

GRUPO TERAPÊUTICO PARA JOVENS COM FOBIA SOCIAL

THERAPEUTIC GROUP FOR YOUNG PEOPLE WITH SOCIAL PHOBIA

*Laura Vilela e Souza*¹
*Manoel Antônio dos Santos*²

Souza LV, Santos MA. Grupo terapêutico para jovens com fobia social. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; 19(2): 269-280.

Resumo

São escassos os estudos qualitativos que buscaram reconhecer as especificidades do uso da modalidade de atendimento da grupoterapia para pacientes com fobia social. Objetivou-se nesse trabalho compreender o funcionamento de um grupo terapêutico com jovens diagnosticados com esse transtorno, atendidos em um hospital universitário. Por meio da análise dos momentos iniciais desse grupo, buscou-se reconhecer seu processo de formação e princípio, a partir dos comportamentos e interações estabelecidas pelos participantes. A primeira sessão desse grupo foi analisada a partir de um eixo vertical, identificando-se o conteúdo da fala dos participantes e os temas abordados ao longo de cada sessão; e um eixo horizontal, a partir do qual foi ressaltado o contexto de produção desses temas, o clima afetivo da sessão, a interação engendrada a cada momento e a seqüência de acontecimentos e conversas ao longo da sessão. O referencial teórico da Psicanálise embasou a análise do material. Foram percebidos, nessas sessões: a necessidade desses jovens de se comportarem sempre de acordo com a expectativa alheia, a exigência de perfeição, o medo excessivo de falhar ou errar, a necessidade excessiva de controle dos próprios sentimentos, a baixa auto-estima, sentimentos depressivos, sentimentos persecutórios, evitação dos contatos sociais e da intimidade nos relacionamentos. Esses aspectos foram evidenciados no grupo por meio da dificuldade dos participantes de se expressarem, da necessidade de cumprirem com as expectativas dos terapeutas, do receio de serem punidos, dos longos períodos de silêncio e da angústia que estes provocavam.

Palavras-chave: transtornos fóbicos; prática de grupo; Psicologia.

1 Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

2 Professor Doutor do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Correspondência para: Laura Vilela e Souza, Manoel Antônio dos Santos. Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes 3900, Monte Alegre. CEP: 14040-901. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: lacake@uol.com.br

Abstract

There are few qualitative studies that aimed to recognize the use of the group therapy in the treatment of social phobia. The purpose of this study was to understand the process of a group therapy for young adults diagnosed with SAD, attended in a university hospital. The focus of the analysis was the group beginning sessions, the participants' behaviors and interactions. The first session of the group was analyzed through a vertical axle, used to identify the contents of the participants' speeches, the subjects that they talked about in each session, the emotional context, and the participants' interactions. The horizontal axle analysis was used to identify the process of producing these subjects, the interactions at each moment, and the interactions that happened before and after the group. The Psychoanalysis theoretical approach was used in the analysis. The analysis showed: the need to behave exactly in the way that other people want them to, the demand for perfection, the enormous fear to make mistakes, the need to control their feelings, low self-esteem, depressive feelings, paranoid feelings, social contact avoidance, and intimate relationships avoidance. These aspects could be observed in the group in the following aspects: the difficulty of the participants to talk, in their need to fulfill the therapist needs, in their fear of punishment, in the long periods of silence and in the anxiety felt during these periods of silence.

Key words: phobic disorders; group practice; Psychology.

INTRODUÇÃO

A psicoterapia de grupo, com objetivos de promover mudanças na personalidade, nasceu nos Estados Unidos no século XX, tendo como um de seus pioneiros Joseph Pratt, que em 1905 reconheceu os benefícios psicológicos auferidos por um grupo de pacientes crônicos tuberculosos¹. Pratt, que era médico tisiologista, iniciava com uma aula sobre práticas de higiene e tuberculose, e abria a discussão com perguntas livres dos pacientes.

A partir dessa exitosa experiência, a utilização da psicoterapia de grupo foi ganhando novas formas. Em 1930, Louis Wender aplicou, em pacientes internados, conceitos da psicologia de grupo recém-propostos por Freud. Mas coube a um psicanalista, Paul Schilder, o pioneirismo da psicoterapia analítica de grupo. Um outro pioneiro, Jacob L. Moreno, cunhou o termo "psicoterapia de grupo" e criou uma técnica que denominou de psicodrama. Um outro autor importante na gênese histórica

da técnica da grupoterapia foi Samuel R. Slavson, que observou que crianças introspectivas eram beneficiadas pela interação grupal e ampliou seu trabalho também para adolescentes e adultos. Outros precursores foram Fritz Redl, que introduziu os grupos diagnósticos e contribuiu para a aceitação da prática grupal no meio psicanalítico, e Alexander Wolf, que iniciou a prática de sessões de grupo sem a condução de um psicoterapeuta.

Todavia, a expansão da utilização da psicoterapia de grupo só aconteceria durante a II Guerra Mundial, devido ao baixo número de psiquiatras disponíveis nos hospitais militares na Europa e na América do Norte. A princípio, a grupoterapia era teoricamente embasada em conceitos psicanalíticos e, posteriormente, em meados da década de 1950, novas e divergentes teorias começaram a permear o cenário, como, por exemplo, a análise transacional, a terapia centrada na pessoa, a Gestalt e a terapia existencial, entre outras. É nessa década que presenciamos a enorme ampliação de con-

textos nos quais a prática grupal é utilizada, sua gradual aceitação como forma válida de tratamento psicológico e a sistematização da teoria de grupos.¹

O que distingue um grupo de outro não seria sua essência, mas a sua finalidade. O *grupo terapêutico* tem como objetivo a busca de autoconhecimento de seus participantes e a promoção de mudança da personalidade.²

Segundo teóricos da grupalidade, as variáveis que favorecem um bom desempenho do grupo estariam relacionadas à habilidade do terapeuta em atender em grupo, aos objetivos propostos, à composição de seus participantes, às circunstâncias e o contexto de sua realização e à capacidade do terapeuta e dos demais membros de trabalhar em grupo, coordenando suas ações de forma colaborativa.³

Quanto aos objetivos, uma das primeiras tarefas do terapeuta ao planejar um grupo seria considerar os possíveis benefícios que ele se propõe a oferecer, levando-se em conta o estado de saúde, a condição psíquica, os problemas e as dificuldades apresentados pelas pessoas a serem assistidas.⁴

Com relação aos critérios de composição de grupos, vários autores buscaram reconhecer parâmetros mais funcionais em termos de psicodinâmica da população a ser atendida, diagnóstico, idade, gênero e classe social. Acredita-se que uma seleção de participantes mais criteriosa evita a alta taxa de atritos presentes em alguns grupos, além de prevenir alguns comportamentos grupais e diminuir a taxa de abandono do grupo.⁵

A homogeneidade e heterogeneidade entre os participantes do grupo influem substancialmente na integração de seus membros e no funcionamento do grupo como recurso terapêutico.⁶

O contexto de realização do grupo também influencia no seu bom andamento, levando-se em conta, por exemplo, se ele acontece dentro de uma instituição hospitalar, que tem suas próprias características e normas de

funcionamento, que podem favorecer ou dificultar que o grupo se forme e se mantenha no tempo.¹

A análise desses diversos aspectos estruturais e funcionais do enquadre grupal favorece o reconhecimento daquilo que colabora para que o grupo funcione, considerando-se os objetivos para os quais ele foi proposto. Nesse contexto, as sessões iniciais desempenham um papel vital na construção e evolução dessas variáveis.

Considerando esses pressupostos, somados ao fato de que são escassos os estudos qualitativos que buscaram reconhecer as especificidades do uso da modalidade de atendimento da grupoterapia para pacientes com fobia social, acredita-se que o estudo das sessões iniciais de um grupo terapêutico, em diálogo com a literatura da área, possa contribuir para o aprofundamento da análise sobre os fenômenos que emergem na formação de um grupo e seus passos iniciais, sobre a postura e o papel do terapeuta nesse processo e sobre as especificidades desse momento grupal em um grupo com jovens diagnosticados com Fobia Social.

Nessa direção, o presente trabalho teve por objetivo compreender o funcionamento de um grupo terapêutico com jovens universitários diagnosticados com fobia social. De maneira específica, buscou-se reconhecer o processo de formação e início desse grupo, os comportamentos e interações dos participantes e o clima emocional predominante.

MÉTODOS

O grupo sob investigação

O grupo terapêutico investigado foi proposto como recurso de atendimento aos jovens universitários diagnosticados com fobia social em tratamento ambulatorial em um hospital universitário.

Os participantes foram entrevistados individualmente, antes de serem encaminhados para o grupo. Buscou-se reconhecer nessas entrevistas a motivação para estar em grupo e a possibilidade de suportarem emocionalmente essa modalidade terapêutica, analisando esse último aspecto a partir dos critérios definidos pelas características necessárias para o atendimento psicoterápico breve, tais como: força e plasticidade do ego, capacidade de *insight* e gravidade dos sintomas.⁷ Como base nesses critérios foram selecionados oito jovens.

O grupo foi coordenado em esquema de co-terapia. Uma observadora silente esteve presente nos encontros para o registro, em tempo real, das falas dos participantes e dos terapeutas, além de anotar o clima emocional da sessão, intercorrências e sentimentos que ela vivenciou na observação do grupo. Essas anotações, feitas no calor da hora do acontecer grupal, forneceram o suporte empírico para a análise aqui empreendida.

Participantes

Os nomes aqui apresentados são fictícios, de modo a manter no anonimato a identidade dos participantes.

Participaram das sessões iniciais desse grupo: Luciana: 26 anos, estudante de um curso de graduação na área da saúde; Marcus: 25 anos, também estudante de um curso de graduação na área da saúde; Otávio: 28 anos, estudante de pós-graduação na área da saúde; Roberta: 21 anos, estudante de um curso de graduação na área de ciências exatas; Graziela: 23 anos, estudante de um curso de graduação na área da saúde; Pietra: 20 anos, estudante de um curso de graduação na área da saúde; Gustavo: 20 anos, estudante de um curso de graduação na área de humanas e Josiane: 22 anos, estudante de um curso de graduação na área de exatas. Estavam presentes também as duas terapeutas: Clara e Ana e a observadora Cíntia.

Escolha das sessões para análise

Após a leitura cuidadosa de todas as transcrições do grupo, optou-se por analisar a primeira sessão do grupo. A escolha por esse recorte se mostrou necessária, dada a vastidão de conteúdos e de possibilidades de análise. Os critérios que nortearam essa seleção do material levaram em consideração, primeiro, o objetivo do presente estudo de focalizar os primórdios desse grupo, e segundo, a riqueza de informações que essa sessão forneceu acerca da dinâmica de funcionamento desse grupo e de como os participantes se relacionaram entre si e com os terapeutas.

Essa sessão foi considerada pelos próprios participantes como desafiadora, sendo que, posteriormente, no desenrolar do processo terapêutico, os jovens muitas vezes mencionavam a superação dos desafios com que se depararam no início do grupo como “prova” de sua melhora e crescimento.

Análise do material clínico

O referencial teórico da Psicanálise embasou a análise do material, a partir da contribuição de Freud, Klein, Winnicott e Bion, considerados teóricos de referência na construção dos principais conceitos dessa escola de pensamento.

As sessões foram analisadas a partir de dois eixos: um vertical (conteúdo) e um horizontal (processo). No eixo vertical foram identificados, a partir do conteúdo da fala dos participantes e das terapeutas, os temas abordados ao longo de cada sessão. Assim, puderam ser destacados os diferentes tópicos abordados nessas sessões, buscando-se compreendê-los a partir da teoria psicanalítica sobre desenvolvimento, personalidade, grupos e fobia social. No eixo horizontal foi ressaltado o contexto de produção desses temas, o processo do grupo, ou seja, o clima afetivo da sessão, a interação engendrada a cada momento entre os participantes e a sequência de acontecimentos e conversas compartilhadas ao longo da sessão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os participantes estavam presentes na sessão. Após a fala da terapeuta Ana sobre o contrato terapêutico, o grupo ficou em silêncio e os participantes se mostraram bastante ansiosos. Luciana quebrou o silêncio ao se apresentar aos demais. Os participantes acompanharam a iniciativa de Luciana e se apresentaram.

O início do grupo costuma ser um momento ansiogênico, pois ainda não se conhece como é o grupo, quem são aquelas pessoas com as quais se compartilha um contexto não familiar e, principalmente, como devem se portar ali.⁶ Novo silêncio após a apresentação. Roberta se posicionou e começou a seguinte interação no grupo:

Roberta: *Aquele silêncio é horrível!*

Luciana: *Não sei se vocês tavam esperando isso* (que ela iniciasse a apresentação). *Algumas matérias que eu tenho têm técnicas de grupo e na aula era para as pessoas se apresentarem.*

Roberta denunciou o incômodo grupal, mencionando o quanto o silêncio “é horrível”. Já Luciana buscou, para enfrentar o desconhecido, um conhecimento anterior, aquilo que ela havia aprendido nas “matérias de técnicas de grupo”. Assim, ela tentou encaixar uma teoria conhecida em uma situação nova, buscando amenizar o desconforto em que todos se encontravam.

Bion⁸ afirma que só se pode aprender algo sobre o mundo se formos capazes de “aprender com a experiência”, ou seja, se formos capazes de experimentar o novo e lidar com as emoções que esse contato desencadeia. O novo assusta, provoca desconforto e incômodo, pois ameaça romper a ordem já estabelecida, mas é a única forma de expansão da mente. Para esse autor o crescimento mental se dá a partir da possibilidade das pessoas de experimentarem idéias novas, pontos de vista diferentes, abrandando as defesas psíquicas

que as impedem de entrar em contato genuíno com seus sentimentos, promovendo assim maior autenticidade e flexibilidade.² Todos no grupo estavam sendo convidados a viver esse novo, e a sessão continuou com os participantes expressando como eles usualmente se comportavam em situações novas:

Terapeuta Ana: *É interessante! Fica a expectativa de fazer o que os outros querem. Tem que se adequar à expectativa. Vocês sentem isso também?*

Roberta: *Sim, passa* (na cabeça) *o que os outros querem de você.*

Otávio: *Bloqueia o que você quer fazer porque você fica pensando no outro.*

Luciana: *Atrapalha bastante corresponder só ao que os outros esperam.*

Otávio: *Sinto cobranças, insegurança, inferioridade. Me sinto cobrado e inseguro. Boicotado.*

Luciana e Otávio apresentaram, nessas falas, o pavor que sentiam da opinião dos outros. Roberta confirmou a interpretação da terapeuta Ana de que eles estavam “na expectativa” de cumprir com o que os “outros queriam” deles.

A necessidade de ter que responder à expectativa alheia, assunto muito presente nesse grupo, remete à idéia de Winnicott⁹ da formação do *self*. Para esse autor, o bebê, em seu estado de total dependência da mãe, precisa ter uma experiência de segurança no mundo, que é adquirida por meio de uma *maternagem suficientemente boa*, que é a capacidade da mãe (ou do cuidador principal) de adequar-se às necessidades do bebê. Uma mãe suficientemente boa é capaz de introduzir a realidade para seu bebê por meio de frustrações em pequenas doses, que possam ser suportadas por seu ego prematuro. Com isso, o ego incipiente se fortalece pouco a pouco, podendo caminhar para uma dependência relativa com relação à mãe.

Nesse processo, o bebê vive – e a mãe permite que assim seja – uma relação de onipotência em relação ao mundo, acreditando que

tudo o que existe foi por ele criado. Essa experiência garante ao bebê uma sensação de ser fonte de experiências boas, e é considerada por Winnicott⁹ como a base para a criatividade humana e para o desenvolvimento da autoestima. Por meio desse processo seguro de integração do eu, no qual o bebê vai percebendo a diferença eu-outro de maneira gradual e não-intrusiva, acontece o desenvolvimento do *self*. Mais tarde, na medida em que amadurece, a pessoa será capaz de agir no mundo, de sentir-se potente para a construção dos objetos e das relações. Poderá exercer sua criatividade de maneira genuína e ser espontâneo.

Todavia, caso esse momento inicial da vida não permita esse caminho adequado de cuidado e crescimento do eu, porque a mãe não foi capaz de ser suficientemente boa, ou por alguma mudança brusca externa que separou a mãe do bebê ou impediu esse cuidado, a criança não chega a adquirir essa experiência de potencialidade e criatividade, e sofre ameaça de aniquilamento de seu *self*. Para se defender dessa experiência, passa a reagir ao ambiente. Ou seja, vai se tornar reativa ao que lhe acontece, de forma a garantir sua sobrevivência em um ambiente desfavorável ao pleno desenvolvimento de suas potencialidades. Metaforicamente falando, é aquele bebê que percebe as inadequações da mãe em seu cuidado e passa ele mesmo a cuidar da mãe, em uma inversão de papéis que trará conseqüências danosas ao seu amadurecimento.

Frente a essas condições adversas, a criança desenvolve o que Winnicott⁹ denominou de *falso self*, que ocupa o lugar do *self* verdadeiro. Sua maneira de ser no mundo passa a ser definida pelo que ela acha que os outros querem dela. Suas atitudes não são espontâneas e existe uma persistente sensação de vazio interno, pois mesmo o amor das pessoas vai ser sentido como falso, uma vez que acredita que as pessoas não amam o que ele é realmente, mas sim esse personagem que ela construiu para ser aceito no mundo e amado pelo outro.

Pode, inclusive, existir uma fantasia de ser alguém muito ruim, pois se até a mãe, de quem é esperado amor e aceitação incondicional, não conseguiu gostar dele, então deve ser porque ele é muito repulsivo, portanto, deve mesmo se esconder atrás de um falso *self*. Outra fantasia comum é a de que, se as pessoas se aproximarem demais, vão perceber que ele é um engodo, uma falácia, então deve ser mantida uma confortável distância emocional das pessoas, o que acaba por gerar isolamento humano e carência afetiva.

O indivíduo fóbico, quando está no meio de outras pessoas, não se sente bem, fica alheio aos acontecimentos e busca maneiras de escapar da situação.⁷ Não é possível agir, ser espontâneo, é necessário reagir conforme o que se acredita que é esperado de si.⁹ No grupo, Roberta, Otávio e Luciana descreveram esses elementos de falso *self*: a excessiva preocupação com a expectativa alheia, a pressão que sentiam para responder a essas expectativas, a impossibilidade de serem espontâneos e terem que esperar para saber o que o outro espera deles, antes de falarem ou fazerem algo.

A terapeuta Ana interpretou a transferência presente no grupo até o momento:

Terapeuta Ana: *Vocês não estão falando isso à toa! É o começo do grupo e estão se perguntando: "O que elas (terapeutas) esperam de nós?"*.

Com essa fala, a terapeuta parecia identificar, para os participantes, que as exigências que eles relatavam viver em sua rotina fora do grupo provavelmente encontravam-se presentes também ali dentro. Portanto, eles também estariam vivenciando essa cobrança com relação às terapeutas, buscando responder à expectativa que elas teriam com relação ao que eles deveriam fazer no grupo.

Os silenciosos até então eram Marcus, Graziela, Pietra, Gustavo e Josiane. Para Zimerman⁶, a pessoa com severas inibições fóbicas pode ficar em silêncio no grupo em razão de suas dificuldades, mas ainda que em

silêncio, pode estar participando da tarefa grupal, estando atenta e integrada ao que está acontecendo no grupo. O silêncio, todavia, pode ter outras funções no grupo, por exemplo, quando um participante monopoliza a atenção dos demais para si por meio do excessivo silêncio, ou quando significa uma atitude de hostilidade e indiferença com relação aos demais participantes e grupoterapeutas. Pode também ser uma defesa contra sentimentos difíceis que estão circulando no grupo, e a pessoa em silêncio pode ser porta-voz da resistência do grupo de abordar esses assuntos espinhosos.⁶

A sessão continuou com Luciana, Otávio e Roberta falando das cobranças que sentiam. Logo após algumas falas – sempre permeadas por momentos de silêncio – aconteceu a seguinte interação:

Terapeuta Clara: *E tem como fugir de falar a respeito daqui (grupo)?*

Otávio: *Sim, podia não ter falado nada. Você tem mil artifícios para fugir.*

Terapeuta Ana: *O que te fez vir hoje?*

Otávio: *Isso me prejudica muito (sintomas). Me tira a segurança desde os 14 anos. Preciso resolver.*

Até então o grupo falava dos mecanismos evitativos que eram utilizados para não ter que enfrentar o medo de lidar com o outro. No grupo, esses mecanismos, segundo Otávio, também poderiam aparecer por meio de “mil artifícios para fugir” desse enfrentamento. Todavia, se por um lado vinha a vontade de responder com evitação – ficando em silêncio ou até não vindo ao grupo – por outro apareceu a vontade de não ter mais que responder sempre a esses confrontos recorrendo à conhecida estratégia da evitação, ou seja, de não experimentar mais a ansiedade ou fobia social. Na fala de Otávio foi possível perceber essa ambivalência, ou seja, ele tinha a vontade de “resolver”, pois vivia esse sofrimento “desde os 14 anos”, e por outro lado, teria que lidar com o sofrimento gerado pelo confronto de seus próprios medos.

O estar no grupo parecia ser representativo desse conflito, pois eram pessoas que habitualmente evitavam os relacionamentos e que se propuseram a participar de uma modalidade de psicoterapia que iria colocá-los em relação com várias pessoas. Zimerman⁶ afirma que esse tipo de paciente “costuma regular a distância que deve manter das pessoas; nem longe demais, para não se perder do outro, e nem perto demais, para não se perder no outro” (p. 123).

Foi a intervenção da terapeuta Ana, apresentada acima, que favoreceu com que Otávio pudesse entrar em contato com seu desejo de enfrentar suas dificuldades. Ao perguntar “o que te fez vir hoje”, Ana apontou para Otávio que, ainda que ele estivesse enfatizando a sua maneira repetitiva de funcionar predominantemente com evitação, existia também um aspecto nele que buscava uma direção alternativa. Ou seja, o fato de ele ter ido para o grupo evidenciava sua capacidade de ocupar um papel mais ativo na vida.

Após algumas falas que se seguiram à manifestação de Otávio, Luciana afirmou:

Luciana: *O que é natural para os outros, para a gente é complexo. Eu procuro me excluir do que enfrentar a situação. Prefiro às vezes ficar em casa do que ir em uma reunião de amigos.*

Utilizando um critério subjetivo, Luciana separou as pessoas que não possuem fobia social (“os outros”) e as que possuem (“a gente”). Ao fazer essa diferenciação, ela definiu as características que são próprias do grupo das pessoas com ansiedade social, ou seja, “procurar se excluir” ao invés de “enfrentar a situação”, ou preferir “ficar em casa a sair com os amigos”. Além disso, Luciana entendia que as pessoas com fobia social achavam “complexos” os acontecimentos que seriam naturais para as demais pessoas, como sair e participar de uma “reunião de amigos”.

Se por um lado a busca por entender as especificidades das pessoas que apresentam fobias pode favorecer a estruturação de uma

compreensão do fenômeno e de uma proposta de intervenção profissional, por outro pode levar à construção de uma personalidade desviante aprisionada em seus sintomas – uma personalidade anormal, no sentido de estar excluída da normalidade. A classificação médica do Transtorno de Ansiedade Social – nomenclatura atual que substitui a Fobia Social – e a descrição psicanalítica da personalidade fóbica podem gerar discursos que são verbalizados, direta ou indiretamente, pelos participantes como formas de comprovação da fantasia de serem mesmo anormais, estranhos, justificando assim sua tendência ao isolamento ou a manutenção de um falso *self*.

O uso dessas intelectualizações foi muitas vezes percebido nas falas de Luciana, que, ainda que desejasse profundamente internalizar o bom recebido no grupo¹⁰ dizia não acreditar que fosse boa, que pudesse vir a receber algo de bom da vida ou oferecer algo de bom a alguém. Nessa mesma sessão ela afirmou que “até elogios vindo do professor eu não acredito”, o que, transferencialmente, pode ser entendido como expressão de sua desconfiança de que, na experiência do grupo, não acreditaria nos elogios que poderia ouvir das terapeutas ou dos demais participantes.

Posteriormente, nessa mesma sessão, Graziela se colocou no grupo:

Graziela: *O problema é você ir para o seminário, no começo. Depois flui. Começar que é o problema.*

Ao falar de como se comportava frente aos seminários que tinha que apresentar na faculdade, Graziela se referia também ao aqui-e-agora da situação grupal, dizendo que para ela o “começar que era o problema”, mas que “depois fluía”; então, a dificuldade ali seria por ser o primeiro dia do grupo, o seu começo, mas acreditava que depois o grupo fluiria. Neri¹¹ afirma que o primeiro encontro grupal, no qual os participantes se confrontam pela primeira vez, expressa a dificuldade que as pessoas têm de participar de grupos terapêuticos. Para esse

autor, apenas após algumas sessões os participantes são capazes de mostrar mais de si mesmos, passando a se sentirem mais seguros no grupo.

Em uma grupoterapia estão presentes ansiedades que podem ser depressivas, persecutórias, de aniquilamento, perda de amor, dentre outras, que podem mobilizar mecanismos de defesa, em cada participante e no grupo como todo.⁶ A terapeuta Clara buscou interpretar a ansiedade persecutória presente na sessão até esse momento:

Terapeuta Clara: *A pergunta de vocês parece ser: “Será que nesse grupo vou sentir ansiedade? No que vai dar esse grupo?”*

A sessão inicial de uma grupoterapia pode gerar fantasias e ansiedades que são próprias do novo que esse momento representa.⁶ São pessoas que se encontram pela primeira vez para iniciar um caminho juntas.

Logo após essa fala, a terapeuta Ana também tentou explicitar os questionamentos presentes no grupo:

Terapeuta Ana: *Vocês se perguntam se o que vocês sentem é normal, se todo mundo sente isso.*

Roberta: *É para saber se tá todo mundo no mesmo nível.*

Otávio: *Buscar solidariedade no sofrimento.*

Luciana: *Tem gente que não entende esse problema. Uma amiga minha queria estar dentro de mim para depois me ajudar. Mas ela nunca sentiu ansiedade.*

Terapeuta Ana: *É forte isso, uma vontade de ser entendido.*

Essa interação, que aconteceu nesse momento da sessão, mostrou de maneira muito sensível o movimento de aproximação que os participantes puderam fazer nesse primeiro encontro, a partir das identificações que estabeleceram entre si. Ana entendeu que os participantes estavam buscando perceber se as outras pessoas (do grupo e fora dele) também sentiam o que eles sentiam. A normalidade pa-

recia referir-se à igualdade de experiências, ao compartilhamento das características mencionadas até então no grupo: de cobrança, dificuldade de se relacionar, se sentir pressionado frente à expectativa de outrem.

A interpretação de Ana pareceu ter sido exitosa em expressar o sentimento de Roberta, Otávio e Luciana, a vontade deles de conhecer as pessoas com quem iriam partilhar aspectos pessoais, com quem dividiriam uma terapia, espaço considerado de extrema intimidade. Eles queriam saber quem eram essas pessoas, se eram “como eles”, seguindo a fala anterior de Luciana, ou se eram pessoas que “não entendiam” a dificuldade. A igualdade no grupo favoreceria com que eles se identificassem uns com os outros.

As falas desses três participantes trouxeram à tona as dúvidas, inseguranças e desejos que experimentavam ali no grupo. Estava presente a suspeita de que alguém no grupo poderia “não entender esse problema”, como acontecia em algumas circunstâncias da vida de Luciana, que afirmava que somente quem sentiu “a ansiedade” que ela sentia, conseguiria de fato ajudar. Roberta mostrou sua vontade de saber “se estavam no mesmo nível”, buscando reconhecer suas similaridades e diferenças. Otávio queria saber se as pessoas iriam ser “solidárias no seu sofrimento”.

Zimmerman⁶, a partir da conceituação dos vínculos feita por Bion¹², afirma que na experiência emocional entre as pessoas existe o vínculo do reconhecimento, que seria a necessidade inata dos seres humanos de serem reconhecidos por alguém, de existirem a partir do reconhecimento do outro.

Da literatura de grupos é possível resgatar a idéia de que os grupos homogêneos proporcionam uma maior identificação entre os participantes e, portanto, maior coesão grupal.^{5,13} Essa coesão favoreceria a tolerância de aspectos hostis no grupo, uma maior influência de um participante sobre o outro¹⁴, e a for-

mação de redes de apoio e socialização entre os participantes.¹⁵

A busca pelos “iguais” no grupo é a busca pela construção de um grupo no qual os demais vão compreender a experiência individual, portanto, atribuindo uma identidade semelhante a todos. Todavia, existe uma diferença entre poder se identificar com o outro, e assim poder se sentir próximo, afeiçoado, e se confundir com o outro, em um envolvimento do tipo fusional.

Klein¹⁶ pontuava que a identificação projetiva faz parte da vida de todos os seres humanos. Precisamos projetar algo de nós mesmos nos outros para nos identificarmos, criarmos laços, investirmos libido e criarmos ligações objetais. Assim, toda relação inclui essa identificação, que é a base para o desenvolvimento do amor entre as pessoas. Porém, o excesso de identificação projetiva impede que a pessoa reconheça o outro como um ser distinto, na sua alteridade, e passe a tratá-lo como uma extensão de si, em um tipo de vinculação simbiótica que cria a ilusão de fusão e que leva à profunda confusão de limites.

A fala de Luciana pareceu remeter a essa experiência, a amiga teria que “estar dentro dela para ajudar”, ou seja, precisaria “ser ela” para poder compreender o que ela está passando. Pode-se apreender nessa fantasia de incorporação a influência de mecanismos de identificação projetiva maciça, bem como outros elementos próprios da posição esquizoparanóide descrita e nomeada por Klein¹⁶. Nessa posição, há dificuldade de perceber a separação eu-outro, o bebê não é capaz de perceber-se diferente da mãe e, não entendendo a existência de um dentro e um fora (realidade externa), não é capaz de negociar com o meio aquilo de que necessita para nutrir seu mundo interno. No adulto isso se expressa na atitude de não perceber que o outro é uma pessoa separada de si, que não tem os mesmos pensamentos e não pode adivinhar os desejos e anseios que o outro sente.

Pessoas que funcionam predominantemente nessa posição mantêm uma postura de expectativa de que o outro saiba exatamente o que elas querem, sem ter que pedir, ou que o outro se comporte conforme elas imaginaram (e projetaram) que ele deveria se comportar. O medo de perceber-se separado da mãe, no caso do bebê, é pela perda da onipotência e pela aceitação de sua condição de ação sempre limitada no mundo, ou seja, ter que perceber que a realidade não vai se comportar sempre como ele gostaria ou desejaria. A adaptação à realidade exige do bebê, assim como do adulto, a maturidade para aceitar a frustração de perder esse lugar do “tudo posso”, e inclusive ter que lidar com as possíveis perdas dos objetos – se a mãe não é uma criação sua, mas uma pessoa separada de sua realidade psíquica, então ela pode ir embora a qualquer momento, pode deixá-lo.

Assim, o funcionamento esquizoparanóide, próprio dessa posição, remete aos momentos nos quais, mesmo na vida adulta, regredimos para uma condição de esperar do outro uma compreensão própria desse momento de ilusão simbiótica com a mãe. Para um bebê que não viveu essa experiência de forma satisfatória, pode existir uma negação dessa margem de diferença existente entre as pessoas, com mecanismos de defesa que tentam convencer a mente de que são todos iguais, no sentido de que o outro é tomado por minhas projeções. Luciana fala de “entrar dentro dela”, em uma fusão que proporcionaria a sensação de estar sendo entendida e cuidada. Ou seja, só serviria a mãe que não a frustrasse com a dura realidade de ser uma pessoa separada, falha, limitada e, portanto, humana.

Em um vértice transferencial, Luciana também estava falando da mãe-grupo, que precisaria cuidar dela de forma harmônica e eficiente, funcionando como um útero, onde o bebê recebe tudo o que precisa para manter sua homeostase, sem ter que fazer esforços. Essa forma de entender a fala de Luciana deriva também de outras sessões posteriores, nas quais

ela parecia se ressentir de que no grupo esse tipo de apoio não viesse de forma tão precisa e pronta com relação às suas necessidades, como se expressasse a sua raiva por uma mãe que não pôde realizar todas suas projeções; uma mãe que exige dela o reconhecimento e aceitação da alteridade.

No momento final dessa sessão, Roberta questionou, após um período maior de silêncio:

Roberta: *Por que tá silêncio de novo?*

Luciana: *Para ela descansar um pouco* (refere-se à observadora).

Terapeuta Ana: *Será que vocês tão achando que são pesados?*

Terapeuta Clara: *O receio de vocês é: “Será que vamos suportar esses seis meses aqui, juntos?”*

Roberta quis entender por que o silêncio voltou a aparecer no grupo. Luciana respondeu que era para que a observadora pudesse “descansar um pouco”. A observadora transcrevia manualmente, em tempo real, todas as falas dos participantes, e para Luciana o fato de eles ficarem em silêncio faria com que a observadora pudesse “descansar um pouco” de sua função. Ana interpretou a fantasia presente nessa fala de Luciana, ou seja, a de que os participantes seriam cansativos e pesados e, dessa forma, teriam causado algum mal à observadora, que precisaria parar para descansar.

A partir dessa interpretação, a terapeuta Clara indagou aos participantes se a pergunta latente no grupo não seria a de se “é possível suportar o grupo”, ou se o grupo não seria pesado demais para eles (e, contratransferencialmente, para as terapeutas).

Essa fantasia de “ser mau” pode ser entendida à luz da teoria kleiniana da posição esquizoparanóide. Nessa posição, o bebê não é capaz de perceber os objetos como totais e por isso relaciona-se com o mundo de forma maniqueísta, recorrendo à divisão parcial dos objetos, definindo-os como bons ou maus. Bons

seriam aqueles que lhe fazem bem e maus aqueles que o frustram. Assim, o bebê é incapaz de perceber que a mãe que o satisfaz – dá carinho, conforto, segurança, elimina sua dor e sacia sua fome – é a mesma que em muitos momentos o deixa só e insatisfeito, assolado por suas ansiedades paranóides.

Para Klein¹⁷ o bebê só irá superar essa cisão bom/mau quando alcançar a posição depressiva e puder perceber o objeto como total, introjetando-o como bom e mau ao mesmo tempo, tendo, doravante, que suportar a ambivalência entre amor e ódio, presente em todas as relações humanas. Para ocorrer essa passagem de posições, essa autora afirma que deve ter predominado nos primeiros meses de vida do bebê a experiência do objeto bom, de forma que ele foi capaz de introjetar esse bom criando a confiança nos objetos.

Quando o bebê tem a vivência do objeto mau, ainda na posição esquizoparanóide, ele sente intensa raiva desse objeto, podendo tentar destruí-lo em fantasia. Ao perceber que o objeto “destruído” por seu ódio é o mesmo objeto que ele ama e idealiza, o bebê experimenta a culpa depressiva, que leva a tentativa de reparar o dano infligido ao objeto. Uma mãe que consiga mostrar ao bebê que foi capaz de sobreviver ao seu ataque fantasioso diminui a fantasia inconsciente de ter sido terrível. Todavia, se a mãe mostra-se destruída por esse ódio – supondo, por exemplo, que algo externo tenha acontecido que tenha feito com que a mãe se afastasse concretamente do cuidado do bebê, ou uma mãe que por razões emocionais não conseguiu cuidar da criança – reforça no bebê a fantasia de ser terrível, de ter destruído o objeto amado e de merecer punição por sua destrutividade.

Portanto, esse parecia ser o desafio desse grupo. Suportar essas angústias iniciais e oferecer um espaço de reconstrução da própria história, redescobrendo as defesas e ansiedades que geraram a psicopatologia e aprendendo a reconhecer e administrar suas limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise aprofundada da sessão grupal revelou aspectos importantes sobre o funcionamento do grupo e sobre as características de seus participantes. Puderam ser percebidos os elementos ressaltados pela literatura da área como próprios do início de um grupo terapêutico, tais como: a dúvida sobre como deveriam se comportar em uma grupoterapia; o receio de se expor e a angústia frente ao desconhecido.

E também apareceram elementos descritos na literatura psicanalítica como próprios das pessoas com ansiedade ou fobia social: a necessidade de se comportar de acordo com a expectativa alheia, a exigência exagerada de perfeição, o medo excessivo de falhar ou errar, a necessidade de controlar os próprios sentimentos, a baixa auto-estima, sentimentos persecutórios, evitação dos contatos sociais e da intimidade nos relacionamentos.

Esses aspectos estavam presentes no grupo e puderam ser evidenciados na dificuldade dos participantes de se expressarem espontaneamente, na necessidade de cumprirem com as expectativas dos psicoterapeutas, no receio de serem punidos e nos longos períodos de silêncio, bem como na angústia que estes desencadeavam.

REFERÊNCIAS

1. Scheidlinger S. História da psicoterapia de grupo. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 6-13.
2. Fernandes WJ. O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos. In: Fernandes WJ, Svartman B, Fernandes BS, editores. *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 43-55.
3. Weiner MF. Papel do líder na psicoterapia de grupo. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 72-84.
4. Bechelli LP, Santos MA. *Psicoterapia de grupo: noções básicas*. Ribeirão Preto: Legis Summa; 2001.
5. Salvendy JT. Seleção e preparação dos pacientes e organização do grupo. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 63-72.
6. Zimmerman DE. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
7. Zimmerman DE. *Manual da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Bion WR. *Aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago; 1997. (Trabalho original publicado em 1962).
9. Winnicott DW. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. p. 128-39. (Trabalho original publicado em 1960).
10. Klein M. Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In: *Funcionamento Mental. Inveja e gratidão – e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 268-79. (Trabalho original publicado em 1958).
11. Neri C. *Grupo: manual de psicanálise de grupos*. Rio de Janeiro: Imago; 1999.
12. Bion WR. *Experiências com grupos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1975. (Trabalho original publicado em 1961).
13. Kutash IL, Wolf A. Psicanálise em grupos. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 108-17.
14. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1995.
15. Klein RH. Short-term group psychotherapy. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive group psychotherapy*. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, p. 256-70.
16. Klein M. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: *Inveja e gratidão – e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 280-97. (Trabalho original publicado em 1959).
17. Klein M. Amor, culpa e reparação. In: *Amor, culpa e reparação – e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 346-84. (Trabalho original publicado em 1937).

Artigo recebido em: 30 de junho de 2009.
Artigo modificado em: 15 de agosto de 2009.
Artigo aceito em: 28 de agosto de 2009.