



## Os fatores terapêuticos

A terapia de grupo ajuda os pacientes? De fato, ajuda. Um convincente *corpus* de pesquisas sobre seus resultados demonstra de maneira inequívoca que a terapia de grupo é uma forma bastante efetiva de psicoterapia e que ela é pelo menos igual à psicoterapia individual em sua capacidade de proporcionar benefícios significativos.<sup>1</sup>

Como a terapia de grupo ajuda os pacientes? Uma questão ingênua, talvez, mas se pudermos respondê-la com um certo grau de precisão e certeza, teremos à nossa disposição um princípio organizacional central com o qual poderemos abordar os problemas mais provocantes e controversos da psicoterapia. Uma vez identificados, os aspectos cruciais do processo de mudança constituirão uma base racional para o terapeuta selecionar as táticas e estratégias necessárias para moldar a experiência de grupo, de modo a maximizar sua potência com diferentes pacientes e em diferentes cenários.

Acredito que a mudança terapêutica seja um processo enormemente complexo, que ocorre por uma interação intrincada de experiências humanas, que chamarei de “fatores terapêuticos”. Existe uma vantagem considerável em se abordar o complexo pelo simples, o fenômeno total por seus processos componentes básicos. Dessa forma, começo descrevendo e discutindo esses fatores elementares.

Segundo a minha perspectiva, linhas naturais dividem a experiência terapêutica em 11 fatores primários:

1. Instilação de esperança
2. Universalidade
3. Compartilhamento de informações
4. Altruísmo
5. Recapitulação corretiva do grupo familiar primário
6. Desenvolvimento de técnicas de socialização
7. Comportamento imitativo
8. Aprendizagem interpessoal
9. Coesão grupal
10. Catarse
11. Fatores existenciais

No restante deste capítulo, discuto os primeiros sete fatores. Considero a aprendizagem interpessoal e a coesão grupal tão importantes e complexas que trato delas separadamente, nos dois capítulos seguintes. Os fatores existenciais são discutidos no Capítulo 4, onde são mais bem compreendidos no contexto de outros materiais apresentados. A catarse está intrinsecamente entremeadada com outros fatores terapêuticos e também será discutida no Capítulo 4.

As distinções entre esses fatores são arbitrárias. Embora eu os discuta individualmente, eles são interdependentes e nenhum deles ocorre ou funciona separadamente. Além disso, esses fatores podem representar diferentes partes do processo de mudança: alguns fatores (por exemplo, a autocompreensão) atuam no nível da cognição; alguns (por exemplo, o desenvolvimento de técnicas de socialização) atuam no nível da mudança comportamental; alguns (por exemplo, a catarse) atuam no nível da emoção; e alguns (por exemplo, a coesão) podem ser mais bem descritos como precondições para a mudança. Embora os mesmos fatores terapêuticos operem em todos os tipos de grupos de terapia, sua interação e importância diferencial podem variar muito de grupo para grupo. Além disso, devido a diferenças individuais, os participantes de um mesmo grupo beneficiam-se com diferentes conjuntos de fatores terapêuticos.

Tendo em mente que os fatores terapêuticos são constructos arbitrários, podemos considerar que eles proporcionam um mapa cognitivo para o estudante-leitor. Esse agrupamento dos fatores terapêuticos não é visto concretamente, e outros clínicos e pesquisadores chegaram a grupos de fatores diferentes e também arbitrários.<sup>2</sup> Nenhum sistema explicativo pode abranger toda a terapia. Em seu núcleo, o processo terapêutico é infinitamente complexo e não existe limite para o número de caminhos através da experiência. (Discutirei essas questões de maneira mais ampla no Capítulo 4.)

O inventário de fatores terapêuticos que proponho parte de minha experiência clínica, da experiência de outros terapeutas, e de pesquisas sistemáticas relevantes. Entretanto, nenhuma dessas fontes está livre de questionamento. Nenhum membro de grupo ou líder de grupo é inteiramente objetivo, e nossa metodologia de pesquisa muitas vezes é incipiente e inaplicável.

Com os terapeutas de grupo, obtemos um inventário variado e internamente inconsistente de fatores terapêuticos (ver Capítulo 4). Os terapeutas, que de maneira alguma são observadores desinteressados ou imparciais, investem tempo e energia consideráveis para aprender e dominar determinada abordagem tera-

pêutica, fazendo com que suas respostas sejam estipuladas por sua escola de convicção. Mesmo entre terapeutas que compartilham da mesma ideologia e falam a mesma língua pode não haver consenso quanto às razões pelas quais os pacientes melhoram. Na pesquisa sobre grupos de encontro, meus colegas e eu aprendemos que muitos líderes de grupos bem-sucedidos atribuíram seu sucesso a fatores que eram irrelevantes para o processo de terapia. Por exemplo, a técnica do *hot-seat* (desenvolvida por Fritz Perls, fundador da terapia *gestalt*, na qual um paciente senta-se no centro do círculo, enquanto o líder e os outros membros do grupo concentram-se nele por um longo período de tempo), ou exercícios não-verbais, ou o impacto direto da pessoa do terapeuta (ver Capítulo 16).<sup>3</sup> Mas isso não nos surpreende. A história da psicoterapia está cheia de terapeutas que eram efetivos, mas não pelas razões que supunham. Em outras épocas, nós terapeutas jogamos as mãos aos céus em espanto. Quem nunca teve um paciente que tenha tido vastas melhoras por razões inteiramente obscuras?

Ao final de uma terapia de grupo, os participantes podem fornecer dados sobre os fatores terapêuticos que consideravam mais e menos proveitosos. Ainda assim, sabemos que essas avaliações serão incompletas e sua precisão, limitada. Será que os membros do grupo talvez não se concentrem principalmente em fatores superficiais e omitam alguma força curativa profunda que possa estar além de sua consciência? Será que suas respostas não serão influenciadas por uma variedade de fatores difíceis de controlar? É inteiramente possível, por exemplo, que suas visões possam ser distorcidas pela natureza de sua relação com o terapeuta ou com o grupo. (Uma equipe de pesquisadores demonstrou que quando pacientes foram entrevistados quatro anos depois da conclusão da terapia, eles estavam muito mais aptos para comentar aspectos úteis ou prejudiciais de sua experiência com o grupo do que quando entrevistados imediatamente após a sua conclusão.)<sup>4</sup> A pesquisa também mostrou, por exemplo, que os fatores terapêuticos valorizados por membros do grupo podem ser amplamente diferentes dos citados pelos seus terapeutas ou observadores do grupo,<sup>5</sup> uma

observação feita também na psicoterapia individual. Além disso, muitos fatores de confusão influenciam a avaliação do paciente sobre os fatores terapêuticos: por exemplo, o tempo em tratamento e o nível de funcionamento do paciente,<sup>6</sup> o tipo de grupo (ou seja, se externo, interno, hospital-dia, terapia breve),<sup>7</sup> a idade e o diagnóstico do paciente,<sup>8</sup> e a ideologia do líder do grupo.<sup>9</sup> Outro fator que complica a busca por fatores terapêuticos comuns é o nível em que diferentes membros do grupo percebem e experimentam o mesmo evento de diferentes maneiras. Y Determinada experiência pode ser importante ou proveitosa para alguns e não trazer conseqüências ou até ser prejudicial para outros.

Apesar dessas limitações, os relatos dos pacientes são uma fonte rica e relativamente intocada de informações. Afinal, é a *sua* experiência, *sua* apenas, e quanto mais nos afastamos da experiência dos pacientes, mais ilativas são as nossas conclusões. Certamente, existem aspectos do processo de mudança que operam fora da consciência do paciente, mas isso não significa que devemos desconsiderar aquilo que os pacientes dizem.

Existe uma arte para obter os relatos dos pacientes. Questionários para preencher ou de escolha proporcionam dados facilmente, mas muitas vezes não conseguem captar as nuances e a riqueza da experiência dos pacientes. Quanto mais o questionador puder entrar no mundo de experiências do paciente, mais lúcido e significativo se torna o relato da experiência da terapia. Até onde consegue suprimir tendências pessoais e evitar influenciar as respostas do paciente, o terapeuta se torna o questionador ideal: o terapeuta é confiável e entende mais do que qualquer um o mundo interno do paciente.

Além das visões dos terapeutas e relatos dos pacientes, existe um terceiro método importante de avaliar os fatores terapêuticos: a abordagem de pesquisa sistemática. A estratégia de pesquisa mais comum é correlacionar variáveis internas da terapia com o seu resultado. Descobrir quais variáveis estão significativamente relacionadas com variáveis bem-sucedidas, pode-se estabelecer uma base razoável para começar a delinear os fatores

terapêuticos. Todavia, existem muitos problemas inerentes a essa abordagem: a mensuração do resultado já é uma confusão metodológica, e a seleção e mensuração de variáveis internas da terapia são igualmente problemáticas.<sup>10</sup>

Todos esses métodos derivaram os fatores terapêuticos discutidos neste livro. Ainda assim, não considero essas conclusões definitivas. Em vez disso, ofereço-as como diretrizes provisórias, que podem ser testadas e aprofundadas por outros pesquisadores clínicos. De minha parte, estou satisfeito de que eles são derivados das melhores evidências disponíveis no momento e que constituem a base de uma abordagem efetiva à terapia.

## INSTILAÇÃO DE ESPERANÇA

A instilação e a manutenção da esperança são cruciais em qualquer psicoterapia. A esperança não apenas é necessária para manter o paciente em terapia para que outros fatores terapêuticos possam ter efeito, como a fé em um modo de tratamento pode em si já ser terapeuticamente efetiva. Diversos estudos demonstraram que uma expectativa elevada de ajuda antes de começar a terapia está significativamente correlacionada com um resultado positivo.<sup>11</sup> Considere também a quantidade de dados que documentam a eficácia da cura pela fé e o tratamento com placebo – terapias mediadas inteiramente pela esperança e pela convicção. É mais provável que a psicoterapia tenha um resultado positivo quando o paciente e o terapeuta tiverem expectativas semelhantes para o tratamento.<sup>12</sup> O poder das expectativas estende-se além da imaginação apenas.

\* Podemos avaliar melhor os resultados da terapia de um modo geral do que mensurando as relações entre essas variáveis de processo e resultados. Kivlighan e colaboradores desenvolveram uma escala promissora, a Escala de Grupo de Ajuda de Impacto, que tenta capturar a totalidade do processo terapêutico de grupo de um modo multidimensional, que abranja tarefas terapêuticas e relações terapêuticas, bem como variáveis relacionadas com o processo, o cliente e o líder do grupo.

Estudos recentes com imagem demonstram que o placebo não é inativo, mas pode ter um efeito psicológico direto sobre o cérebro.<sup>13</sup>

Os terapeutas de grupo podem capitalizar esse fator, fazendo o que podem para aumentar a crença e a confiança dos pacientes na eficácia do modelo de grupo. Essa tarefa inicia antes do grupo começar, na orientação pré-grupo, na qual o terapeuta reforça expectativas positivas, corrige preconceitos negativos e apresenta uma explicação lúcida e poderosa das propriedades curativas do grupo. (Ver Capítulo 10 para uma discussão completa do procedimento de preparação pré-grupo.)

A terapia de grupo não apenas se baseia nos efeitos gerais das expectativas positivas sobre a melhora, como também se beneficia como uma fonte de esperança que é única do formato de grupo. Os grupos de terapia invariavelmente contêm indivíduos que estão em pontos diferentes ao longo de um *continuum* de enfrentamento e colapso. Assim, cada membro tem um contato considerável com outros – muitas vezes indivíduos com problemas semelhantes – que melhoraram como resultado da terapia. Muitas vezes, ouvi pacientes comentarem ao final de sua terapia de grupo o quanto foi importante para eles observar a melhora dos outros. Notavelmente, a esperança pode ser uma força poderosa, mesmo em grupos de indivíduos que combatem um câncer avançado e que perdem membros estimados do grupo para a doença. A esperança é flexível – ela se redefine para se encaixar em parâmetros imediatos, tornando-se esperança de conforto, de dignidade, de conexão com outros membros ou de redução do desconforto físico.<sup>14</sup>

Os terapeutas de grupo não devem, de maneira alguma, isentar-se de explorar esse fator, chamando atenção periodicamente para as melhoras que os membros fizeram. Se eu receber recados de membros que tiveram término recente informando-me de suas melhoras continuadas, faço questão de compartilhar isso com o grupo atual. Os membros antigos do grupo muitas vezes assumem essa função, oferecendo testemunhos espontâneos a membros novos e céticos.

Pesquisas mostraram que também é vital que os terapeutas acreditem em si mesmos e

na eficácia de seu grupo.<sup>15</sup> Sinceramente, creio que sou capaz de ajudar cada paciente motivado que esteja disposto a trabalhar com o grupo por pelo menos seis meses. Em meus primeiros encontros individuais com os pacientes, compartilho essa convicção com eles e tento imbuí-los de meu otimismo.

Muitos dos grupos de auto-ajuda – por exemplo, para pais enlutados, homens que agredem, vítimas de incesto e pacientes de cirurgia cardíaca – enfatizam amplamente a instilação de esperança.<sup>16</sup> Uma parte importante dos encontros do Recovery, Inc. (para pacientes psiquiátricos atuais e passados) e do Alcoólicos Anônimos dedica-se a testemunhos. A cada encontro, os membros do Recovery, Inc. contam incidentes potencialmente estressantes, nos quais evitam a tensão, aplicando seus métodos, e membros bem-sucedidos do Alcoólicos Anônimos contam suas histórias de queda e resgate pelo AA. Um dos pontos fortes do Alcoólicos Anônimos é o fato de que os líderes são todos alcoólicos – inspiração viva para os outros.

Os programas de tratamento para abuso de substâncias geralmente mobilizam a esperança dos participantes, usando dependentes de drogas recuperados como líderes de grupo. Os membros recebem inspiração, levantando-se as expectativas, pelo contato com aqueles que já percorreram o mesmo caminho e encontraram o caminho de volta. Uma abordagem semelhante é usada para indivíduos com doenças médicas crônicas, como artrite e doenças cardíacas. Esses grupos de automanejo usam membros treinados para estimular os outros membros a enfrentarem ativamente as suas condições médicas.<sup>17</sup> A inspiração que os participantes proporcionam aos seus pares resulta em melhoras substanciais em resultados médicos, reduz os custos do cuidado de saúde, promove o sentido de auto-eficácia do indivíduo e muitas vezes torna as intervenções de grupo superiores às terapias individuais.<sup>18</sup>

## UNIVERSALIDADE

Muitos indivíduos começam a terapia com o pensamento perturbador de que são singula-

res em sua desgraça, que apenas eles têm certos problemas, pensamentos, impulsos e fantasias assustadores e inaceitáveis. É claro que existe um núcleo de verdade nessa noção, pois a maioria dos pacientes tem uma constelação inusitada de estressores graves em suas vidas e periodicamente é inundada por material apavorante que vazou de seu inconsciente.

Até um certo grau, isso é verdade para todos nós, mas muitos pacientes, devido ao seu isolamento social extremo, têm um sentido elevado de singularidade. Suas dificuldades interpessoais impedem a possibilidade de uma intimidade profunda. Na vida cotidiana, eles não aprendem sobre as experiências e os sentimentos análogos dos outros e não se valem da oportunidade de confidenciar e finalmente ser validados e aceitos por outras pessoas.

Na terapia de grupo, especialmente nos primeiros estágios, a invalidação dos sentimentos de singularidade de um paciente é uma poderosa fonte de alívio. Após ouvir outros membros revelarem preocupações semelhantes às suas, os pacientes relatam sentir-se mais em contato com o mundo e descrevem o processo como uma experiência “bem-vinda para a raça humana”. Colocado de forma simples, o fenômeno encontra expressão no clichê “estamos todos no mesmo barco” – ou talvez, de forma mais cética, “a miséria adora companhia”.

Não existe um ato ou pensamento humano que esteja completamente fora da experiência das outras pessoas. Já ouvi membros de grupos revelarem atos como incesto, tortura, roubo, peculato, homicídio, tentativa de suicídio e fantasias de natureza ainda mais desesperada. Invariavelmente, eu observava outros membros de grupos aceitarem esses mesmos atos como dentro dos limites de suas próprias possibilidades, muitas vezes seguindo pela porta da revelação aberta pela confiança ou pela coragem de um membro do grupo. Tempos atrás, Freud observou que os tabus mais firmes (novamente incesto e parricídio) foram precisamente construídos porque esses mesmos impulsos fazem parte da natureza mais profunda do ser humano.

E essa forma de ajuda não se limita à terapia de grupo. A universalidade também desempenha um papel na terapia individual,

embora, neste formato, haja menos oportunidade para validação consensual, à medida que os terapeutas decidem restringir o seu grau de transparência pessoal.

Durante as 600 horas de minha própria análise, tive um encontro pessoal marcante com o fator terapêutico da universalidade. Ele ocorreu quando eu estava descrevendo meus sentimentos extremamente ambivalentes com relação à minha mãe. Fiquei bastante perturbado com o fato de que, apesar de meus fortes sentimentos positivos, também me senti acossado por sentimentos de morte por ela, assim como resisti a herdar parte do que era dela. Meu analista simplesmente respondeu “que parece ser a forma como nos construímos”. Essa declaração sincera não apenas me trouxe considerável alívio, como possibilitou que eu explorasse minha ambivalência em grande profundidade.

Apesar da complexidade dos problemas humanos, certos denominadores comuns são claramente evidentes entre os indivíduos, e os membros de um grupo terapêutico logo percebem suas semelhanças. Um exemplo é ilustrativo: por muitos anos, solicitei a membros de grupos-T (que não são pacientes – formados principalmente por estudantes de medicina, residentes psiquiátricos, enfermeiros, técnicos psiquiátricos e voluntários da Peace Corps; ver Capítulo 16) para participarem de uma tarefa “secreta”, na qual deveriam escrever, em uma tira de papel e de forma anônima, a coisa que estavam menos inclinados a compartilhar com o grupo. Os segredos se mostravam notavelmente semelhantes, com alguns temas importantes predominando. O segredo mais comum era a convicção profunda de uma inadequação básica – um sentimento de ser basicamente incompetente, de ter sido um blefe ao longo da vida. O próximo em frequência é um sentimento profundo de alienação interpessoal – ou seja, apesar das aparências, não se deve, ou não se pode, cuidar ou amar outra pessoa. A terceira categoria mais freqüente é alguma variedade de segredo sexual. Essas preocupações importantes de não-pacientes são qualitativamente as mesmas em indivíduos que buscam ajuda profissional. Quase invariavelmente, nossos pacientes experimentam uma profunda preocu-

pação com seu sentido de valor e sua capacidade de se relacionar com os outros.\*

Alguns grupos especializados, compostos de indivíduos para os quais o segredo tem sido um fator especialmente importante e de isolamento, enfatizam particularmente a universalidade. Por exemplo, grupos estruturados de curta duração para pacientes bulímicos têm em seu protocolo uma forte exigência de auto-revelação, especialmente quanto a atitudes para com a imagem corporal e narrativas detalhadas dos rituais alimentares e práticas de purga de cada membro. Com raras exceções, os pacientes expressam grande alívio ao descobrirem que não estão sós, que os outros compartilham os mesmos dilemas e experiências de vida.<sup>19</sup>

Os membros dos grupos de abuso sexual também se beneficiam consideravelmente com a experiência de universalidade.<sup>20</sup> Uma parte integral desses grupos é o compartilhamento íntimo, muitas vezes pela primeira vez na vida de cada membro, dos detalhes do abuso e da devastação interna que sofreram como consequência. Os membros desses grupos podem encontrar outros que sofreram semelhantes violações quando crianças, que não foram responsáveis pelo que lhes aconteceu, e que também sofreram sentimentos profundos de vergonha, culpa, raiva e impureza. O sentido de universalidade muitas vezes é um passo fundamental na terapia de pacientes sobrecarregados pela vergonha, estigma e culpa, por exemplo, pacientes com HIV/AIDS ou aqueles que lidam com as consequências de um suicídio.<sup>21</sup>

Os membros de grupos homogêneos podem falar uns dos outros com uma autentici-

dade poderosa que vem de sua experiência em primeira mão, de maneiras que os terapeutas talvez não consigam fazer. Por exemplo, uma vez, supervisionei um terapeuta, de 35 anos, que estava liderando um grupo de homens deprimidos na faixa entre os 70 e os 80 anos. Em um certo ponto, um homem de 77 anos, que havia perdido a esposa recentemente, expressou sentimentos suicidas. O terapeuta hesitou, temendo que qualquer coisa que pudesse dizer parecesse ingênua. Então, um membro do grupo de 91 anos falou e descreveu como havia perdido sua esposa após 60 anos de casamento, e como havia mergulhado em um desespero suicida e havia, finalmente, se recuperado e retornado à vida. Essa declaração teve repercussão profunda e não foi ignorada facilmente.

Em grupos multiculturais, talvez os terapeutas necessitem prestar particular atenção ao fator clínico da universalidade. Minorias culturais em um grupo predominantemente branco podem sentir-se excluídas por causa de atitudes culturais diferentes para com a revelação, as interações e a expressão afetiva. Os terapeutas devem ajudar o grupo a ultrapassar o foco em diferenças culturais concretas para respostas transculturais – ou seja, universais – a situações e tragédias humanas.<sup>22</sup> Ao mesmo tempo, os terapeutas devem estar agudamente conscientes dos fatores culturais em jogo. Os profissionais da saúde mental muitas vezes não possuem o conhecimento dos fatos culturais da vida que são necessários para trabalhar de maneira efetiva com membros culturalmente diversos. É imperativo que os terapeutas aprendam o máximo possível sobre as culturas dos pacientes, bem como de seu vínculo ou alienação com a sua cultura.<sup>23</sup>

A universalidade, como outros fatores terapêuticos, não possui limites nítidos, mesclando-se com outros fatores terapêuticos. À medida que os pacientes percebem sua semelhança com os outros e compartilham suas mais profundas preocupações, eles se beneficiam ainda mais da catarse que acompanha a terapia e da aceitação dos outros membros (ver Capítulo 3 sobre a coesão grupal).

---

\* Existem diversos métodos para usar essas informações no trabalho do grupo. Uma técnica efetiva é redistribuir os segredos anônimos aos membros, cada um recebendo o segredo do outro. Cada membro então lê o segredo em voz alta e revela como se sente ao guardar esse segredo. Esse método geralmente se mostra uma demonstração valiosa de universalidade, empatia e da capacidade dos outros de entender.

## COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES

Na categoria geral do compartilhamento de informações, incluo a instrução didática sobre a saúde mental, doenças mentais e a psicodinâmica geral fornecida pelos terapeutas, bem como o aconselhamento, as sugestões ou a orientação direta do terapeuta ou outros membros do grupo.

### Instrução didática

A maioria dos participantes, na conclusão de uma terapia de grupo interacional bem-sucedida, aprende muito sobre o funcionamento psíquico, o significado dos sintomas, a dinâmica interpessoal e de grupo e o processo da psicoterapia. De um modo geral, o processo educacional é implícito. A maioria dos terapeutas de grupo não oferece instrução didática explícita em terapia de grupo interacional. Todavia, ao longo da última década, muitas abordagens de terapia de grupo fizeram da instrução formal, ou psicoeducação, uma parte importante do programa.

Um dos precedentes históricos mais poderosos para a psicoeducação pode ser encontrado na obra de Maxwell Jones, que, em seu trabalho com grupos grandes na década de 1940, palestrava para seus pacientes por três horas por semana a respeito da estrutura, do funcionamento e da relevância do sistema nervoso para os sintomas psiquiátricos e a deficiência.<sup>24</sup>

Marsh, que escreveu na década de 1930, também acreditava na importância da psicoeducação e de aulas organizadas para seus pacientes, completadas com palestras, tarefas de casa e notas.<sup>25</sup>

O Recovery, Inc., o mais antigo e maior programa de auto-ajuda do país para pacientes psiquiátricos atuais e ex-pacientes, é organizado basicamente ao longo de linhas didáticas.<sup>26</sup> Fundada em 1937 por Abraham Low, essa organização tem mais de 700 grupos operando hoje.<sup>27</sup> A participação é voluntária e os líderes nascem dos membros. Embora não haja

orientação profissional formal, a condução dos encontros foi altamente estruturada pelo Dr. Low. Partes de seu livro, *Mental Health Through Will Training*,<sup>28</sup> são lidas em voz alta e discutidas a cada reunião. A doença psicológica é explicada com base em alguns princípios simples, que os membros memorizam – por exemplo, o valor de “identificar” comportamentos problemáticos e autodestrutivos; que os sintomas neuróticos são perturbadores, mas não perigosos; que a tensão intensifica e mantém o sintoma e deve ser evitada; que o uso do livre arbítrio do indivíduo é a solução para os dilemas do paciente nervoso.

Muitos outros grupos de auto-ajuda enfatizam o compartilhamento de informações. Grupos como os para adultos sobreviventes ao incesto, pais anônimos, jogadores anônimos, apoio aos pacientes com câncer, para pais sem parceiros e para pessoas solitárias estimulam a troca de informações entre os membros e frequentemente convidam especialistas para falar ao grupo.<sup>29</sup> O ambiente do grupo onde a aprendizagem ocorre é importante. O contexto ideal é de parceria e colaboração, ao invés de prescrição e subordinação.

A literatura recente da terapia de grupo tem descrições abundantes de grupos especializados para indivíduos que têm algum transtorno específico ou que enfrentam alguma crise decisiva em suas vidas – por exemplo, transtorno de pânico,<sup>30</sup> obesidade,<sup>31</sup> bulimia,<sup>32</sup> adaptação após o divórcio,<sup>33</sup> herpes,<sup>34</sup> doença coronariana,<sup>35</sup> pais de crianças que sofreram abuso sexual,<sup>36</sup> homens violentos,<sup>37</sup> luto,<sup>38</sup> HIV/AIDS,<sup>39</sup> disfunções sexuais,<sup>40</sup> estupro,<sup>41</sup> adaptação à auto-imagem após mastectomia,<sup>42</sup> dor crônica,<sup>43</sup> transplante de órgãos<sup>44</sup> e prevenção de recaídas da depressão.<sup>45</sup>

Além de oferecerem apoio mútuo, esses grupos geralmente envolvem um componente psicoeducacional, oferecendo instrução explícita sobre a natureza da doença ou do problema do paciente e examinando as concepções errôneas e respostas autodestrutivas à sua doença. Por exemplo, os líderes de um grupo para pacientes com transtorno de pânico descrevem a causa fisiológica dos ataques de pânico, expli-

cando que o estresse e a excitação aumentam o fluxo de adrenalina, que pode resultar em hiperventilação, falta de ar e tontura. O paciente interpreta os sintomas incorretamente, de maneira que apenas os exacerba (“estou morrendo” ou “estou enlouquecendo”), perpetuando assim um círculo vicioso. Os terapeutas discutem a natureza benigna dos ataques de pânico e oferecem instrução sobre como produzir um ataque leve e como preveni-lo. Eles fornecem instruções detalhadas sobre técnicas de respiração adequada e relaxamento muscular progressivo.

Os grupos muitas vezes são cenários adequados para se ensinarem novas abordagens de redução do estresse baseadas em meditação e concentração. Aplicando um foco disciplinado, os membros aprendem a se tornar observadores esclarecidos, receptivos e imparciais de seus pensamentos e sentimentos e a reduzir o estresse, a ansiedade e a vulnerabilidade à depressão.<sup>46</sup>

Os líderes de grupos para pacientes HIV-positivo freqüentemente fornecem informações médicas consideráveis relacionadas com as doenças e ajudam a corrigir os temores irracionais e as concepções errôneas dos membros sobre a infecção. Eles também podem aconselhar os outros membros com relação a métodos para informar outras pessoas sobre sua condição e moldar um estilo de vida que provoque menos culpa.

Os líderes de grupos para o luto podem proporcionar informações sobre o ciclo natural do luto, para ajudar os membros a entender que existe uma seqüência de dor, pela qual estão progredindo, e que a sua perturbação terá uma redução natural e quase inevitável, à medida que avançarem através dos estágios dessa seqüência. Os líderes podem ajudar os pacientes a prever, por exemplo, a angústia aguda que sentem a cada data importante (feriados, aniversários e outras comemorações) durante o primeiro ano de luto. Grupos psicoeducacionais para mulheres com câncer de mama primário fornecem aos membros informações sobre a sua doença, opções de tratamento e riscos futuros, bem como recomendações para um estilo de vida mais saudável. A avaliação

do resultado desses grupos mostra que os participantes apresentam benefícios psicossociais significativos e duradouros.<sup>47</sup>

A maioria dos terapeutas de grupo usa alguma forma de orientação antecipatória para os pacientes que iniciam a situação assustadora do grupo de psicoterapia, como uma sessão preparatória, visando esclarecer importantes razões para disfunções psicológicas e proporcionar instruções em métodos de auto-exploração.<sup>48</sup> Prevendo os medos dos pacientes, proporcionando-lhes uma estrutura cognitiva, ajudamos-os a enfrentar de forma mais efetiva o choque cultural que podem encontrar quando entram para o grupo de terapia (ver Capítulo 10).

Dessa forma, a instrução didática é empregada de várias maneiras na terapia de grupo: para transferir informações, alterar padrões de pensamento destrutivos, estruturar o grupo, explicar o processo da doença. Essa instrução muitas vezes funciona como a força de ligação inicial para o grupo, até que outros fatores terapêuticos entrem em operação. Contudo, a explicação e o esclarecimento já funcionam em parte como agentes terapêuticos. Os seres humanos sempre abominaram a incerteza e, através das eras, tentaram organizar o Universo, fornecendo explicações, principalmente religiosas ou científicas. A explicação de um fenômeno é o primeiro passo para o seu controle. Se uma erupção vulcânica é causada por um deus descontente, então, pelo menos, existe esperança de agradar ao deus.

Frieda Fromm-Reichman enfatiza o papel que a incerteza tem de produzir ansiedade. A consciência de não ser o próprio piloto, afirma ela, de que as próprias percepções e comportamentos são controlados por forças irracionais, é uma fonte comum e fundamental de ansiedade.<sup>49</sup>

Em nosso mundo contemporâneo, somos forçados a confrontar o medo e a ansiedade com freqüência. Em particular, os eventos de 11 de setembro de 2001 colocaram essas emoções perturbadoras em primeiro plano de forma mais clara na vida das pessoas. É extremamente importante confrontar ansiedades traumáticas com um enfrentamento ativo (por exemplo, envol-

vendo-se na vida, falando abertamente e proporcionando apoio mútuo), ao contrário de ceder a um retraimento desmoralizado. Não apenas essas respostas agradam ao nosso senso comum, mas, como demonstra a pesquisa neurológica contemporânea, essas formas de enfrentamento ativo estimulam importantes circuitos neurais no cérebro que ajudam a regular as reações de estresse do corpo.<sup>50</sup>

E é isso que ocorre com os pacientes em psicoterapia: o medo e a ansiedade que provêm da incerteza da fonte, do significado e da gravidade dos sintomas psiquiátricos podem causar uma disforia tão grande que a exploração efetiva se torna muito mais difícil. A instrução didática, por proporcionar estrutura e explicação, tem valor intrínseco e merece um lugar em nosso repertório de instrumentos terapêuticos (ver Capítulo 5).

### Aconselhamento direto

Ao contrário da instrução didática explícita do terapeuta, o aconselhamento direto dos membros ocorre sem exceção em cada grupo de terapia. Em grupos de terapia interacional dinâmica, ela invariavelmente faz parte da vida inicial do grupo e ocorre com tal regularidade que pode ser usada para se estimar a idade do grupo. Se observo ou ouço uma gravação de um grupo no qual os pacientes, com uma certa regularidade, dizem coisas como: “acho que você deveria...” ou “você deve fazer...” ou “por que você não...?”, posso ter uma certeza razoável de que é um grupo novo ou que é um grupo antigo com alguma dificuldade que impediu o seu desenvolvimento ou produziu uma regressão temporária. Em outras palavras, o aconselhamento pode refletir uma resistência a um envolvimento mais íntimo, com os membros tentando administrar os relacionamentos, em vez de se conectarem. Embora o aconselhamento seja comum no começo da terapia de grupo interacional, é raro que conselhos específicos beneficiem qualquer paciente diretamente. Todavia, de maneira indireta, o aconselhamento serve a um propósito. O processo de aconselhar, ao invés do conteúdo do conse-

lho, pode ser benéfico, implicando e transmitindo interesse e cuidado mútuos, como realmente é verdade.

O comportamento de dar ou pedir conselhos muitas vezes é uma pista importante na elucidação de patologias interpessoais. O paciente que, por exemplo, pede conselhos e sugestões continuamente para outras pessoas, para depois rejeitá-los e frustrar os outros, é bastante conhecido dos terapeutas de grupo, como o paciente “queixoso que rejeita ajuda” ou o paciente “sim... mas” (ver Capítulo 13).<sup>51</sup> Alguns membros de grupos podem buscar atenção e carinho, pedindo sugestões sobre um problema que seja insolúvel ou que já tenha sido resolvido. Outros absorvem conselhos com uma sede insaciável, mas nunca agem de forma recíproca com pessoas que também estejam necessitadas. Alguns membros de grupos estão tão interessados em manter um *status* superior no grupo ou uma fachada de auto-suficiência tranqüila que nunca pedem ajuda diretamente, outros são tão ansiosos para agradar que nunca pedem nada para si mesmos, outros ainda são excessivamente efusivos em sua gratidão, e outros nunca reconhecem o presente, mas levam-no para casa, como um osso, para roê-lo em particular.

Outros tipos de grupos mais estruturados que não se concentram nas interações entre os membros fazem uso explícito e efetivo de sugestões e conselhos diretos. Por exemplo, grupos para moldar o comportamento, grupos de transição e planejamento da alta hospitalar, grupos de habilidades para a vida, grupos de habilidades de comunicação, o Recovery, Inc. e o Alcoólicos Anônimos, todos proferem uma quantidade considerável de conselhos diretos. Um grupo de habilidades de comunicação para pacientes com doenças psiquiátricas crônicas relata resultados excelentes com um programa de grupo estruturado que inclui *feedback* focado, reprodução de gravações e projetos de resolução de problemas.<sup>52</sup> O AA usa conselhos e *slogans*. Por exemplo, os membros devem permanecer em abstinência apenas pelas próximas 24 horas – “um dia de cada vez”. O Recovery, Inc. ensina os membros a identificar sintomas neuróticos, a apagar e reescrever, a

ensaiar e inverter e mostra como aplicar a força de vontade de maneira efetiva.

Existem conselhos melhores que os outros? Os pesquisadores que estudaram um grupo para moldar o comportamento de agressores sexuais do sexo masculino observaram que o aconselhamento era comum e era proveitoso para diferentes membros em graus variados. A forma menos efetiva de conselho era a sugestão direta, e a mais efetiva era uma série de sugestões alternativas sobre como chegar a um objetivo desejado.<sup>53</sup> A psicoeducação com relação ao impacto da depressão sobre relacionamentos familiares é muito mais efetiva quando os participantes examinam, em um nível direto e emocional, a maneira como a depressão está afetando suas vidas e seus relacionamentos familiares. As mesmas informações apresentadas de maneira intelectualizada e desconectada são muito menos valiosas.<sup>54</sup>

## ALTRUIÍSMO

Existe uma antiga história hassídica de um rabino que teve uma conversa com Deus sobre o Céu e o Inferno. “Eu lhe mostrarei o Inferno”, disse Deus, e conduziu o rabino até uma sala com um grupo de pessoas desesperadas e famintas, sentadas ao redor de uma grande mesa circular. No centro da mesa, estava um grande prato de carne ensopada, mais do que o suficiente para todos. O cheiro do ensopado era então delicioso que deixou o rabino com água na boca. Ainda assim, ninguém comia. Cada pessoa ao redor da mesa tinha na mão uma colher com um longo cabo – longo o suficiente para alcançar o prato e tirar uma colherada de ensopado, mas longa demais para chegar à própria boca. O rabino viu que o sofrimento realmente era terrível e sacudiu a cabeça em compaixão. “Agora, eu lhe mostrarei o céu”, disse Deus, enquanto entravam em outra sala, idêntica à primeira – a mesma grande mesa redonda, o mesmo grande prato de ensopado, as mesmas colheres de cabo longo. Ainda assim, havia alegria no ar. Todos pareciam bem-nutridos, rechonchudos e exuberantes. O rabino não conseguia entender e olhou

para Deus. “É simples”, disse Deus, “mas exige certa habilidade. Veja, as pessoas desta sala aprenderam a se alimentar umas às outras!”\*

Nos grupos de terapia, bem como no céu e no inferno imaginados da história, os membros ganham por darem, não apenas por receberem ajuda como parte da seqüência recíproca de dar e receber, mas também por se beneficiarem com algo que é intrínseco ao ato de dar. Muitos pacientes psiquiátricos que começam a terapia estão desmoralizados e possuem um sentido profundo de não ter nada de valor para oferecer aos outros. Eles há muito se consideram um fardo, e a experiência de descobrir que podem ser importantes para outras pessoas é renovadora e aumenta sua autoestima. A terapia de grupo é peculiar por ser a única que oferece aos pacientes a oportunidade de beneficiar outras pessoas, e também estimula a versatilidade de papéis, exigindo que os pacientes se alternem nos papéis de receber e dar ajuda.<sup>55</sup>

E, é claro, os pacientes são imensamente úteis uns para os outros no processo terapêutico de grupo. Eles proporcionam apoio, tranquilização, sugestões, *insight* e compartilham problemas semelhantes entre si. Com frequência, é muito mais fácil que os membros do grupo aceitem observações de outro membro do que do terapeuta. Para muitos pacientes, o terapeuta permanece sendo o profissional pago. Os outros membros representam o mundo real, e pode-se contar com suas reações e seus comentários espontâneos e verdadeiros. Observando o curso da terapia retrospectivamente, quase

\* Em 1973, uma participante abriu o primeiro encontro do primeiro grupo para pacientes de câncer avançado distribuindo essa parábola para os outros membros do grupo. Essa mulher (sobre a qual já escrevi antes, referindo-me a ela como Paula West; ver I. Yalom, *Momma and the Meaning of Life* [New York: Basic Books, 1999]) esteve envolvida comigo desde o princípio em conceituar e organizar esse grupo (ver também o Capítulo 15). Sua parábola mostrou-se presciente, pois muitos membros se beneficiaram com o fator terapêutico do altruísmo.

todos os membros creditam importância aos outros membros em sua melhora. Às vezes, eles citam seu apoio e conselhos explícitos; em outras, referem-se ao simples fato de estarem presentes e permitirem que outras pessoas cresçam como resultado de um relacionamento facilitador e solidário. Com a experiência do altruísmo, os membros do grupo aprendem em primeira mão que têm obrigações para com aqueles de quem desejam receber carinho.

Uma interação entre dois membros de um grupo é ilustrativa. Derek, um homem na faixa de 40 anos, cronicamente ansioso e isolado e que recentemente entrou para o grupo, irritou os outros membros, rejeitando seus comentários e sua preocupação. Em resposta, Kathy, uma mulher de 35 anos com depressão crônica e problemas com abuso de substâncias, dividiu com ele uma lição fundamental em sua experiência com o grupo. Durante meses, ela rejeitou a preocupação de todos porque sentia que não merecia. Posteriormente, depois que outros membros disseram que a sua rejeição os agredia, ela tomou a decisão consciente de ser mais receptiva aos presentes que lhe ofereciam e logo observou, para sua surpresa, que havia começado a se sentir muito melhor. Em outras palavras, ela não apenas se beneficiou com o apoio recebido, como também por poder ajudar os outros a sentir que tinham algo de valor para oferecer. Ela esperava que Derek considerasse essas possibilidades para si mesmo.

O altruísmo é um fator terapêutico venerável em outros sistemas de cura. Em culturas primitivas, por exemplo, costuma-se atribuir a uma pessoa com problemas a tarefa de preparar um banquete ou realizar algum tipo de serviço para a comunidade.<sup>56</sup> O altruísmo desempenha uma parte importante no processo de cura em santuários católicos, como o de Lourdes, onde os doentes rezam não apenas para si mesmos, mas para outras pessoas. As pessoas precisam sentir que são necessárias e úteis. É comum alcoolistas manterem seus contatos do AA por anos após terem alcançado sobriedade total. Muitos membros relatam sua história de queda e recuperação pelo menos mil vezes e continuam a desfrutar da satisfação de oferecer ajuda aos outros.

No começo, os membros neófitos de grupos não gostam do impacto curativo dos outros membros. De fato, muitos possíveis candidatos resistem a qualquer sugestão de terapia de grupo com a questão: “como pode um cego conduzir outro cego?” ou “o que posso ganhar com outras pessoas que estão tão confusas quanto eu? Acabaremos nos afundando uns ao outros”. Essa resistência é mais bem resolvida explorando-se a auto-avaliação crítica do paciente. De um modo geral, um indivíduo que rejeita a perspectiva de obter ajuda de outros membros do grupo na verdade está dizendo: “eu não tenho nada de valor para oferecer”.

Existe outro benefício mais sutil inerente ao ato altruísta. Muitos pacientes que se queixam de falta de significado estão imersos em uma auto-absorção mórbida, que assume a forma de uma introspecção obsessiva ou de um esforço resoluto para se cumprir. Concordo com Victor Frankl, de que o sentido de significado na vida pode ser o resultado, mas que ele não deve ser deliberadamente perseguido: o significado na vida sempre é um fenômeno derivado, que se materializa quando transcendemos nós mesmos, quando esquecemos de nós mesmos e nos absorvemos em outra pessoa (ou algo) fora de nós mesmos.<sup>57</sup> O foco no significado da vida e no altruísmo é componente particularmente importante das psicoterapias de grupo para pacientes que enfrentam doenças médicas fatais, como o câncer e a AIDS.<sup>58</sup>

### **A RECAPITULAÇÃO CORRETIVA DO GRUPO FAMILIAR PRIMÁRIO**

A grande maioria dos pacientes que entram para grupos de terapia – com exceção dos que sofrem de transtorno de estresse pós-traumático ou de algum estresse médico ou ambiental – tem um histórico de uma experiência extremamente insatisfatória em seu primeiro e mais importante grupo: a família primária. O grupo de terapia se parece com uma família em muitos aspectos: existem figuras de autoridade/parentais, figuras de irmãos/fraternas, revelações pessoais profundas, emoções fortes e uma intimidade profunda, bem como senti-

mentos hostis e competitivos. De fato, os grupos de terapia muitas vezes são liderados por uma equipe de homens e mulheres terapeutas em um esforço deliberado de estimular a configuração parental ao máximo possível. Quando o desconforto inicial é superado, é inevitável que, mais cedo ou mais tarde, os membros interajam com os líderes e com outros membros de forma semelhante à suas interações com seus pais e irmãos.

Se os líderes de grupos forem vistos como figuras parentais, eles produzirão reações associadas a figuras parentais/de autoridade: alguns membros se tornarão desesperadamente dependentes dos líderes, a quem imbuem conhecimento e poder irreais, outros desafiarão os líderes cegamente, pois percebem-nos como controladores e infantilizadores, outros ainda terão medo deles, pois acreditam que querem privar os membros de sua individualidade. Alguns membros tentam dividir os co-terapeutas, na tentativa de incitar discordâncias e rivalidades parentais, alguns se revelam mais quando um dos co-terapeutas está ausente, e outros competem amargamente com os outros membros, esperando acumular unidades de atenção e carinho dos terapeutas. Alguns sentem inveja quando a atenção do líder se volta para outras pessoas, outros gastam sua energia em busca de aliados entre os outros membros para derrubar os terapeutas, enquanto outros negligenciam seus próprios interesses em uma tentativa aparentemente abnegada de satisfazer os líderes e os outros membros.

Obviamente, fenômenos semelhantes ocorrem na terapia individual, mas o grupo proporciona um número e uma variedade bastante maiores de possibilidades de recapitulação. Em um dos meus grupos, Betty, uma participante que havia passado dois encontros amuada, reclamou de não estar em terapia individual. Ela disse que se sentia inibida porque sabia que o grupo não poderia satisfazer as suas necessidades, e que conseguiria falar livremente sobre seus problemas em uma conversa particular com o terapeuta ou com qualquer um dos membros do grupo. Quando pressionada, Betty expressou sua irritação por achar que os outros eram favorecidos no gru-

po. Por exemplo, o grupo havia recentemente recebido bem outro membro que retornava de férias, ao passo que o seu retorno das férias havia passado despercebido pelo grupo. Além disso, outro membro do grupo foi elogiado por dar uma importante interpretação para um membro, ao passo que ela havia feito um comentário semelhante algumas semanas antes e ninguém havia notado. Há algum tempo, ela também vinha mencionando sua indignação crescente por ter que dividir o tempo com o grupo, sentindo-se impaciente quando precisasse esperar a sua vez e irritada sempre que a atenção se afastava dela.

Será que Betty estava certa? Será que a terapia de grupo era o tratamento errado para ela? Absolutamente não! Essas mesmas críticas – que tinham raízes em seus relacionamentos com seus irmãos – não constituem objeções válidas para a terapia de grupo. Pelo contrário, o formato de grupo era particularmente valioso para ela, pois permitia que a sua inveja e seu desejo por atenção viessem à tona. Na terapia individual – onde os terapeutas prestam atenção a cada palavra e preocupação do paciente e se espera que o indivíduo use todo o tempo disponível – esses conflitos específicos poderiam emergir somente tarde demais, ou nunca.

Todavia, o importante não é apenas que conflitos familiares precoces sejam revividos, mas que sejam revividos de *maneira corretiva*. A nova exposição sem reparo apenas torna pior uma situação que já era ruim. Não se deve permitir que padrões de relacionamento que inibem o crescimento se congelem no sistema rígido e impenetrável que caracteriza muitas estruturas familiares. Pelo contrário, devem-se explorar e desafiar continuamente os papéis fixos, estabelecendo regras básicas que incentivem a investigação de relacionamentos e o teste de novos comportamentos. Para muitos membros de grupos, discutir problemas com terapeutas e outros membros do grupo também é resolver negócios inacabados de há muito tempo. (O grau em que o trabalho com o passado deve ser explícito é uma questão complexa e controversa, a qual abordarei no Capítulo 5.)

## DESENVOLVIMENTO DE TÉCNICAS DE SOCIALIZAÇÃO

A aprendizagem social – o desenvolvimento de habilidades sociais básicas – é um fator terapêutico que opera em todos os grupos de terapia, embora a natureza das habilidades ensinadas e o grau em que o processo é explícito variem muito, dependendo do tipo de terapia de grupo. Pode haver uma ênfase explícita no desenvolvimento de habilidades sociais em, por exemplo, grupos que preparam pacientes hospitalizados para a alta ou grupos de adolescentes. Os membros do grupo podem ter que dramatizar como abordar um possível empregador ou convidar alguém para sair.

Em outros grupos, a aprendizagem social é mais indireta. Os membros de grupos de terapia dinâmicos, que têm regras básicas que estimulam comentários abertos, podem obter informações consideráveis sobre comportamentos sociais mal-adaptativos. Um membro pode, por exemplo, descobrir que tem uma tendência desconcertante de evitar olhar para a pessoa com quem está conversando, conhecer as impressões dos outros sobre a sua atitude arrogante e orgulhosa ou uma variedade de hábitos sociais que, sem a pessoa notar, tem atrapalhado os seus relacionamentos. Para indivíduos que não têm relacionamentos íntimos, o grupo muitas vezes representa a primeira oportunidade para um *feedback* interpessoal preciso. Muitos lamentam sua inexplicável solidão, e a terapia de grupo proporciona uma rica oportunidade para que os membros aprendam sobre como contribuem para o seu próprio isolamento e solidão.<sup>59</sup>

Um homem, por exemplo, que há anos estava ciente de que os outros evitavam contatos sociais com ele, descobriu na terapia de grupo que a sua inclusão obsessiva de detalhes mínimos e irrelevantes em suas conversas era desconcertante. Anos depois, ele me contou que um dos eventos mais importantes de sua vida foi quando um membro do grupo (cujo nome ele havia esquecido há tempos) lhe disse: “Quando você fala dos seus sentimentos, gosto de você e quero me aproximar, mas quando você começa a falar de fatos e detalhes, eu quero fugir da sala!”.

Não quero simplificar demais. A terapia é um processo complexo e obviamente envolve muito mais do que o simples reconhecimento e a alteração deliberada e consciente do comportamento social. Contudo, como mostrarei no Capítulo 3, esses ganhos são muito mais do que benefícios extras, eles muitas vezes são instrumentais nas fases iniciais da mudança terapêutica. Eles permitem que os pacientes entendam que existe uma discrepância enorme entre sua intenção e o seu impacto verdadeiro sobre os outros.<sup>Y</sup>

Freqüentemente, membros antigos de grupos de terapia adquirem habilidades sociais sofisticadas: sintonizam-se com o processo (ver Capítulo 6), aprendem como responder de forma útil aos outros, adquirem métodos de resolução de conflitos, são menos prováveis de julgar e mais capazes de experimentar e expressar empatia. Essas habilidades ajudam esses pacientes em interações sociais futuras, e constituem as bases da inteligência emocional.<sup>60</sup>

## COMPORTAMENTO IMITATIVO

Durante a psicoterapia individual, os pacientes podem sentar, caminhar, falar e até pensar como seus terapeutas. Existem evidências consideráveis de que os terapeutas influenciam os padrões de comunicação em seus grupos, modelando certos comportamentos, por exemplo, revelações pessoais ou apoio.<sup>61</sup> Nos grupos, o processo de imitação é mais difuso: os pacientes podem modelar-se a partir de aspectos dos outros membros do grupo e do terapeuta.<sup>62</sup> Os membros do grupo aprendem observando os outros a lidarem com seus problemas. Isso pode ser particularmente forte em grupos homogêneos que se concentram em problemas compartilhados – por exemplo, um grupo cognitivo-comportamental que ensina estratégias a pacientes psicóticos para reduzir a intensidade de suas alucinações auditivas.<sup>63</sup>

É difícil medir a importância do comportamento imitativo no processo terapêutico, mas a pesquisa social-psicológica sugere que os terapeutas podem tê-lo subestimado. Bandura, que há muito afirmou que a aprendizagem social não pode ser explicada adequadamente

com base no reforço direto, demonstrou de forma experimental que a imitação é uma força terapêutica efetiva.<sup>64</sup> Na terapia de grupo, não é incomum que um membro se beneficie observando a terapia de outro membro com uma constelação de problemas semelhante – um fenômeno geralmente chamado de terapia vicária ou por espectador.<sup>65</sup>

O comportamento imitativo geralmente desempenha um papel mais importante nos primeiros estágios de um grupo, à medida que os membros se identificam com os membros an-

tigos ou com os terapeutas.<sup>66</sup> Mesmo que o comportamento imitativo seja, em si, efêmero, ele pode ajudar a descongelar o indivíduo o suficiente para que ele experimente com o novo comportamento, o que pode dar início a um espiral adaptativo (ver Capítulo 4). De fato, não é incomum que, ao longo da terapia, os pacientes “experimentem” partes e aspectos de outras pessoas e os rejeitem por não se encaixarem neles. Esse processo pode ter um impacto terapêutico sólido. Descobrir o que não somos é progredir rumo a descobrir o que somos.