

9

Como Agem os Grupos Operativos?

JANICE B. FISCMANN

Sempre que ouvimos falar em grupos operativos, imediatamente surgem alguns conceitos a respeito dos mesmos que não traduzem o seu significado e/ou abrangência, e demonstram o quanto eles ainda são pouco conhecidos em nosso meio. A pergunta mais ouvida é: os grupos operativos são terapêuticos? Muitos fazem essa distinção entre os mesmos, o que revela a desinformação sobre esse tema.

Todo grupo operativo é terapêutico, mas nem todo grupo terapêutico é operativo. Para Pichon Rivière, “o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica”. Todo grupo que tiver uma tarefa a realizar e que puder, através desse trabalho operativo, esclarecer suas dificuldades individuais, romper com os estereótipos e possibilitar a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo e que, além disso, o auxilie a encontrar suas próprias condições de resolver ou se enfrentar com seus problemas é terapêutico.

HISTÓRICO

Os grupos operativos foram introduzidos por H. Pichon Rivière na década de 40 na Argentina. Acho importante para a compreensão de sua teoria sabermos algo a respeito de seu autor: Pichon nasceu na Suíça, em Genebra mais precisamente, em 1907.

Quando tinha 4 anos, sua família estabeleceu-se na Argentina, na região do Chaco, habitada por uma cultura indígena primitiva. Pichon desde cedo enfrenta os primeiros choques de culturas. Aos 8 anos, vai com sua família para Corrientes cursar o ginásio, e aos 18 anos muda-se para Rosário para estudar medicina.

Desde o ginásio, Pichon identifica-se com a psicanálise e a busca da desocultação dos mistérios e questionamentos que motivavam a conduta dos grupos que vinha se relacionando. Pichon refere no prólogo de seu clássico livro, *O processo grupal* (1988): “meu contato com o pensamento psicanalítico foi anterior ao ingresso na faculdade de medicina e surgiu como o achado de uma chave que permitiria decodificar aquilo que era compreensível na linguagem e nos níveis de pensamento habituais”.

Pichon (1986) considera o indivíduo “como um resultante dinâmico no interjogo estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos, e sua interação dialética através de uma estrutura dinâmica que Pichon denomina de vínculo”. Ele define o

vínculo “como uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem” (1988): aproximando-se da psiquiatria social, é levado à estudar o indivíduo não como um ser isolado, mas incluído dentro de um grupo, basicamente o familiar.

A partir de sua observação e experiência com pacientes hospitalizados, percebia que havia um interjogo evidente na relação entre o paciente, o grupo familiar que se originava e a relação com a instituição que estava se tratando. Pichon começa então a delinear conceitos como o de porta-voz, depositário, depositante e depositado, construindo, assim, a sua teoria, tendo como premissa principal o indivíduo incluído num grupo, percebendo a intersecção entre sua história pessoal até o momento de sua afiliação a esse grupo (verticalidade) com a história social desse próprio grupo até o momento (horizontalidade). “A verticalidade e a horizontalidade do grupo se conjugam no papel, necessitando a emergência de um a mais porta-vozes, que, ao enunciar seu problema, reatualizando seus acontecimentos históricos, denuncia o conflito da situação grupal em relação à tarefa.” (Osorio, 1991). Isso determina o que nós chamamos de horizontalidade, que pode ser entendida como o denominador comum compartilhado pelo grupo, de maneira consciente ou inconsciente (fantasias básicas universais do grupo).

Na minha prática clínica com grupos operativos, quando um paciente introduz algum assunto no grupo, costumo me perguntar “Por que esse assunto está aparecendo aqui-agora-comigo com este exercício de pensar?”, e então investigo vários pontos de intersecção entre a verticalidade do sujeito que enuncia o problema e a horizontalidade do grupo. Ao fazer uma colocação que pode ser entendida como uma transferência, o paciente introduz uma possibilidade de explicitação das fantasias que estão bloqueando sua atividade grupal.

É importante compreender que, para que um grupo evolua no propósito da resolução de tarefa, é fundamental explicitar essas fantasias universais para permitir que o processo de mudança ocorra. Essa mudança vai caracterizar o grau de saúde ou patologia desse grupo. Quanto mais plásticos forem os papéis, mais saudável é o grupo, e quanto mais estereotipados forem esses mesmos papéis, mais patológico ele se torna por não possibilitar a ruptura dos mecanismos estereotipados de delegação e assunção de papéis.

Temos como experiência em nossa prática clínica alguns grupos que precisam se manter estereotipados para preservar a estabilidade do grupo que estão inseridos. Há aproximadamente 16 anos, numa unidade de interação psiquiátrica, coordenei um grupo denominado “grupo operativo de limpeza”. Após várias sessões, percebi que a unidade se mantinha limpa, mas que o processo que se dava para que esse objetivo fosse alcançado não se enquadrava no enfoque operativo. O grupo reunia-se semanalmente para “combinar” as atividades de limpeza. Fui percebendo que, na verdade, daqueles 12 integrantes que participavam do grupo, apenas 1 realizava a faxina na unidade. Isso era devido, certamente, às suas características pessoais obsessivas, mas que “estavam à serviço” do interesse da unidade que ele estava baixado, porque sabia-se que a unidade “se manteria limpa”.

Quando tal mecanismo foi identificado, começou-se a trabalhar, terapêuticamente no grupo, a redistribuição de papéis, a divisão do trabalho e a explicação desse funcionamento. A unidade começou a ficar suja, e a equipe começou a reclamar que o grupo operativo não estava funcionando bem.

Percebe-se, nesse exemplo, que a forma previsível que o grupo vinha se desenvolvendo “servia” para a instituição manter seus objetivos implícitos de controlar obsessivamente os aspectos mobilizados pela situação de internação de psicóticos.

Se a unidade estivesse limpa, os aspectos “loucos” de cada um dos elementos não apareceriam. Se formos pensar em termos de objetivos explícitos, reconheceremos a importância do aprendizado de atividades laborativas no sucesso do tratamento a psicóticos, no entanto, com o exemplo anterior percebemos que nem sempre os objetivos explícitos têm ligação direta com os implícitos. Voltemos ao conceito de grupo operativo de Pichon Rivière (1988): “Caracteriza o grupo como um conjunto restrito de pessoas, que, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, propõe-se, em forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e adjudicação de papéis”.

A tarefa vai depender do campo operativo do grupo, ela trata de resolver o denominador comum de ansiedade do grupo que adquire em cada membro características particulares. Por exemplo, se for um grupo ensino-aprendizagem, a tarefa será a resolução das ansiedades ligadas à aprendizagem dessa disciplina se o grupo for terapêutico propriamente dito, a tarefa será a cura da enfermidade através da resolução do denominador comum da ansiedade do grupo que vai variar de indivíduo para indivíduo dependendo de sua história pessoal e suas características particulares.

“O grupo é o agente da cura, e a tarefa se constitui num organizador dos processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo.” (Osorio, 1991)

Podemos entender como cura a mudança de pautas estereotipadas de funcionamento e a integração do sentir, do pensar e do agir. Não podemos esquecer que toda mudança implica o surgimento dos medos básicos de perda e ataque (ansiedades depressivas e persecutórias) que podem funcionar como obstáculos nesse processo de mudança. Dessa forma, identificamos três momentos de um grupo operativo: *pré-tarefa, tarefa e projeto*.

Na pré-tarefa se concentra a resistência à mudança; é *aqui* que observamos nos grupos o predomínio das ansiedades e medos basicamente frente ao desconhecido que obstaculizam o “entrar na tarefa”. Encontramos também o predomínio da dissociação entre o agir, o sentir e o pensar.

Vamos tomar como exemplo de pré-tarefa um grupo operativo que trata obesidade: esse grupo reúne-se semanalmente e tem como objetivo comum o emagrecimento.

Sabemos que o emagrecimento é uma tarefa externa, explícita e comum a todos. Para que se emagreça, é necessário modificar hábitos: alimentares, familiares, sociais, etc.; isto é o que denominaremos de tarefa interna, pois consiste nos movimentos que os indivíduos devem realizar conjuntamente para obter essa mudança. Então, semana após semana, cada membro do grupo vem atingindo seu objetivo explícito de emagrecer.

Um dos elementos consegue um emagrecimento notadamente superior aos demais e essa pessoa é admirada e/ou invejada pelos outros membros do grupo. Uma outra integrante, por sua vez, não apresenta a mesma “performance” na balança, mas relata e vivencia as profundas modificações que estão ocorrendo em sua vida devido à sua participação no grupo. O grupo pega esses elementos e questiona suas verbalizações, uma vez que ela não “perde peso”. Reforçam o colega anterior que está diminuindo progressivamente o peso na balança.

A seguir, criam-se e são lançados no grupo desafios e metas que objetivam a perda de peso. Todos, na semana seguinte, “perdem peso”, mas não conseguem sentir

nem observar que mudanças de atitudes estão obtendo. Isso pode ser entendido como um momento de pré-tarefa, pois o “perder peso” impede que reflitam sobre seus hábitos, atitudes e sentimentos.

Nesse momento, ocorre a clara dissociação do pensar, sentir e agir. O grupo atua para não pensar nem sentir.

O momento da tarefa consiste na elaboração da ansiedade provocada pela mudança e na integração do pensar, sentir e agir. É na tarefa que se consegue abordar o objeto de conhecimento de forma a romper com as pautas estereotipadas que estancam a mudança e bloqueiam a comunicação. Aqui se dá o *insight* através da elaboração dos medos básicos. O projeto é o que aparece emergindo da tarefa e que permite o planejamento para o futuro.

No exemplo anterior, o grupo entraria na tarefa no momento em que ao planejar o emagrecimento pudesse verbalizar, clarificar e esclarecer o processo em que cada um, de acordo com suas características pessoais, alcançaria esse objetivo. Trabalhando o significado do emagrecimento para cada um, bem como as motivações que têm para atingir o objetivo, poderiam dessa maneira, chegar ao projeto.

O papel do coordenador no grupo operativo é o de “coopensor”, que Pichon designa como aquele que pensa junto com o grupo, ao mesmo tempo que integra o pensamento grupal, facilitando a dinâmica da comunicação grupal. A interpretação no grupo operativo possibilita a emergência da fantasia básica do grupo através da compreensão do existente (explícito).

Serão apresentados, a seguir, alguns exemplos de situações de grupos operativos que ilustram o material abordado até aqui.

Exemplo 1

Trata-se de um grupo operativo, cuja tarefa é refletir sobre a formação de terapeutas familiares, com alunos de um curso de formação de terapia familiar. É terceira sessão do grupo, onde os terapeutas estão se conhecendo como grupo, logo após uma atividade docente de laboratório onde havia sido realizado e filmado um atendimento familiar que o grupo assistiu pela câmera de TV. No primeiro encontro após a filmagem, percebe-se que comparecem apenas três participantes no horário combinado. Começa-se o grupo falando sobre a pontualidade e assiduidade no curso e das possíveis razões para as faltas naquele dia.

Enquanto se discorre sobre esse tema, cada um trazendo suas justificativas pessoais, uma das integrantes começa dizendo que estava muito mobilizada com a experiência que tinha tido no dia anterior com o grupo. Referiu que ficou muito ansiosa ao assistir a um entendimento de família e que havia se sentido incomodada com o fato de estarem sendo filmadas. Esse assunto é então colocado ao grupo, e começam a falar de seus temores em não “conseguir entender” as famílias quando tiverem que atendê-las, receios de não conseguirem concluir o curso por não terem condições para tal. Lentamente, vai emergindo no grupo a fantasia grupal de não poderem se expor para não revelar suas fantasias de incapacidade para a tarefa que estavam se propondo. A coordenadora mostra que talvez também estejam falando do receio de se exporem no grupo, temendo não poderem concluir o curso de terapeutas familiares ou de não compreenderem seu papel naquele grupo.

No momento em que essa fantasia é explicitada, o grupo alivia-se e consegue entrar na tarefa de forma mais tranqüila.

Exemplo 2

Trata-se de um grupo de egressos num serviço público de saúde mental, que se reúne há muitos anos e tem como características principais a participação de pacientes que sofrem de doença mental e que já tiveram pelo menos uma internação psiquiátrica. É um grupo heterogêneo quanto ao diagnóstico, mas homogêneo quanto à cronicidade da doença. Seu objetivo é evitar a reagudização da sintomatologia psicótica e evitar a reinternação, e auxiliá-los a se ressocializarem através da vivência do grupo operativo.

Neste grupo há um paciente que não é muito valorizado pelos demais participantes por apresentar um defeito esquizofrênico persistente de fuga de idéias. Sempre que o mesmo fala alguma coisa, o grupo faz que não ouve e não valoriza sua verbalização. Ao conversarmos sobre o assunto do dia, ou seja, a dificuldade que os mesmos sentem de serem aceitos no seu grupo familiar e social em função do estigma que carregam por sua doença, eles dizem que se sentem rechaçados e mal-compreendidos, inclusive por seus próprios familiares. Então, o paciente citado corta o assunto e começa a falar de que “os gatos têm sentimentos, que devem sentar à mesa, nas cadeirinhas” (gesticulava com a mão em círculos, dirigindo-se para aquele círculo que estávamos sentados). Os demais integrantes se olham, alguns se calam como se não entendessem ou ignorando esse membro.

Um outro paciente corta o assunto, dirigindo-se ao psiquiatra do grupo e começando a falar sobre a medicação, interrompendo, assim, a verbalização do colega.

A partir desses acontecimentos, a coordenadora passa a mostrar ao grupo que o que aconteceu naquele momento foi uma demonstração do assunto que eles estavam trazendo. Ali eles também estavam revelando o quanto era difícil entenderem as diferenças que existiam entre si, no curso da doença de cada um. O paciente rechaçado denuncia que a conflitiva abordada no grupo estava acontecendo ali no grupo também. Fala, então, de sua necessidade de ser bem aceito como os demais. O falar sobre o remédio, que é um assunto conhecido por todos, serve como um impedimento de aparecer seus sentimentos com relação a esse tema e os temores de não serem compreendidos e aceitos pelos terapeutas e o grupo, e dessa forma modificar o problema.

Exemplo 3

Trata-se de um grupo operativo que trata a depressão, em um serviço público de saúde mental. Este grupo tem uma história de 5 anos de tratamento com a mesma coordenadora, que está para sair da instituição que trabalha, mas não havia ainda colocado nem trabalhado tal assunto no grupo. Naquela sessão, estava iniciando uma paciente nova que tinha como fator desencadeante de sua depressão o afastamento de seu filho que fora fazer um curso no exterior. A paciente permanece queixosa e chorosa no grupo. O tema perda é comum a todos, os demais pacientes a recebem tentando tranquilizá-la e contam sobre suas próprias perdas e os motivos que os trouxeram a esse tratamento, bem como o quanto estavam podendo elaborar melhor tais perdas ali no grupo. Recebem-na com muita receptividade, verbalizando que “devemos aprender a deixar nossos filhos fazerem suas escolhas na vida”. Dizem enfaticamente que ela não estava perdendo o filho, mas, sim, ganhando um filho mais satisfeito e realizado por estar podendo crescer em sua vida profissional. Esse processo permitiu ao coordenador introduzir o assunto de sua saída, pois o grupo demonstrava que estava começando a “aprender a lidar melhor com suas perdas”.

COMENTÁRIOS

Podemos resumir as finalidades e objetivos dos grupos operativos dizendo que “sua atividade está centrada na mobilização de estruturas estereotipadas, nas dificuldades de aprendizagem e comunicação devido ao montante de ansiedade despertado por toda mudança”. (Temas, 1984)

Com isso pode-se entender que tal mobilização é terapêutica, e os grupos operativos são terapêuticos por promoverem mudanças nos indivíduos que os compõem.

Voltemos, então, à pergunta título deste capítulo: Como agem os grupos operativos? “Um grupo, diz Taylor, apresenta dados observáveis em seus diferentes momentos e que emergem de forma simultânea ou consecutiva da complexa conduta no diálogo e na ação dos indivíduos que atuam em pares, trios ou outras configurações interpessoais sobre outros indivíduos ou sobre outras configurações interpessoais, sobre o grupo como totalidade ou sobre o analista, ou reagem contra eles próprios.” (Pichon, 1988)

O processo terapêutico do qual o grupo operativo é instrumento consiste, em última instância, na diminuição dos medos básicos através da centralização na tarefa do grupo que promove o esclarecimento das dificuldades de cada integrante aos obstáculos.

O grupo operativo age de forma a fornecer aos participantes, através da técnica operativa, a possibilidade de se darem conta e explorar suas fantasias básicas, criando condições de mobilizar e romper suas estruturas estereotipadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OSORIO, L.C. e cols. *Grupoterapia hoje*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. Caps. 8 e 9.
PICHON RIVIÈRE, H. *Técnica do vínculo*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
PICHÓN RIVIÈRE, H. *O processo grupal*. 39.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
QUIROGA, A. *Infoques y perspectivas em psicologia social*. Buenos Aires: Ediciones, 1996.
TEMAS de psicologia social. Publicação da 1ª escola privada de Biologia Social fundada pelo Dr. H. Pichon Rivière, ano VII, n.6, 1984.