MAXIMINO, V. S. A Constituição de grupos de atividades com pacientes psicóticos Campinas FCM/UNICAMP. Doutorado, 1997

3. O Trabalho de Constituição de um Grupo

> *"Señalemos que siempre un grupo que se está por constituir es una provocación o un desafío, sea a nivel individual o social y a su vez pasa por todas las vicisitudes de una construcción en un vacío, cuyas formas y contenidos dependerán de un juego de fuerzas relacional y no de alguna en particular" (Bauleo, 1982, p. 18).*

A partir da transcrição e análise das observações feitas após cada sessão de um grupo de atividades montado em uma Unidade Básica de Saúde, tentarei desencadear algumas reflexões sobre este tema. No início este grupo era composto por seis pacientes, quase todos com diagnóstico de psicose. Encontrávamo-nos duas vezes por semana, por 1:30 hs. O grupo era parte do tratamento, sendo que a maioria dos pacientes também tinha consultas psiquiátricas para controle de medicação. Outros profissionais da equipe tentaram propor uma abordagem sistemática das famílias mas não foram bem sucedidos. Portanto estas me procuravam sempre que precisavam. Todos os pacientes foram vistos individualmente antes do grupo começar, por um período de tempo variado, alguns por dois ou três meses, outros apenas em uma entrevista. A caracterização dos participantes deste grupo encontra-se no anexo 1.

3.1. Dependência e *Holding*

> *Iniciei a primeira sessão repetindo o que já havia dito a cada um individualmente - horário e a freqüência dos encontros e que este era um grupo de atividades, isto é, um grupo onde eles poderiam fazer coisas, aprender, tentar. Expliquei que era um grupo aberto, e que ainda estavam faltando duas pessoas.*

Silêncio por alguns minutos. Eu estava tensa e ansiosa achando que não dava para deixar o grupo à própria sorte. Minha fantasia era que, se fosse muito difícil eles não voltariam, deixando-me sem grupo e sem pesquisa. Fantasia de fragilidade dos pacientes para suportarem o novo, o não saber o que fazer, e onipotência minha de achar que alguma intervenção pudesse evitar o desconforto do primeiro encontro e um conseqüente abandono.

A questão que se coloca no trecho acima é qual deve ser o sentido da intervenção do terapeuta. Entendemos, como MELLO Fº (1989), quando aplica as descobertas e formulações de WINNICOTT ao trabalho dos grupos, que o grupo em sua evolução repete o desenvolvimento do indivíduo, apresentando-se primeiramente não integrado e extremamente dependente. Neste sentido, WINNICOTT concorda com BION (1975) que já havia demonstrado a existência deste tipo de funcionamento (suposto básico dependência), onde o terapeuta é idealizado pelo grupo como fonte de todo saber e responsável pelo alívio de suas ansiedades. WINNICOTT não acredita que, neste tipo de situação, a interpretação deva ser sempre usada. Considerando a dependência não só como uma regressão a uma fase infantil do desenvolvimento, mas também como conseqüência do estágio grupal de não integração, WINNICOTT acreditava que o terapeuta deveria ser alguém que atuasse facilitando os progressos integrativos. O terapeuta deve ter uma função ativa, já que é ele que conhece todos os membros do grupo e pode compreender suas etapas de evolução e demandas terapêuticas.

"O terapeuta funciona assim, de início, como a mãe ativa das primeiras fases do desenvolvimento e vai, aos poucos, cedendo lugar ao grupo, funcionando em dependência relativa e no rumo da independência..."(MELLO Fº, p.190)

No nosso caso eu estava preocupada em evitar o desconforto e, principalmente, evitar que as pessoas fossem embora, abandonassem o "setting", impossibilitando a existência do grupo e a experiência. Eu aceito a dependência e sinto-me responsável pelo grupo. A ameaça de dissolução é constante, e tentando ser uma "mãe suficientemente boa" penso no que devo fazer para suprir as necessidades do meu "bebê-grupo". Além disso, eu também estava ansiosa porque dependia deste grupo para fazer minha pesquisa.

Penso em fazer alguma coisa para facilitar este "estar junto":

> *Pergunto o que querem fazer, como poderiam ser apresentados. Um dos participantes sugere que eu os apresente. Digo que é uma possibilidade e pergunto se alguém tem outra sugestão. Silêncio. Proponho entrevistas dois a dois com sorteio e já vou explicando como é o "jogo", fazendo o sorteio para definir os pares, etc..*
>
> *Fazem a atividade rapidamente e se apresentam com poucos detalhes. Não parece muito fácil conversar, eles ficam sem saber o que perguntar. Acontecem algumas interrupções e comentários durante a atividade mas no geral ficam apenas escutando. Também não fazem nenhuma observação a respeito do que foi dito sobre si.*

Existem diversas atividades de apresentação que podem ser usadas, não só em um primeiro encontro, mas também à entrada de alguma pessoa nova no grupo ou ainda quando se quer provocar um aumento na interrelação. Mas deve-se observar que isto não deve ser tomado como regra, com o risco de se tornar uma atividade burocrática e sem sentido. Aqui entra a sensibilidade do terapeuta para (tentar) decodificar as necessidades do (vir-a-ser) grupo. Contradizendo os autores mais deterministas, diremos que nem sempre as atividades "funcionam" da maneira

esperada. Veremos no decorrer deste primeiro grupo que outras atividades parecem ter provocado mais os efeitos desejados...

- Ainda temos tempo, que fazer?

Um paciente fala em terminar algo que havia começado na sessão individual. Silêncio. Outro observa que o primeiro dia é difícil, fica-se constrangido. Pergunto novamente o que poderíamos fazer. Um diz para deixarmos para o próxima sessão, outro diz que está sem vontade, e outro ainda diz que faremos o que eu mandar - talvez esteja realmente dizendo que eu devo sugerir alguma coisa. Brinco que está difícil pôr a mão na massa, e digo que vou buscar o material. Como alguém havia comentado que poderia terminar o que já havia começado, trago também, além de argila, tintas, cola, tesoura, revista e papéis, as atividades começadas. Colocamos a mesa no centro e é (surpreendentemente?) fácil começarem a fazer.

As duas pessoas que estavam faltando chegam com uma hora de atraso e são rapidamente incluídas na atividade.

Cada um faz uma coisa mas as trocas são espontâneas e abundantes: "faz assim, também quero aprender.. eu já fiz isso e aquilo..." e continuam até o final deste encontro, tanto através da atividade, com o ensinar a misturar a tinta para conseguir determinado tom, como verbais. Os assuntos giravam em torno de alguns temas -trabalho, internações e tratamento, pessoas conhecidas, cursos. Parece que estavam querendo se localizar. No final, todos ajudam a arrumar a sala, eu confirmo horário e data do próximo encontro.

Parece-nos que o uso do material favoreceu mais as interrelações do que as entrevistas. E pensando com certa distância, será que existe coisa mais difícil (não só para o psicótico) do que o falar sobre si mesmo? De certa forma estes resultados não deveriam surpreender a uma terapeuta ocupacional, já que nossos postulados básicos

admitem a existência e a riqueza da comunicação não verbal e a facilitação da expressão e das interrelações através do fazer.

Podemos dizer que um ponto importante é a criação de um ambiente onde exista uma linha de continuidade que possa sustentar a repetição, criando deste modo um espaço seguro e continente *(holding)*. O primeiro passo para a constituição deste espaço é o olhar do terapeuta que vê, em um conjunto de fato arbitrário, um grupo. Como a mãe, que precisa ter em sua subjetividade, a criança como um ser inteiro, uno, o terapeuta vê uma unidade e se refere àquele "juntamento de pessoas" como grupo. De fato, a pedra fundamental na formação de um grupo é o desejo do terapeuta e seu investimento libidinal.

Segundo WINNICOTT (1962), é fundamentalmente através do *holding* materno que a criança se sente integrada e começa a experimentar uma sensação de diferenciação do mundo em que vive, sendo que é importante que a mãe possa refletir a imagem da criança.

Para este autor, além da atitude do terapeuta, a constância e ritmicidade do "setting" também propiciam uma situação de *holding*. "A questão dos ritmos se relaciona diretamente com a situação terapêutica. O funcionamento do "setting" é rítmico, é um começa, se desenvolve e termina, próprio a cada sessão. A repetição das sessões, de preferência nas mesmas horas, o paciente sempre se encontrando com os mesmos objetos, confere todo um rítmo que, parafraseando WINNICOTT, é mais um testemunho da genialidade de Freud que reproduziu no "setting" a situação de *holding* de um bebê, de modo intuitivo e inconsciente."(MELLO Fº, p.69).

A partir disto, cada vez que as pessoas são chamadas para o grupo, que tem um determinado nome e uma consigna específica; cada vez que se vêem juntas num

mesmo "setting" que permanece, é possível ir criando e confirmando uma imagem. Esta é uma das coisas que se repete em um grupo.

Alguns rituais de abertura e fechamento, tais como pegar e guardar o material também me parecem importantes no sentido de que fazem parte do "setting", vão constituindo um ambiente que pode ser reconhecido, dão segurança, demarcam um território e uma prática.[6] A confirmação de horário e data tem tanto um sentido pragmático, de ajudar os pacientes numa orientação temporal, quanto um sentido afetivo, pois isto demonstra minha expectativa em vê-los de novo.

As ações de arrumar a sala para o trabalho, buscar o material e dispô-lo sobre a mesa, agem como mobilizadoras. São gatilhos que provocam uma reação, um contato, uma aproximação com a experiência. Com relação às atividades realizadas nota-se que todos os pacientes que haviam tido anteriormente sessões individuais, escolheram continuar o que vinham fazendo. Penso que através disto eles tentavam garantir a continuidade do vínculo que tinham comigo, um vínculo dual. Pergunto-me se eu também não estava desejando garantir algo neste sentido, já que deixei que sobrassem atividades começadas das sessões individuais e as trouxe para o grupo. Por outro lado, a partir destas atividades que eram conhecidas, ocorreram as trocas, que podem ser vistas como um movimento no sentido da grupalização.

3.2. Resistências: interpretação e facilitação

Um pouco antes do início da segunda sessão, encontro com um paciente que havia faltado por um tempo às sessões individuais. Como já o havia encaminhado

---

[6] *Lembro-me da sensação de alívio e asseguramento durante certa fase de minha vida, quando ligava o rádio sempre a mesma hora, na mesma estação e ouvia todos os dias praticamente as mesmas coisas: a musiquinha da estação, a voz do locutor, as mesmas propagandas.*

para o grupo, convidei-o para participar naquele mesmo dia. No início havia apenas mais três pacientes. Cada um fazia uma atividade e houve uma pequena referência às ausências. Parece que não se incomodavam muito com este fato, mas eu sim:

Durante esta sessão sinto várias coisas: a primeira é ainda a questão se este grupo vai ou não sobreviver. As faltas são ameaçadoras apesar da entrada de uma pessoa nova. Tento levantar hipóteses a respeito delas, e percebo que estou com raiva dos faltosos que ameaçam meu trabalho.

Mas os presentes falam o que sentem e estas falas, assim como as faltas, podem ser lidas como emergentes da situação grupal.

Um dos pacientes diz que toma remédio há vinte anos, que fez terapia ocupacional no hospital e achou que estava curado, mas depois tudo voltou quando ele parou de tomar medicação. E, completa a "armadilha" quando diz que a medicação não o deixa trabalhar porque ele fica com os olhos embaçados.

A despeito do que este discurso possa significar em sua história, neste momento sinto-me desafiada por ele. Ele está me dizendo que não acredita neste grupo, nem em tratamento, que eu não poderei fazer nada para ajudá-lo e que ele tem bons motivos para não "fazer"(atividade). Como em qualquer processo terapêutico, aparecem as resistências. Neste caso, sua fala parece indicar um "não fazer" resistencial.[7]

[7] *Em terapia ocupacional nem sempre podemos considerar o "não fazer"como resistencial. Muitas vezes o paciente que não está fazendo atividade está vivendo momentos de não integração, relaxamento e possibilidade de elaboração psíquica ricos e intensos.*

Uma outra paciente comenta, a respeito de seu atraso, que algo estranho acontece com ela com relação ao grupo. Ela não tem vontade de vir, mas depois que consegue participar, acaba gostando; quando sai, não sabe se quer voltar.

O que aparece é a ambiguidade, de um lado o querer se tratar, ou ao menos o querer entrar em contato consigo e com os outros, o pedaço que fica seduzido pela perspectiva de encontro, e de outro a dificuldade, a descrença, a desconfiança, a resistência. Eles parecem estar se perguntando qual é a função do grupo, e talvez também perguntem sobre o meu lugar e a minha função.

Minha atitude foi, ao invés de interpretar a situação, falar mais uma vez qual era a intenção do grupo, para que servia: o grupo como lugar de tratamento e experimentação. Assim, falando do concreto, escolheu-se falar das possibilidades. O decorrer da sessão talvez aponte para os efeitos desta intervenção:

Conversam assuntos entrecortados, às vezes referem-se ao que estão fazendo e surgem algumas possibilidades DENTRO do grupo: falam que podem fazer coisas para vender ou ainda que pode acontecer um encontro (amoroso) entre os participantes.

Usando os pressupostos básicos de BION, este movimento poderia ser entendido como uma nova organização: o grupo agora estaria funcionando de acordo com o suposto básico acasalamento. Em nosso caso, avalio este movimento como positivo, pois fala de encontros e possibilidades dentro do grupo, o qual me parecia ameaçado no início da sessão.

3.3. Pedindo atenção

de F.

Na terceira sessão temos quatro pacientes antigos e uma paciente nova. O receio de que o grupo terminasse por falta de quorum fazia-me incluir novos participantes, o que poderia ser questionável com relação à permanência do "setting" apesar do grupo ter sido definido como aberto.

A existência de um grupo com esta característica pode ser muito útil institucionalmente. Explicando melhor, um grupo aberto pode acolher pacientes a qualquer momento, facilitando os encaminhamentos logo após a chegada do paciente, que não precisa ficar esperando a formação de um grupo. Outra função que este grupo teve, esporadicamente, foi de espaço continente para pacientes que precisavam ficar mais tempo na instituição, por exemplo, alguém que tinha feito uma tentativa de suicídio e precisava esperar o psiquiatra para ser medicado.

Mas voltando à terceira sessão...

O clima é de silêncio. Apenas F. tagarela, talvez tentando preencher o vazio de palavras. Suas histórias são sobre sua internação, ele como menino rebelde, querendo impressionar. A quem? ao grupo?

Eu estava achando muito chato. Fiquei ansiosa pelos outros pacientes, principalmente pelas "meninas", achando que elas poderiam se assustar, ir embora. Queria mostrar a ele o que ele estava fazendo e não sabia como. Apontei que tinha também o lado da violência, que ser internado não me parecia divertido. As moças estavam caladas e não responderam quando perguntei o que achavam daquelas estórias. F. fazia comentários e parecia estar buscando aliados que alimentassem seu discurso ou que se admirassem com ele, mas não encontrava. Nem por isso desistia. Uma das pacientes disse que sempre ficava quieta quando não conhecia as pessoas, comentário

que aproveitei como uma interpretação possível para a atitude de F. Não houve nenhuma mudança.

Este tipo de situação, muito comum nos grupos, para mim confirmava a importância da co-terapia, de ter alguém com quem se pode compartilhar a coordenação. Sentia que lidava mal com aquele paciente exaltado, não conseguia entender direito o que acontecia. E a necessidade de mais um coordenador se confirma quando uma das pacientes diz que está com tonturas e pede para sair da sala. Saio com ela, deixando o grupo sozinho.

Nestas duas situações, parece que o que se repete é a necessidade de chamar atenção, talvez o desejo do paciente de voltar a ter a terapeuta inteira só para si. O grupo ainda está no começo e temos que considerar a entrada de um novo integrante, o que pode ter sido ameaçador. É em função deste entendimento que me coloco à disposição deles, para conversas individuais após anunciar outro rompimento do "setting":

De volta ao grupo aviso mais uma vez[8] que não teremos sessão na próxima terça-feira. Nenhum comentário. Acrescento que estarei na UBS durante toda a semana, se alguém quiser conversar.

O grupo tinha que ser desmarcado uma terça-feira por mês, pois havia uma reunião no mesmo horário, no mesmo local. Questões institucionais com as quais temos que lidar. Creio que quando o grupo está bem constituido é possível ter este tipo de falha no "setting", mas no inicio do trabalho isto pode ser prejudicial. Se, como WINNICOTT, entendemos a repetição e a constância como elementos

[8] *Ao fazer o contrato com o grupo, já havia avisado que não teríamos sessão uma vez por mês.*

importantes do *holding*, podemos nos perguntar quanto tempo o "bebê-grupo", neste momento, conseguiria reter a imagem da "mãe-"setting" grupal". Porque não se trata apenas de reter a imagem e acreditar no vínculo e na existência do terapeuta, mas sim de ter construido internamente alguma imagem de grupo Escrevi na ocasião:

> *Foi uma sessão estranha onde a fantasia de dissolução esteve presente o tempo todo. Eu mesma me perguntava se é possivel coordenar um grupo sozinha, e o quanto eu aguento um paciente exaltado nesta situação. Além disto, o que me incomodou foi a sensação de não existência do grupo. A falta de constância do "setting" ameaçava o trabalho.*

Durante a semana seguinte um dos pacientes que havia faltado veio me procurar e explicou que havia confundido o dia que não teríamos grupo. Outra veio me falar de sua desconfiança de que estava grávida, e uma família não compareceu a uma entrevista marcada, o que nos motivou para uma visita domiciliar. Cito estas situações porque elas podem ir compondo uma imagem do que é o trabalho com este tipo de paciente e podem localizar o grupo como uma parte deste trabalho. O terapeuta, principalmente no início é um eixo de articulação, recebendo e redistribuindo informações, facilitando e "espalhando" a formação de vínculos. Além disto, parece-me que este movimento confirma a interpretação feita acima de que havia uma tendência a um retorno ao vínculo dual.

A sexta sessão, apesar de ter tido algumas faltas, mostrava um clima tranqüilo, isto é, eu tive a sensação de que estávamos "pegando o jeito", sentia-me mais continente e ao grupo mais coeso. Os pacientes pareciam estar envolvidos em suas atividades ao mesmo tempo em que era possível conversar sobre alguns temas comuns, tais como moradia e lazer.

3.4. Outros movimentos transferenciais

Um dos pacientes pede para trocar passes e eu pergunto se é para tomar uma "pinguinha". Ele ri meio sem jeito e diz que sua mulher controla seu dinheiro. Diz que não vai beber, que dá o dinheiro para a mulher, que está procurando emprego, provavelmenhte tudo aquilo que tem que sempre dizer para sua família, que é bastante controladora. Aponto isto e digo que aqui no grupo ele pode falar o que quiser, nós não vamos controlá-lo.

Após o comentário (reparador) de que podem falar o que quiserem, a paciente adolescente, que suspeita que está grávida, me pede, em particular, que eu marque em seu cartão algumas consultas a mais, pois elá vai ao ginecologista e não quer que sua mãe desconfie de nada.

Aqui podemos ver como o grupo, ou melhor, a imagem que cada paciente faz do grupo, se mistura, se associa com seu grupo familiar. O grupo permite coisas que a família não permite, mas ao mesmo tempo, transferencialmente é a família: A. pede para trocar o passe que a mulher lhe deu mas tem que dizer as mesmas coisas que diz em casa. Minha primeira observação, feita a partir de um lugar de função superegóica parece estimular este tipo de transferência e C. tem que esconder do grupo que está grávida, apesar de usá-lo para ir ao ginecologista.

3

3.5. As atividades: início de associações

As atividades realizadas no grupo até este momento, com exceção da proposta inicial de apresentação, foram de escolha livre. Todos os pacientes escolheram atividades individuais, por exemplo: confecção de peças de argila - cinzeiros, barco, mesinha e bancos, estrela do mar, elefante, poltrona, vaso, xícara e banheira. Um paciente terminou um bordado, outros desenharam - nuvens, rabiscos. Cada uma destas atividades tinha seu sentido para quem a executava mas eu ainda não podia ver nada que dissesse respeito ao "setting" grupal. As atividades eram uma boa ponte para o contato, pois muito do que se falava, ou ainda parte da movimentação do grupo estava diretamente relacionado ao fato de que estávamos "fazendo".

Em torno da oitava sessão tenho a sensação de que o grupo está mais estabilizado. Os pacientes comentam sobre as ausências, quem sempre vem e quem sempre falta, e em um comentário a respeito de "quem é que gosta de festa" falam de semelhanças e diferenças entre eles, formando como que sub-grupos, escolhendo pontos de identificação. Nesta sessão, várias atividades têm figura humana: uma escultura de argila - homem, e desenhos de "personagens". Quanto a estes é interessante descrever que o paciente que fez o desenho mostrou a outro paciente mas quando eu pedi para ver ele disse que era bobagem, rasgou e jogou fora. Depois fez outro desenho e disse que se soubesse que era para guardar, não teria feito. Começam a se formar vínculos entre os participantes, que são diferentes em qualidade do vínculo que eles têm comigo, o que parece ampliar a oferta de suportes transferenciais.

No final desta sessão surge para mim a idéia de que talvez seja o momento de introduzir alguma atividade grupal, ou ainda alguma atividade "intermediária" isto é,

atividades individuais que pudessem se associar de alguma maneira. Mas no grupo seguinte as faltas se repetiram, o que, no início, fez surgir novamente a dúvida da existência do grupo e adiar qualquer proposta. Felizmente, pois o que aconteceu espontâneamente na sessão pareceu-me um movimento rico, que poderia ter sido impedido por uma proposta precipitada:

> *AP., que havia feito o homem de argila, pinta-o de azul e fica muito contente e orgulhoso quando este fica de pé. Enquanto isto E. está desenhando. Neste desenho há também um homem, só que é um "homem-palito" sem corpo, o que contrasta com o resto do desenho que é bem estruturado e cheio de detalhes. E. ficou olhando e disse que estava pronto. C. pediu a AP. seu homem de barro emprestado e apoiando-o em um papel usou-o de molde para fazer o desenho de uma mulher. No momento seguinte E. deu um corpo para seu homem. Os assuntos, após a chegada de C., que além de mim era a única mulher do grupo presente, foram sobre namoros, diferenças entre homens e mulheres, travestis e homossexualidade, sobre o ser diferente.*

Esta seqüência é exemplar para falarmos de associações entre as atividades em um grupo. E poder estabelecer ligações, ganchos entre as atividades parece ser um recurso importante na terapia de pacientes psicóticos: "Existe algo a ser feito antes (da interpretação transferencial) como, por exemplo, um caminho que demonstre a correlação entre fatos, objetos e pessoas. A isto tenho chamado de "composição de uma trilha associativa num campo transferencial". Tomando como exemplo uma série de atividades realizadas pelo paciente, tendo a investigação clínica como base, vamos combinando suas partes que se encaixam. Ao rever estes trabalhos, vamos, paciente e eu, em busca de "lugares comuns", de semelhanças e diferenças, de identificações e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nesta

relação. Muitas das atividades propostas ao paciente, durante a terapia, assim o são por permitirem a continuidade das associações. Assim como espera-se que através delas o paciente possa também contar sua própria história." (BENETTON, 1991, p.47).

Digamos que pode haver três direções principais nas quais podem se dar associações. A primeira é entre as atividades individuais, isto é, se pegarmos aquilo que um paciente vai fazendo, em um "setting" individual ou grupal, é possivel encontrarmos associações entre suas diversas atividades no decorrer do tempo. A segunda é esta que foi descrita acima, associações entre as diversas atividades dos participantes em uma mesma sessão, o que demonstra, no mínimo, uma ligação entre eles, uma conversa. E a terceira é no eixo temporal, considerando o trabalho do grupo como um todo, isto é, de que forma as atividades podem se relacionar com o desenvolvimento do grupo e seu movimento em direção à grupalização.