também como um método para incrementar a consciência de assuntos que devem ser relevantes numa terapia.

O próprio processo de avaliação já pode ser considerado como um componente da preparação para o processo terapêutico a que o paciente irá se submeter.

A natureza da terapia de grupo é definida em grande medida pelo grau do que se quer obter como atenção terapêutica isto é, a determinação do grau e qualidade de interações que convém particularizar.

Mackenzie (1997) define cinco níveis em que o terapeuta pode direcionar sua decisão técnica de como o grupo deverá se desenvolver rumo a um trabalho psicológico mais ou menos sofisticado. São eles: o psicoeducacional, o de desenvolvimento de habilidades sociais, o cognitivo-comportamental, o interpessoal semi estruturado e o interpessoal psicodinamicamente orientado. Cada um desses níveis traz consigo perspectivas de trabalho específicas.

Numa PGBF<sup>4</sup> deve existir um consenso clínico para que se determine que tipo de paciente é candidato adequado a um trabalho de grupo, breve e focal. Este consenso abriga aspectos variados uma vez que estão em questão os objetivos e a estrutura básica do grupo, as possibilidades dos componentes formarem, de fato, um grupo e serem portadores das patologias que comportem os objetivos do grupo. Por isso uma cuidadosa avaliação da estrutura de personalidade, acompanhada, se possível, de um diagnóstico nosológico são requeridas.

Sabemos que nem todos os pacientes são adequados a esta proposta. Neste ponto, deve-se reforçar que o grupo não é para todos, da mesma forma que tratamentos breves.

---

<sup>4</sup> A partir dese ponto, essa sigla será utilizada para designar uma Psicoterapia de Grupo Breve Focal.

O quadro que Yalom (1989) nos apresenta para a seleção de pacientes está basicamente dividido em critérios gerais de inclusão e exclusão.

Os critérios de exclusão a que se refere são: incapacidade para tolerar o setting grupal, tendência para assumir um papel desviante, extrema agitação, não adesão às normas de comportamento aceitáveis no grupo, grave incompatibilidade com um ou mais membros. Acrescentaríamos que, para o tipo de trabalho que pretendemos realizar, algumas outras especificações, no que diz respeito às patologias, se fazem necessárias - excluimos os dependentes químicos, qualquer tipo de psicose e pacientes em crise ou com risco de suicídio.

Nos critérios de inclusão, Yalom assinala uma boa capacidade para desempenhar a tarefa de grupo, motivação para participação no tratamento, áreas de problemas compatíveis com objetivos do grupo, compromisso de comparecer às reuniões e permanecer durante toda a sessão. Complementaríamos com uma capacidade razoável de relacionar-se interpessoalmente.

Em suma, ao optarmos por uma esfera de trabalho interpessoal psicodinamicamente orientada e com tempo limitado, estamos também optando : por um segmento não psicótico da população que seja capaz de distinguir entre o *eu* e outros; por estruturas egóicas com um razoável nível de funcionamento; por pacientes que tenham temas interpessoais identificáveis; por sujeitos que tenham boa capacidade para relacionamentos humanos assim como uma habilidade para uma formação colaborativa com o terapeuta; por um processo de mudança de cunho caracterológico e por incluir patologias que não sejam disfuncionais ao ponto de impedir a interação com outros sujeitos.

Com base nas experiências anteriores destes últimos dois anos de trabalho, diríamos que, para a especificidade do grupo proposto o que se apresenta - não que seja determinante, pois não é nosso intuito formar grupos por patologias - em termos de diagnóstico nosológico se situa, de acordo com a CID-10 (10ª. Classificação Internacional de Doenças, da OMS, Cap. V), nos grupos **F30-39 Transtornos do humor (afetivos)**, **F40-48 Transtornos neuróticos relacionados à estresse e somatoformes**; **F60-69 Transtornos de personalidade e do comportamentos em adultos**. Que fique claro que não estamos nos referindo à toda a categoria mas sim de algumas patologias específicas dentro de tais categorias.

Dentro do primeiro bloco, destacaríamos os **F32. Episódios depressivos leves**, e com indicação relativa, os **moderados**; dentre os **F34. Transtornos persistentes do humor, a distímia**.

No segundo bloco estariam os **F41. Outros transtornos ansiosos**, encompassando os transtornos de **pânico, de ansiedade generalizada e o ansioso não especificado**, que não chegue a comprometer de forma impeditiva o funcionamento do paciente; **F43. Reação à estresse grave e transtorno de ajustamento** em sua forma mais branda.

Do terceiro bloco fariam parte os **F60. Transtornos específicos de personalidade** e, dentre eles, especialmente, o **transtorno de personalidade anancástica, de personalidade ansiosa (evitativo), de personalidade imatura**.

Buscamos brevidade no tratamento. Isto quer dizer, na prática, que estas indicações iniciais estão diretamente atreladas a uma boa estrutura de ego, boa capacidade de entendimento e adaptação à realidade.

Segundo Small (1974) o ego deverá ter condições tais que suas funções autônomas exerçam o seu processo de adaptação à realidade externa, entendendo-se adaptação como adequação da atitude do sujeito ao seu contexto cultural; que o sujeito seja capaz de diferenciar dados da realidade interna e externa a partir de suas percepções e julgamentos; que haja qualidade e intensidade nas relações objetais; que as funções defensivas desse ego sejam as de um nível mais maduro que possam maximizar a gratificação assim como permitir a conscientização de sentimentos e idéias com suas respectivas conseqüências; que funções como percepção, memória e linguagem estejam de certa forma livres de conflito e que os impulsos estejam regulados num nível que se possa definir como controlados.

Estes fatores básicos para os tratamentos breves devem estar conjugados a um *feedback* potencial interpessoal que permita ao sujeito trabalhar de forma colaborativa com o terapeuta, estabelecendo assim uma boa aliança terapêutica.

Para tanto, além do que já foi considerado, faz-se necessário que os participantes desta terapêutica grupal tenham tolerância à experiência afetiva e cognitiva dentro do grupo, a partir da atenção às interações interpessoais no "aqui-e-agora" do trabalho. O paciente tem que desejar e ser capaz de comunicar o material acerca dos seus atuais problemas de forma a permitir aos terapeutas e demais membros do grupo compreenderem a área circunscrita de sua problemática. Da mesma forma deverá estar receptivo ao de todos, a partir de sua forma de narrar e atuar nessa comunicação.

Diferentes formas de narrativa dos conflitos que, a priori possam nos dar a impressão de que são difíceis de comunicar podem ter seu espaço num grupo de curta duração e focal. Ouvindo-se Strupp e Binder, deve-se permitir que a flexibilidade atue aí, na medida em que possamos ser empáticos com aqueles que possuem formatos variados de narrativa. A sensibilidade e perspicácia do terapeuta entram neste espaço onde é possível se perceber se há a possibilidade do auxílio terapêutico àquele caso, no formato proposto. A convivência com a diversidade é fator fundamental para modificações em direção a novas formas de agir e pensar.

Na Escala de Avaliação Global de Funcionamento nas Relações (EAGFR) proposta no DSM-IV (1995) - que permite ao terapeuta ter uma noção do grau atual em que a família, ou outras unidades de relacionamento contínuo, satisfazem necessidades afetivas ou operacionais de seus membros nas áreas de resolução de problemas, organização e clima emocional - os pacientes indicados para o trabalho proposto estariam situados entre 60 e 80 pontos. Isto quer dizer que estamos abrangendo um raio que alcança desde onde:

“a unidade de relacionamento tem momentos ocasionais de satisfação e funcionamento competente em conjunto, mas relacionamentos claramente disfuncionais e insatisfatórios tendem a predominar” até onde “o relacionamento é insatisfatório [mas] ao longo de determinado período, muitas mas não todas as dificuldades são resolvidas sem queixas” ou seja, “uma faixa de emoções é expressada, mas há casos evidentes de bloqueio ou tensão emocional.”(pág. 715)

Trabalhamos assim com patologias diversas, porém mantendo um certo equilíbrio na composição do grupo de forma que a heterogeneidade não seja um fator desfavorável e desintegrador mas sim, ao contrário, benéfico no que se refere a possibilidades das interações e manejo por parte dos terapeutas. A escolha de estilos de personalidade, patologias em níveis diferentes de atividade devem colocar-se a serviço dos objetivos de mudança.

O grupo proposto deve comportar uma capacidade interacional de seus membros passível de ser utilizada para o incremento de uma estrutura mais adequada para aqueles que a estão tendo diminuída pelas suas dificuldades, além de promover um foco de entendimento psicológico e aprendizado, a partir das interações grupais.

As patologias acolhidas por nós foram aquelas cuja demanda vem crescendo nos últimos anos e que podem ser consideradas como características desse nosso final de século como a depressão, as desordens de ansiedade incluindo a síndrome do pânico e alguns transtornos de personalidade que não sejam tão disfuncionais que inviabilizem contatos interacionais rumo a níveis mais saudáveis de funcionamento.

#### **III.4.2 - Como se faz a seleção**

O Serviço de Psiquiatria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro funciona atendendo, em regime ambulatorial, uma faixa populacional que vem tomando uma feição diferente de alguns anos atrás e que poderia ser caracterizada como classe média empobrecida e classe pobre propriamente dita - pessoas que, de alguma forma, têm um mínimo exigido para a sua sobrevivência e a de seus familiares mas que não chegam a poder pagar por serviços médico e psicológico privados. Pode-se situar a renda destas famílias em torno de 3 a 5 salários mínimos.

A clientela do Setor de Psicoterapia tanto pode ser oriunda deste Serviço como de outras Unidades de serviços dentro do hospital ou ainda, encaminhados por outras instituições. Todos passam primeiramente por uma avaliação psiquiátrica que tem como finalidade um primeiro diagnóstico e a verificação da necessidade ou não de um acompanhamento farmacológico. Nesta etapa, é feita, também por profissional médico, uma avaliação da necessidade de tratamento psicoterápico.

Havendo esta indicação e chegado ao Setor de Psicoterapia, este paciente, medicado ou não, obrigatoriamente passará por uma entrevista de triagem, desta vez realizada por um psicólogo que então avaliará suas condições de se beneficiar ou não do tratamento oferecido. Além disso, levará em conta o tipo de atendimento que mais lhe favorecerá - psicoterapia individual breve focal ou psicoterapia de grupo breve focal.

Aqueles que não se enquadrarem no atendimento oferecido pelo Setor de Psicoterapia poderão permanecer sob os cuidados dos psiquiatras do Serviço e serem encaminhados a outras instituições que ofereçam alternativas de tratamento psicoterápico e/ou psicanalítico. As exigências dos objetivos a que nos propomos e da especificidade da técnica por nós utilizada obrigam a essa seleção.

Nesta entrevista com o psicólogo a indicação de tratamento individual ou em grupo é discutida com o paciente, salientando-se as razões pelas quais está sendo ele dirigido a um ou a outro. As vantagens do tratamento integrado (medicamentoso e psicoterápico) são aí colocadas, se for o caso. Trabalhamos junto ao médico para que o paciente atendido tenha sua evolução clínica acompanhada de perto, por ambos profissionais. Assim, dependendo de sua resposta terapêutica ao tratamento integrado, esse paciente poderá ser constantemente avaliado, o que auxilia em muito o trabalho a ser adotado com ele.

Aqui cabem algumas considerações com relação ao uso da medicação numa conduta combinada.

Segundo Lemgruber (1997) de 1980 para cá, quando a APA (Associação Psiquiátrica Americana) publicou o DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3ª. ed.) houve um grande impacto no mundo psiquiátrico, já que essa publicação procurou uma abordagem descritiva e objetiva na classificação das desordens mentais. A finalidade era que qualquer profissional da área de Saúde Mental, ao se deparar com a patologia pudesse identificá-la como tal, nomeando-a com uma certa uniformidade.

Junto a esse movimento recente vinham-se somando outros, na tentativa de compreender a mente humana tais como: os conceitos de inconsciente e sexualidade infantil; a antipsiquiatria, que colocou a doença mental como objeto das Ciências Sociais e as descobertas e incremento das drogas psicoativas.

Alguns terapeutas, quando começam um trabalho com um novo cliente, dispensam determinado tempo para a elaboração de um diagnóstico. Após isso, pensam num tipo de terapia que melhor se adegue àquele cliente em particular. A forma como esses terapeutas trabalharão com um cliente diagnosticado como, por exemplo, um borderline, será diferente da forma como trabalharão com um considerado neurótico.

Outros terapeutas declinam da possibilidade de uma categorização porque julgam que o diagnóstico é dispensável, não tendo grande utilidade, uma vez que preferem trabalhar a partir do que determinado cliente traz, naquele particular momento, para a terapia.

Estas são *apenas* formas diferentes de trabalho.

Olhando-se um pouco para trás, percebe-se que o uso de medicação durante a psicoterapia encaixa-se bem dentro da tradição psicanalítica.

Antes de assentar sua teoria psicológica, Freud, acerca de cem anos, fez esforços para conceituar a interrelação mente e cérebro - "Projeto para uma psicologia científica" (1895).

Como neurologista reconheceu que a patologia do cérebro devia ter algo a ver com os distúrbios psiquiátricos. Entretanto, o limitado conhecimento sobre as funções cerebrais, à época, conseqüentemente limitou suas especulações teóricas.

Atualmente são muitas as especulações e as controvérsias com relação ao uso da medicação junto com as psicoterapias, incluindo-se a psicanálise.

Historicamente, estamos acompanhando a chamada "década do cérebro"- uma explosão de conhecimento sobre o cérebro, as substâncias neurotransmissoras, neuroreceptoras e seu funcionamento. Os tempos estão propícios à investigação e prática a respeito de medicação e psicoterapia. Além disso, como já foi discutido ao longo dessa dissertação, a visão de que é um conjunto de fatores que contribui para o sucesso terapêutico, cada vez mais é reiterada pelos estudos atuais. A especificidade da combinação desses fatores é que dá a feição desejada ao tratamento proposto.

Em PB, os objetivos terapêuticos e a duração da terapia são dois fatores fundamentais que não podem ser desconsiderados.

Não podemos igualmente negligenciar o fato de que o sujeito é um ser biológico, social e psicológico. A partir disso, as possíveis causas do adoecimento psíquico devem ser olhadas pelas lentes desses três aspectos, tentando-se, dentro desse modelo, evitar uma compartimentalização e, se possível, acelerar o tratamento.

O uso do psicofármaco juntamente com a psicoterapia tem sua indicação específica e é uma tendência atual dentro dos cuidados psiquiátricos.

Lemgruber (1997) afirma que:

"a plasticidade do cérebro permite a intervenção segura e com poucos efeitos colaterais, por meio dos modernos e potentes medicamentos recentemente desenvolvidos. "(pág.55)

Alguns estudos desenvolvidos por B. D. Beitman (1997)<sup>5</sup> apontam para o fato de que a introdução do psicofármaco no processo psicoterapêutico parece ter ganho relevância

---

<sup>5</sup> Apud LEVENSON, Hanna, BEITMAN, B. D. e BUTLER, S. F. - Concise guide to brief dynamic psychotherapy. American Psychiatric Press Inc., Washington, DC, 1997.

quando dos cuidados oferecidos pelos planos de saúde já que o tempo de tratamento poderia ser consideravelmente reduzido.

Entendemos que esse pode ser um fator preponderante, porém há um outro caminho apontado pela experiência clínica: uma pessoa adoecida padece em todos os níveis funcionais de sua vida - existe um descompasso emocional, social e comportamental. Se este descompasso ainda vem acompanhado de desconforto físico (sintomas e síndromes), o psicofármaco terá seu uso indicado.

Ele será responsável pela manutenção de um razoável nível de funcionamento daquela pessoa para que, medicada, tenha alívio dos sintomas, retorne a um melhor nível de funcionamento para que assim, mais em homeostase, possa ter uma melhor compreensão da sua necessidade de participação e envolvimento no processo terapêutico.

Embora não haja estudos conclusivos nesta área do tratamento integrado, o que temos acompanhado, neste aspecto, é que os pacientes que necessitam e vêm medicados, entram em trabalho psicoterápico, são de perto acompanhados pelo médico e, em grande parte dos casos, terminam seus tratamentos com a redução considerável da medicação ou mesmo com sua retirada completa.

Esses pacientes têm, por exemplo, seu alto nível de ansiedade reduzido, os desconfortos da síndrome do pânico abrandadas, os estados depressivos diminuídos, o que os coloca em condições de usufruírem de sua terapia para que, menos conturbados, a partir de então possam melhor trabalhar com suas questões.

Como lidamos com a perspectiva de que os efeitos terapêuticos não estão restritos ao tempo da terapia, muitos dos pacientes atendidos que não conseguem retirar completamente a medicação ainda durante o período de tratamento psicoterápico, o fazem pouco tempo depois.

Beitman ainda alerta para distorções significantes quanto ao uso da medicação como intervenção: transferencialmente o paciente pode se utilizar do medicamento para expressar sua raiva em direção ao terapeuta, reclamando por exemplo, dos efeitos colaterais das drogas nunca antes detectados: contratransferencialmente, o terapeuta pode, utilizando sua própria ansiedade, prejudicar seu paciente "indicando-o" para o psiquiatra a fim de *ele* possa ser "medicado".

Pensamos que, uma vez que se possa estabelecer condições facilitadoras de um tratamento, não há porque descartá-las. Se um tratamento de curta duração pode contar



com este recurso, não há porque não fazer uso dele. Se, através do auxílio da medicação, pode-se colocar um paciente passível de maiores benefícios, não há porque deixá-lo sofrer por mais tempo.

Um trabalho planejado com grupos envolve algumas etapas e o próprio processo de avaliação, como já mencionamos, pode ser considerado como preparação para o processo terapêutico.

Um procedimento que julgamos bastante produtivo foi chamar, neste estágio, pessoas que participaram de grupos anteriores para darem seus depoimentos e auxiliar no esclarecimento dos novos possíveis membros. Mais do que os terapeutas tenham a dizer, a experiência e avaliação do usuário fala mais de perto àqueles que estão chegando ao tratamento.

Voltando a como se faz a seleção, após a primeira etapa que é a avaliação na entrevista de triagem, numa etapa prévia ao atendimento grupal em si, os prováveis membros são chamados a participar de um grupo de recepção onde explicitam-se normas institucionais, tiram-se dúvidas quanto ao tratamento a que vão se submeter, esclarecem-se objetivos do trabalho. Há uma introdução dos pacientes à cultura de grupo. Essa preparação provê alguma previsão, de como os pacientes podem obter o máximo da experiência em grupo. Isto auxilia a construir um "pacote" de atitudes e expectativas acerca de como os membros deverão se comportar.

Esta é uma das formas de pré-terapia de que nos utilizamos e a julgamos conveniente porque esta abordagem em grupo permite a terapeutas e pacientes uma experimentação de como a terapia pode ocorrer, já que a ansiedade pelo novo trabalho é comum aos dois. Observar os prováveis membros atuando em conjunto, como é o envolvimento de cada um no processo, a presença de diferentes níveis de ansiedade e depressão, a forma com que as questões são colocadas, a motivação de cada um, a verificação de como respondem a normas e diretrizes de trabalho fazem parte desta etapa. Neste momento, ainda pode haver a desistência, por parte do paciente, desta modalidade ou uma re-orientação, por parte do terapeuta, para um trabalho individual.

Outra forma de pré-terapia seria, através de entrevistas individuais com os membros do grupo. Esses encontros podem ser efetivamente aproveitados para se começar o processo de estabelecimento de uma relação terapêutica, de um foco terapêutico, que é uma importante função facilitadora da rápida emergência de uma atmosfera de trabalho.

Yalom (1992) sugere algumas questões que auxiliarão na observação do comportamento interpessoal do paciente no passado, na situação atual e no decorrer da própria entrevista tais como: *“O que você achou da entrevista de admissão ao grupo até agora? Alguma coisa fez com que você se sentisse desconfortável? Como você se sente revelando coisas sobre si a alguém quase estranho?”* (pág. 62)

Optamos pela combinação das duas formas citadas que se mostram úteis no trabalho: um encontro em grupo, com não mais do que 20 candidatos ao trabalho, e duas entrevistas individuais para cada possível membro. Isto não exclui mais uma sessão individual, caso seja necessário. Uma certa flexibilidade está sempre nos acompanhando.

A partir daí, delinea-se um primeiro perfil psicodinâmico de cada um desses pacientes. Uma hipótese de funcionamento psicodinâmico, a ser confirmada, é levantada para que então já se possa ter em mente algumas idéias do que focalizar. Nestas etapas o paciente cria um vínculo inicial com a instituição, com os terapeutas e com os outros participantes.

Em psicoterapia breve dinamicamente orientada, seja ela individual ou em grupo, é crucial na seleção da maioria dos candidatos apropriados à empreitada, o conhecimento mais completo possível desses pacientes assim como uma formulação de sua problemática. O terapeuta que não conseguir fazer isso dentro de poucas sessões é improvável que possa focalizar o tratamento de forma eficiente para este tipo de abordagem. É nas primeiras sessões que isso acontece e, segundo Strupp e Binder, um dos critérios mais importantes que caracterizam o paciente elegível está no potencial dele criar um relacionamento colaborativo. Quanto ao perfil do terapeuta próprio para este trabalho falaremos mais à frente.

Numa seleção para grupo, ao reunirmos os candidatos no chamado grupo de recepção e, em seguida, em sessões individuais, os níveis e tipos de funcionamento interpessoal podem ser melhor avaliados através da observação da relação grupal e da diádica. Evidencia-se o que o paciente pode dar e receber nos seus relacionamentos, o que se pode ver nele com relação a relacionamentos prévios, que tipo de história interpessoal ele traz e como dela se utiliza, como responde a interpretações precoces do terapeuta e como reage psicologicamente na compreensão do que se passa com ele. Pode-se perceber também seu desejo de mudança e o nível de seus sintomas.

As possibilidades de se compor um grupo de forma ideal e perfeita parece ser remota porque são muitos os aspectos a serem observados e conjugá-los é tarefa complexa, porém qualquer grupo terapêutico construído de forma naturalmente cuidadosa, e dentro dos objetivos que vão reger esse grupo já é indicativo de bons resultados.

### **III. 5 -Tempo de duração do trabalho terapêutico**

Já fizemos referência a questão do tempo, elemento essencial nas psicoterapias de curta duração. Todos os psicoterapeutas breves, dinamicamente orientados, concordam que o tratamento deve ser limitado no que diz respeito ao tempo.

O melhor meio de se avaliar em quanto tempo uma psicoterapia pode auxiliar alguém que dela necessite não está, ao meu ver, no número de horas-contato e sim na qualidade das relações e nos objetivos terapêuticos propostos. Por relações estamos entendendo aquelas que digam respeito ao terapeuta-paciente e paciente-paciente referentes ao tipo de trabalho que escolhemos.

Como vimos, a maioria dos teóricos é flexível em termos do número de sessões a serem recomendadas. Visto isto, acreditamos que a discrepância nos objetivos terapêuticos, a definição da duração do tratamento não pode ser estipulada como norma para todas as psicoterapias breves.

A focalização é a mola mestra do trabalho, na medida em que a ênfase recai sistematicamente sobre determinado tema considerado central na problemática do paciente.

A duração do processo parece assim repousar, em grande parte, sobre a definição das características dos pacientes indicados, dos objetivos da terapia e das questões centrais que possam ser revisadas.

Descrições dos tratamentos de curta duração são sempre interessantes e úteis seja com propósitos didáticos, de treinamento de novos terapeutas ou de pesquisa. A maioria dos terapeutas, segundo Crits-Cristoph e Barber (1991), concorda que o processo terapêutico pode ser dividido em três etapas: avaliação inicial e criação de uma aliança terapêutica, trabalho terapêutico com ênfase intensa no conflito central, e término.

No momento nos interessa olhar para o primeiro e último estágios uma vez que o trabalho terapêutico em si será visto com mais detalhes numa próxima etapa deste capítulo.

Os grupos de tempo limitado utilizam uma boa parte de seu tempo fazendo o trabalho de coesão e separação. Daí recomendarmos que conduzam sua terapêutica sem constantes mudanças na sua afiliação - o formato fechado é o melhor deste ponto de vista. Os objetivos relacionados ao processo terapêutico dentro de um tempo limitado já é desafio suficiente para que ainda tenhamos as variáveis de um grupo aberto.

Mackenzie (1997) lembra que alguns programas trabalham com grupos semi-abertos, isto é, até a segunda ou terceira sessão ainda admite-se a entrada ou saída dos componentes. Segundo ele, isto não funciona bem quando se objetiva um trabalho interpessoal mais intenso. Em nossa experiência podemos admitir as saídas por desistência ou não aderência ao tratamento por parte dos pacientes, ou ainda por algum equívoco de avaliação dos terapeutas. Em princípio, não admitimos entradas a não ser até a segunda sessão, porém alguns quesitos devem ser preenchidos para que isso aconteça: 1. O caso deverá ter chegado à instituição depois do prazo de avaliação; 2. Terão que ser evidentes as possibilidades do paciente para este tipo de tratamento e para compartilhar aquele grupo em especial; 3. Deverá se ter um espaço que não ultrapasse o número limite de 8 participantes por grupo.

A questão da duração do tratamento em grupo começa com os próprios limites das sessões, que devem começar e terminar no horário estipulado. A duração de 90 minutos para cada sessão, com de 5 a 8 membros interagindo, nos parece ser adequada para que o exercício do falar, ouvir, narrar, opinar, intervir, refletir seja realizado. Seus membros devem atender aos encontros com o menor número possível de ausências. Em verdade, seguimos as normas institucionais que determinam para todo o tipo de atendimento de psicoterapia um número máximo de faltas - 5, de forma intercalada ou 2 seguidas sem justificativa ao Setor. A manutenção desses limites faz-se necessária e de forma alguma tem cunho punitivo. Um grupo só pode ser um grupo quando seus membros estão presentes e fazem juntos um percurso. Ademais, ausências constantes, mesmo de um único membro, fazem diferença em como o grupo opera. Os que alcançarem mais do que o número limite de faltas serão automaticamente desligados do Programa.

A nossa experiência revela que o fator tempo influencia positivamente o tratamento. Além do valor terapêutico já mencionado, os membros apontam as faltas ocorridas e, mesmo fora do setting, fazem seus movimentos para aquele que cometeu a falta reassegure seu compromisso consigo e demais companheiros.

O tempo para concluir o processo da psicoterapia de grupo deve ser construído numa estrutura organizacional de forma que os objetivos terapêuticos possam ser atingidos. Nossa experiência traduz esse tempo em 40 sessões.

Para que isto seja possível, no primeiro estágio do processo, uma rápida e boa aliança terapêutica é de fundamental importância pois servirá de suporte a todo o desenvolvimento do trabalho. Muito próximo a este conceito está outro - o de empatia.

Num grupo esta aliança não está restrita aos terapeutas. Seus participantes devem tornar-se membros isto é, devem sentir que fazem parte de algo que diz respeito a todos. Segundo Yalom (1970):

“It is obvious that the group therapy analogue of the patient-therapist relationship is a broader concept, encompassing the patient's relationship to his group therapist, to the other group member, and to the group as a whole.”

(Op. Cit. Pág.37)<sup>6</sup>

É consenso que o grupo difere de uma quantidade “x” de pessoas, justamente pelo seu senso de grupalidade presente, isto é, aqueles que têm senso de solidariedade e pertença de um “nós” que não implica na anulação do “eu”. Estes valorizam e são o grupo, o defendem contra ameaças internas ou externas.

A aliança de todos, que aparece na coesão grupal, tanto se reflete no grupo como um todo quanto no processo terapêutico de cada um de seus membros. Yalom ainda lembra que “coesão grupal” não é um fator curativo *per se* mas, em verdade, uma pré-condição necessária a uma terapia efetiva onde os componentes do grupo demonstram um alto grau de entendimento e aceitação mútua - aliança de trabalho, terapêutica e empatia. A importância desta atmosfera se reflete nas condições ideais necessárias à exposição de si mesmo e a uma exploração intra e interpessoal assim como seus desdobramentos. A coesão é, ao mesmo tempo, a determinante e o efeito da aceitação entre membros. Ela implica numa divisão do mundo interno de um sujeito com outros para, assim, a despeito das diferentes histórias que surjam, aceitar, aceitar-se, ser aceito. Aceitar e ser aceito é uma potente força curativa.

<sup>6</sup> “É obvio que o análogo da relação terapeuta-paciente é um conceito mais amplo, encompassando a relação do paciente com seu terapeuta de grupo, os outros membros do grupo e o grupo como um todo.” (Tradução da autora)

De certa forma, o grupo apresentará um mundo novo e diferente do que o paciente está acostumado - um mundo de possibilidades de se relacionar. Cuidará do sujeito durante o processo terapêutico de forma acolhedora, desde uma perspectiva terna e empática, fundamental ao processo construtivo de sujeito. Como aquele que cuida, o grupo promoverá um ambiente de acolhimento onde como Sullivan já apontava em sua teoria, crescem em importância a função da ternura e do vínculo empático, das perspectivas criadas por uma validação consensual a respeito de determinada situação.

Esse movimento que percorre o grupo e seus membros é um processo forte e complexo que desenvolve a capacidade de cada um poder perceber afetiva e cognitivamente como o outro se sente dentro das situações que vive.

Aí se reencenarão as tendências de necessidade que a criança provoca na mãe e esta responde impulsionada pela ternura, no sentido de satisfazer a necessidade desse bebê.

No grupo, qualquer de seus membros, incluindo os terapeutas, pode exercer essa função, o que dá àquele que a recebe a possibilidade de reexperienciar, de forma satisfatória, tensões de necessidades antes não gratificadas. Ao mesmo tempo, dá àquele que desempenha essa função, a possibilidade de exercitar sua capacidade empática, deixar por momentos suas questões em segundo plano, trabalhar em cima de questões alheias, a oportunidade de ser criativo, fazer reflexões sobre o momento da experiência por que passa.

A coesão grupal resulta numa assiduidade de seus membros, maior participação, maior poder de influência entre si e entre todos, e numa menor dependência do terapeuta. Frequentemente as mudanças terapêuticas persistem e, são consolidadas porque os membros têm o grupo internalizado.

Uma atmosfera de confiança se estabelece e esta é uma condição importante num momento como o que vivemos, em que existe uma ruptura dos núcleos familiares, um conseqüente isolamento da vida contemporânea e fica-se, meio perdido, se perguntando com quem se pode ser pessoal ou íntimo. Por isso essa aceitação é crucial.

Somente depois de um ser aceito é que é capaz de aceitar-se, amar a si mesmo incrementando sua auto-estima e depois amar os outros. E se o grupo coeso é o local onde esses sentimentos têm seu espaço de florescimento, de forma igual, é aí que há a permissão para o desenvolvimento e a expressão dos sentimentos de hostilidade e conflito. O conflito enseja a auto exposição assim como tende a revelar o sujeito a si mesmo em sua agressividade. Quanto mais coeso o grupo maior a possibilidade da hostilidade ser posta a

descoberto, ser experimentada por seus membros e, na grande maioria das vezes, poder ser constatado que nenhuma calamidade irreparável aconteceu.

Em condições de aceitação o paciente torna-se mais capaz de expressar e explorar seus sentimentos, integrar aspectos inaceitáveis do *eu* e relacionar-se mais profundamente com outros. A auto-estima aumenta em grande parte através de seu papel dentro do contexto do trabalho da coesão grupal e o comportamento social é reforçado pelo grupo.

Yalom e Rand<sup>7</sup> estudaram a coesão entre quarenta membros de cinco grupos de terapia e encontraram que ela se faz dentro das primeiras doze sessões.

Na nossa clínica, a coesão se faz em torno da oitava sessão uma vez que concorre para uma certa aceleração a utilização de técnicas de jogo dramático que descontraem e aproximam os membros. Mais adiante falaremos nas técnicas que utilizamos.

O último estágio de um tratamento terapêutico é um tempo de revisão e consolidação dos ganhos obtidos. É o momento de se lidar com as questões do término : a separação e a perda. É o momento em que muitas vezes se vêem reativadas questões e sintomas que foram tratados ao longo do processo. É um tempo onde o que se ganhou com o trabalho é internalizado e novos padrões continuam sendo aplicados dentro e fora do setting de grupo.

Crits-Christoph e Barber (1991) apontam para o fato de ser uma etapa pouco explorada pela pesquisa.

Assim como foram necessárias algumas sessões para se fazer da reunião de pessoas um grupo, outras tantas serão utilizadas para o processo de alta, de separação dos terapeutas, do setting, dos membros.

Nos grupos com os quais trabalhamos vimos amizades florescerem, fotos que perpetuaram o encontro de sujeitos que se uniram em seus sofrimentos e seus ganhos e até celebração com troca de presentes e mensagens de agradecimento, confiança e esperança.

Com o tempo marcado para o começo e fim da terapia, também pudemos perceber que, em três dos quatro grupos trabalhados, houve uma certa pressa dos membros em promoverem a coesão. Em um deles porém, na primeira sessão, a ansiedade pelo tempo limitado foi tanta que expressou-se no tema trazido pelos seus componentes : a morte e a dificuldade de sua aceitação em contraste com a aceitação de "uma doença" que não necessariamente seria a causadora da morte. Foi uma sessão de pesar, dor, tristeza e choro.

A perda, em processo, da avó com função materna de um dos componentes por causa de um câncer não havia sido mencionada até então em nenhum momento. Esse foi um fato que disparou nos demais membros a ansiedade por suas perdas de diversas ordens e chegamos a pensar que a coesão teria sua operacionalidade bastante dificultada. Esse grupo, em todo o seu percurso, foi um grupo unido pela dor e no qual ocorreu o maior número de desistências - metade de seus participantes deixou o tratamento (3, em torno da 10<sup>a</sup>. sessão e 1, em torno da 30<sup>a</sup>., com poucos ganhos). A outra metade concluiu com sucesso o trabalho e, desde a primeira sessão, trabalhou-se o limite temporal na terapia.

Num primeiro momento, esse grupo como um todo teve sua atuação de choro e dor traduzindo sua elevada ansiedade por mais uma perspectiva de perda, vivida como muito próxima e ameaçadora.

Mortes de parentes ou pais durante a infância, divórcio, nascimento, doenças graves, falta de gratificação, abandono, intervenções cirúrgicas, separações prolongadas estão entre as situações difíceis que são vividas sob grande impacto na personalidade do indivíduo.

Auxiliar o paciente de forma mais satisfatória com os conflitos que deixaram suas marcas emocionais atuantes é o objetivo de uma psicoterapia psicodinâmica. Os sintomas e as queixas frequentemente dão corpo a situações de perda, em todos os níveis, que ainda não foram resolvidas. Estão perpetuadas em padrões repetitivos de atuação.

A terapia de grupo vem como uma possibilidade de refazer certas conexões onde a gratificação não teve lugar adequado e onde os terapeutas e demais membros do grupo podem prover modelos identificatórios mais razoáveis e benéficos.

“Terminar” evoca a lembrança de separações precoces e afetos dolorosos como pesar, raiva, desvalorização do objeto amado, associado à sensações traumáticas de perda e separação

Há que se considerar que o paciente formou, durante o processo terapêutico, novas relações de objeto mais satisfatórias e, por isso mesmo, deseja retê-las. Isso não lhe aponta o desejo de separação e traz, não raro, outros problemas “urgentes” que ainda necessitam de mais um tempo para serem trabalhados na terapia, na tentativa de prolongar esse contato.

---

<sup>7</sup> Apud YALOM, D. -The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books Inc. New York. 1970.



Da forma como atuamos com relação ao tempo e sua limitação no processo terapêutico, ele passa a ser um grande auxiliar na regulação da ansiedade e um agente propiciador da mudança do que é repetido no aqui-e-agora e que é causa de sofrimento.

Em PB, o tempo trabalha promovendo estímulo para um sério trabalho terapêutico. O paciente se dá conta de que ele é precioso e cada sessão deverá ser aproveitada ao máximo porque o término está sempre numa perspectiva de curto prazo. Isto, juntamente com a frequência semanal dos encontros, atividade do terapeuta que trabalha com a focalização, impedindo digressões e desvios de atenção do que é considerado relevante para aquele tratamento, auxilia a não instalação de um processo regressivo.

Limitação do tempo, para terapeutas breves, é sinônimo de produtividade, realização e, no grupo, de uma certa competitividade. À medida que os focos vão sendo trabalhados e alcançados, cada membro do grupo se sente feliz, orgulhoso de seu trabalho e incentiva e apoia aqueles que ainda estão por atingir seus objetivos. Esta é uma atitude que foi observada em todos os quatro grupos trabalhados.

Como todo trabalho que enfatiza as relações interpessoais, interagir é tarefa que requer níveis complexos de construção e elaboração, internas e externas, que retornam à relação externa; as experiências são construtivas e apontam para a auto-confiança e para a capacidade de lidar de forma funcional e gratificante com as contingências que se apresentam; as relações são estabelecidas de forma que outros significantes atuais - terapeutas e demais membros do grupo - possam trazer à luz a re-experiência dos afetos que, a partir de relações passadas tornaram-se inadequadas ao ponto de deterem seus componentes nos seus processos de amadurecimento.

Terminar relacionamentos profundos e intensos, de fato, não é uma situação fácil para nenhum dos envolvidos. Abandonar um local seguro onde um ambiente acolhedor se estabelece para que as experiências relacionais corretivas possam ocorrer, é difícil. Daí ser uma questão que não se deixa para tratar ao final. Ela percorre todo o trabalho.

Entender e lidar maduramente com a separação implica em olhar ganhos que ela pode trazer, não numa defesa maníaca, mas numa forma natural de encarar que a vida segue seu fluxo fazendo, desfazendo, refazendo e que cada experiência vivida é fonte de aprendizado. Ao final de um trabalho terapêutico há sempre ganhos e perdas - perde-se uma condição anterior inadequada, ganha-se outra mais funcional; perde-se companheiros de tratamento terapêutico, ganha-se amigos; perde-se um encontro de grupo com dia e hora

marcados, ganha-se a vivência única de ter estado em relação com essas pessoas; ganha-se a certeza de que nunca se perde num relacionamento - o que se ganha em experiência emocional (afetos e sentimentos) é sempre uma fonte enriquecedora de lidar com diferentes aspectos do *eu* e de afirmar-se como alguém capaz de seguir em frente com os próprios pés.

Alguns autores de trabalhos com grupos, como Mackenzie (1997) e teóricos de psicoterapia breve consideram que mais de seis meses de trabalho não pode ser visto como um tratamento de curta duração.

Consideramos, a partir do exposto, que sessões uma vez por semana, com duração de 90 minutos, durante 40 encontros são adequadas à especificidade do trabalho de PGBF, em virtude dele ser dinamicamente orientado e com vistas à mudanças caracterológicas. Pela nossa experiência clínica fazer da reunião de 5 a 8 pessoas um grupo leva algum tempo - a coesão grupal ou seja, o processo em que se firmam a atração dos membros entre si e pelo grupo como um todo, onde eles se aceitam uns aos outros e oferecem apoio, inclinados a fazerem desses encontros relacionamentos significativos. Aproximadamente 8 sessões são destinadas a esse fim. Considerando-se que o processo de término da terapia toma, em média, outras 5 sessões das 40 sessões propostas podemos contar com aproximadamente 25 para trabalhar planejada e ativamente sobre os focos interacionais e grupal, como veremos adiante.

### **III. 6 - Objetivos do tratamento**

O objetivo primeiro de uma PGBF é criar mudanças significativas no funcionamento interpessoal daqueles que se submetem a esta modalidade terapêutica. Essas mudanças deverão atingir a área circunscrita a sintomatologia apresentada assim como a área que envolve a dificuldade afetiva subjacente.

Numa PGBF os problemas interpessoais são organizados num formato específico denominaremos Padrão Cíclico Interpessoal Inadequado (PCII), baseando-nos para isto nos estudos sobre a interpessoalidade de Sullivan, nos fatores curativos de Yalom, e no conceito de CMP ("Cyclical Maladaptive Pattern") de Strupp e Binder.

Este padrão aponta para o que ressalta no movimento interpessoal do paciente, naquilo que ele, inconscientemente, trama para si mesmo e envolve os outros em seqüências

interacionais inapropriadas que acarretam expectativas frustradas, avaliações negativas de si mesmo e os sentimentos desagradáveis resultantes.

O formato PCII deverá encompassar os padrões de operações interpessoais que são historicamente significantes e que representam fonte de dificuldades atuais na vida do paciente.

Dentro desse padrão surge um foco dinâmico que não requer a aderência a nenhuma teoria em especial. Mais do que isso, a partir da observação fenomenológica da experiência terapeuta-paciente, ele traduz como uma história interpessoal pode ser o mais completa e inteligivelmente narrada. É este foco que será assunto do processo terapêutico. À exceção de Yalom, os outros teóricos marcam seu território de pesquisa dentro da clínica individual, da relação diádica. A união de pontos de especial interesse aplicáveis a um trabalho grupal, e a utilização de algumas técnicas que favoreçam a diminuição do tempo de tratamento psicoterapêutico, resulta no modelo que apresentamos.

Outros tratamentos individuais de curta duração empregam diferentes construtos que têm uma função similar ao proposto por Strupp e Binder em 1984 isto é, reconhecer - a partir do ato de narrar interpessoal - e organizar psicoterapeuticamente a informação que for relevante para o trabalho focal.

Especificamente com grupos não conhecemos outros modelos que se apoiem nesse referencial interpessoal focal que ora adotamos.

Esta formulação não pretende ser única nem final mas uma via acessível no curso do tratamento que proporcione ao terapeuta, como afirmam aqueles que criaram o CMP, manter-se dirigido ao foco estabelecido.

É desejável ainda, uma boa anamnese que possa fornecer dados que auxiliem o terapeuta a colocar dentro de um contexto onde os significados mal interpretados ou confusos possam mais facilmente ser decodificados.

Presume-se que a partir disto os padrões inadequados apresentem-se de forma mais visível. Fazendo parte deste padrão estão as questões mais centrais da psicodinâmica interpessoal do paciente nas quais se objetivará o tratamento.

A formulação focal deverá circunscrever aquilo que se mostrar de maior relevância ao que venha obstaculizar um padrão mais adequado no "aqui-e-agora" do trabalho terapêutico e que ocorra de forma recorrente em outros relacionamentos.

Entende-se por solução dos padrões cíclicos interpessoais inadequados, o reconhecimento e entendimento em nível cognitivo e emocional dos padrões impróprios de relacionamento interpessoal, a reestruturação da experiência afetiva subjacente ao padrão. Como parte dessa reestruturação encontra-se a percepção de que os afetos são utilizados atendendo a funções que tanto podem ser adequadas como impróprias. Dentro da vivência terapêutica isso seria operado através da experiência relacional/emocional corretiva. Assim, novos padrões, mais saudáveis e mais funcionais, podem ser adotados e experimentados.

Empregar o modelo proposto está assim relacionado à mudança no funcionamento interpessoal, especialmente no padrão cíclico que propicia a disfunção. Quando o paciente puder operacionalizar, através de atitudes (ação) - comportamentos e relações interpessoais - o que se pretendeu obter, modificar ou melhorar com o tratamento, o objetivo do trabalho terá sido alcançado.

### **III.7 - Teoria da mudança em psicoterapia**

Quando se pára para refletir sobre “mudança”, algumas questões surgem: o que entendemos por mudança; quais seriam as mudanças durante um tratamento terapêutico; como elas poderiam ser alcançadas; quais os fatores clínicos responsáveis.

O ato de mudar pode ser entendido como uma ação que dá lugar a outra que não existia anteriormente. Isso pode ocorrer incorporando-se algo novo ou dispondo-se de outra forma aquilo que já se tinha, mas sem dúvida algo novo e diferente.

Ninguém entra num tratamento psicoterapêutico para terminá-lo da mesma forma como chegou; até porque o motivo de sua busca de ajuda profissional está irremediavelmente atrelado a um componente de insatisfação - não se está satisfeito consigo mesmo, com os outros ou estes estão insatisfeitos conosco. Na atuação dentro dos relacionamentos, nas operações interpessoais, é que se evidencia o descompasso existente.

A perspectiva sulliviniana nos auxilia o trabalho a partir da compreensão de que a personalidade é resultante de interações com outros significantes, expressa num padrão relativamente constante, de situações interpessoais periódicas que seriam características da vida do sujeito (Sullivan, 1953). Entretanto é essa relatividade apontada por Sullivan que permite o espaço para novas aprendizagens.

Por causa das primeiras experiências onde o sujeito não pode ser gratificado adequadamente, na relação atual lacunas se estabelecem e impedem relacionamentos satisfatórios. O sujeito tem então expectativas irreais acerca de si mesmo e dos outros, e freqüentemente sente-se em dificuldades.

Uma vez construídos ao longo do tempo, os padrões para lidar com a vida e suas circunstâncias podem até ser percebidos pelo sujeito, mas foram de tal forma incorporados à sua personalidade que acabam por tornarem-se rígidos e, não raro, apontam para o sujeito uma "impossibilidade" de agir de outra forma.

A relação terapêutica surge neste contexto como o meio privilegiado pelo qual essa "impossibilidade" ganha os contornos da possibilidade de mudança isto é, o que conduz a mudança terapêutica adquire-se primeiramente através da dinâmica da relação terapêutica.

Essa é a mudança que Bateson (1995) chama de "segunda ordem" ou seja, não é superficial como a de "primeira ordem", onde pequenos ajustes e realinhamentos são feitos nos elementos atuais de um sistema. A mudança de "segunda ordem" é qualitativa isto é, envolve mudanças não só nos componentes do sistema e sua posição relativa, mas também na completa rede de relações que define o sistema.

A mudança a que nos referimos é, assim, produzida por ação recíproca das atividades interpessoal e intrapsíquica, pois não há como em se atuando num não estar-se atuando no outro. O campo terapêutico se beneficia desse evento por causa de sua adequação e utilidade em todos os momentos do trabalho clínico na intersubjetividade isto é, no campo criado pela interessoalidade.

Na interessoalidade, o paciente olha o terapeuta através das lentes de seus próprios princípios. Isto dá ao terapeuta a possibilidade, na relação terapêutica, de auxiliá-lo a refletir sobre esses princípios. O terapeuta olha o paciente através das lentes dos princípios do próprio paciente isto é, o terapeuta empático deverá ter a capacidade de entender como o paciente se move dentro de suas próprias convicções, sem julgamentos nem construções de barreiras defensivas.

As respostas do paciente ao terapeuta comumente são vistas sob duas formas: algumas delas são baseadas na realidade e algumas são reflexo do processo transferencial. Preferimos pensar que todas são baseadas na realidade uma vez que estas respostas são disparadas por um estilo real, concreto e complexo chamado terapeuta. Todas estas respostas refletem também estas percepções que são filtradas pelos princípios organizadores

de cada sujeito. Compreendendo-se desta forma, as respostas do paciente ao terapeuta dão condições a uma valiosa oportunidade de examinarem e refletirem juntos sobre esses princípios organizadores.

Aqueles que acolhem a existência do espaço *entre* da relação, onde muitos eventos da ordem do psíquico acontecem, reconhecem que o terapeuta não pode ser completamente neutro nem inteiramente objetivo, já que aí existe uma comunicação entre dois sujeitos, entre duas pessoas.

Alguns escritores sugerem que adotar uma posição intersubjetiva implica no terapeuta mostrar-se como sujeito igual, afável, espontâneo, expressivo, o que acarreta uma contratransferência explícita, clara, mais honesta.

Essa liberdade de expor-se que é facultada ao terapeuta oferece ao paciente uma relação mais igualitária onde a comunicação da mensagem intersubjetiva é a seguinte: não estou guardando só para mim o que está acontecendo com você; prefiro colaborar com você dizendo o que estou pensando ou sentindo para que possamos juntos aprender o que está acontecendo. É nisto que acreditamos.

O quanto revelar sobre seus sentimentos e pensamentos é que tem que ser analisado: até que ponto expor tal coisa auxilia o cliente na sua elaboração pessoal ou é simplesmente uma necessidade minha apontar tal coisa. Poderosos instrumentos são também poderosas armas.

O uso ótimo dessa contratransferência está na possibilidade que ela cria de se apontar os impasses que surgem a partir dos sentimentos produzidos nessa relação e que, freqüentemente, fazem parte dos padrões que se repetem nas relações do paciente. Essa exposição contratransferencial muitas vezes é a forma de quebrar certos impasses terapêuticos.

À primeira vista pode parecer que esta liberdade beira um estado de indisciplina no lugar ocupado pelo terapeuta. A nosso ver isto é um equívoco. Esta forma mais espontânea e clara de trabalhar reflete uma das características mais fundamentais que criam a possibilidade da mudança - o fator humanístico requerido por Yalom no processo terapêutico. A maioria dos autores que defende esta forma mais espontânea e relaxada de atuar na relação terapêutica alerta que esta forma de trabalhar não é para principiantes.

Num grupo, este clima de espontaneidade e descontração, é propiciado por determinados fatores curativos como a coesão, a universalidade, a instilação de esperança, a

catarse. E o terapeuta, embora muito atento, entra neste clima, participa desse jogo de relação, mas o suficiente para que dele possa sair com a visão limpa do que está ocorrendo nessas relações - quais os padrões que se repetem, quais os que dificultam ou facilitam as trocas, como apontar em direção a uma possível mudança, qual “a pedra no meio do caminho”.

Os princípios que operam fora da consciência e organizam nossa experiência dos estímulos que recebemos ao longo da vida aparecem nas relações atuais como respostas espontâneas e naturais a uma realidade externa atual. Na terapia o que parece ficar claro é que: não é uma resposta independente e inconsequente como à primeira vista se poderia pensar. Ela tem raízes nesses princípios organizadores que quando não nos respaldam adequadamente em muitos momentos da vida, necessitam ser examinados para que se apresentem novas possibilidades de escolha a partir deles, e a mudança se opere.

A mudança caracterológica é o maior desafio da psicoterapia. E há uma prática comum entre muitos terapeutas que não devemos deixar de lembrar: após a redução drástica do sintoma traumático em poucas sessões, a recomendação de um tratamento mais longo para aprofundar questões que foram levantadas ou emergiram durante as sessões do tratamento breve, caso haja necessidade. Mas Malan e Osimo (1992)<sup>8</sup> apresentam estudos que evidenciam mudanças de caráter, em pacientes com determinadas desordens de personalidade, com frequência, após 30 sessões ou um pouco menos.

Na psicanálise, essa mudança é proposta no sentido de uma reestruturação da personalidade inteira do sujeito.

Na PB, o objetivo é específico e deliberadamente centrado em um ou poucos problemas mas nem por isso mais “superficial” e menos comprometido com mudanças dos chamados aspectos mais “profundos e estruturais” da personalidade do paciente. Pesquisas estão sendo feitas nesse sentido já que, ao estabelecermos um foco, este terá a função precípua de ser um guia a nos conduzir por caminhos que venham auxiliar na psicodinâmica do paciente de forma a que ele obtenha, a partir de uma via de mão dupla, uma mudança interpessoal e intrapsíquica.

Sem dúvida, identificando-se as recordações originais infantis dos conflitos psicológicos atuais e de fantasias inconscientes, associadas à influência contínua que as primeiras experiências exercem, tem-se uma contribuição valiosa à mudança terapêutica.

No enfoque interpessoal que privilegiamos neste modelo, o mais importante no processo de mudança é o reconhecimento dos padrões de interação com os outros que, de forma contínua, reforçam atitudes e sentimentos inadequados consigo e com os outros, e que são em suma, a própria relação objetal manifestada do conflito intrapsíquico.

Strupp e Binder (1984) afirmam que as transações interpessoais são um estado psicológico comum no qual os dramas da vida são originados e repetidamente encenados.

Ao longo da vida múltiplos relacionamentos e operações interpessoais ocorrem. Quando Strupp e Binder se referem a um padrão cíclico psicodinâmico, estão apontando o que melhor reflete características de rigidez, repetição crônica e auto-perpetuação da natureza neurótica dos problemas com a vida.

Entendem que não há necessidade de se ir tão longe nos eventos passados e que o processo dinâmico poderia ser entendido em termos de ação presentemente executada, em círculos viciosos que se propagam. Aí estariam repetidos padrões de intercâmbios sociais que, se auto confirmando, apontariam para uma visão inadequada do paciente. Esta visão faz eco ao pensamento de Sullivan quando nos propõe conceituações como “distorções paratáxicas”, “personificação” e “validação consensual”. Eventos passados colocam esse círculo vicioso em ação mas a perpetuação, a continuação dele não depende de uma causa passada (idéia de forças reprimidas). Segundo Strupp e Binder, um conhecimento “verídico” não é então crucial para se entender um padrão psicodinâmico.

A confirmação de uma experiência resulta de ações privadas como determinados tipos de pensamentos, sentimentos e percepções; e também de ações interpessoais públicas, traduzidas em atitudes e comportamentos, que evocam respostas de outros, que acabam por validar o que o sujeito tem como esperado e preconcebido a respeito desses outros em relação a ele. São padrões inconscientes de ações que repetidamente reafirmam premissas implícitas que o sujeito constrói para si mesmo, para outros e para as situações que vive; em consequência, fica difícil dele verificar contradições, o que faz parte de uma configuração neurótica.

---

<sup>8</sup> Apud VAILLANT pág. 4



### III.8 - As técnicas e sua utilização

Várias são as formas de se operacionalizar o que se quer aplicar da teoria para se alcançar os objetivos terapêuticos nesse modelo. Além disso, os terapeutas são encorajados a serem criativos em suas formas de atuar.

O modelo psicodinâmico interpessoal focal dá margem à exploração tanto dos sentimentos, pensamentos e fantasias quanto das ações, condições ambientais e percepções propriamente ditas ou seja, aspectos internos e externos da dinâmica dos sujeitos envolvidos no processo.

A investigação de cada um desses componentes deve ser conduzida de maneira que o paciente tenha um entendimento do que se passa com ele tanto em nível cognitivo quanto emocional para que possa reconhecer como está atuando e quanto isso afeta a ele e aos outros.

Terapeutas breves, segundo Crits-Christoph e Barber (1991), tendem a ser mais explícitos com seus pacientes esclarecendo não só seu problema principal como também o procedimento do tratamento através do exame da relação entre seu padrão e outros aspectos da vida do paciente. Acrescentam que os primeiros terapeutas breves, como por exemplo Ferenczi, limitaram a profundidade de suas interpretações uma vez que julgavam as interpretações mais profundas do domínio exclusivo da psicanálise.

Os seguidores de Malan já pensam que, quando relevante, pode-se interpretar profundamente em PB.

Do nosso ponto de vista, a interpretação é sempre útil uma vez que não só alcança os conflitos da vida atual, expressos num contexto interpessoal, como dão margem a clarificar as possíveis origens desses problemas.

Strupp e Binder assumem que o paciente vai mostrar logo, na relação terapêutica, seu padrão cíclico inadequado. Inconscientemente, ele reproduz sua forma de atuar em conformidade com os cenários ditados por expectativas que constrói ao longo da vida, no que diz respeito as formas de se relacionar com outros. Um completo e sistemático exame dos padrões inadequados de ações do paciente e seus efeitos na interação ou seja, a análise da transferência e da contratransferência no aqui-e-agora, é uma das abordagens técnicas. Aí o terapeuta busca identificar a presença do tema interpessoal e organizar os parâmetros do CMP. O conflito persiste na forma da experiência transferencial e no comportamento por

causa do padrão interpessoal cíclico que confirma as expectativas equivocadas do paciente com relação aos outros e a ele mesmo. Possuindo já um repertório dessas expectativas, o paciente interpreta o significado interpessoal dos eventos. Em outras palavras, a experiência transferencial do paciente não distorce uma realidade consensual. Elas estão baseadas, como enfatizam, em tendências rígidas para interpretar eventos de certa forma, sem a flexibilidade para considerar alternativas.

Segundo ainda Strupp e Binder, a contratransferência por sua vez engloba dois tipos de reação: 1. ações e reações do terapeuta (incluindo atitudes e comportamentos como sentimentos, pensamentos e fantasias) que são evocados pelo comportamento do paciente, que é parte da ligação do padrão inadequado; 2. reações do terapeuta que expressam questões pessoais não resolvidas. Desta perspectiva, transferência e contratransferência estão inevitavelmente entrelaçadas. A contratransferência pode ser assim vista como uma forma de empatia interpessoal, na qual o terapeuta, por um tempo e grau limitados, assume papéis designados a ele pelo CMP preconcebido do paciente. (pág. 145)<sup>9</sup>. Imergir e sair desses modos de narrar é a habilidade requerida ao terapeuta, segundo estes autores.

O paradigma que sugerem para guiar o terapeuta é: deixar o paciente atuar, com a ajuda do terapeuta, o paciente deve observar suas próprias ações; o significado e o propósito dessa ação deve ser explorado; um padrão deve ser assinalado. Dentro do formato da narrativa proposto a partir dos 4 elementos, esses passos devem ser explorados.

Strupp e Binder trabalham na relação diádica. Não podemos perder de vista que o nosso referencial é psicodinâmico interpessoal porém, em grupo e de curta-duração.

Seguindo Yalom, existem duas formas básicas de se olhar um grupo terapêutico, do ponto de vista do terapeuta: o grupo como um todo e o grupo sob uma visão interpessoal, onde o trabalho leva em consideração as interações entre seus membros. A maioria das escolas americanas de grupoterapia adota essa segunda perspectiva.

O trabalho então se centraliza nos aspectos das interações interpessoais que estão ocorrendo entre o terapeuta e membro (s) ou entre membros.

---

<sup>9</sup> Ver CRITS-CHRISTOPH, P. & BARBER, J. (ed) - Handbook of short-term dynamic psychotherapy. New York, Basic Books, 1991.

Utiliza a técnica interpretativa em seu sentido amplo, com o objetivo de uma “clarificação, iluminação ou uma afirmação explanatória”<sup>10</sup> acerca dessas interações que não estão sendo percebidas ou não estão conscientes para os membros envolvidos.

Aí podem ser identificadas e clarificadas as distorções paratáxicas mencionadas por Sullivan; os padrões inadequados de comportamento interpessoal para que se discuta por que alguns pacientes parecem sempre inclinados a repeti-los, provocando uma reação desagradável por parte de outros membros do grupo; para que se possa explorar por quais forças o paciente é forçado a executar determinado padrão; as projeções que ocorrem; como acontecem as reações críticas; supridas as necessidades de segurança, espelhamento etc.

As intervenções interpessoais chamam a atenção para o que é urgente por estar ocorrendo no grupo, naquele momento, aos olhos de todos. Os interesses, afetos e o grau de envolvimento dos seus membros são aprofundados. As fantasias e sentimentos são desencadeados através da dinâmica interpessoal.

Yalom adota como regra geral para intervenção terapêutica, numa psicoterapia de grupo, que a questão crítica para a existência ou funcionamento do grupo inteiro, sempre tem precedência sobre a questão interpessoal mais limitada. Deve-se, portanto, em sua visão, neste caso, abordar primeiro o que possa ser um obstáculo ao desenvolvimento do grupo como um sistema e, depois, o aprendizado interpessoal. Mas isto não quer dizer que as interpretações de grupo sejam uma constante. Ele mesmo afirma que apenas uma pequena porcentagem das intervenções do terapeuta necessitam ser com relação ao grupo como um todo. Num grupo coeso o que ocorre nas interações deve ser o foco das atenções. E acrescenta que, se o terapeuta tiver em mente os fatores curativos na terapia de grupo e dirigir sua atenção para a questão do grupo estar se movendo na direção da maioria desses fatores ou estar deles se afastando, então o terapeuta terá um princípio válido para guiá-lo.

O propósito da interpretação de grupo é remover algum obstáculo que cresça para impedir o progresso do grupo inteiro. E, segundo ele, dois tipos de obstáculos são comuns e devem merecer atenção para que sejam removidos ou nem se instalem: questões sobrecarregadas de ansiedade e as normas elaboradas pelo próprio grupo que são anti terapêuticas, como por exemplo dedicar cada sessão a um membro do grupo.

---

<sup>10</sup> “I use the term “interpretation” in its broadest sense to refer any type of clarifying, illuminating, or explanatory statement.” (pág. 43)

A abordagem de grupo psicodinâmica interpessoal de tempo limitado abre espaço para uma integração de intervenções de outras orientações teóricas que certamente trazem contribuições para lidar com objetivos psicodinâmicos de reestruturação de caráter que sejam possíveis num tempo menor.

O modelo integrativo que propomos lança mão de intervenções técnicas características de outros referenciais teóricos mas que, em determinadas situações, podem propiciar, acelerar ou aprofundar o momento terapêutico desejado. Cordioli (1993) apresenta algumas técnicas relacionadas com seus respectivos referenciais teóricos: o uso do psicofármaco da intervenção em crise; o uso de técnicas ou exercícios dramáticos, característicos do psicodrama; a clarificação e a confrontação de uso das psicoterapias analíticas de apoio de curta duração; a educação e o aconselhamento, característicos das psicoterapias de apoio de longa duração; a dissensibilização sistemática, típica das abordagens comportamentais; as técnicas verbais utilizada para alteração do pensamento distorcido ou de aspectos disfuncionais das respostas enfatizados na teoria cognitivista; o uso do "holding" de Winnicott e da empatia de Sullivan; enfim, a utilização de um foco onde se centraliza a atividade psicoterápica, a delimitação do tempo, a atividade do terapeuta e o planejamento, característicos da PB.

Todos esses recursos são bem-vindos a nossa abordagem uma vez que: aceitamos o uso do psicofármaco como um estabilizador da sintomatologia do paciente para que possa ele, num nível melhor de funcionamento, sem os desconfortos físicos causados pela enfermidade que o acomete, usufruir com maiores possibilidades de aproveitamento do tratamento que lhe é oferecido; que nos utilizamos de alguns exercícios dramáticos que possam acelerar um fator terapêutico, como por exemplo a coesão, ou que possam facilitar a expressão de sentimentos e situações que estejam sendo difíceis de verbalizar num determinado momento; que lançamos mão da interpretação ou da clarificação que auxiliam o paciente a fazer conexões em seu mundo intrapsíquico, alcançando insight sobre seus padrões primeiros de relações objetais, que podem lhe clarear sobre traços patológicos de seu caráter que se tornaram rígidos, para que possa modificá-los; que, por exemplo, em favor do fator terapêutico "oferecimento de informação", recorreremos a educação e ao aconselhamento; que nos utilizamos da dissensibilização sistemática para a questão afetiva, expondo o paciente a afetos que lhe são difíceis, de forma que possam lidar melhor com

eles; ou ainda de técnicas verbais que podem alterar aspectos disfuncionais de respostas inadequadas a uma ansiedade patológica.

### III.8.1 O trabalho no “aqui-e-agora” no processo grupal

Yalom (1985) afirma que o termo é simples para um conceito complexo que expressa a natureza de um continuum das relações interpessoais, onde o terapeuta está orientado para o processo e é um curioso acerca do “como” e “porque” que possa iluminar alguns aspectos da relação do paciente com outros com os quais interage. O terapeuta torna-se um metacomunicador a respeito da natureza da relação dos indivíduos que se comunicam.

Num processo de grupo ocorre uma seqüência de interações e afirmações feitas por um ou vários pacientes que nos conta sobre a relação entre os membros, estes e o(s) líder(es), um membro e o resto do grupo como um todo.

Um processo é, como já vimos em capítulo anterior, alguma coisa viva que está acontecendo, em andamento, fazendo-se/desfazendo-se/refazendo-se e, por isso, dizer-se que “aqui-e-agora” é um processo é redundante. Na verdade, este é um processo que se faz história e é pertinente no momento da ação isto é, a ênfase reside nos padrões imediatos de interação interpessoal, no grupo. O objetivo de concentrar-se no “aqui-e”-agora” está no sentido de que o comportamento interpessoal no grupo de cada paciente é uma apurada representação de seu comportamento interpessoal fora do grupo, compondo uma rede de relações muito mais extensa, rica e complexa do que se supõe. Este é um dos pressupostos dos quais Yalom se utiliza no trabalho de aprendizado interpessoal no grupo: o grupo terapêutico como um microcosmo social.

As transações mais importantes são aquelas que ocorrem, no setting, sob os olhos de todos. Lançando mão do material que é vivido por todos os componentes do grupo, mais do que o material passado (“lá e então”) ou o material fora da vivência grupal isto é, relativo a vida atual de relação do paciente (“lá e agora”), o líder poderá envolver todos os membros do grupo num trabalho terapêutico mais vivo e ativo (“aqui-e-agora”).

Neste processo terapêutico explora-se o desenvolvimento de uma instância particular interpessoal onde o passado pode ser explorado a partir do fato de se criar um

espaço compartilhado para a evidência de que todos temos um passado, todos temos histórias construídas. Este é um fator que propicia a coesão no grupo.

Sullivan não dispensa o confronto dos processos de distorções entre passado e presente, porém utiliza-se da via cognitiva, dispensando o processo regressivo que ele já não considerava produtivo a um ego então fragilizado do sujeito adoecido. Esse sujeito é ainda passível de integrar novas experiências, novos aprendizados.

Em grupo, a sua própria dinâmica permite o exame das interações que no próprio setting se fazem, de forma eficiente e clara. Experiências anteriores são atualizadas no momento do ato interacional.

Centrando-se no "aqui-e-agora", pode-se criar uma condição ótima para a operação não só dos fatores curativos ou terapêuticos como também da clarificação dos nós interpessoais que serão foco de trabalho - dois pontos básicos para que se atinja a mudança que se deseja no processo terapêutico.

Voltando-se o grupo para si mesmo, a atenção natural recai para a quantidade e a qualidade das interações interpessoais, o que enseja não só o processo de coesão como o aprendizado interpessoal. E aí, olhando-se o grupo como um sistema, percebem-se os circuitos internos que se fazem em relações circulares, os *feedbacks* negativos e positivos que permitem que os padrões se estabeleçam e equilibrem o sistema ou permitem que ele evolua em outra direção.

Yalom refere que a primeira experiência no "aqui-e-agora" é a do silêncio ou das poucas palavras do primeiro encontro, onde os sentimentos de tensão, vergonha, medo da auto exposição, do lidar com desconhecidos são, por outro lado, o ponto de partida que dá início ao processo da coesão grupal, fator terapêutico que dá suporte a todo o trabalho. Dentro desse processo de coesão é que o material passado é um auxiliar, na medida em que todas aquelas pessoas ali reunidas têm uma história, um percurso de vida que pode embasar o entendimento e aceitação de cada um pelos outros. E, a partir disso, permitir o desenvolvimento dos outros dez fatores terapêuticos enumerados por Yalom.

Uma certa organização cognitiva dos eventos é eficaz para que as pessoas possam se situar nas histórias de cada um. Mas, trazendo o trabalho no "aqui-e-agora", no que ocorre presentemente no setting, os pacientes em terapia, como afirma Yalom, podem alterar ou reintegrar seu passado de forma mais harmoniosa e positiva, lembrando situações que lhes escaparam por estarem eles detidos nos eventos traumáticos; instaura-se

um processo circular que, posto em movimento, altera ou reforça as crenças atuais. Ele chega a declarar que “em certo sentido, talvez seja mais útil (e não menos preciso) considerar, também, que o presente determina o passado!”<sup>11</sup>

No trabalho do “aqui-e-agora” existe um princípio básico que não deve ser esquecido: identifica-se um problema dentro do grupo que aí é trabalhado. Esse problema tem seu análogo externo mas é para o análogo interno ao grupo, insiste Yalom, que a atenção do terapeuta se volta para que a situação externa possa sofrer as conseqüências desse trabalho interno. Para tanto, o ambiente deve ser de apoio, reforço, segurança e gratificação. Os *feedbacks* devem ser proveitosos na medida em que vêm embebidos de uma comunhão no trabalho terapêutico.

Isto quer dizer que mais do que as histórias pessoais em si, a forma e o momento em que são narradas é o que importa. A atenção deve-se voltar para o porquê do paciente relatar tal fato hoje e não num outro dia; para por que não poder contar antes; para o que ele espera que o grupo lhe dê em troca desta narração que afinal revela coisas sobre ele.

Essa exploração “horizontal”, como a chama Yalom, privilegia os aspectos relacionais e está orientada para o processo isto é, “*refere-se ao modo como o conteúdo é expressado e o que revela sobre a natureza dos relacionamentos entre os indivíduos...*”<sup>12</sup> E é ainda essa exploração horizontal que propicia o trabalho no modelo psicodinâmico centrado no ato de narrar de Strupp e Binder assim como o trabalho com a circularidade, onde as partes do sistema grupal, apesar de se comportarem de acordo com suas regras ou cânones ou seja, os sujeitos atuarem de acordo com suas crenças e seus padrões de comportamento, têm eles também de se adequar ao meio ambiente onde se inserem. Para tanto, *feedbacks* são necessários. Na evidência da reciprocidade das ações, das influências que se exercem entre os diversos elementos que a constituem, as relações nunca são unilaterais - se A afeta B, B afeta A de volta, de modo que A voltará a afetar B da mesma forma ou de forma diferente. Assim as questões que surgem, as dificuldades, suas soluções, frustrações ou ganhos estão constantemente sob a responsabilidade de cada um e do grupo como um todo. Embora o trabalho de Strupp e Binder seja na relação diádica, este modelo aplica-se muito bem a uma situação grupal uma vez que as interações são constantes e abrem espaço para a observação de outros aspectos que só o grupo comporta. Esses

<sup>11</sup> “In a sense, perhaps it is more helpful (and not less accurate) to consider, too, that the present determines the past.” (pág.122) YALOM, I.D. - The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books Inc., New York. 1970.

aspectos são reconhecidos como determinadas tensões que estão sempre presentes na vida de relação e que, naturalmente, fazem parte, em certa medida, da dinâmica desse microcosmo social que é o grupo.

Estamos nos referindo a tensões ou conflitos que são traduzidos na luta pelo poder; na rivalidade entre iguais e, ao mesmo tempo, a necessidade de apoio mútuo; na voracidade que se instaura concomitante ao desejo de auxiliar o outro; no desejo de fundir-se e aconchegar-se ao corpo confortador do grupo e o medo de ser por ele engolido, perdendo assim a autonomia individual.

Na forma como essas tensões se desenvolvem dentro das interações é que se observam as atuações dos membros e do grupo como um todo maior do que eles. E a recorrência de determinadas situações geram certas emoções que, contagiando todos os seus componentes, fazem com que o grupo tenha feições definidas ao ponto de poder ser apontado como um grupo ansioso, contido, depressivo, controlado, etc. A isso voltaremos.

Como dissemos, esses conflitos que ocorrem no grupo abrem espaço para a observação de outros aspectos como as estruturas caracterológicas de seus integrantes, que evidenciam formas adequadas ou inadequadas de atuar nas relações interpessoais. Essas formas são a expressão do conflito intrapsíquico a partir das relações de objeto estabelecidas ao longo da vida, em contatos interpessoais desde a mais tenra idade e que se perpetuam em determinados padrões como já apontava Sullivan, em 1938.

Entendemos que “mudar” implica em alterações, de alguma forma, nessas estruturas. Fazer mudanças caracterológicas quer dizer fazer “mudança num padrão de comportamento inapropriado”, segundo Malan e Osimo (1992).<sup>13</sup> Nesse sentido, nenhuma mudança é brusca. Ela toma seu tempo e é feita em estágios. Os pacientes variam nos seus graus de prontidão para ela. Do reconhecimento de uma atuação inadequada ao desejo de mudar esse quadro existe um percurso. Do desejo de mudar até a operacionalização dessa mudança, mais um tempo. E, finalmente, da mudança propriamente dita ao seu estabelecimento sem medo ou retrocessos, um outro tanto.

O trabalho na situação terapêutica está concentrado, no modelo proposto, na mudança de padrões repetitivos passados e inadequados que compõem a feição do caráter do sujeito isto é, formas de respostas que se perpetuam e são inapropriadas. Mudando-se

---

<sup>12</sup> Ibidem pág. 118



esses padrões, mudanças caracterológicas estarão sendo feitas. A mudança esperada é qualitativa no sentido de estabelecer-se um padrão mais maduro e mais adequado de relações interpessoais.

Isso requer trabalho no “aqui-e-agora”, focalização no padrão cíclico interpessoal inadequado (PCII), e a evocação e trabalho do afeto.

### III.8.2 - O trabalho no e do afeto

Qualquer psicoterapia para ser efetiva necessita enfocar os aspectos afetivo e cognitivo. Esses dois componentes são complementares no sentido de que o paciente possa integrar o que viveu no “aqui-e-agora” da relação terapêutica para poder levar o aprendizado para situações reais de sua vida. E na terapia de grupo isso não podia ser diferente.

O próprio Freud, ao valorizar a relação do paciente com o terapeuta na transferência, apontou para o valor da re-experiência. Entender as raízes das dificuldades não é suficiente, uma vez que foi *viver* a experiência que deu ensejo a elas.

Experienciar outra vez implica em o paciente expressar claramente seus sentimentos dirigidos a pessoa que é alvo deles, na presença dessa pessoa. E o novo objeto de antigos sentimentos e expectativas tem que estar disposto a discutir esses sentimentos e impulsos com interesse, objetividade e sem defesas armadas. No caso do grupo, o fato não está restrito aos terapeutas. Há membros envolvidos que, certamente, serão alvo desses sentimentos. Aos terapeutas cabe, através das situações de grupo - interação, revelação de si mesmos, expressão e vivência das emoções - observar, fazer evocar e examinar os afetos envolvidos; e, sempre que possível, trazer as experiências extra-terapêuticas para dentro do grupo para que ali possam ser examinadas, trabalhadas e transferidas de forma diferente para as situações externas.

Observar, evocar e examinar o que acontece em relação às emoções, como anunciava Malan (1974) consiste na oportunidade única para o processo de mudança, porque auxilia seus membros a entrar em contato com seus sentimentos. Eles poderão ser expressados num ambiente seguro e examinados num clima que, embora possa trazer

---

<sup>13</sup> Apud VALLANT, Leigh McCullough - Changing character: short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects and attachment. Basic Books Inc. New York, 1997.

discussões e certos julgamentos, serão manejados pelos terapeutas de forma produtiva para o entendimento da situação vivida no “aqui-e-agora”, para todos os envolvidos, na medida em que as interações são aprofundadas.

Yalom (1989) organiza essa experiência, que ele chama de “via de ligação do processo”, em quatro etapas de um circuito circular: interação no grupo, evocação do afeto, exame do afeto, interação no grupo. Esse processo terapêutico, segundo ele, se utiliza do próprio instrumento grupo como recurso poderoso para operar a mudança ou seja, a realização do fator curativo aprendizagem interpessoal. Da dinâmica das interações interpessoais surgem as dificuldades que se evidenciam no padrão de relacionamento estabelecido a partir da observação uns dos outros. Os *feedbacks* de cada membro e dos terapeutas, aliados a auto observação de cada um, promovem a identificação e o compartilhar das reações e emoções que elas carregam. O exame desse compartilhar, das reações dos outros e o entendimento da própria idéia sobre si mesmo trazem a evidência de como as atuações de cada um influencia a opinião de outros. Isto acaba por acarretar o desenvolvimento do senso de responsabilidade pela imagem de si mesmo diante dos outros e a percepção e aceitação da própria capacidade de efetuar mudanças e como deparar-se com seus limites. Yalom acrescenta que quanto mais os eventos dessa seqüência forem carregados de afeto, maior será o potencial da mudança. Dos fatores curativos que ele apresenta o que se salienta com mais vigor, neste aspecto, é justamente a aprendizagem interpessoal.

Os membros do grupo deverão experienciar comunicações interpessoais prazerosas e desprazerosas para que possam identificar seus padrões cíclicos interpessoais inadequados e experimentar a construção de outros mais adequados, onde a integração entre vontade, impulsos, necessidades e gratificação objetal é essencial para uma expressão interpessoal satisfatória.

As emoções devem estar integradas no paciente de modo suficiente que possam ser divididas ou expressadas interpessoalmente numa comunicação honesta e decente, o que demonstra, em última instância, respeito por si mesmo e pelos outros, além do estabelecimento de fronteiras emocionais.

O *eu* intrapsíquico cresce, se desenvolve e muda somente nas relações interpessoais. O exame dos afetos promove uma avaliação das necessidades do *eu* e devem ser consideradas num equilíbrio ótimo com as necessidades dos outros, no contexto social

onde individualidade e relacionamentos não são construtos opostos mas sim integrados. O padrão adequado de atuação será aquele que transcender a dicotomia *eu/outros*, expressando e harmonizando no novo padrão as necessidades e limites de ambos.

As experiências relacionais corretivas (ERC) dentro do grupo são assim intensamente vivenciadas, conflitos familiares precoces são reencenados e recapitulados de forma corretiva. E os fatores curativos ensejam esta oportunidade.

Perceber que outros têm problemas iguais ou diferentes mas têm; que o tratamento pode ser eficaz; que a experiência de um é útil aos outros membros como a de outros é útil àquele; que muitas vezes necessita-se ou oferece-se informações de cunho pedagógico ou de aconselhamento e que isso é natural; que observar a experiência alheia com relação à vivência e resolução de problemas similares pode render um aprendizado benéfico para quem observa; que o alívio de tensões permite a expressão de emoções mais profundas do mundo interno daquele que precisa dessa vivência, abrindo espaço para que nessa situação possa experienciar a aceitação pelos outros de “fraquezas” ou “incapacidades” que julgue serem inaceitáveis; entender que habilidades sociais podem ser desenvolvidas no grupo a partir do emprego de exercícios facilitadores. Todas essas são formas que propiciam ao paciente a exposição da patologia interpessoal, a auto-observação através de *feedbacks* e ações compartilhadas, a percepção de como age de forma não satisfatória frente às suas necessidades intrapsíquicas e interpessoais. Além disso, ressalta-se a responsabilidade sobre todos os seus atos, carreando uma percepção dos próprios recursos para a realização da mudança que o sujeito requer para si próprio, acompanhada de uma melhora de sua auto-estima.

Como afirma Goffman (1961)<sup>14</sup> “Parece não haver qualquer agente mais efetivo do que uma outra pessoa, para fazer com que o mundo renasça para alguém ou, paralisar a realidade na qual se está alojado, através de um olhar, um gesto, ou uma observação.”

### III.8.3 - Como nos utilizamos da focalização

Dentre os recursos técnicos disponíveis, a focalização é dos mais importantes auxiliares para a realização de um tratamento de curta-duração.

O paciente começa a entender através do insight como o seu comportamento específico, com determinada pessoa, não difere de outras relações suas. Isso leva naturalmente a uma definição do problema em termos de um padrão de relacionamento. Leva também a que se olhe este padrão de frente, o que dará ao paciente melhores chances de buscar alternativas para lidar com ele. Além disso, entender a que propósito o seu padrão cíclico psicodinâmico interpessoal inadequado está servindo, auxilia a busca de mudanças na estrutura formadora desse padrão.

Dissemos atrás que há situações que geram emoções e que contagiam todo o grupo. Caberá aos terapeutas decidirem quando dar relevo a aspectos interpessoais da situação interacional e quando salientar o processo do grupo como um todo, já que as resistências certamente aparecerão. Elas deverão ser identificadas, apontadas e trabalhadas pelos terapeutas de forma que não se perpetuem como um entrave no processo terapêutico. Os processos de resistência freqüentemente estão relacionados a evitação de temas confrontativos que, em grande medida, trazem uma sobrecarga de ansiedade.

Yalom afirma que as intervenções sobre o grupo como um todo não são tão instigantes para o auto exame quanto as intervenções que se ocupam do campo interpessoal, o que não quer dizer que não sejam necessárias e produtivas ao trabalho terapêutica

Aqui cabe explicitar como o trabalho focal é um agente facilitador do processo de mudança.

Uma das mais importantes tarefas de qualquer terapeuta dinâmico e, especialmente aqueles envolvidos com tratamentos breves, é inferir a ligação entre os sintomas presentes no paciente e o núcleo de seu conflito. Uma das vias de acesso é o enquadre dos problemas do paciente em termos interpessoais.

A maioria dos teóricos concorda que se existe um problema focal nas relações interpessoais a sua resolução ou modificação é requerida. Alguns autores tentam explicar

---

<sup>14</sup>Apud YALOM & VINOGRADOV, 1992, pág.27

as origens dos problemas em termos intrapsíquicos, outros dão importância à arena interpessoal porque partem do princípio que as estruturas de personalidade são forjadas a partir das relações interpessoais. E todos parecem concordar, como afirmam Crits-Christoph e Barber (1991), que uma melhor consciência das questões interpessoais é crucial já que as pessoas se envolvem com outras para poderem se desenvolver. A dificuldade parece residir na maneira de se conceituar como um padrão inadequado é perpetuado embora a maioria dos teóricos psicodinâmicos veja esse padrão como uma repetição persistente de uma estrutura mental originada na infância.

Esta perpetuação só cessaria a partir de um trabalho que oferecesse a possibilidade de dissolução progressiva, através da experiência emocional, das condições internas que lhe deram origem e que parecem muito vivas e o móvel atual para esta forma de agir.

Como já dissemos, o modelo dinâmico focal de Strupp e Binder está apoiado no ato do sujeito narrar a própria história, extraíndo-se dele aquilo que for relevante e que ressalte como um padrão psicodinâmico de interação interpessoal.

Considerando o foco dinâmico como um script que o sujeito repete por não ter uma possibilidade de construir outro mais criativo e mais adequado às situações, Strupp e Binder avançam sobre as conceituações mais tradicionais no sentido de que eliminam as que são muito hipotéticas como, por exemplo, compulsão e drive, e as trazem para a fenomenologia das interações interpessoais - o conflito básico terá seus reflexos e ramificações em como o sujeito *cria, mantém e finaliza* suas relações interpessoais.

Focalizar no problema central que dificulta as relações interpessoais é entrar numa casa por um corredor central que acessa várias portas. Ele terá como finalidade orientar as entradas - intervenções - do terapeuta, retornando sempre ao mesmo corredor que, em seu percorrer, propiciará o acesso a outras portas. É esse corredor que dá condições de se operacionalizar as bases do tratamento.

Como afirmam Strupp e Binder, o comportamento repetitivo não é visto do polo intrapsíquico e sim pela perspectiva interpessoal isto é, das relações interpessoais rígidas serem a perpetuação das primeiras relações, e não necessariamente os resultados da projeção do conteúdo intrapsíquico de um sujeito em outro.

Na visão da escola psicodinâmica interpessoal, o paciente experiencia o terapeuta como qualquer outro significativo e com ele repete o padrão de comportamento inadequado enraizado num conflito inconsciente. O terapeuta é acolhedor proporcionando condições

adequadas de receber o material projetado pelo paciente, processá-lo e devolvê-lo de forma modificada. O paciente então, reintrojeta representações do *eu* e do objeto modificadas. Esse processo, como afirma Gabbard (1992), resulta em mudança do modo de interação entre terapeuta e paciente, de modo que eles geram uma nova forma de experienciar velhos conteúdos psíquicos. E essa mudança se opera por mecanismos que vão percorrendo o continuum expressivo-apoio.

No grupo, as interações são múltiplas e há um deslocamento da transferência que é dirigida também aos pares e ao grupo como um todo. Isto permite a formação de transferências múltiplas; e quando os pares confrontam as distorções inerentes à percepção transferencial, o paciente poderá estar bem mais aberto a aceitar um *feedback* do que quando, por exemplo, este for oferecido pelo terapeuta. A validação consensual, como apontava Sullivan, é assim um aspecto relevante para as transferências que se estabelecem. Não é demais lembrar que mais do que as distorções da realidade, a realidade psicossocial é múltipla e pode ser trabalhada no sentido de uma reorientação que responda mais adequadamente às situações vividas pelo sujeito. Mudando seus padrões interacionais, expressão de seu mundo intrapsíquico, a partir de suas necessidades interpessoais, o sujeito efetiva o objetivo terapêutico. Esse aspecto transferencial múltiplo, próprio do setting grupal, dá condições aos terapeutas de obterem uma maior familiaridade com as relações objetivas internas do paciente, num período de tempo mais curto. Embora alguns argumentem que a transferência possa ser diluída, ao contrário, ela também pode ser intensificada quando todo o grupo é varrido por sentimentos e afetos intensos. O mesmo poderá ocorrer com a contratransferência.

Outro aspecto importante do tratamento é o aumento da forma como o paciente constrói o mundo em geral e as situações interpessoais, em particular. E a visão do *insight*, nas psicoterapias dinâmicas é de essencial importância para o processo de mudança. Num *insight*, a compreensão dos significados e origens inconscientes dos próprios sintomas e comportamentos é obtida, gradualmente, à medida que as resistências são metodicamente desgastadas pela intervenção terapêutica. Todos os membros do grupo acabam por receber *feedbacks* de como sua estrutura é responsável e afeta os relacionamentos consigo mesmos e com os outros. São, assim, incentivados a refletir sobre seus padrões de comportamento, de modo que caminhem rumo ao trabalho de mudança.

Vale ressaltar que, na PB individual, o terapeuta aceita sugestões e discute com o paciente o foco eleito para que este tome ciência objetiva e claramente do que será referência constante e obrigatória durante seu tratamento. No grupo, optamos por uma referência constante e pontual da ação interpessoal que aparece recorrentemente e se sobressai no padrão adotado. Ao longo das sessões que se estipulam para este trabalho, de forma natural e espontânea, esse padrão é várias vezes apontado para que o paciente comece a prestar atenção nele, como uma preparação para o que será trabalhado insistentemente a partir do momento em que os terapeutas estabelecem o foco. Esta forma evita a sobre exposição do paciente ao grupo naquilo que ele tem maior dificuldade em lidar. Da mesma forma não se deseja que, aos olhos dos outros membros, cada seja “rotulado” na sua problemática, dificultando o correr do trabalho, que tem como estratégia ser de curta duração.

Mantendo-se o foco na problemática interpessoal, deve-se exaustivamente discuti-la e dirigir seu trabalho no sentido de ligá-la a uma variedade de situações. O objetivo é o de auxiliar o sujeito a reconhecer seu padrão para que ele mesmo possa fazer o seu trabalho.

Essas transferências múltiplas certamente trazem significados mais efetivos que propiciam a mudança. Na forma de experiência vivida algo mais é aprendido e apreendido. Analisar a transferência não é tão necessário para se alcançar a mudança. Usá-la é mais efetivo, já que dá ao paciente a possibilidade de lidar com os afetos evocados e ver como outros lidam com os seus sentimentos.

No modelo que propomos, os focos interpessoais são definidos a partir dos atos que ensejam os padrões interacionais que se estabelecem isto é, das formas com que cada um lida com as situações interpessoais. Porém, não se pode esquecer que esses membros, em conjunto, organizam um padrão que é do grupo como um todo. Daí termos dito um pouco atrás que cada grupo tem sua feição particular a partir da atividade de seus membros e da sua composição dinâmica.

O grupo, de fato, espelha uma tonalidade estrutural afetiva e relacional que é produto da atividade interacional de seus membros, como numa sociedade onde a parte e o todo superam a visão dicotômica e assumem a perspectiva do em-relação, da influência mútua, da construção de um todo onde essas partes cooperam entre si e com o todo, que devolve às partes o produto de sua ação e que, novamente, age no todo... numa “criatividade acasaladora” (DaMatta, 1997), sendo ao mesmo tempo nós e eu.

Essa tonalidade confere ao grupo uma especificidade - isto é, um grupo onde a predominância dos padrões interacionais apontam para algo em comum, uma problemática mais ampla que caracteriza um tipo de funcionamento daquele sistema, em especial. Ao configurar-se esta problemática comum a todos os membros poderíamos dizer que a partir daí um foco grupal seria estabelecido. Ele perpassaria os focos interpessoais de cada membro deste grupo.

O trabalho terapêutico seria então realizado no entrelaçamento desses focos - grupal e interpessoal - abarcando a possibilidade do sujeito testar suas interações nesses dois níveis.

Privilegiando a construção focal nas dificuldades interpessoais, o trabalho no "aqui-e-agora" e com atenção à mobilização do afeto, estamos centralizando nossa busca de brevidade no tratamento e criando alternativas no trabalho com grupos terapêuticos.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Com o propósito de tornar mais clara a forma como trabalhamos em PGBF pensamos em incluir ao longo da dissertação vinhetas clínicas que fossem bons indicativos daquilo que estávamos discutindo. Encontramos certa dificuldade por entendermos que esta forma talvez ocasionasse digressões que prejudicassem o texto além de não propiciar a visão do trabalho como um todo. Por isso optamos por eleger um dos quatro grupos com os quais trabalhamos como uma ilustração do modelo.

Este foi um grupo constituído por 7 mulheres, entre 35 e 55 anos, com diferentes graus de instrução, ocupação, patologias e medicações.

A partir das entrevistas individuais e em grupo foram colhidos dados de anamnese. De posse desse material observado juntamente com as atuações interpessoais durante o período de coesão grupal, os focos interpessoais foram estabelecidos dentro do modelo proposto por Strupp e Binder.

A seguir, mostraremos como organizamos o material, utilizando o exemplo de uma das pacientes. Este mesmo procedimento de organização foi adotado para todas porém, por questão de espaço, apenas listaremos dados de identificação e os focos trabalhados em cada uma. A forma como atuavam dentro do grupo será descrita em poucas linhas.

### **Anamnese:**

*Identificação:* M. é uma mulher de 48 anos, branca, brasileira, com o 3º grau incompleto, secretária, divorciada, mãe de um filho adolescente.

*Queixa principal (QP):* “Eu queria ser mais útil.”

*História da doença atual:* Licenciada de seu trabalho há sete anos por depressão, refere-se como uma pessoa muito ativa, “batalhadora” e que nunca deixou de encontrar solução para todos os problemas da vida. Esteve sempre em bons empregos que lhe davam autonomia econômica. Segundo suas palavras, “emocional também pois dirigia minha vida como queria, sem ter que depender de ninguém.” Em 1990, por um plano econômico do governo, a empresa onde trabalhava foi sumariamente desfeita e M., num intervalo de almoço no escritório, foi avisada juntamente com os demais empregados, que a partir

daquele exato momento estava dispensada, em caráter irrevogável. “Ali, eu tive a minha primeira crise - gritei, chorei, desmaiei, fiquei louca.” Levada a um hospital por colegas, a paciente desde então vem se tratando das crises regulares de “choro, desânimo, falta de amor a tudo; não comia, não levantava da cama, só chorava.” Chegou a um nível tal que teve que ser levada “na marra” por uma irmã a um consultório particular para que tentasse sair do estado em que se encontrava. Foi encaminhada pela médica que a atendeu no consultório para o Setor de Psicoterapia do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia - RJ porque a paciente não dispunha de recursos financeiros para tratamento privado.

*História Pessoal e Familiar:* Nasceu de parto normal e teve um desenvolvimento motor adequado. Excelente aluna, interrompeu os estudos no 3º grau em razão de um emprego que lhe deu mais do que o necessário. Com uma sólida educação moral, diz ter tido ao longo de sua vida, muito senso de justiça. É a mais velha de três irmãos e sempre foi o suporte emocional e financeiro de sua casa. A mãe é imigrante italiana, “seca e submissa” e está com 74 anos. O pai é descrito como “muito bonito e austero”, bem situado na vida. M. descobriu que ele tinha uma amante. “Dei-lhe um prazo para que saísse de casa. No dia em que fui contar à minha mãe o que estava acontecendo, sofri um atropelamento que me pôs inválida por seis meses. Eu tinha 19 anos e ele não saiu.” “Assumi minha família aos 14 anos. Vi muitas fragilidades nela e decidi ser a força.” Alegre e extrovertida, nunca teve dificuldades em fazer amizades. “Mas comigo é tudo muito certo, entende?” Casou-se aos 29 anos, apaixonada. “Queria alguém que tivesse partilhado tudo o que tinha guardado dentro de mim. Só precisava do meu marido pra isso.” O marido era filho único e, depois de 6 meses de casamento, mostrou-se bastante dependente dela. Depois de três anos tiveram um filho e assim que a criança nasceu “ele quis me dar um susto dizendo que podia separar-se de mim. Não esperei. Dei o susto primeiro e me separei em 1983. Ele disse que não era sério, mas eu não sou mulher de brincadeira.” M. cria seu filho sozinha com quem mora até hoje. Descreve-o como “menino exemplar, ótimo filho, com muito senso de responsabilidade.” “Ele sabe que ou ele faz por ele ou não vai se dar bem. O que posso lhe dar é estudo, e até um certo ponto.” Depois de separada, teve um romance com um médico militar por dez anos. “Foi um ótimo relacionamento. Nunca moramos juntos e acabou quando me demitiram do emprego.” Sua vida social acabou em razão das dificuldades financeiras - de um excelente salário, M. passou a contar “com três salários mínimos e um filho pra por pra estudar.” Para completar a receita fazia temporários de secretariado e

biscoitos para vender, “inconformada”. Isso foi por pouco tempo. “Estou sem trabalho porque o campo profissional está muito difícil. Não posso estudar porque não tenho recursos. A única coisa que posso fazer é ler mas isto não está me ajudando.”

*História Patológica Progressiva:* M. nega doença mental ou degenerativa na família.

*Exame Psíquico:* M. é uma mulher alta e, mesmo sem muitos cuidados, muito bonita. Veste-se adequadamente. Comunica-se com a entrevistadora com facilidade, de forma clara e articulada. É capaz de recordar fatos passados e recentes obedecendo cronologia. Percebe dados de realidade e não a distorce através de delírios ou alucinações. É coerente, inteligente e culta. Relaciona-se interpessoalmente de forma satisfatória mantendo laços afetivos familiares e sociais porém, atualmente, sente-se incapaz para o convívio. Seu humor apresenta-se rebaixado, com choro freqüente que entrecorta seu relato, em função de seus problemas atuais e da falta de perspectiva que se lhe apresenta. Encontra-se incapacitada para atividades laborativas, ciente de estar atravessando, já a algum tempo, uma situação com a qual não consegue lidar e que a paralisa em grande parte de sua vida.

*Súmula Psicopatológica:* Lúcida. Cooperativa. Orientada alo e auto psíquicamente. Normovigil. Normotenz. Memória, inteligência, linguagem, senso-percepção e consciência do eu sem alteração. Nexos afetivos mantidos. Hipobúlica. Hipopragmática. Psicomotricidade mantida. Com consciência da doença atual.

*Hipótese Diagnóstica:* CID - 10 - F32.2 Episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos

M., por três semanas, foi medicada com Prozac (fluoxetina 1+0+0) e Lexotan 3mg (bromazepan 0+0+1); fez acompanhamento psicológico para que pudesse sair da crise em que se encontrava. Estabilizada, foi encaminhada ao trabalho de grupo por preencher critérios de seleção tais como: tem história de relacionamentos significativos, foi capaz de circunscrever uma queixa que a fez buscar tratamento psicoterapêutico, demonstrou ao longo de sua história ter recursos egóicos bastante bons, é colaborativa, respondeu bem as intervenções e demonstrou estar motivada para a modalidade terapêutica indicada - grupo.

Adotando-se o modelo da narrativa sugerido por Strupp e Binder, M. poderia assim ser descrita em sua psicodinâmica interpessoal:

Atos do eu: M. é uma pessoa ativa, independente, decidida e trabalhadora. Acha que sempre tem as soluções para os problemas e a palavra certa, na hora certa. Adota uma postura de mulher forte porque, em sua visão, a família sempre foi frágil e ela “detesta” isso. Pensa que tem que dar rumo à sua vida sem o auxílio de ninguém e que tudo depende dela. “Comigo é preto no branco. Tem que ter muita responsabilidade.”

Expectativas sobre a reação dos outros: M. espera que as pessoas a respeitem pelas posições que assumiu ao longo da vida. Exige dos outros que se comportem com ela do mesmo jeito que ela se comporta com eles. Tem dificuldade em conviver com a diferença e pensa que se for forte e independente esse respeito virá. Assim não a enxergarão frágil como ela enxerga a própria família.

Atos dos outros em direção ao eu (reações observadas dos outros): M. percebe que quando age independentemente, as pessoas a vêem como alguém que sabe das coisas, que nunca deu trabalho a ninguém, responsável, autônoma, que merece respeito. “Eles sabem que podem contar comigo e vêm a mim em qualquer situação.”

Atos do eu em direção ao próprio eu: M. se vê como alguém que não pode falhar. Falhando, sua única saída é a auto-destruição porque “não sou pessoa de fracassar,”

Dentro do grupo, a paciente adota uma posição firme, assertiva, contundente. Demonstra capacidade de trocar experiências e, com frequência, ela própria é o exemplo de seus posicionamentos diante da vida. É educada e delicada com os demais membros, não deixando porém de fazer suas colocações com clareza e objetividade. Procura dar soluções aos problemas alheios e expõe pouco suas dificuldades. Incentiva os demais pacientes a tomarem as rédeas de suas vidas em suas mãos e se desembaraçarem dos obstáculos “usando a lógica e o raciocínio”, não se deixando levar pela emoção das situações nem pelas pessoas. “Não se pode deixar que ninguém nos faça de bobos.”

A partir desta configuração psicodinâmica e da observação da dinâmica da ação interpessoal da paciente, foi elaborado pelas terapeutas do grupo um foco a ser trabalhado: M. poderia no grupo exercitar uma forma de ser mais flexível nos seus relacionamentos - com os outros e consigo, compreendendo que errar, falhar, desconhecer, pensar diferente, são situações inerentes ao ser humano que podem trazer, com frequência, experiências de vida enriquecedoras.

Os demais membros deste grupo foram:

**E.P.** - 35 anos, 3º grau em curso; secretária; CID-10 F 60.5 (transtorno de personalidade anancástica); Lexotan 3mg (0+0+1); *Queixa Principal (QP)*: “Estou com problemas de relacionamento no trabalho e em casa.” *Foco*: Entrar em contacto mais estreito com seus sentimentos com relação às outras pessoas para poder eleger relacionamentos que lhe permitam ter uma vivência de prazer.

*Atuação dentro do grupo*: Adota uma posição distante e observadora. Quando se manifesta traz o discurso pronto e estereotipado da organização, do certo e errado, mostrando que não precisa se envolver com pessoas com tantos problemas.

**E-** 40 anos; 1º grau incompleto; costureira; CID-10 F 41. 0 e CID-10 F 60.8 (Transtorno de pânico e Outros transtornos de personalidade); Anafranil 25mg (1+0+1) e Olcadil 4mg (1+0+1); *QP*: “Tenho medo de sair de casa e ao mesmo tempo quero me libertar da minha família.” *Foco*: Sair de uma posição infantil e imatura para assumir outra mais adulta e madura dentro dos seus relacionamentos familiares e sociais, entendendo que o que a “criança” lhe proporciona é muito pouco perto do que o “adulto” poderá fazê-lo.

*Atuação dentro do grupo*: Faz o papel da criança avoada, engraçada, que ri de tudo “de nervoso”. Conta suas histórias difíceis e absurdas onde é espancada pelo marido, filhas, vizinhas e serve a todos como empregada, rindo. Resolve suas próprias questões brigando e “partindo para a baixaria”. Fala disso como se estivesse falando de outra pessoa. Coloca todos os membros do grupo em situação de impotência diante do que traz para “pedir ajuda”.

**AP.** - 36 anos; 1º grau incompleto; do lar; CID-10 f 34.1 (Distímia); Tofranil 10mg (1+0+0), Olcadil 2mg (0+0+1) e Rivotril 0,5 mg (0+0+1/2); *QP*: “Quero melhorar esta aflição que sinto na boca do estômago e este aperto no peito.” *Foco*: Trabalhar a possibilidade de ser mais ativa nos relacionamentos a partir do incremento de sua auto-estima, de sua valorização como pessoa capaz de produzir a partir de seus próprios recursos.

*Atuação dentro do grupo*: Coloca-se permanentemente numa posição de vítima. Utiliza-se de qualquer situação retratada por outra pessoa para disparar um discurso ininterrupto acerca de suas desditas. Difícil de ouvir o outro, não sai do mesmo lugar.

**I-** 42 anos; 2º grau completo; do lar; CID-10 F 41. 0 (Transtorno de pânico); Rivotril 0,5 (1/2+0+1); *QP*: “Preciso modificar meu relacionamento em casa com meu

marido e meus filhos. Eles me cansam.” *Foco*: Trabalhar uma posição mais assertiva dentro de seus relacionamentos, resguardando-se de ter em suas mãos a responsabilidade de tudo.

Atuação dentro do grupo: Recolhida, escuta mais do que fala, e seus empreendimentos ficam no nível da elocubração, não são concretizados. “Estou pensando porque gosto de ter tudo organizado” é sua frase preferida.

A - 54 anos; 3º grau incompleto; estilista e decoradora; CID-10 F41.9 (Transtorno de ansiedade não especificado); Frontal 25mg (1+0+1); *QP*: “Não consigo me sentir segura com tudo o que está me acontecendo.” *Foco*: Fazer prevalecer a sua vontade, em vez de continuar adotando em seus relacionamentos uma posição de vítima, a partir do desejo constante de agradar aos outros.

Atuação dentro do grupo: Concorda com tudo com que os demais membros pontuam em relação a ela mas irrita-se, sorrindo, com qualquer sugestão que implique em mudança de atitude. Quer falar só sobre o filho “que foge à regra”, o marido que a trocou por outra e de como é cobrada pelos pais que a tratam como empregada e não a permitem ter um emprego fixo. Essa atitude é repetida por todos os demais familiares. Sente-se incompreendida por todos.

M.I. - 55 anos; 1º grau incompleto; comerciária aposentada; CID-10 F 60.5 (Transtorno de personalidade anancástica); Aropax 20 mg (1+0+0); *QP*: “Quero ter mais paciência com minha mãe e melhorar a convivência com meu marido.” *Foco*: Poder ver que suas convicções e sua forma de atuar na vida não são as únicas possíveis e que ela não precisa ser perfeita para ser amada pelos outros.

Atuação dentro do grupo: É sempre alegre e falante. Sua atuação é a da otimista, lutadora, conselheira porque é “a mais velha e a mais vivida”, austera, incisiva e inflexível nas suas colocações. Exalta-se. Tem muita facilidade em aconselhar e muita dificuldade em ouvir o que seja diferente de seu pensamento.

Este foi um grupo que se constituiu como tal na 5ª sessão. Utilizamos na primeira um jogo dramático que consistia em formar duplas que, num “passeio”, cada um dos elementos passava informações sobre si próprio ao outro. Na volta, cada elemento teria que se apresentar ao grupo como sendo o outro, a partir das informações obtidas no passeio. Este é um jogo que, só por este fato já quebra o impacto do estar em grupo para começar uma terapia, estabelece fronteiras entre o ambiente externo e o setting terapêutico, aponta o quanto de exposição ao outro o participante está disposto, o quanto pode dar e o quanto

pode receber, o poder falar e o poder ouvir, a atenção que provê a si mesmo e ao outro, a capacidade de apreensão de dados significativos da vida dos companheiros, o que se quer passar e o que se quer saber. A seguir, uma avaliação, em grupo, do que foi mais fácil e do que foi mais difícil é feita, do quanto um poderia ser o outro (imitando inclusive o gestual), quem se sentiu bem ou mal retratado e porquê. Nesta sessão, uma paciente faltou e as duplas puderam se formar em número exato. Caso não tivéssemos número par de participantes, com já ocorreu em outros grupos, aquele que "sobrou" se uniria a uma dupla que assim passaria a constituir um trio onde, depois da conversa, A seria B, B seria C e C seria A. O que é "sobrar" e o que é acolher.

Por volta da 8ª sessão, os padrões de ação interpessoal já estavam delineados e os focos estabelecidos. O funcionamento do grupo como um todo, um sistema, surgiu numa configuração em que ele operava constantemente dentro de um movimento padrão de controle/descontrole nas suas interações. Foi este o foco grupal eleito para exploração no trabalho terapêutico. Este foco perpassaria todos os focos interpessoais. Exemplificando: M., partindo da focalização nesse movimento controle/descontrole do grupo poderia trabalhar sua inflexibilidade nas relações em todos os níveis; E. trabalharia sua passagem da atitude infantil para uma mais amadurecida, regulando seus impulsos e atitudes dentro do grupo, tentando atribuir um significado mais produtivo a eles; I. investiria numa direção e forma de ser assertiva em suas relações sem que a necessidade que tem de controle e o medo de um descontrole maior a impedissem de atuar no momento em que o grupo se encontrasse.

Os fatores curativos de Yalom atravessaram todo o tratamento como elementos fundamentais ao desenvolvimento do trabalho. Uma vez emergindo o grupo através da coesão, que lhe garantiu vida e identidade, os fatores que mais se destacaram, o que de forma alguma quer dizer que os outros não fizeram o seu trabalho, foram a catarse, a instilação de esperança e, sem dúvida, o aprendizado interpessoal.

Houve duas desistências: E.P. - na 17ª sessão. Por questões de trabalho a paciente não pode cumprir com o horário estabelecido para a terapia. Na sessão em que se despediu do grupo disse que: "Aqui aprendi muitas coisas. Uma delas foi identificar sentimentos que eu não sabia que tinha. Hoje admito alguns mas é difícil a gente se olhar." E A. - na 27ª sessão, sem comunicar ao grupo. Esta paciente fez uma mudança significativa na forma de lidar com seus pais doentes. No decorrer do trabalho terapêutico convocou o irmão para

dividir as responsabilidades com os pais e colocou duas enfermeiras e uma empregada para as tarefas que realizava. Parou de tratar o filho adulto como uma criança desprotegida e reorganizou um antigo relacionamento afetivo em bases mais confortáveis do que exigia anteriormente. Já estava com a medicação indicada apenas como recurso SOS.

O grupo reagiu muito bem à primeira porque, como apontou, se sentiu respeitado pela companheira. Já à segunda, reagiu expressando raiva - "Ela resolveu muito pouco e se mandou mas se acha que está bom..." Pudemos trabalhar as formas como cada um pode, num determinado momento e sob certas circunstâncias, reagir às situações que a vida oferece.

Várias foram as ERCs porém houve um episódio ocorrido na 35ª sessão, que congrega de forma ilustrativa o que cada um pode, de forma muito peculiar, experienciar neste aspecto.

M.I. chegou à terapia dividida entre os cuidados com a mãe inválida e dependente e um marido extremamente exigente e agressivo. Sua queixa era: "Quero ter mais paciência com minha mãe doente e melhorar a convivência com meu marido." Com uma forma muito rígida e perfeccionista de atuação, sofria para afirmar e reafirmar sua "única e melhor" maneira de lidar com a situação - não admitia envolver nenhum familiar em seu drama pessoal e ainda se oferecia para, como sempre, cuidar daqueles que necessitassem auxílio, conselhos, acolhida etc.

Depois de avaliar seus conflitos na relação terapêutica, às vésperas da assinatura de seu divórcio, seu marido veio procurá-la na hora da terapia, no Setor de Psicoterapia. Alguns dos membros do grupo estavam na sala de espera e perceberam a situação: I. viu que M.I. chegava e tratou de escondê-la do marido. E., que é muito falante, aproximou-se dele e, distraíndo-o, disse que as terapeutas haviam faltado e portanto a sessão estava suspensa; ela já estava indo embora e convidou-o a fazer o mesmo, acompanhando-o. A .P., ao ser interrogada pelo senhor se também "era do grupo", respondeu que sim mas que permaneceria ali para ir ao médico porque não se sentia bem. M., chegando, surpreendeu-se com o quadro armado e calou-se, fingindo que não conhecia aquelas pessoas. Depois que se certificaram de que o senhor havia ido embora do Hospital, com a volta de E. que o havia acompanhado, apareceram todas para a sessão.

Agitadas, relataram o ocorrido e pudemos então avaliar a experiência.



M.I., impactada pela mobilização de todas, pode sentir o quanto era querida por aquele grupo de pessoas que estava inteirado das suas dificuldades, dos seus erros e acertos, não precisou ser perfeita para ter amor e ser acolhida e deixou-se cuidar.

I. pode dividir a responsabilidade com as outras de auxiliar a companheira. Tomou uma iniciativa que deflagrou o movimento de todas as outras. Com sua atitude pode sentir concretamente do que o trabalho compartilhado é capaz, dividindo com as companheiras o controle da situação.

E. se valeu de sua natural extroversão e "avoamento" para aproximar-se do senhor e distraí-lo. Manteve a conversação pelo tempo que foi necessário ao "trabalho" e foi extremamente valorizada pelo grupo por sua atuação. Pode-se experimentar mais calma, madura e discreta.

AP. sentiu-se fazendo, de fato, parte de um segmento. Distímica, autocentrada em pensamentos recorrentes de minusvalia, pode colocar as necessidades dos outros à frente das suas, percebendo e atuando nessa direção. Sentiu-se muito feliz por ter feito bem a sua parte.

M., acostumada a gerenciar situações, experimentou um papel "menor" onde recolher-se foi de extrema valia para o conjunto.

Na sessão, cada uma pode expressar como se sentiu experimentando novas formas de atuação e como as outras as sentiram nesses movimentos.

As mudanças ocorridas nos membros do grupo deram-lhe nova feição: da predominância do padrão interacional controle/descontrole, o sistema grupal passou a configurar-se num formato mais harmônico com seus espaços mais bem delimitados e melhor aproveitados, sem as ansiedades provocadas pelo movimento anterior.

E. foi das que mais cresceu dentro do grupo. Trabalhou com intensidade, lidando clara e diretamente com suas questões e conflitos. Fez mudanças profundas em todos os setores de sua vida. Ao final do trabalho tornou-se uma mulher respeitável, empreendedora, amorosa, capaz de gerenciar sua própria vida. Modificou a forma de trajar-se (de shortinhos curtos e blusas colantes decotadas a vestidos e conjuntos mais sóbrios), abriu um negócio que prosperava, no ramo de alimentos. A paciente pediu ao grupo que a ajudasse a escolher um nome para o estabelecimento. Trouxe alguns por escrito, ouviu outras sugestões e o nome escolhido foi "Recanto Renascer", numa clara alusão ao que todas tiraram como experiência maior do tratamento. Sua medicação estava reduzida à metade.

AP. - O movimento feito por ela foi bastante significativo dentro do seu quadro de distímia. Terminou o tratamento mais organizada em seus pensamentos e ações, com mais autonomia, sabendo-se colocar melhor diante das situações e de si mesma. Mais confiante, deu novas diretrizes à organização de sua família, assumindo outro posicionamento no jogo familiar. O marido, que a menosprezava e do qual pensava separar-se há mais de cinco anos, teve um problema cardíaco e foi ela quem tomou todas as providências que impediram sua morte. Reduziu a medicação.

I. - Teve um bom progresso desde quando chegou à terapia dentro de seus rígidos padrões de personalidade, agravados pelo pânico - estava tentando sair sozinha - , queixando-se de relacionamento frio e difícil com o marido que não lhe dava atenção, com dois filhos que não lhe correspondiam os padrões de organização. Deixou de centralizar sua atenção em limpeza e arrumação de casa. Passou a distribuir tarefas e encorajou e apoiou um de seus filhos a estudar fora do Estado, como ele desejava. Iniciou, com a compra de um freezer, um negócio próprio de comida congelada que de há muito estava em seus planos - desde que chegou à terapia tinha o dinheiro junto e guardado mas não lhe dava o destino; além da venda de cosméticos. Com relação ao marido, terminou a terapia dizendo que pensaria nele depois porque, no momento, tinha muito trabalho e muitas coisas a fazer por ela. Voltou a visitar amigos e parentes e a passear no shopping, no horário da terapia, "pra começar". Retirou a medicação dois meses depois do término do grupo.

M. I. - Trabalhou muito bem e intensamente seus conflitos. Percebeu que não podia viver para servir aos outros em troca de amor, que não precisava ser perfeita para ter qualidades e que podia produzir de maneira diferente da forma como vinha fazendo, que as pessoas eram diferentes e que podiam encontrar suas próprias soluções. "Aqui eu errei e fui acolhida. Como é bom poder contar com alguém!" Terminou a terapia sem medicação.

M. - Fez um ótimo percurso. Reconhecida sempre pela sua inteligência, perspicácia e sucesso profissional, pode exercitar seu lado materno, feminino, muito solicitado no grupo. Pode aprender que não tinha só a ensinar, tinha a aprender também. Reconheceu que fracassar faz parte da vida e que as perdas, quando bem trabalhadas, trazem sempre ganhos. Enfrentou com tranquilidade a reprovação do filho "perfeito" no vestibular. Foi trabalhar como síndica de seu prédio, o que lhe diminuiu as despesas, e lhe proporcionou muita atividade. Está vendendo roupas e se preparando para disputar uma vaga no curso de Direito no próximo ano. O curso pré-vestibular onde seu filho se matriculou passou a

funcionar no andar da empresa extinta onde M. trabalhava. Ela , segundo seu relato, reuniu forças e voltou ao local. "Saí de lá bem." Terminou terapia sem medicação.

Este foi um grupo que chorou junto, riu junto, trabalhou muito e cresceu junto. Traziam as experiências extra-terapêuticas para as sessões assim como levaram a experiência vivida no setting para as suas vidas. Comemoraram as "férias" de fim de ano - quinze dias que paramos para as festas de Natal e Ano Novo - fazendo "amigo oculto" no grupo e lanchando juntas na sessão. Na última sessão houve uma avaliação que já vinha sendo feita há umas três sessões, seguida de despedida, com presentes, cartões, choro e novos horizontes.

Foram 40 sessões, com poucas faltas, objetivos terapêuticos atingidos através das técnicas utilizadas, especialmente o trabalho focal, além da operação dos fatores curativos.

## CONCLUSÃO

Neste ponto, cabe-nos concluir parte de nosso contínuo trabalho que é a investigação de propostas terapêuticas que melhor se coadunem com nossos objetivos. Dizemos “parte” porque muitas são as possibilidades que se desenham diante da curiosidade e criatividade no desbravamento de um campo tão rico e fértil como o das psicoterapias de curta duração.

Nossa proposta nesse estudo foi conjugar os elementos psicoterapia, grupo, breve e focal num modelo respaldado teoricamente e passível de execução prática dentro da atividade psicoterápica.

A teoria na qual tentamos embasar o nosso trabalho proporciona um modelo que nos parece relativamente claro e coerente.

Ela abriga a visão de que a humanidade é um sistema vivo, aberto, hierarquicamente organizado. Os sistemas grupal e individual aí se inscrevem apenas operando em níveis diferentes de complexidade. O grupo terapêutico pode ser considerado como um subgrupo de um sistema maior emcompassador do sistema individual que por sua vez tem seus subsistemas. Mudanças num nível refletem-se em todos os outros pela permeabilidade das suas fronteiras para o externo (meio-ambiente, energia, outros) e pela forma como se organiza, se regula, privilegiando que elementos.

O que a Teoria Geral dos Sistemas trouxe de contribuição para o nosso trabalho foi, mais do que uma aplicação técnica de seus princípios, uma forma de compreensão fenomenológica. Assim, não nos utilizamos dela para construir uma teoria de grupo que operasse dentro de seus postulados, embora já haja pesquisas nesse sentido. Como nos definiu muito bem Agazarian (1996), em seu artigo “Teoria dos sistemas e pequenos grupos”<sup>1</sup>, a utilização que dela fizemos foi a de um “guarda-sol” conceitual ou seja, dentro dos princípios sistêmicos que proporcionam um construto teórico, tentamos abrigar uma teoria da mudança em nível individual e grupal, já que nos utilizamos da via grupo para que ocorram mudanças significativas no indivíduo, dentro de um movimento psicodinâmico onde atuar num implica em atingir o outro, interpessoalmente.

---

<sup>1</sup> Apud KAPLAN & SADOCK, 1996.

Não perdemos a perspectiva de que o grupo existe como um todo. "O todo e as partes são igualmente reais, e o todo tem propriedades próprias definidas." como afirmou a Teoria do Campo de Kurt Lewin. O grupo assim é maior do que a soma de seus membros; é uma outra entidade. Essa reconfiguração do grupo como um sistema ao invés de uma simples agregação de pessoas fez eco à nossa perspectiva terapêutica quando nos preocupamos em não fazer uma terapia individual num setting grupal - grupo/membros/estruturas de personalidade operam em relação.

Os princípios da teoria sistêmica como hierarquia, estrutura, função, dinâmica e padrão podem ser aplicados de forma útil a todos os grupos já que ela é uma metateoria.

Eles se acoplaram à nossa visão interpessoal apoiada nos estudos de Sullivan, de forma natural, uma vez que ele recorta a construção do sujeito a partir da sua imersão nas relações com os outros e com o ambiente, desde o seu nascimento até... vida afora. Um fluxo constante de interações dinâmicas acontecem. Padrões de atuação se estabelecem e a personalidade aí ganha forma. Nessa estruturação o aprendizado da realidade conta com a empatia, a ternura, a validação consensual, a regulação da própria ansiedade e as distorções que possam advir. Sullivan devolve o sujeito da psicanálise ao mundo com sua complexidade estruturante desse sujeito.

O grupo torna-se um local propício à observação pelo próprio sujeito e pelos demais membros da forma com que ele atua e com quais padrões de rigidez e inflexibilidade; é um espaço seguro, pela delimitação de suas fronteiras, para o exercício de novas formas de atuação. A confiança e a força crescentes que o sujeito sente quanto a sua segurança no grupo dão origem ao sentimento de auto-estima. E há que se ter um mínimo de auto-estima para lidar com situações de vida geradoras de sentimentos de fracasso, desamparo e impotência.

Yalom se somou à nossa visão, na medida em que olha a terapia de grupo em termos de um processo que pode ser examinado em determinados níveis e com objetivos circunscritos. Isto faz parte de todos os sistemas grupais. Nesses sistemas existem certos fatores que atravessam as fronteiras estabelecidas pelas teorias e são de extrema utilidade no auxílio aos processos de mudança que se deseja viabilizar.

Qualquer processo terapêutico tem o objetivo inicial de alívio do sofrimento que traz o sujeito para o tratamento podendo, de acordo com as bases sobre as quais a modalidade opera, objetivar novas metas. Na modalidade grupo, com frequência essas

metas são de natureza interpessoal. Essa natureza acolhe uma gama de aspectos (outros fatores curativos) que a ela se interconectam potencializando-se uns aos outros, de acordo com o que é privilegiado pela orientação e momento terapêuticos. O processo terapêutico é assim uma recriação colaborativa do grupo que permite que seus membros se interroguem e sejam encorajados a desafiar e abandonar versões saturadas de problemas das suas histórias de vida.

Escolher um método que possa contar com a diversidade potencial, as contradições e complexidade inerentes ao ser humano; um método que permita ao terapeuta o trabalho com uma teoria e diferentes técnicas operando ao mesmo tempo, com a necessária simplicidade e complexidade tem sido o nosso desafio.

A PB foi o caminho que permitiu que essa compreensão integradora se fizesse possível ao nosso estudo, o que nos levou a lançar mão de várias posições de observadores da ação humana para melhor auxiliar àqueles que buscam, neste método, a forma de trabalhar suas questões com a finalidade de que mudanças substanciais possam ser facilitadas.

Nesta perspectiva, o tempo como vimos assume basicamente duas funções: uma, limitando objetivos a alcançar - o tempo do processo terapêutico sofre uma redução considerável, o que põe o paciente para caminhar com os próprios pés mais rapidamente; outra, a de acelerar o processo de mudança através da intensidade do afeto que é mobilizado utilizando-se uma certa dose de ansiedade como geradora da ação. O recurso técnico da focalização vem exatamente auxiliar de forma vigorosa essa limitação do tempo assim como insiste pontualmente no desfazimento dos padrões inadequados, que se organizaram na interação interpessoal, e que se repetem cronicamente. E como o chão do trabalho terapêutico é a palavra, Strupp e Binder cobrem esse espaço narração-padrão, organizando um esquema de como o paciente, terapeuta e técnica interagem a partir de um foco dinâmico.

PBF e modalidade grupo nos pareceu uma união "acasaladora e criativa", como diria DaMatta, geradora, recuperadora e conciliadora de alternativas que pudessem ser experimentadas como transformadoras e libertadoras dos sujeitos envolvidos.

Pode-se dizer que as mudanças vão acontecendo nas novas maneiras de se estabelecer relações onde os pacientes podem viver aberta e livremente aquelas que são

ensejadas pelo grupo - com outros e com os terapeutas - orientando sua atuação nessa vivência.

Há um entendimento de que a vida para os sujeitos é uma seqüência de experimentações e que, com respeito a si mesmo e aos outros, diferentes formas de viver são possíveis.

Nossa proposta foi assim, conjugando os autores mencionados, conceber um formato de **psicoterapia de grupo breve focal** que tivesse rosto e fosse adequada às necessidades da nossa realidade - a brasileira dos grandes centros.

Parece-nos que mais uma vez a crise nos foi benéfica, já que a necessidade de atender à urgência de um novo olhar sobre possibilidades terapêuticas que fossem de encontro ao nosso público alvo nos conduziu de volta a um valor fundamental à nossa construção subjetiva - o sentimento de pertença, de grupalidade.

Como apontou DaMatta, existe uma peculiaridade nesta nossa sociedade que, de fato, está-se esgotando no mundo ocidental prestes a enfrentar os desafios do terceiro milênio - deslumbrar-se com o coletivo, saber-se feito com outros. Por que desprezá-la ?

## BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F. & FRENCH, J.M. - Terapeutica psicoanalitica: principios y aplicación. 2a ed. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1965.
- ALEXANDER, Franz - The principle of flexibility in Essential papers on short-term dynamic therapy. New York, New York University Press, 1996.
- BALINT, M.; ORNSTEIN, P.H. & BALINT, E. - Focal psychotherapy : an example of applied psychoanalysis. London, Tavistock Public, 1972.
- BECK, A.T. & GREENBERG, R.L. - Brief cognitive therapies in Essential papers on short-term dynamic therapy. New York, New York University Press, 1996.-
- BELLAK, L. & SMALL, L. -Psicoterapia de emergência e psicoterapia breve. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.
- BERTALANFFY, L.V. - Teoria geral dos sistemas. Petrópolis, Vozes, 1977.
- BEZERRA JR., B. et al - Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1992.
- BLEICHMAR, N. & BLEICHMAR, C. - A psicanálise depois de Freud: teoria e clínica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- BRAIER, E.A. - Psicoterapia breve de orientação psicanalítica. Trad. IPEPLAN, Martins Fontes, São Paulo, 1986.
- CAPRA, Fritjof - Sabedoria incomun: conversas com pessoas notáveis. Trad. Carlos Afonso Malferrari, São Paulo, Cultrix, 1995.



- \_\_\_\_\_ - O ponto de mutação. Trad. Álvaro Cabral, São Paulo, Cultrix, 1997.
- \_\_\_\_\_ - A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. Trad. Newton R. Eichenberg, São Paulo, Cultrix, 1997.
- CID-10 - Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- CORDIOLI, A. (org.) - Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- COSTA, J.F. - Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- CRITS-CHRISTOPH, P. & BARBER, J. (ed.) - Handbook of short-term dynamic psychotherapy. New York, Basic Books, 1991.
- DAMATTA, R. - O que faz o Brasil, Brasil ? 8ª ed. Rio de Janeiro, Rocco, 1984.
- \_\_\_\_\_ - A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5ª ed. Rio de Janeiro, Rocco, 1997.
- DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- DUMONT, L. - Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Trad. Álvaro Cabral, Rio de Janeiro, Rocco, 1985.
- EIZRIK, C.; AGUIAR, R.; SCHESTATSKY, S. et al. - Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- FERENCZI, S. - Prolongamento da técnica ativa in Escritos psicanalíticos : 1909-1933. Trad. Jorge Bastos e André Teles, Rio de Janeiro, Taurus, s/data.

- FERREIRA, A.B. de H. - Novo dicionário da língua portuguesa. 1a ed., Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1975.
- FIORINI, H. J. - Teoria e técnica de psicoterapias. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1995.
- FOUCAULT, M. - História da loucura. São Paulo, Perspectiva, 1978.
- FOULKES, S.H. & ANTHONY, E.J. - Psicoterapia de grupo: a abordagem psicanalítica. Trad. Roberto Pontual, Rio de Janeiro, Civilização brasileira, 1972.
- FREUD, S. (1914) - Recuerdo, repetición y elaboración. In Obras Completas, Tomo II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- \_\_\_\_\_ (1915) - El inconciente In Obras Completas, Tomo I, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- \_\_\_\_\_ (1918) - Los caminos de la terapia psicoanalítica. In Obras Completas, Tomo II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- \_\_\_\_\_ (1921) - Psicología de las masas. In Obras Completas, Tomo I, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- \_\_\_\_\_ (1923) - El yo y el ello. In Obras Completas, Tomo I, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- \_\_\_\_\_ (1933) - Nuevas aportaciones al psicoanálisis: la división de la personalidad psíquica. In Obras Completas, Tomo II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- \_\_\_\_\_ (1937) - Análisis terminable y interminable. In Obras Completas, Tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.

- FRISON, V.L.- Tempos de crise ou uma crise do tempo? Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-RJ, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Psicologia, 1996.
- GABBARD, G. - Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. Trad. Alceu E. Fillman, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- GILLIERÓN, E. - As psicoterapias breves. Trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro, Zahar, 1986.
- \_\_\_\_\_ - Introdução às psicoterapias breves. Trad. Máira F. Tanis, São Paulo, 1993.
- \_\_\_\_\_ - A primeira entrevista em psicoterapia. Trad. Maria Estela Gonçalves & Adail Sobral, São Paulo, Loyola, 1996.
- GREENSON, R. - A transferência. In A técnica e a prática da psicanálise. Rio de Janeiro, Imago, 1981.
- GUSTAFSON, J.P. - The complex secret of brief psychotherapy: a panorama of approaches. Jason Aronson Inc., New Jersey, 1986.
- JASPER, K. - Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica. Vol. 1, Trad. Samuel Penna Reis, Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1987.
- KAPLAN, H. & SADOCK, J. - Compêndio de psiquiatria dinâmica. Trad. Helena Mascarenhas de Souza et al, 3a ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- \_\_\_\_\_ - Compêndio de psicoterapia de grupo. 3a ed, Trad. Otávio de <sup>a</sup> Abreu e Dayse Batista. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- KNOBEL, M. - Psicoterapia breve. São Paulo, EPU, 1984.

LEMGRUBER, V.B. - Psicoterapia breve: a técnica focal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

\_\_\_\_\_ - Psicoterapia focal: o efeito carambola. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

\_\_\_\_\_ - Psicoterapia breve integrada. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

LEMGRUBER, V.B. e cols. - Desenvolvimento de uma modalidade de atendimento grupal em psicoterapia breve focal. Pesquisa desenvolvida com o auxílio do CNPq, no Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia - RJ, nos anos de 1989, 1990 e 1991.

LEWIN, K. - Problemas de dinâmica de grupo. Trad. José Paulo Paes, São Paulo, Cultrix, 1970.

\_\_\_\_\_ - Teoria do campo em ciência social. Org. Dorwin Cartwright. Trad. Carolina M. Bori, São Paulo, Livraria Pioneira Ed., 1965.

LOVENKRON, T. - Psicoterapia psicanalítica breve. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

LEVENSON, H.; BUTLER, S.F. e BEITMAN, B.D. - Concise guide of brief psychotherapy. Washington DC, American Psychiatric Press Inc., 1997.

MAILHOT, G.B. - Dinâmica e gênese dos grupos: atualidades das descobertas de Kurt Lewin. São Paulo, Livraria Duas cidades, 1970.

MACKENZIE, K.R. - Time-managed group psychotherapy: effective clinical application. Washington, American Psychiatric Press, 1997.

MALAN, D.H. - La psicoterapia breve. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1974.

- \_\_\_\_\_ - A study of brief psychotherapy. New York, Plenum Publishing Corporation, 1975.
- \_\_\_\_\_ - Psicoterapia individual e a ciência psicodinâmica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- \_\_\_\_\_ - The frontier of brief psychotherapy in Essential papers on short-term dynamic psychotherapy. New York, New York University Press, 1996.
- MANN, J. - Time-limited psychotherapy. Cambridge Massachusetts Harvard University Press, 1973.
- MEZAN, R. - A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise. São Paulo, Brasiliense, 1996.
- NOVELLO, M. - Os diferentes vazios e os diferentes tempos da cosmologia. Comunicação proferida no Simpósio Tempo e Psicanálise, promovido pela Formação Freudiana, Rio de Janeiro, Novembro 1994.
- OSÓRIO, L.C. e cols. - Grupoterapia hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- PONTES, Regina - Short-term group psychotherapy for low-income population. Trabalho apresentado no X Congresso Mundial de Psiquiatria, Madrid, 1996.
- \_\_\_\_\_ - O trabalho com grupos no Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia. Trabalho apresentado na Jornada Comemorativa pelo 38º Aniversário da SPAG - E. RIO, Rio de Janeiro, 1996.
- PY, Luis Alberto - Grupo sobre grupo. Rio de Janeiro, Rocco, 1987.
- RANGEL, V. - A psicoterapia de grupo com fundamentação psicanalítica: um rosto carioca. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-RJ, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em psicologia, 1996.

- SCHNITMAN, D.F. (org.) - Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Trad. Jussara Rodrigues, Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- SENNETT, R. - O declínio do homem público: as tiranias da intimidade. Trad. Ligia Watanabe, São Paulo, Cia. das Letras, 1948.
- SIFNEOS, P.E. - Psicoterapia dinâmica breve: avaliação e técnica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- \_\_\_\_\_ - STAAP - Psicoterapia breve provocadora de ansiedade: um manual de tratamento. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- \_\_\_\_\_ - Short-term psychotherapy and emocional crises. In Essencial papers on short-term dynamic therapy, New York, New York University Press, 1996.
- SMALL, L. - Psicoterapias breves. Buenos Aires, Granica Editor, 1972.
- STRUPP, H.H. & BINDER, J.L. - Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York, Basic Books, 1984.
- STRUPP, H.H. - Psychoanalysis, "focal psychotherapy", in the nature of therapeutic influence. In Essential papers on short-term dynamic therapy. New York, New York University Press, 1996.
- SULLIVAN, H.S. - La teoria interpersonal de la psiquiatria. Trad. Frederico Lopes Cruz, Buenos Aires, Editorial Psiquie, 1953.
- \_\_\_\_\_ - Concepciones de la psiquiatria moderna. Trad. Frederico Lopes Cruz, Buenos Aires, Editorial Psique, 1953.
- \_\_\_\_\_ - La fusion de la psiquiatria y de las ciencias sociales. Trad. Frederico Lopes Cruz, Buenos Aires, Editorial Psique, 1953.

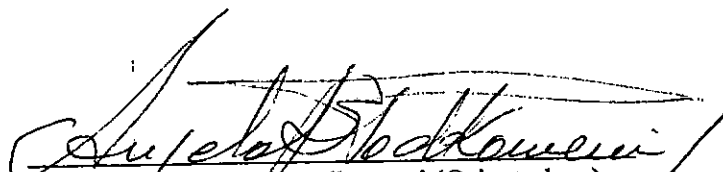
VAILLANT, L.M. - Changing Character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy of restructuring defenses affects and attachments. New York, Basic Books, 1996.


WATZLAWICK, P. - Pragmática de comunicação humana. Trad. Álvaro Cabral, São Paulo, Cultrix, 1967.

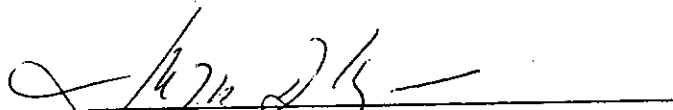
YALOM, I.D. - The theory and practice of group psychotherapy. New York, Basic Books, 1992.

YALOM, I.D. & VINOGRADOV, S. - Manual psicoterapia de grupo. Trad. Dayse Batista, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

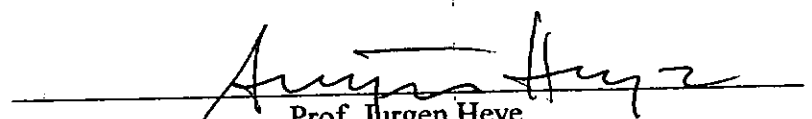
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Regina Lúcia Pontes "Psicoterapia de grupo breve focal - Atualidade e viabilidade de uma nova proposta terapêutica", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

  
Prof. Angela Baraf Podkameni (Orientadora)  
PUC-Rio

  
Prof. Esther Maria de M. Arantes  
PUC/Rio

  
Prof. Junia de Vilhena  
PUC/Rio

Visto e permitida a impressão  
Rio de Janeiro, ..22..1..02/1998

  
Prof. Jurgen Heye  
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de  
Teologia e Ciências Humanas