

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas / Unicamp; para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental, a qual se submeteu o médico Sérgio Luiz Saboya Arruda. Campinas, 08 de Dezembro de 1991.

Prof. Dr. Roosevelt M. S. Cassorla
Orientador

Sérgio Luiz Saboya Arruda

VIVÊNCIAS CLÍNICAS DE UM GRUPO DE MÃES, CUJOS FILHOS ESTÃO EM LUDOTERAPIA

Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Orientadores:

Prof. Dr. Roosevelt ^{M. S.} Moisés Smeke Cassorla
Prof. Dr. Miguel de la Puente

Campinas — 1991

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL – UNICAMP

Ar69v Arruda, Sérgio Luiz Saboya
Vivências clínicas de um grupo de mães, cujos filhos estão em ludoterapia/Sérgio Luiz Saboya Arruda. – Campinas, SP: [s.n.], 1991.

Orientadores: Roosevelt Moisés Smeke Cassorla,
Miguel de la Puente.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental infantil. 2. Ludoterapia. I. Cassorla,
Roosevelt Moisés Smeke. II. Puente, Miguel de la. III. Univer-
sidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

20. CDD – 618.928 917
– 618.928 915 2

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde mental infantil 618.928 917
2. Ludoterapia 618.928 915 2

“O caminho para as origens leva, em todo o lado, à barbárie, e quem se ocupa dos Gregos deve lembrar-se sempre de que o desejo imoderado do saber é, em si e em todos os tempos, tão bárbaro como o ódio ao saber, e de que os Gregos domaram o seu instinto de conhecimento, em si insaciável, mediante a consideração pela vida e mediante uma necessidade de vida ideal — porque o que aprendiam logo o queriam viver.” (NIETZCHE. 1873, p.20)

“Rumo a rumo de lá, mas muito para baixo, é um lugar. Tem uma encruzilhada. Estradas vão para as Veredas Tortas (...) Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas — mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão. (...) O senhor ouvindo seguinte, me entende. (...) o senhor escute, me escute mais do que eu estou dizendo; e escute desarmado. (...) Compadre meu Quelemém me hospedou, deixou meu contar minha história inteira. (...) Existe é homem humano.” (GUIMARÃES ROSA. 1956)

Aos meus pais.
a Regina, Rose e Sônia

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla e ao Prof. Dr. Miguel de la Puente, por criativamente haverem me incentivado, me apoiado, me acreditado, arquitetando a essência deste estudo.

Ao Prof. Dr. Maurício Knobel, cujos conhecimentos, idéias e capacidade empreendedora deixaram ensinamentos indelévels em mim, neste trabalho e no Setor Infantil.

À Profª Drª Lídia Straus, por haver-me introduzido e guiado-me no atendimento às crianças e na carreira universitária; confiando e ajudando-me.

À Profª Eloisa Helena Rubello Valler Celeri, pelo apoio amigo, pela coordenação serena do Setor Infantil, introduzindo-me os grupos de crianças e de pais, propiciando-me tranqüilidade e condições de pesquisa.

Ao Prof. Dr. Antonio Muniz de Rezende, cuja lucidez e visão forneceram importantes fundamentos para a realização deste estudo; à Profª Sonia Novaes de Rezende, por haver-me permitido perceber mais profunda e belamente as crianças.

À Profª Drª Rachel Vilela Fávero, ao Prof. Dr. Luiz Alberto Magna, à Profª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, ao Rubem Alves, Alicia Beatriz Dorado de Lisondo e Vera Engler Cury, pelas importantes ponderações e contribuições.

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto de Sousa, culto companheiro destes caminhos, desassossegadamente, tão próximos.

Aos Professores e Doutores Dorgival Caetano, Egberto Ribeiro Turato, Joel Sales Giglio, Mara Aparecida Alves Cabral, Maria José Franklin Moreira, Neury José Botega, e aos demais colegas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, e a todos seus funcionários, pela convivência amigã e enriquecedora.

Aos meus pais, por tudo quanto a eles devo e sou; a Sheila de Lunafreire Guimarães, pela amizade e pelo trabalho pioneiro compartilhados; ao Sérgio Radomile (in memoriam) e ao Dr. Bernardo Blay Neto, por ajudarem-me a compreender-me e

a auxiliar-me; à Prof^ª Maria Benedita Santoro, por haver-me conduzido pelas veredas da nossa amada língua.

Aos psicólogos Carla Beatriz de Souza, Prof. Paulo Rennes Marçal Ribeiro e Roberto Benedito de Paiva e Silva, e às assistentes sociais Maria de Fátima de C. Francozo e Regina Célia Tamasso Mioto, os quais, sob a coordenação do Prof. Roosevelt, muito me auxiliaram, discutindo este estudo, apoiando-me.

À bibliotecária Marisabel Regina Rodrigues do Amaral, pela atenciosa colaboração no referente à bibliografia.

À Sra. Susan Ozorio de Almeida, pelo abstract; à Sra. Maria Luiza do Espírito Santo Silva, pela elaboração da ficha catalográfica; e a Sandra Aparecida Moreno, pelo auxílio nas questões administrativas intrínsecas à pós-graduação.

A Maria Conceição Romualdo, pela editoração eletrônica deste trabalho.

Às crianças, aos pais e mães atendidos no Setor Infantil, e a todos os seguintes companheiros e colegas, cujo trabalho, esforço, sensibilidade, denodo e perseverança permitiram o desenvolvimento dos grupos realizados no Setor Infantil: Maria da Glória Duarte Miranda, Margareth Brigante, Vera Lúcia de Campos, Denise Sampaio Nobre Martins, Marta Togni Ferreira Ordoñez, Denise Helena Pires Therezo, Herlene Person Romano Marot, Marilda Botega, Julie Mayumi Hiraide, Lucila Efliana Moreira Sandoval, Maria do Carmo de Oliveira Silva, Rute Mariano, Sandra Lopes Cavalcanti, Sirlene Aparecida Nascimento Lima, Ana Maria Neder de Almeida, Cristina Cunha Hori, Priscila Bearzotti Pires Chakkour, Fátima Cristina Ruberti, Ivana Aparecida Ribeiro Nysiyamamoto, Maria Isabel Costa Melo, Maria Luisa Gazabim Simões, Rosana Terenzi Neuenschwander e Silvana Gonçalves Monteiro Santos.

Por fim, a Solange Aparecida da Costa Barros e Antonio Carvalho de Ávila J., cuja participação e colaboração foram fundamentais e decisivas neste estudo, e, em especial, a Regina Célia Ciriano Calil, Rosemari Urbano Wrany e Sônia Maria Graça de Alencar, por compartilharem, profunda e generosamente, os momentos angustiantes e recompensadores deste trabalho, ajudando-me a construí-lo.

SUMÁRIO

	pág.
Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
Cap. I – O Contexto Ambulatorial do Setor de Saúde Mental Infantil da Unicamp	11
I.1 - O Setor de Saúde Mental Infantil	11
I.2 - Principais Diretrizes	12
I.3 - Funcionamento do Ambulatório	14
I.4 - Acerca da População Atendida	15
Cap. II – Os Grupos de Pais e de Crianças Desenvolvidos no Setor de Saúde Mental Infantil	17
II.1 - Objetivos dos Grupos de Pais	17
II.2 - Formação e Desenvolvimento dos Grupos	18
II.3 - Os Grupos de Encontro de Mães	23
II.4 - Os Grupos de Ludoterapia	30
Cap. III – Ilustração do Funcionamento e do Desenvolvimento de um Grupo de Acompanhamento de Mães	34
III.1 - Preparação do Grupo e Convenções	36
III.2 - A Primeira Reunião	39
III.3 - Algumas Preocupações Iniciais das Mães	41
III.4 - Algumas Reações das Mães ao Funcionamento Proposto ...	52
III.5 - Alguns Aspectos Técnicos, Teóricos e Clínicos Afins	66

III.6 - Lutos e Revoltas: Momentos Críticos	86
III.7 - Término	102
Cap. IV – Incursões em Assuntos Afins	122
IV.1 - “Um Monte de Roupa para Lavar e Só Eu”	122
IV.2 - “Uma Nuvem de Silêncio”	128
IV.3 - “Acaba Melhorando para a Menina e me Prejudicando” ...	134
IV.4 - “Ele Não se Liga na Minha Preocupação”	140
IV.5 - “A Gente que é Mãe Não Sabe onde está Errando”	149
IV.6 - “Ser Mãe às vezes É Tão Difícil”	158
Cap. V – Considerações Sinópticas	164
Referências Bibliográficas	169

RESUMO

Os grupos de acompanhamento de mães, realizados no ambulatório do Setor de Saúde Mental Infantil da Unicamp, originaram-se de desdobramentos da aplicação de algumas diretrizes de saúde mental de crianças recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. São destinados às mães de crianças em ludoterapia grupal, buscando proporcionar-lhes espaço próprio para conversarem e compreenderem, dentro de certos limites, algumas fantasias, angústias, defesas e reações perante os sintomas, o crescimento, o desenvolvimento e o processo de ludoterapia dos filhos, e perante o relacionamento mãe-filho. Embora se apoiem em referenciais psicodinâmicos e possam ter repercussões psicoterapêuticas, não se trata de grupo de orientação, de aconselhamento, ou de psicoterapia.

No presente estudo, apoiamos-nos no método clínico, e objetivamos discorrer acerca das vivências clínicas de um grupo de acompanhamento de mães. Nos dois primeiros capítulos, relatamos, sucintamente, o contexto ambulatorial do Setor de Saúde Mental Infantil e o desenvolvimento dos grupos de pais e de crianças realizados neste serviço. Em seguida, descrevemos e ilustramos o funcionamento e a evolução de um grupo de acompanhamento. No capítulo quarto, comentamos alguns temas significativos para uma melhor compreensão das fantasias, angústias, defesas e reações das mães relacionadas aos filhos, à dinâmica mãe-filho e à ludoterapia. Por fim, procuramos sintetizar as principais idéias a respeito da prática clínica com os grupos de acompanhamento de mães.

ABSTRACT

The parallel groups of mothers, meeting in the out-patient clinic of the Child Mental Health Service of the State University of Campinas, put into practice some of the guidelines for child mental health recommended by the World Health Organization. They are intended for the mothers of children in group psychotherapy in an attempt to provide them with an opportunity to talk and to understand, within certain limits, some of their phantasies, anxieties and reactions regarding the symptoms, growth, development and the process of psychotherapy of their children, as well as the mother-child relationship itself. Although supported by a psychodynamic frame of reference and with possible psychotherapeutic repercussions in the mothers, in no way does this purport to be either an orientation, counselling or psychotherapeutic group.

In this study, the clinical method is used in order to relate the clinical experience of a parallel group of mothers. In the first two chapters, a concise account of the out-patient clinic of the Child Mental Health Service and of the development of the parent and the child group is presented. The functioning and evolution of a parallel group are then described and illustrated. In the fourth chapter, certain significant topics are commented on in order to achieve a better understanding of the phantasies, anxiety, defences and reactions of the mother with regard to her child, to the mother-child relationship and to the psychotherapeutic process. Lastly the main ideas concerning clinical practice with the parallel groups of mothers are summarized.

INTRODUÇÃO

“A new generation of mental health workers has emerged. Many of them are in developing countries. Through accident or design, because of the necessity and because of humanitarian striving, they are creating a new approach to psychiatry, a new body of knowledge, which is suitable for poor countries (...) The rebirth of a useful doctrine for mental health care needs to be accompanied by an essential reorganization of much of mental health research”.¹ (SARTORIUS, 1983, p.3-4)

No último decênio, temos nos dedicado continuamente, intensamente, a várias atividades de assistência, de ensino e de pesquisa no Setor de Saúde Mental Infantil do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp. Tal estado de trabalho e de alma, somente, nos é possível por possuímos para com os docentes e demais profissionais e alunos vinculados ao Setor Infantil e ao Departamento, e para com as crianças e os pais nele atendidos, objetivos comuns, um contínuo conviver, uma significativa empatia e identificação, e por compartilharmos dificuldades, desafios e angústias afins.

Por conseguinte, os capítulos e parágrafos meritórios e proveitosos deste trabalho são, em certo sentido, escritos em co-autoria com crianças e pais, com os vários professores e colegas do Departamento — especialmente, com os companheiros do Setor Infantil, com os orientadores e supervisores, com os psicoterapeutas, cuja compreensão e paciência, em nível individual e grupal, têm nos permitido melhor

¹ *“Uma nova geração de profissionais especializados em saúde mental está emergindo. Muitos deles encontram-se nos países em desenvolvimento. Acidentalmente ou por meio de planejamento, devido à necessidade e ao empenho humanitário, eles estão criando um novo enfoque à psiquiatria, um novo corpo de conhecimentos, mais apropriado para países pobres (...) O renascimento de um adequado conjunto de princípios e de conhecimentos para a assistência em saúde mental necessita de ser acompanhado por uma reorganização essencial da pesquisa em saúde mental”. (Tradução do autor.)*

conhecimento pessoal e capacitação profissional. O sujeito nós é inerente ao sentimento de gratidão, aos trabalhos efetuados em equipe, em grupo, ao humano. Não obstante, pedimos a todos esses co-autores a compreensão pelos equívocos, por mim, neste estudo, cometidos, e pela divergência de opiniões e de pensamentos. Essa é outra realidade dos grupos, das equipes. Além disso, em uma tese, embora apoiemo-nos nas preciosas supervisões do orientador, infelizmente, havemos de escrevê-la e defendê-la pessoalmente.

No Setor de Saúde Mental Infantil, a assistência não se restringe, exclusivamente, ao âmbito das crianças. O lidarmos com seres humanos em crescimento, em desenvolvimento e, em proporção variável, dependentes dos pais implica um atendimento peculiar e complexo. Na assistência, precisamos de considerar filhos e pais, necessitamos de equipes multidisciplinares e multiprofissionais sensíveis e flexíveis aos psicodinamismos e às interrelações das crianças com os pais, os familiares e o meio ambiente.

Em consonância com algumas diretrizes de saúde mental de crianças recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1975, 1984; WHO, 1977), para os países em desenvolvimento, havemos diversificado as modalidades assistenciais do Setor Infantil, estendendo-as aos pais e incluindo atendimentos em grupo. Todavia, em alguns desses programas, enfrentamos sérias dificuldades devido às lacunas de conhecimentos, aos obstáculos provenientes da própria adaptação ao contexto assistencial do Setor Infantil, e à inexistência de estudos capazes de avaliá-los, de aprofundá-los, e de mais bem compreendê-los.

A fim de dirimir parcelas destas dificuldades, comuns aos grupos de pais e de crianças desenvolvidos no Setor Infantil, realizamos, anteriormente, alguns estudos, juntamente com outros colegas (ARRUDA *et al.*, 1988a, b; VALLER *et al.*, 1989). Outrossim, há dois anos, efetuamos dissertação de mestrado (ARRUDA, 1989) a respeito dos grupos de encontro de mães destinados a mulheres, cujos filhos não estão recebendo nenhum tipo de assistência no Setor Infantil.

No entanto, os denominados grupos de acompanhamento, destinados às mães de crianças em grupoterapia lúdica, continuavam necessitando de estudo mais pormenorizado e aprofundado. Nestes grupos de acompanhamento, as mães — em vez de aguardarem, angustiadamente, ociosamente, os filhos, no páteo de espera — reúnem-se, em sala diferente da ocupada pelas crianças, com uma equipe de profissionais para falarem do relacionamento com os filhos, das próprias preocupações, incertezas e ansiedades advindas do desenvolvimento e do processo terapêutico das crianças, procurando, dentro de certos sentidos e limites, compreender os psicodinamismos deste relacionamento e destas reações.

Na presente tese, objetivamos, precipuamente, dissertar a respeito das vivências clínicas de um grupo de acompanhamento de mães, descrevendo-lhe, ilustrando-lhe, comentando-lhe, tentando compreender-lhe o funcionamento, os conteúdos e os dinamismos grupais.

Aspecto significativo do atual trabalho é ser decorrência de uma prática clínica, nela ocorrendo e por ela sendo conduzido. Para podermos compreender determinadas questões concernentes ao método empregado nesta tese, é-nos oportuna a recapitulação de algumas dúvidas e angústias, assinaladas na dissertação de mestrado acerca dos grupos de encontro de mães, pois, neste último estudo, ambientamo-nos com o método clínico, pudemos conhecê-lo um pouco mais bem, introduzimos-lhe algumas modificações, revimos concepções próprias a respeito da ciência.

Retrospectivamente, admitimos haver sido educado e formado sob a influência das ditas ciências naturais ou empírico-formais. Para nós, até há pouco tempo, a cientificidade de uma pesquisa dependia, fundamentalmente, do emprego de um referencial conceitual caracterizado por apoiar-se na observação, na experimentação e na verificação dos fenômenos, a fim de explicá-los segundo a lógica positivista, a fim de comprová-los ou rejeitá-los, por meio de técnicas estatísticas ou equações matemáticas. No entanto, a prática assistencial, no ambulatório do Setor Infantil,

associada à própria psicoterapia pessoal, propiciava-nos compreensões do humano e de nós mesmos, muitas vezes, não condizentes com os preceitos das ciências da natureza. Íamos sendo levado a questionarmos a negligência para com o inconsciente, com o afetivo, com as relações interpessoais. O pesquisador das ciências empírico-formais é, não poucas vezes, transformado em uma máquina fria, racional, desprovida de afetos, de angústias e de desejos. Assim, em princípio, era-nos difícil, a partir dos pressupostos das ciências naturais, delinear um projeto e um procedimento satisfatório para estudarmos os grupos de mães, para compreendermos fenômenos humanos e grupais, polissêmicos e dinâmicos. Como poderíamos pretender isolá-los, classificá-los, compará-los, dissecando-os, medindo-os? Não estaríamos empobrecendo os seres humanos ao tentarmos reduzi-los a coisas, a variáveis com o intuito de quantificá-las? Ser-nos-ia possível e aconselhável lidarmos com os seres humanos, como são manipulados os objetos e materiais físicos?

As seguintes ponderações e perquirições, sumariamente relatadas, conduziram-nos a novos caminhos e modos de compreender as ciências e os métodos:

- a. As duas categorias fundamentais de ciências de WINDELBAND (MANNHEIM, 1959; SANTOS, 1979, [s.d.]): as "ciências nomotéticas", as quais visam à formulação de leis ou teorias, e as "ciências ideográficas", as quais objetivam estudar os fenômenos como acontecimentos singulares, únicos, capazes de conter dentro de si, tal como ocorre no ideograma da escrita chinesa, as próprias idéias e significações. Segundo esta última categoria, é-nos igualmente científica a análise de um único grupo de mães, sem a obrigatoriedade de compararmos vários grupos, de elaborarmos hipóteses iniciais, comprovando-as ou rejeitando-as, de enunciarmos leis.
- b. As ponderações de LADRIÈRE (1977, p.34) acerca dos signos e dos conceitos nas ditas ciências humanas ou hermenêuticas: estas *"devem tomar como modelo as ciências da natureza ou se acham numa situação particular que as obriga a recorrer a outros métodos? (...) O problema então se coloca: como*

estudar cientificamente, isto é, do ponto de vista de um saber que se pretende crítico, fenômenos que incluem, em si mesmos, a presença de significações?”, como acontece com os seres humanos, com os grupos. LADRIÈRE (1977, p.40) prossegue: “Existe diferença entre o círculo [metodológico das ciências humanas] e o círculo metodológico das ciências empírico-formais? Parece que sim. Com efeito, a pré-compreensão hermenêutica não visa tão-somente a um esquema operatório, como no caso das ciências empírico-formais, mas visa à subjetividade, suas intencionalidades, um dinamismo intencional”. Estas questões são retomadas e repensadas por REZENDE (1987, p.23): “As ciências humanas se diversificam pela maneira mais ou menos objetiva como falam do sujeito”. Este último autor, ao analisar as ciências formais e as ciências empírico-formais, coloca na racionalidade e na realidade os respectivos critérios de cientificidade: e ao indagar-se a respeito do critério de cientificidade das ciências humanas, responde: “A criticidade. Isto porque estamos lidando com o fenômeno humano que, como tal, é polissêmico” (REZENDE, 1987, p.23). Assim, a garantia de cientificidade das ciências humanas não está na coerência racional, nem na correspondência com a realidade, mas no confronto das interpretações, na procura do consenso, na possibilidade de exercermos a crítica². Fundamentalmente, interessa-nos a compreensão dos fenômenos humanos, a respectiva crítica e conexão de sentidos, não havendo, obrigatoriamente, a necessidade de testarmos, provarmos ou comprovarmos hipóteses em um trabalho de ciências humanas.

A leitura e o estudo gradativo das seguintes teses de mestrado: FINI (1974); SALAMONDE (1981); CABRAL (1982); GUIMARÃES (1984); PITTA-HOISEL (1984); PEREIRA (1989); VALLER, (1989); e DALGALARRONDO (1990):

² “Para J. Ladrière, a crítica é um recuo em direção do momento originário da existência e também um mergulho na obscuridade do futuro (...), consiste “num discernimento, num esforço de separar o que pode ser reconhecido como válido daquilo que não o é, a fim de reencontrar as orientações autênticas das intencionalidades constitutivas”.” (PEGORARO, 1978, p.9)

e de doutorado: FÁVERO (1972); CASSORLA (1981); CABRAL (1985); STRAUS (1985); SOARES (1986). TURATO (1988); BOTEGA (1989); SOUSA (1991); e de tese para professor catedrático: CORTESÃO (1981) trouxeram-nos valiosas contribuições. Primeiramente, realçaram-nos o dinamismo dos métodos empregados, os quais sempre apresentam algo de pessoal e de específico para cada autor, a revelar-nos peculiaridades e originalidades perante as dificuldades intrínsecas de cada conjunto de objetivos e de circunstâncias. Em segundo lugar, permitiram-nos perceber certa flexibilidade na estrutura formal destes trabalhos, nos modos de apresentar-se e de dividir-se os capítulos. Novamente, ruía, dentro de nós, a imagem idealizada da ciência impessoal e unívoca de verdades e métodos absolutos.

“Cientistas das chamadas ciências exatas freqüentemente se riem dos seus companheiros das ciências humanas e chegam mesmo a perguntar se tais ciências são mesmo ciências. A questão, entretanto, está mal colocada. O rigor das ciências da natureza não se deve, em absoluto, a que elas sejam mais rigorosas e seus métodos mais precisos. Acontece que o bicho com que elas lidam é muito doméstico, manso, destituído de imaginação, faz sempre as mesmas coisas, numa rotina enlouquecedora, freqüenta os mesmos lugares (...) O rigor de uma ciência é diretamente proporcional à rotina do objeto”. (ALVES, 1985, p.97-98)

Na dissertação de mestrado referente aos grupos de encontro de mães, foi-nos possível aplicarmos algumas idéias decorrentes destas perquirições e ponderarmos acerca desta prática. Mais recentemente, quando planejavamos a atual tese de doutorado, viemos a apoiarmo-nos nas seguintes pressuposições:

- a. As origens, as intenções, o desenvolvimento e a consecução deste trabalho ligam-se, intrinsecamente, a nós, aos contextos e às atividades clínico-assistenciais do Setor de Saúde Mental Infantil da Unicamp.
- b. Os fenômenos humanos e grupais empobrecem-se, quando os reduzimos à

condição de matérias imutáveis, invariáveis, unívocas, desprovidas de afetos, angústias e dinamismos inconscientes: pois apresentam, dentre outras singularidades, variabilidade, dinamismos, intersubjetividades e polissemia.

- c. Cada ser humano, cada fenômeno e ato humano, cada grupo é, de per si, um universo indivisível e irreplicável.
- d. A insuficiência e as limitações dos pressupostos das ciências formais e empírico-formais, tendentes à matematização e a um nível de objetividade alicerçado nos modelos explicativos, para alcançarmos o tema e os objetivos propostos.
- e. A criticidade é considerada o principal critério de cientificidade das ditas ciências humanas ou hermenêuticas.

No presente trabalho, utilizaremos o método clínico. Entendemos por método clínico o seguinte: Os caminhos a serem, por nós, percorridos originam-se na prática clínica, são-nos ditados pelas próprias atividades clínico-assistenciais e pelas bases teóricas fundamentadoras e decorrentes desta prática, apoiam-se na criticidade e no modelo interpretativo³ das ciências humanas, e visam à compreensão, à conexão de sentidos e à elaboração de conhecimentos.

“A verdadeira justificação de um método está, afinal, na sua fecundidade. Mas como definir a fecundidade? Poderíamos dizer que um método é fecundo na medida em que for capaz de nos fazer compreender a realidade que interrogamos. Mas que é compreender? Existe uma pluralidade de discursos, de ciências e de

³Utilizamos o modelo interpretativo a partir de uma concepção genérica. Segundo LADRIÈRE (1978, p.28), a interpretação visa a fazer aparecer um sentido novo, apoiando-se em um sentido já situado, “não é uma simples operação de tradução e, tampouco, uma simples transposição de uma linguagem em outra. O que torna possível [uma] interpretação (...) é o recurso ao poder especulativo do conceito (...). Há uma transposição do sentido, que não se efetua ao acaso”. Assim, este modelo não deve ser confundido com a técnica psicanalítica da interpretação, a qual é tão-somente uma possibilidade particular, concernente ao “setting” psicanalítico.

metaciências, e isto indica que talvez exista uma pluridade de modos de compreensão” (LADRIÈRE, 1977, p.43). “Qualquer que seja o caminho seguido, somos sempre reconduzidos a uma outra instância” (LADRIÈRE, 1977, p.37).

Para compreendermos e estudarmos os grupos de acompanhamento, é-nos indispensável uma exposição preliminar dos diferentes grupos de pais e de crianças desenvolvidos no Setor Infantil: como é em quais contextos se formaram; como são constituídos, quais objetivos os direcionam, como funcionam? Assim, nos dois próximos capítulos introdutórios, procuraremos, respectivamente, expor o contexto ambulatorial do Setor de Saúde Mental Infantil, e relatar a formação, a evolução e o funcionamento dos grupos de pais e de crianças realizados neste serviço.

CAPÍTULO PRIMEIRO

I O CONTEXTO AMBULATORIAL DO SETOR DE SAÚDE MENTAL INFANTIL DA UNICAMP

I.1 O Setor de Saúde Mental Infantil⁴

O Setor de Saúde Mental Infantil é um constituinte do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. A promoção do bem-estar integral da criança e da família constitui-lhe o fim precípuo. Os objetivos específicos são o ensino, a assistência e a pesquisa na área de saúde mental, junto à população de zero a doze anos, aos pais e às instituições e comunidades ligadas a esta população.

Para tanto, apoiando-nos em teorias e técnicas psicológicas, psiquiátricas, psicodinâmicas e de ciências afins, e em consonância com as diretrizes vigentes de saúde mental e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, no Setor Infantil propomos, prioritariamente, a realização de um trabalho multidisciplinar e multiprofissional de âmbito individual, familiar, grupal, institucional e comunitário.

Os degraus mais importantes e difíceis da estruturação do Setor Infantil, como a constituição de um ambulatório adequado à assistência, ao ensino e à pesquisa, e a formação de uma equipe profissional especializada foram, em grande parte, sobrepujados. Não obstante, até o presente momento, não dispomos de leitos próprios para tratamento especializado em regime de internação.

No Setor de Saúde Mental Infantil, possuímos uma equipe docente e técnica capaz de avaliar as crianças encaminhadas, e apta a realizar o atendimento ambulatorial da maior parte dos integrantes deste grupo etário, exceptuando-se as crianças

⁴Desde a estruturação sistematizada em 1978, acontecida sob a chefia de departamento do Prof. Dr. MAURÍCIO KNOBEL e sob a coordenação setorial da Profa. Dra. LÍDIA STRAUS, até abril de 1988, este serviço foi denominado Setor de Psicologia Médica e Psiquiatria Infantil. Por outro lado, os contextos e as descrições do Setor Infantil, relatados neste capítulo, referem-se ao ano de 1989.

deficientes mentais, os menores com significativo déficit físico, motor ou dos órgãos do sentido e parcela das crianças psicóticas. O corpo docente é constituído por dois psicólogos e cinco psiquiatras, dispondo, ainda, da importante colaboração de uma psicóloga, uma enfermeira e uma fonoaudióloga. Destes profissionais, a maioria trabalha utilizando-se do referencial psicanalítico. O corpo discente é composto de médicos residentes de psiquiatria de segundo, terceiro e quarto anos, e de profissionais dos cursos de especialização.

As atividades assistenciais, em torno das quais gravitam o ensino e a pesquisa, consistem em:

- a. Assistência ambulatorial, individual e grupal, à criança e aos pais ou substitutos.
- b. Interconsulta às crianças internadas no Hospital das Clínicas da Unicamp.
- c. Assessoria a outros departamentos, centros e núcleos de serviços, quer da Unicamp, quer de instituições externas.

I.2 Principais Diretrizes

As diretrizes do Setor de Saúde Mental Infantil são determinadas pelas linhas diretoras do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Unicamp. Como acontece com a maior parte das instituições e dos serviços voltados para a saúde, no DPMP e, por conseguinte, no Setor Infantil, enfrentamos condições externas de planejamento e de organização, muitas vezes, dirigidas para os aspectos curativos das doenças, em detrimento das atividades promocionais e preventivas, as quais teriam melhores oportunidades de aplicação e de execução nas faixas etárias infantis. Não obstante, no desenvolvimento deste Setor, temos nos caracterizado por tentar conciliar objetivos e intenções às possibilidades reais de atingirmo-los. Assim, em consonância com as diretrizes do DPMP, continuamente, ponderamos e revemos metas e prioridades.

Enumeramos, em seguida, algumas linhas diretoras vigentes, no Setor Infantil, quando implantávamos os grupos de pais. Estas diretrizes são o fruto da prática clínica e de adaptações de algumas proposições em saúde mental, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1975, 1984; WHO, 1977), acrescidas de ponderações efetuadas a partir do estudo de textos e artigos de CAPLAN (1963, 1980); KNOBEL (1972, 1977); SARTORIUS (1980) e BLEGER (1984).

- a. Pensarmos na promoção de saúde e no desenvolvimento infantil, com atenção particular às necessidades das crianças.
- b. Revermos, primordialmente, os conhecimentos disponíveis e as possibilidades de aplicá-los em programas de saúde, e, secundariamente, identificarmos quais as informações adicionais e os métodos adequados para obtê-los. Portanto, o foco principal é a saúde mental, o desenvolvimento psicossocial da criança e a aplicação de conhecimentos existentes, em vez de estudos detalhados de alguns tópicos específicos de psiquiatria infantil.
- c. Colocarmos a ênfase das medidas de promoção de saúde em momentos precoces e significativos do desenvolvimento infantil. Isto nos implica, inclusive, um trabalho junto aos pais, às demais pessoas e às instituições vinculadas às crianças.
- d. Preferirmos as medidas de efeitos duradouros às de resultados momentâneos.
- e. Utilizarmos técnicas de atendimento capazes de atingir parcelas cada vez maiores da comunidade infantil, com menor custo e maior eficiência.
- f. Respeitarmos as realidades da população de crianças e de pais atendida.
- g. Utilizarmos os serviços e os recursos humanos existentes; de modo a podermos rever e reavaliar, continuamente, os programas e as medidas aplicadas, quanto aos objetivos, aos procedimentos e às técnicas.

- h. Trabalharemos em equipes multidisciplinares, respeitando-lhes o momento evolutivo e preferências pessoais.
- i. Nenhuma doutrina é suficientemente boa para aplicarmos-la em todos os lugares e contextos.

I.3 Funcionamento do Ambulatório

Desenvolvemos as atividades ambulatoriais do Setor de Saúde Mental Infantil nas dependências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

O Hospital das Clínicas congrega um complexo de ambulatórios e de enfermarias de diferentes especialidades, situado na Cidade Universitária Zeferino Vaz, distrito de Barão Geraldo, distante cerca de doze quilômetros do centro da cidade de Campinas, interior do Estado de São Paulo. O Hospital das Clínicas foi planejado para a prestação de assistência especializada, em nível terciário, aos moradores da região de Campinas⁵ sem possibilidades de serem avaliados e cuidados pelos demais serviços nela existentes. Todavia, como até 1989, poucos eram os serviços públicos, desta região, com pessoal especializado em saúde mental de crianças, no Setor Infantil, costumávamos receber encaminhamentos e prestar assistência nos níveis primário, secundário e terciário. Além disto, a Disciplina de Neuropediatria e o Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas, por disporem de atendimento psicológico próprio com enfoque psicopedagógico e comportamental, absorviam significativa parcela da população de crianças necessitada de trabalho especializado afim.

A demanda de crianças para o ambulatório do Setor Infantil é variável em função da época do ano. Os picos acontecem nos períodos de notas escolares, particularmente após o terceiro bimestre do ano letivo. Durante o ano de 1989, realizamos, no ambulatório, a média de duzentos atendimentos por mês.

⁵A região de Campinas é constituída de cerca de oitenta cidades.

Todos os menores de zero a doze anos encaminhados passam por uma estrutura chamada Primeiro-Atendimento, onde realizamos, em função de cada criança, avaliação inicial, esclarecimento, orientação, reencaminhamento ou primeira conduta perante as possibilidades ambulatoriais do Setor Infantil. O encaminhamento interno pode ser para efetuarmos melhor avaliação diagnóstica, ou para trabalho de promoção de saúde junto aos pais, ou para atendimento psicológico e psiquiátrico da criança, nos quais existem as seguintes possibilidades: ludoterapia individual ou de grupo, psicofarmacoterapia, orientação individual e grupal de pais, e outros atendimentos, em grupo, dos pais. Outrossim, faz parte do planejamento do Setor Infantil, virmos a dispor de profissionais especializados em terapia familiar e ocupacional.

I.4 Acerca da População Atendida

A população assistida é composta, predominantemente, de pessoas das classes sócio-econômicas menos favorecidas. Trata-se de crianças e de famílias residentes, geralmente, em bairros afastados ou em cidades próximas a Campinas, necessitando de tomar, algumas vezes, até seis ônibus para o percurso de ida e volta ao ambulatório. Isto lhes acarreta gastos acima das possibilidades financeiras, pois precisam de comprar passagens para, pelo menos, um dos pais e para a criança. Pode haver, também, um dispêndio excessivo de tempo em cada comparecimento ao ambulatório, ocasionando-lhes dificuldades significativas, pois, quer pais, quer mães, necessitam trabalhar fora de casa para ajudarem no orçamento familiar, ou não têm com quem deixar os outros filhos. Estes aspectos os levam a faltar, freqüentemente, ao ambulatório, e repercutem na dificuldade de indicarmos e de prosseguirmos um atendimento prolongado.

As crianças costumam ser-nos trazidas às consultas pelas mães. Poucos responsáveis homens comparecem ao ambulatório. Igualmente, é incomum o retorno seguido de pais homens, independentemente de haverem vindo espontaneamente ou por solicitação de qualquer um de nós profissionais do Setor Infantil.

Os poucos menores de classe média atendidos no Setor Infantil são, geralmente, ou crianças com problemas mentais graves, previamente assistidas por vários profissionais da clínica privada; ou crianças, cujas famílias não têm condições de arcar com os custos elevados de uma ludoterapia particular; ou pessoas ligadas, profissional e afetivamente, à Unicamp.

CAPÍTULO SEGUNDO

II OS GRUPOS DE PAIS E DE CRIANÇAS DESENVOLVIDOS NO SETOR DE SAÚDE MENTAL INFANTIL

Os grupos de pais, realizados no Setor de Saúde Mental Infantil desde 1986, são destinados a pais, a mães e a outros responsáveis, cujos filhos nos sejam encaminhados para avaliação diagnóstica ou para tratamento de aspectos emocionais. Até 1989, denominávamo-los grupos de mães, apesar de duas tímidas tentativas de inserirmos representantes masculinos. No entanto, desde 1990, temos procurado incluir adultos de ambos os sexos, em número cada vez maior de ocasiões, intitulando-os grupos de pais.

Nos grupos de psicoterapia infantil ou ludoterapia, realizados no Setor Infantil desde 1987, atendemos crianças de seis a doze anos de idade.

II.1 Objetivos dos Grupos de Pais

Os grupos de pais não possuem fim único, mas um conjunto de objetivos. Estes assumem maior, ou menor, importância em função das crianças, dos pais e das contingências assistenciais do ambulatório do Setor Infantil. Dentre os objetivos, assinalamos:

- a. Possibilitarmos aos pais assistência, em consonância com o desenvolvimento e com as necessidades infantis, voltada para a promoção de saúde das crianças.
- b. Proporcionarmos, aos pais, espaço para dialogarem e refletirem acerca do próprio relacionamento pai-mãe-filho.

- c. Servirmos de continente às ansiedades dos pais, quer diante do desenvolvimento normal ou patológico, quer perante o processo terapêutico da criança, procurando proporcionar-lhes melhor entendimento destas ansiedades e processos.
- d. Propiciarmos a nós, profissionais do Setor Infantil, melhor compreensão diagnóstica e psicodinâmica da população infantil atendida, pois podemos obter informações espontâneas acerca das atitudes e ansiedades dos pais em relação aos filhos, da dinâmica familiar, do desenvolvimento, da evolução e do contexto social da criança.
- e. Atendermos a maior número de pais, em contexto mais próximo das realidades e necessidades, com diminuição das filas de espera do ambulatório.
- f. Criarmos vínculos, entre os pais, nós próprios e a instituição Unicamp, facilitadores do atendimento presente e futuro das crianças.

II.2 Formação e Desenvolvimento dos Grupos

Os grupos de pais são o fruto do longo e árduo processo de crescimento do Setor Infantil, ocorrido a partir de diferentes realidades e contextos em interação:

- a. Um contexto referencial do Setor Infantil no qual consideramos a criança um ser humano integral, em crescimento e desenvolvimento, com um mundo mental interno próprio repleto de fantasias inconscientes; ser humano este, afetivamente, ligado aos pais e familiares, e deles dependente.
- b. Um contexto assistencial em expansão no qual variamos e aprofundamos as modalidades de atendimento, no qual ocorre contínuo desequilíbrio entre a grande demanda de crianças e a própria capacidade de prestarmos-lhes assistência; condições a realçarem-nos a necessidade da aplicação de técnicas de grupo.

- c. Uma população de crianças, cujos direitos, para crescer e desenvolver-se, nem sempre são assegurados, quer por aspectos inconscientes ligados à própria criança, quer por questões externas. Estas últimas podem advir ora de condições sociais desumanas, inadequadas e prejudiciais ao desenvolvimento e ao bem-estar; ora da escassez de incentivos e serviços capazes de promover a saúde mental; ora do significativo desconhecimento e despreparo a respeito dos psicodinamismos das crianças, tanto da parte dos próprios pais, como dos profissionais e dos serviços a prestarem-lhes assistência.
- d. Um contexto universitário com as funções de assistência, de pesquisa e de ensino voltadas para a realidade e para as necessidades da população infantil.

As ponderações de GUIMARÃES, DOMINGUES, THEBALDI (1990, p. 297), transpostas para a assistência de crianças e de pais, retratam-nos este processo em curso no Setor Infantil: *“Sabe-se que os métodos tradicionais se mostram insuficientes para satisfazer as necessidades concretas. O processo de desenvolvimento do conhecimento tende a criar disparidades entre recursos técnicos e teóricos com que possamos enfrentá-las. Para tanto, vemo-nos, assim como as instituições, obrigados a instrumentar terapêuticas acessíveis, possíveis e competentes. É nesse contexto que as terapêuticas breves e grupais, por exemplo, se desenvolvem e são exercidas. Estas assentam sua base na experiência clínica, na concepção teórica e na sistematização técnica da psicanálise, incluindo contribuições de outras disciplinas sociais e diferentes modalidades terapêuticas”*.

O primeiro grupo de pais, ocorrido no Setor Infantil em 1986, chamamos grupo de espera de mães, pois nele objetivávamos, principalmente, permitir às mães lidarem com algumas angústias provenientes do aspecto dos filhos estarem aguardando consulta no, então, sobrecarregado ambulatório do Setor Infantil.

Da experiência com dois grupos de espera, organizamos os grupos de orientação. Estes funcionam até a presente data⁶, e dirigem-se àquelas mães necessitadas de algum tipo de orientação, aconselhamento e esclarecimento. Nos grupos de orientação, são trabalhados os mais variados assuntos. Dentre estes, salientamos: as queixas dos pais, os problemas das crianças, as atitudes e dúvidas das mães diante do desenvolvimento e de alguns comportamentos dos filhos, e outras questões concernentes ao relacionamento pai-mãe-filho.

A prática com os grupos de orientação — o qual é o atendimento mais apropriado e indicado para a maioria das mães de crianças assistidas no Setor Infantil — tem alcançado a quase totalidade dos objetivos pretendidos, permitindo-nos averiguações importantes. Algumas mães pouco se integram ao funcionamento e aos fins propostos. Parte destas mulheres ou deixa de comparecer ao ambulatório, ou continua agindo do mesmo modo de antes das orientações recebidas, ou apresenta mudanças nas atitudes para com os filhos, apenas, durante o funcionamento do grupo. Paradoxalmente, algumas destas mães possuem bom nível de reflexão e de "insight", quando os grupos têm dinâmica mais coloquial. Outrossim, determinados profissionais responsáveis pelos grupos de orientação, dentre os quais nos incluímos, somos incapazes de aconselhar e de orientar. Nestas ocasiões, comprometemos, sem nos aperceber, as pretensões profiláticas e terapêuticas. A formação pessoal e profissional da maioria de nós ocorreu por meio de psicoterapias individuais de base analítica e tendemos a assumir, perante as mães, atitudes e posicionamentos não "diretivos", não psicopedagógicos.

A ponderação acerca destas averiguações levou-nos à idéia de constituirmos os denominados grupos de encontro de mães. Nestes, propomo-nos atingir, simultaneamente, àquelas mães propensas e sensíveis a uma dinâmica de reflexão e de conversação com outras participantes, e a nós mesmos, profissionais inadequados

⁶Desde meados de 1987, deixamos de integrar as equipes responsáveis pelos grupos de orientação de mães. As Professoras Dra. L. STRAUS e M.J.F. MOREIRA vêm, desde então, meritoriamente, coordenando-os e desenvolvendo-os.

para um trabalho “diretivo” e orientador.

Por outro lado, no concernente à importância e à necessidade de atendermos, ou não, os pais, quando os filhos estão em ludoterapia, acreditamos não ter havido mudanças significativas em relação às possibilidades gerais descritas no seguinte relato de GINOTT (1979, p.166): *“Muitos terapeutas acreditam que as crianças pequenas não podem manter as aquisições terapêuticas a menos que seus pais tenham passado por uma reorientação emocional. Acreditam que os melhores esforços terapêuticos em benefício das crianças possam ser viciados por influências paternas contrárias. Durkin declara: “A experiência tem demonstrado que os pais que trazem uma criança para ser auxiliada num problema específico, encontram uma desculpa para retirá-la do tratamento justamente quando aquele problema está em processo de mudança”. Axline, por outro lado, acredita que “não é necessário que os adultos sejam tratados a fim de assegurar resultados positivos em ludoterapia...”, “uma criança pode ser tratada efetivamente e de modo duradouro, mesmo que seja ela a única a fazer terapia”. Slavson adota uma posição intermediária: “Nos casos em que a criança é o centro de infecção... no lar e na escola, a melhora em seu comportamento relaxa a atmosfera global. Nos casos em que os pais e a escola são as fontes de atividades, eles têm que afrouxar para que a criança possa manter a melhora adquirida pela psicoterapia”.*⁷

⁷Em seguida, relacionamos alguns autores, cujas publicações, acerca de grupos e de outros atendimentos com pais, fornecem-nos uma amostra da literatura existente a respeito: BAUER & GUREVITZ (1952); BROSS (1952); WESTMAN *et al.* (1963); BROCHER (1975); BENTOVIM & KINSTON (1978); DAYMAS (1978); SCHLEICHER (1978); LOMAX-SIMPSON (1979); DUBE *et al.* (1980); ZIEGLER (1980); HOFFMAN *et al.* (1981); KAGEY *et al.* (1981); CUNNINGHAM & MATTHEWS (1982); MAC LEAN *et al.* (1982); MALDONADO (1982, 1991); SIBISI & YULE (1982); ABERASTURY (1984a, b); HOF (1984); LARRABURE (1984); SILVA (1984); BUMAGIN & SMITH (1985); OUTEIRAL (1989); e BACCARIN (1991). Estes trabalhos diferem dos grupos de acompanhamento, ora pelos contextos assistencial e populacional, ora pelos objetivos, ora pelos referenciais psicodinâmicos utilizados, ora pelo funcionamento. Embora portadoras de idéias e de contribuições importantes, preferimos não comentar estas publicações, pois assim iríamos nos desviar dos principais objetivos desta tese, estendendo-a significativamente.

Gradualmente, temos acumulado valiosa experiência com os diferentes grupos de mães. Convencemo-nos da importância dos pais no desenvolvimento dos filhos. As mães, em proporção variável, participam das dificuldades enfrentadas pelas crianças, inclusive trazendo-as e retirando-as do ambulatório. Sem o interesse e sem a compreensão das mães, nem sempre podemos desenvolver a ludoterapia. O processo terapêutico dos filhos costuma provocar, nas mães, angústias, fantasias e reações, as quais podem coadjuvar ou comprometer e inviabilizar os propósitos terapêuticos para com as crianças.

Assim, quando, no Setor Infantil, em 1987, planejávamos os grupos de psicoterapia de crianças, optamos por efetuar um atendimento concomitante para as mães. Estas, em vez de aguardarem os filhos no pátio de espera, reúnem-se com alguns profissionais do Setor Infantil, para falarem do relacionamento mãe-filho e das preocupações e angústias associadas ao desenvolvimento e ao processo terapêutico dos filhos. Nestes grupos, cognominados grupos de acompanhamento de mães, apoiamonos, inicialmente, principalmente nas vivências prévias com os grupos de encontro. Portanto, para compreendermos o funcionamento e a evolução dos grupos de acompanhamento, faz-se-nos mister melhor apreciação dos grupos de encontro de mães e dos grupos de ludoterapia desenvolvidos no Setor Infantil.

Outrossim, com periodicidade variável, realizamos, no Setor Infantil, outros tipos de grupos de pais, além dos mencionados: Os grupos de demanda, uma variante dos grupos de espera, para os momentos de sobrecarga ambulatorial; os grupos de encontro de mães de crianças psicóticas; e os grupos de acompanhamento de pais, não mais exclusivos de mulheres, mas com livre acesso a representantes de ambos os sexos. Futuramente, pretendemos desenvolver grupos de encontro de pais e grupos de psicoterapia de mães.

II.3 Os Grupos de Encontro de Mães

Nos grupos de encontro efetuados no Setor Infantil, prestamos atendimento especializado às mães nas questões referentes ao relacionamento mãe-filho. Procuramos oferecer-lhes espaço e oportunidade para refletirem acerca dos diversos aspectos deste relacionamento; e evitamos as orientações, os conselhos e o julgamento dos atos e dos pensamentos das mães.

Os grupos de encontro são coordenados por uma equipe composta de dois ou três profissionais na função de coordenador, auxiliar e observador; e são destinados, apenas, às mães, cujos filhos não estão recebendo nenhum tipo de assistência no Setor Infantil, pois para esta última situação, as mães dispõem dos grupos de orientação e de acompanhamento. Os grupos de encontro costumam ser fechados, mas podem ser abertos e, geralmente, estendem-se de três a quatro meses, por intermédio de uma reunião semanal de sessenta minutos de duração.

Por haverem os grupos de encontro se originado da atividade clínica associada às realidades assistencial e populacional do Setor Infantil, constituindo um conjunto de experiências, relativamente, autóctones e empíricas, o aproveitamento dos conhecimentos existentes na literatura especializada é-nos, na maior parte das vezes, determinado pelas próprias dificuldades pessoais advindas da prática assistencial. Assim, procuramos resgatar da ampla e heterogênea bibliografia aqueles artigos e livros, geralmente, relacionados com a própria formação e atuação profissional, capazes de serem adaptados e aplicados ao contexto ambulatorial e populacional do Setor Infantil⁸.

Alguns estudos e textos têm-nos sido de grande valia no planejamento, funcionamento e compreensão dos grupos de encontro. Muitas influências ocorrem-nos, simultaneamente, sem ordem cronológica definida. Vários conhecimentos teóricos, somente, podemos entendê-los e aplicá-los quando, a partir das dificuldades e das

⁸Este modo de procedermos perante a literatura especializada, temos mantido-o no concernente aos grupos de acompanhamento.

contingências das vivências práticas, é-nos possível amadurecermos pessoalmente.

O trabalho de MACEDO (1984), a respeito de novas formas de atendimento em instituições, e o de LARRABURE (1984), acerca de grupos de espera em instituição, ofereceram-nos importantes subsídios no concernente aos papéis e às dificuldades relacionadas com as atividades de psicólogos em instituições. Estas dificuldades são bastante semelhantes àquelas por nós enfrentadas, enquanto equipe multiprofissional. Estes trabalhos, dentre outras contribuições, realçam-nos a necessidade de avaliarmos as expectativas da população para a qual destinamos o atendimento. Assim, tem-nos sido possível percebermos significativas diferenças entre as expectativas das mães e das crianças da população atendida e os desejos e esperanças de nós próprios, acostumados com um modelo de assistência, o qual embora muitas vezes ideal, nem sempre é aplicável às realidades institucional e populacional do Setor Infantil.

A partir da prática clínica, temos compreendido e manejado diferentemente os grupos de encontro. Por exemplo, progressivamente, abandonamos a concepção de trabalharmos individualmente com cada integrante do grupo, como relatam alguns autores de grande importância: SLAVSON (1950); GINNOT (1979) e ABERASTURY (1984b, p.249-265). Em contraposição a este referencial, e segundo os ensinamentos de GRINBERG, LANGER, RODRIGUÉ (1976) e ZIMMERMANN (1971), gradualmente, passamos a compreender e a trabalhar o grupo holisticamente: *“Quanto [às] intervenções do psicoterapeuta de grupo, cabe distinguir as duas orientações fundamentais: uma que visualiza o indivíduo no grupo, e outra que, deixando de considerar isoladamente cada participante, interpreta também o grupo como uma totalidade. As vantagens desta última orientação são evidentes para o fim de aproveitar as forças inconscientes, que são próprias ao grupo, no sentido de mantê-lo em trabalho como uma unidade funcional e terapêutica”* (ZIMMERMANN, 1971, p.89). Assim, temos considerado os grupos como um todo, com estrutura dinâmica própria, diferente da soma dos integrantes, no qual cada participante é influenciado

pelos demais e atua em função deles.

Algumas vezes, na clínica, é-nos muito difícil delinear os limites entre o funcionamento dos grupos de encontro, focado no relacionamento mãe-filho, e a solicitação de determinadas pessoas para efetuarmos psicoterapia delas próprias, transformando-os, assim, em grupos de psicoterapia das mães. Nesta questão, alguns autores da escola argentina possuem estudos, cujo modo de trabalhar tem-nos permitido novo rumo e dinâmica aos grupos de encontro.

As idéias de PICHON-RIVIÈRE (1986b), acerca da teoria do vínculo e da importância de percebermos a relação do indivíduo com o grupo e com a sociedade, a partir das relações interpessoais, têm-nos ajudado a compreendermos os relatos das mães a respeito dos filhos, delas próprias, da família e do contexto social, a partir de um interjogo dinâmico entre o sujeito e os próprios objetos internos e externos. Assim, as mães, ao perceberem a forma como lidam e se relacionam com os filhos e com outras pessoas, podem, em certo sentido, perceber algo de si mesmas e do como lidam com os próprios objetos internos.

Os estudos dos grupos operativos, relatados por PICHON-RIVIÈRE (1986a) e BLEGER (1985), têm contribuído para o funcionamento dos grupos de encontro. Por exemplo, o ser o grupo operativo um conjunto de pessoas com objetivos comuns associados a determinadas tarefas reflete-se-nos em maior atenção no preparo prévio das integrantes, valorizando o esclarecimento dos objetivos comuns às mães. Como grande parte do funcionamento do grupo operativo consiste, em resumo, no treinamento para trabalhar-se como equipe, temos por um lado, discutido acerca de nós próprios, enquanto equipe, e, por outro lado, prestado maior atenção aos mecanismos de identificação entre os integrantes do grupo, ao longo dos encontros. Nesta última questão, têm-nos auxiliado os conceitos de matriz grupal, desenvolvido por FOULKES & ANTHONY (1971) e CORTESÃO (1981), e de aparelho psíquico grupal, segundo MILLER DE PAIVA (1988, 1991).

Os escritos de BLEGER (1977, 1984), acerca da parte psicótica da persona-

lidade e do significado da ambigüidade nos grupos. nas famílias e nas instituições, têm-nos permitido a compreensão e a discriminação de uma série de aspectos clínicos ocorridos nos grupos de encontro de mães, mormente no referente às faltas, aos abandonos e às reuniões próximas do término do grupo, ocasiões nas quais as partes psicóticas da personalidade deixam de ser mudas e se manifestam mais intensamente. Outrossim, a afirmação de BLEGER (1984, p.96): “*em toda planificação de higiene mental e psico-higiene, a família ocupa um lugar chave, quer como instituição familiar, quer como grupo*”, nos questionou e nos fez rever os propósitos de promoção de saúde dos grupos de encontro, pois não trabalhamos, diretamente, com a família inteira, mas com, tão-somente, um único integrante. Todavia, a consciência desta diferença tem-nos propiciado outra abrangência aos objetivos dos grupos de encontro, demarcando-nos limites de atuação e de expectativas menos amplos, embora mais factíveis e reais.

Realizamos, juntamente com outros profissionais do Setor Infantil (MAROT *et al.*, 1988), estudo a respeito do funcionamento e das modalidades assistenciais deste serviço, analisando o ocorrido com as crianças atendidas em 1986 e 1987. Verificamos as dificuldades reais enfrentadas por mães e filhos para comparecerem, semanalmente, ao ambulatório, durante tempo prolongado. Por exemplo, algumas crianças enfrentam problemas na escola por terem de faltar, sempre, nos mesmos dias da semana, a fim de virem ao ambulatório. Por outro lado, certas mães não podem faltar no emprego, sob pena de serem descontadas ou despedidas, ou não possuem, ao se ausentarem do lar, substitutas para cuidar dos outros filhos e para realizar as ocupações de casa. Outras famílias apresentam desequilíbrio entre o míngua orçamento mensal e os gastos com a locomoção ao ambulatório, fato tolerado, temporariamente, por alguns maridos, mas, depois, por eles utilizado para pressionarem as esposas, quanto aos comparecimentos semanais. Evidentemente, qualquer uma destas dificuldades pode, também, estar servindo de pretexto para problemas no relacionamento mãe-profissional.

No auxílio a estas realidades, temos adaptado, aos grupos de encontro de mães, muitos dos ensinamentos, descritos por FIORINI (1979) e KNOBEL (1986), acerca da psicoterapia breve ou focal, mormente no concernente à limitação do tempo e à predeterminação dos objetivos.

Os escritos de FIORINI (1979), a respeito dos eixos do processo terapêutico, dos conceitos e do trabalho em torno do foco, vieram a nortear-nos o funcionamento dos grupos de encontro. Assim, os focos variam conforme a dinâmica e o momento do grupo, podendo ser, nos grupos de encontro, qualquer uma das diferentes questões associadas ao relacionamento mãe-filho. Igualmente, os mesmos não se prendem, exclusivamente, aos conteúdos, pois podem referir-se a aspectos sintomáticos, interacionais, e a questões técnico-operacionais, como as referentes à díade mãe-equipe profissional. Os focos atuam como catalizadores a permitirem-nos a constituição da matriz do grupo, e como um referencial capaz de nortear tanto as mães, como nós próprios.

As considerações teóricas apresentadas por KNOBEL (1986) têm-nos permitido o manejo dos grupos de encontro de mães, compatibilizando-os com as realidades populacional e assistencial do Setor Infantil. Embora nos seja da maior valia conhecermos os dinamismos inconscientes do grupo, quer nos aspectos resistenciais e transferenciais, quer em outros pressupostos como os básicos de BION (1969, 1975), nos grupos de encontro, apoiamo-nos, fundamentalmente, nos quatro princípios descritos por KNOBEL (1986, p.63) ao propor uma técnica de psicoterapia breve:

- “1. *É não-transferencial.*
2. *Não-regressiva.*
3. *Elaborativa de predomínio cognitivo (em aparente detrimento do afetivo).*
4. *[A] mutação objetal que se opera através de permitir experimentar a mudança de uma informação falsa por uma informação verdadeira, criando uma*

vivência real, de que a pessoa passa a ser um sujeito ativo de sua própria história.”

Assim, nos grupos de encontro, procuramos propiciar às mães um espaço para refletirem acerca das vivências grupais em torno dos focos combinados. Para tanto, limitamo-nos a assinalar-lhes as fantasias, ansiedades e reações, dirigindo-lhes a atenção para os focos e objetivos propostos. Evitamos, nos grupos de encontro, a utilização de interpretações transferenciais, mas não deixamos de discutir os aspectos transferenciais e contratransferenciais na supervisão e na compreensão dos encontros. Se, de um lado, por apoiarmo-nos em técnicas focais, perdemos as valiosas e incomparáveis informações e vantagens advindas da utilização plena da técnica da livre associação, do outro lado, temos a possibilidade de proporcionar algum tipo de assistência mais plausível com as realidades das mães.

Todas estas influências e concepções teóricas e técnicas, foram estudadas em outro trabalho (ARRUDA, 1989), mostrando-se-nos, em grande parte, condizentes com as realidades da população atendida e com os objetivos propostos para os grupos de encontro de mães.

* * *

Realizamos estes comentários acerca da experiência clínica acumulada com os grupos de encontro, pois aproveitamo-la nos grupos de acompanhamento de mães, fundamentando-lhes alguns objetivos e princípios técnicos. Nos próximos parágrafos, efetuaremos determinadas correlações entre os grupos de encontro e os grupos de acompanhamento de mães.

Entre o primeiro grupo de acompanhamento — cujo funcionamento fora bastante parecido com o dinamismo relatado para os grupos de encontro — e o atual grupo em estudo, aconteceram outros oito grupos de acompanhamento. Nesse ínterim, gradualmente, fomos revendo alguns modos de pensar e de compreender os grupos de mães, introduzindo-lhes inúmeras modificações, com os grupos de acompanhamento assumindo funcionamento e dinamismo cada vez mais específico.

No entanto, ainda nos é possível afirmarmos a existência de algumas semelhanças entre os grupos de encontro e os atuais grupos de acompanhamento. Em nenhum deles, propusemo-nos a realizar um grupo de psicoterapia. O contexto não diretivo e as conversas em tom e dinâmica coloquial, entre as mães e delas conosco, persistem, assim como o enfoque holístico do grupo. Nos grupos de acompanhamento, igualmente, trabalhamos com objetivos predeterminados, e portanto o relacionamento mãe-filho e os demais focos dos grupos de encontro continuam tendo papel relevante. Em ambos os grupos, continuamos nos apoiando em referenciais psicodinâmicos⁹.

Todavia, como mais bem analisaremos nos dois próximos capítulos, há diferenças fundamentais entre os grupos de encontro e os de acompanhamento. Estes últimos, por ocorrerem simultaneamente à ludoterapia das crianças, apresentam particularidades, altamente, significativas. Por exemplo, neles, temos a possibilidade de lidar com as diferentes reações e angústias das mães para com os profissionais responsáveis pelo grupo de ludoterapia, e para com o processo terapêutico dos filhos, levando-nos à ampliação e ao enriquecimento dos focos. O maior tempo de duração requerido pelos grupos de crianças e, conseqüentemente, pelos grupos de acompanhamento tem-nos permitido o aprimoramento dos procedimentos técnicos e o aprofundamento dos conteúdos trazidos pelas mães. Assim, nos grupos de acompanhamento, temos repensado alguns procedimentos utilizados nos grupos de encontro, resultando-nos em diferente manejo dos focos, das angústias e da transferência.

⁹Neste referencial, procuramos atender a crianças e pais, apoiando-nos na prática clínica e em fundamentos teóricos provenientes de diferentes áreas e ramos do conhecimento — como psicologia e psiquiatria infantil, psicologia do desenvolvimento, psiquiatria social, psicoterapia de grupo, psicanálise — valorizando, dentre outras, as noções de inconsciente dinâmico, de aparelho psíquico, de pulsões e representantes pulsionais, de fantasias, angústias e relações objetais, de defesa e resistência, de transferência e contratransferência.

II.4 Os Grupos de Ludoterapia

Os grupos de psicoterapia de crianças, realizados no Setor de Saúde Mental Infantil, são destinados a menores de seis a doze anos de idade¹⁰. Neles, utilizamos material lúdico e gráfico, e apoiamos-nos em referenciais psicodinâmicos de base psicanalítica¹¹.

Quanto ao processo e aos critérios de seleção de crianças, para ingressarem em um grupo de ludoterapia no Setor Infantil, não somos rígidos, pois procuramos considerar inúmeros aspectos e circunstâncias. Por exemplo, em função do tamanho da sala de atendimento disponível, almejamos a atingir número hipotético de participantes, variável entre seis e dez. Selecionamos, inicialmente, de dez a dezesseis crianças, pois antevemos não comparecimentos e desistências. De modo geral, constituímos os grupos de ludoterapia ou com menores de seis a nove anos, ou com crianças de dez a doze anos de idade, e tentamos uma composição equilibrada entre meninos e meninas. Todavia, considerando-se, principalmente, o número e a idade das crianças na lista de espera, podemos estreitar e modificar estas faixas etárias.

Antes de encaminharmos as crianças para o grupo de ludoterapia, realizamos-lhes avaliação psicodiagnóstica inicial. Procuramos efetuar, no mínimo, uma entrevista com um pai ou responsável, e com a criança, sendo-lhe, sempre, aplicados o teste de Bender infantil (PUENTE & MACIEL-JR, 1984; CLAWSON, 1986); e o teste

¹⁰No Setor Infantil, não efetuamos, até o presente momento, nenhum grupo de ludoterapia com crianças com menos de seis anos de idade, apesar da existência, na literatura, de vários trabalhos com grupos para esta faixa etária. Consideramos não haverem estas crianças evoluído satisfatoriamente do egocentrismo ao companheirismo, de forma a não poderem relacionar-se com “*outras crianças como parceiras e objetos em seu legítimo direito, a quem a criança pode admirar, temer, amar ou odiar, com quem pode competir, com cujos sentimentos se identifica, cujos desejos reconhece e com quem pode repartir bens e posses numa base de igualdade*” (A. FREUD, 1980, p.73). Assim, quando é necessária uma psicoterapia com crianças com menos de seis anos de idade, recomendamos, no Setor Infantil, a ludoterapia individual.

¹¹São-nos válidos os mesmos referenciais relatados na nota de rodapé de número nove. Enfatizamos, ainda, a influência da obra kleiniana e winnicottiana. Cabe-nos, também, mencionarmos as repercussões dos livros de GINOTT (1979) e DECHERF (1986) no planejamento e na consecução dos primeiros grupos de ludoterapia realizados no Setor Infantil, embora nem sempre possuíssimos vivências psicoterápicas próprias, em consonância com a clínica destes dois últimos autores.

do desenho (HTP mais família). Outras avaliações, como os demais testes gráficos e cognitivos e a hora de jogo diagnóstica (ABERASTURY, 1984b; EFRON *et al.*, 1978), realizamo-las, apenas, a partir de circunstâncias e indicações individuais. Dentre as crianças atendidas, encaminhamos, para o grupo de ludoterapia, aquelas com desenvolvimento psicossocial, supostamente, capaz de permitir-lhes vinculação afetiva com as outras crianças e com os psicoterapeutas, e cuja avaliação inicial sugira a possibilidade de serem beneficiadas com o processo grupal de ludoterapia, bem como apresentem a perspectiva de poderem comparecer, semanalmente, ao ambulatório durante o tempo previsto para a duração do grupo.

Na constituição do grupo infantil de psicoterapia, não incluímos, até o presente momento, nem crianças deficientes mentais, ou com funcionamento psicótico inviabilizador da própria capacidade de interação afetiva com os demais participantes do grupo, nem selecionamos crianças ou com déficit acentuado de qualquer um dos órgãos dos sentidos ou com incapacidade físico-motora significativa. Igualmente, procuramos evitar o encaminhamento, para o mesmo grupo, de mais de uma criança ou borderline, ou com funcionamento psicótico, ou bastante hiperativa ou com queixa relevante de agressividade. Assim, quando planejávamos, no Setor Infantil, os primeiros grupos de ludoterapia, fomos influenciados pelos critérios de seleção descritos por DECHERF (1986, p.28-31). Todavia, presentemente, na prática clínica, temos nos aproximado, intuitivamente, dos seguintes posicionamentos: *“não podemos expressar bem a conveniência da psicoterapia em termos de diagnósticos e ainda menos construir uma indicação diferencial quanto à forma de psicoterapia, como, por exemplo, se será melhor em situação individual (entre duas pessoas) ou de grupo. A motivação e a capacidade de mudança parecem mais importantes”* (FOULKES, 1976, p.13). *“Houve também considerável tendência a afastar-se de critérios diagnósticos estritamente formais rumo ao que pode ser chamado de processo experiencial. O terapeuta que emprega o método experiencial não faz diagnósticos formais ou separados de cada paciente antes de colocá-lo em um grupo. Coloca*

o paciente em um grupo com base em sua impressão clínica. O paciente às vezes permanece no grupo ou é posteriormente transferido” (KADIS et al., 1976, p.70)¹².

Os grupos de psicoterapia infantil podem ser abertos ou fechados, com prazo de término predeterminado ou indeterminado, em função das crianças, das circunstâncias assistenciais e das preferências da equipe técnica responsável. Esta equipe é geralmente constituída de três profissionais: dois ludoterapeutas e um observador, os quais conduzem a ludoterapia grupal de base psicanalítica, sem se utilizarem de princípios de psicoterapia focal. Outrossim, às crianças é permitido quase tudo, exceptuando-se o uso de violência física contra elas próprias e contra os demais integrantes do grupo, e a danificação do material permanente da sala.

Até o presente momento, em todos os grupos de ludoterapia ocorridos no Setor Infantil, realizamos, simultânea e separadamente, um grupo de acompanhamento ou de mães ou de pais. Nos primeiros grupos de acompanhamento, para os filhos poderem participar do respectivo grupo de ludoterapia, a presença das mães era obrigatória, mas, atualmente, predominam os grupos de acompanhamento, cuja vinda de pais ou de mães é facultativa, sendo tal participação por eles próprios decidida. Todavia, na eventualidade do comparecimento obrigatório dos pais ao grupo de acompanhamento, procuramos não incluir, no grupo infantil de psicoterapia, aquelas crianças, cujos pais apresentam depressão ou psicopatia severas, ou manifestações psicóticas em franca atividade.

Como decorrência dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia funcionarem no mesmo horário, mas em salas e com equipes técnicas diversas, pode haver diminuição dos contactos e dos diálogos entre os pais e a equipe técnica do grupo de crianças, reduzindo-se, em princípio, as possibilidades de interferências e de ingerências dos pais sobre o processo terapêutico dos filhos. Embora nós, os profissionais do grupo de acompanhamento e do respectivo grupo de ludoterapia, precisemos

¹²Nas citações do livro *Psicoterapia de grupo* (KADIS et al., 1976), manteremos a incomum denominação “terapista” utilizada pelo tradutor do original inglês, ao invés de termos mais apropriados, como terapeuta ou psicoterapeuta.

concordar quanto aos aspectos técnicos convencionados — como, por exemplo, os números mínimo e máximo de integrantes, duração e horário dos grupos, períodos de férias, se grupo aberto ou fechado, e os critérios de inclusão e de exclusão dos participantes — geralmente cabe, fundamentalmente, a nós, equipe técnica do grupo de acompanhamento, a maior parte da responsabilidade pelo planejamento, seleção, convocação e marcação das consultas dos pais e filhos.

Outrossim, alguns profissionais dos grupos de ludoterapia preferem conhecer as crianças, apenas, no próprio grupo, evitando, inclusive, conversas prévias com os pais e o acesso às histórias das crianças. Assim, das reuniões de supervisão do grupo de acompanhamento, não costumam participar os profissionais do respectivo grupo infantil de psicoterapia, exceptuadas circunstâncias especiais e os períodos próximos ao término dos grupos.

CAPÍTULO TERCEIRO

III ILUSTRAÇÃO DO FUNCIONAMENTO E DO DESENVOLVIMENTO DE UM GRUPO DE ACOMPANHAMENTO DE MÃES

Neste capítulo terceiro e no próximo, procuraremos, a partir de vivências clínicas, discorrer acerca do funcionamento, do desenvolvimento e dos principais conteúdos de um grupo de acompanhamento de mães ocorrido no Setor de Saúde Mental Infantil da Unicamp.

Somos quatro os integrantes da equipe técnica responsável por este grupo de acompanhamento, em estudo: a psicóloga Ana e a enfermeira Lia, alternando-se nas funções de coordenação e de co-coordenação, a médica pediatra Nina na função de observadora, e eu próprio, como segundo observador e supervisor.

As vivências e os registros originários do grupo de acompanhamento de mães, em estudo, constituem-nos a fonte primordial deste trabalho, e foram manuscritos pela observadora Nina e por mim revistos. As anotações propiciam idéia aproximada do ocorrido em nível verbal, pois, durante as reuniões do grupo de acompanhamento, Nina, mesmo sem taquigrafá-las, procurava anotar-lhes os diálogos e acontecimentos. Evidentemente, esta observadora não pôde registrar as inúmeras situações nas quais uma ou mais de uma integrante do grupo falava simultânea, rápida ou prolixamente. Nestas ocasiões, Nina tentava anotar, ao menos, os principais assuntos e movimentos dos diálogos.

Imediatamente após o término de cada reunião, os quatro integrantes da equipe técnica conversávamos, em dinâmica de supervisão, a respeito do ocorrido na reunião do grupo de acompanhamento. Nina, igualmente, procurava registrar os movimentos destes diálogos; particularmente, os sentimentos, angústias e pensamentos manifestados e discutidos. Por outro lado, no presente estudo, devemos salientar as

valerosas contribuições dos professores orientadores de tese, os quais são os supervisores gerais de todo o trabalho.

De todas as vivências registradas, transcreveremos alguns fragmentos, procurando conservar-lhes a anotação original de Nina. Assim, não lhes efetuaremos correções gramaticais, a fim dos relatos clínicos se aproximarem, o máximo possível, do ocorrido nas reuniões. Todavia, a maior limitação dos registros verbais refere-se à quase impossibilidade de atingirmos e de anotarmos, objetiva e concretamente, a atmosfera emocional subjacente aos diálogos do grupo, embora Nina e eu procurássemos anotar quaisquer sentimentos a nos ocorrer. Não obstante, podemos, eventual, relativa e parcialmente, intuir esta atmosfera quer por meio dos fragmentos transcritos, quer pelos sentidos e significados associados às conversas das mães e às participações das coordenadoras Lia e Ana, quer pelos comentários dos fragmentos clínicos, os quais, de modo geral vêm a resgatar-nos parte do discutido nas reuniões de supervisão e nas conversas e supervisões com os orientadores da tese.

No concernente à escolha e à crítica dos fragmentos, são oportunas algumas considerações. O ocorrido nas reuniões com as mães e nas supervisões do grupo, em estudo, constitui-nos um todo indivisível, bastante extenso, um amálgama de intuições, percepções, opiniões e sentimentos impossíveis de serem integralmente captados, conscientizados, organizados e registrados. Além disto, a partir do conjunto de vivências clínicas existentes é-nos necessário quer realizarmos fragmentações e divisões, quer restringirmo-nos àqueles momentos e conteúdos capazes de, em consonância com os objetivos e com o método clínico, propiciar:

- a. No capítulo terceiro, idéias e ilustrações do funcionamento, do desenvolvimento e da evolução do grupo de acompanhamento de mães, ao longo das reuniões.
- b. No capítulo quarto, o aprofundamento de determinados conteúdos e temas significativos para uma compreensão da prática clínica com os grupos de acompanhamento de mães.

Entretanto, em um grupo, tudo tem sentido, qualquer diálogo tem sentidos. Por conseguinte, a necessidade de selecionarmos partes e fragmentos do todo, embora com o intuito de alcançarmos melhor consecução dos objetivos, implica-nos perdas e as respectivas elaborações. Resta-nos assinalarmos a necessidade de efetuarem-se outros estudos capazes de recuperar-nos as partes fragmentadas e subtraídas, os sentidos olvidados, dentre os quais destacamos pela importância e pela associação com as vivências em estudo: As interações e repercussões do atendimento realizado junto às mães, nos filhos, no processo terapêutico das crianças e nos profissionais responsáveis pelo grupo de ludoterapia.

III.1 Preparação do Grupo e Convenções

Considerando-se a importância de avaliarmos e de respeitarmos as realidades assistencial e populacional, no Setor de Saúde Mental Infantil, procuramos, geralmente e dentro de certos limites, não padronizar o tipo de atendimento e os respectivos procedimentos técnicos. Assim, as questões técnicas são normalmente da competência dos profissionais executores do atendimento, de forma a respeitarmos-lhes o interesse, a capacitação pessoal e profissional, a disponibilidade e as preferências, inclusive, no modo de realizarem a assistência e de constituírem-se como equipe.

Outrossim, todos nós, docentes e responsáveis pelo Setor Infantil, se solicitados, em nível de supervisão e de aprofundamento, procuramos exercer crítica construtiva acerca da assistência, visando a uma melhor compreensão dos dinâmismos e das conseqüências dos procedimentos técnicos convencionados. Mencionamos, ainda, o fato de aceitarmos, quando possível e em consonância com a vontade e iniciativa dos integrantes da equipe técnica, a realização de supervisões com profissionais capacitados, não pertencentes ao corpo docente da Unicamp. Este expediente foi utilizado pela equipe técnica, apenas, na reunião de número sete deste grupo de acompanhamento.

No presente trabalho, por estarmos empenhado em não influenciarmos nem

a constituição das equipes técnicas responsáveis pelos grupos de ludoterapia e de acompanhamento de mães, nem a determinação das convenções a serem propostas para o funcionamento dos mesmos, nem os critérios e o processo de seleção das mães e das crianças da lista de espera, propositadamente, não participamos das conversações iniciais, entre os profissionais do Setor Infantil, a fim de se definir estas questões. Havíamos, tão-somente, cerca de três meses antes do planejamento dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia, manifestado o quanto estávamos interessado em estudarmos qualquer grupo de acompanhamento, do qual gostaríamos de participar como segundo observador, e colocar-nos-íamos à disposição para conversarmos a respeito de toda e qualquer reunião, cuja discussão ou supervisão viesse a ser-nos solicitada.

No concernente ao grupo de acompanhamento de mães em estudo, uma vez combinados os integrantes das equipes técnicas responsáveis pelo grupo de ludoterapia e pelo respectivo grupo de acompanhamento, esses profissionais — considerando os contextos assistencial e populacional do Setor Infantil — convencionaram o seguinte: Da lista de espera de crianças entre seis e nove anos de idade, para o grupo infantil de psicoterapia, composta de oito meninas e vinte e dois meninos, foram selecionadas seis meninas e oito meninos. — consoante os critérios assinalados no subcapítulo II.4, dando-se preferência às crianças há mais tempo no aguardo do início da grupoterapia — cujas mães¹³ foram chamadas, por carta ou por telefone, para uma reunião exclusiva e conjunta conosco, equipe técnica do grupo de acompanhamento, a fim de¹⁴:

a. Comunicarmos, caso houvesse o mínimo de oito crianças interessadas, o início

¹³Destas quatorze mulheres, três não atenderão ao chamado e outras três mães comparecerão a uma e duas reuniões, mas não continuarão nem elas, nem os filhos, nos respectivos grupos. Outrossim, haverá o ingresso de duas outras integrantes — uma mãe e uma avó — a partir, respectivamente, da segunda e da quarta reunião, cuja filha e cuja neta foram selecionadas para o grupo infantil, sem haverem integrado a lista de espera.

¹⁴Os seguintes avisos e esclarecimentos, evidentemente, não lhes apresentamos com essa ordem e forma, mas por meio de diálogos, os mais coloquiais possíveis.

de um grupo infantil de psicoterapia, cujas mães participariam, separada e simultaneamente, de um grupo de acompanhamento de mães.

- b. Sabermos se houve modificações, desde quando ocorreram as entrevistas e avaliações com as crianças e com as mães, inclusive, no concernente ao interesse e à disponibilidade de participarem dos respectivos grupos.
- c. Retomarmos os objetivos do grupo infantil de psicoterapia: permitir às crianças compreenderem e lidarem os próprios aspectos emocionais, principalmente, a partir do uso de jogos e de material de desenho, não devendo as mães confundirem o grupo de ludoterapia com escola; e recapitularmos os objetivos do grupo de acompanhamento: espaço para as mães poderem conversar e refletir a respeito das incertezas e dúvidas associadas ao desenvolvimento e à ludoterapia dos filhos, e ao relacionamento mãe-filho, esclarecendo-lhes não se tratar nem de grupo de orientação ou aconselhamento, nem de grupo para tratamento dos aspectos emocionais das próprias mães.
- d. Esclarecermos, às mães interessadas, outras questões técnicas convencionadas:
 1. O acontecido no grupo infantil diz respeito às crianças e aos profissionais responsáveis pelo grupo de ludoterapia, enquanto o ocorrido no grupo de acompanhamento refere-se às mães e a nós, equipe técnica do grupo de acompanhamento.
 2. Após a quarta semana de funcionamento, não haverá o ingresso de novos integrantes nos grupos.
 3. As reuniões dos grupos desenrolar-se-ão semanalmente, com a duração de sessenta minutos, sempre no mesmo horário e local; e ambos os grupos funcionarão de meados de setembro de 1989 ao final de maio de 1990, exceptuados os feriados e um período de férias em janeiro, o qual comunicaremos oportunamente.

4. Somente iniciaremos as reuniões de cada grupo quando houver o mínimo de quatro integrantes, não sendo contados os profissionais das equipes técnicas.
5. Na eventualidade de alguma greve, quer nos sistemas de transportes, quer em qualquer uma das categorias de funcionários e de profissionais da Unicamp, os grupos funcionarão, normalmente, se atingido o quorum mínimo de participantes.
6. A ludoterapia de grupo é um processo lento e gradual, requerendo assiduidade e continuidade. Assim, quem a começar deve evitar de faltar, procurando ir até o final, pois pode ser ruim para a criança a interrupção no meio do processo terapêutico.
7. Embora recomendemos a participação das mães no grupo de acompanhamento, se as mesmas vierem a faltar, os filhos, quando presentes, poderão participar do grupo de ludoterapia.

A essa primeira reunião, comparecemos nós, os integrantes da equipe técnica do grupo de acompanhamento, e dez mães.

III.2 A Primeira Reunião

Os contactos e conversas iniciais das mães conosco são fundamentais para o desenvolvimento do grupo de acompanhamento. A experiência, trazida e adaptada dos grupos de encontro de mães, tem-nos realçado, entre outros aspectos, a importância de esclarecermos, às mães, os objetivos pretendidos nos grupos de ludoterapia e de acompanhamento. A clareza desta preparação prévia é tão importante quanto o planejamento geral dos grupos e a seleção dos integrantes.

Nos grupos de acompanhamento, os primeiros diálogos e reações variam bastante, pois os momentos iniciais costumam trazer novidades e ameaças para todos os participantes, inclusive para nós próprios, componentes da equipe técnica.

Resumimos o ocorrido, na primeira reunião, ao seguinte:

- a. Ana e Lia, as coordenadoras do grupo de acompanhamento, colocam a intenção de iniciarmos um novo grupo de ludoterapia e de acompanhamento, pedindo para as mães falarem a respeito da situação e da disponibilidade delas e dos filhos.
- b. Após falarem brevemente acerca destas questões, a maioria das mães aceita a proposição dos grupos sem objeções, comentando, inclusive, o quanto ansiavam-lhes o início.
- c. Lia e Ana esclarecem os objetivos pretendidos e as questões técnicas convencionadas, assinaladas no subcapítulo III.1, para o funcionamento dos grupos.
- d. Uma mãe quer saber se pode, conforme orientação prévia do pediatra, parar de dar um anticonvulsivante ao filho. Refere-nos o medo de, em interrompendo o medicamento, “voltar o problema do foco”. Ana explica-lhe ser a ludoterapia um atendimento voltado para os aspectos emocionais das crianças; e procura esclarecer-lhe a respeito da importância de seguir as recomendações do pediatra, com quem poderia conversar acerca do não uso do remédio. Esta integrante continua falando, prolixamente, dos sintomas do filho, do resultado do eletroencefalograma e do anticonvulsivante suspenso, provocando grande irritação em algumas mães e em nós próprios.
- e. Várias mães passam a relatar empecilhos para comparecerem ao grupo: uma integrante alega problemas de transporte; Lara lembra-se de haver marcado consulta médica, para outra filha no dia do início dos grupos; Dora não tem com quem deixar os demais filhos; duas outras mães não sabem se as crianças poderão faltar às aulas; e Bia diz não ter certeza de lhe ser permitido, pela patroa, ausentar-se do serviço.

Estes obstáculos são colocados poucos minutos após haverem afirmado o quanto esperavam pelo início da terapia dos filhos. Há uma estranha contradição, ou são estas diferentes verbalizações a manifestação de desejos e de reações ambivalentes das mães, diante das propostas dos grupos e diante da participação delas próprias e das crianças nos respectivos grupos?

Quais os significados do pedido explícito de orientação, acerca do não uso do medicamento anticonvulsivante, instantes após havermos-lhes informado os objetivos dos grupos de ludoterapia e de acompanhamento, e o aspecto deste último não ser grupo de orientação? Havíamos não explicado, claramente, as propostas? Haveria ocorrido desatenção desta mãe? É-lhe difícil aceitar os objetivos considerando a ansiedade pelo problema do filho ou pela recomendação pediátrica de retirar-se-lhe o remédio? Pode esta mãe estar nos falando de algo referente às demais participantes do grupo?

A experiência, com os grupos de acompanhamento, tem nos mostrado não serem estas reações e solicitações das mães tão circunstanciais, casuais ou contraditórias. Estes movimentos costumam refletir aspectos inerentes às novidades e às proposições de lidarmos com o emocional, sem as defesas propiciadas pelo modelo tradicional de atendimento médico, exclusivamente, medicamentoso. Por outro lado, estes aspectos podem nos estar, simultaneamente, acobertando, indicando — e sendo a consequência de — várias outras preocupações, fantasias e angústias das mães, dificilmente imaginadas em momento tão precoce do funcionamento do grupo de acompanhamento.

III.3 Algumas Preocupações Iniciais das Mães¹⁵

¹⁵O método clínico surpreende-nos continuamente, pois somos, em parte, guiados pelos acontecimentos do grupo em estudo. As vivências clínicas conduzem-nos a temas e a conteúdos bastante diversos daqueles, por nós, presumidos inicialmente. Assim, é-nos impossível encontrarmos títulos satisfatórios para os subcapítulos deste e do próximo capítulo. Talvez, não nos fosse sequer aconselhável dividirmo-los. Não obstante, utilizamos o seguinte procedimento. No terceiro capítulo, resolvemos usar títulos sugestivos ora dos principais conteúdos, ora do assunto inicial. No capítulo quarto, optamos

No início da segunda reunião, estão presentes onze mães, acompanhadas dos filhos, Isabella — a co-psicoterapeuta do grupo de ludoterapia — e nós, os integrantes da equipe técnica do grupo de acompanhamento. Ana, Lia e Isabella recapitulam, sucintamente, os objetivos dos grupos de acompanhamento e de psicoterapia infantil, enfatizando o serem grupos autônomos.

Em seguida, Isabella e as crianças deixam o recinto dirigindo-se para a sala de ludoterapia, na qual se encontram Luíza, a coordenadora do grupo de psicoterapia infantil e Lucas, o observador deste grupo.

A saída das crianças deixa algumas mães bastante apreensivas. Imediatamente, Rute desloca a preocupação para o aspecto de uma irmã vir “pegar a filha” no ambulatório, pois ela, Rute, terá de ir direto ao trabalho e não poderá levá-la para casa. Rute, ansiosamente, quer saber de Ana e Lia o horário do término do grupo de ludoterapia, assunto conversado na reunião da semana anterior.

Consideramos esta primeira verbalização muito importante, pois pode estar revelando-nos o modo como Rute e, talvez, algumas outras mães hajam sentido a saída e a separação dos filhos: vieram pegar-lhes as crianças; ou como ficará mais claro, em outras reuniões: ora o sentimento de estarmos lhes tirando e lhes roubando os filhos, ora certa desconfiança para com a equipe responsável pela grupoterapia e o sentimento de não lhes ser esta equipe capaz de lhes cuidar as crianças.

Outrossim, nessa segunda reunião, já nos havia ocorrido o reverso destas possibilidades. Logo após haverem as mães e crianças sido chamadas à sala de atendimento, Mara queria deixar-nos a filha Leonor e retirar-se para outro ambulatório do Hospital das Clínicas, devido a uma consulta para ela, Mara, aliás marcada para outro horário. Embora este acontecimento reflita aspectos pessoais da dinâmica de Mara com Leonor, considerando-se conversas de reuniões futuras, esta atitude de Mara pode ser assim entendida: não devemos incluir as mães no processo de psicoterapia dos filhos, nem nos fiarmos delas: daqui em diante, devemos assumir-

por encabeçar os subcapítulos com frases das mães.

lhes os filhos e resolver-lhes os problemas.

Antes de apresentarmos a continuação desta segunda reunião, são-nos oportunas as seguintes considerações.

O modo de trabalharmos e de comentarmos as vivências clínicas, talvez, não seja, em princípio, facilmente apreensível aos leitores sem experiências psicoterápicas. De qualquer forma, geralmente, ao especularmos a respeito de algo exercemos a crítica, ao concordarmos ou divergirmos acerca de determinado assunto estamos apoiando-nos, principalmente, nas próprias vivências e intuições pessoais; cabendo, igualmente, ao leitor formular as próprias interpretações acerca dos fragmentos clínicos.

Assim, neste estudo, os comentários efetuados representam tão-somente um exercício crítico e especulativo, no qual procuramos recuperar alguns sentidos latentes dos relatos manifestos. Muitas vezes, conforme mencionamos anteriormente, as ilustrações clínicas não conseguem descrever a atmosfera emocional subjacente ao relato verbal; em outras ocasiões, não nos é possível registrarmos e resgatarmos palavras, frases e associações indispensáveis à compreensão global; outras vezes, os elementos necessários para a compreensão dos sentidos assinalados encontram-se nos nas discussões acerca dos próprios sentimentos, angústias e fantasias ou dos conteúdos apontados nas supervisões com os orientadores de tese.

Parecem-nos esclarecedores os seguintes comentários de BION (1988, p.112):
“A interpretação do analista deve referir-se a um estado anímico que será tanto mais difícil de descrever quanto mais exato ele almejar ser. Na análise em si, não é tão difícil formular uma interpretação como o é aqui [ao se redigi-la]. Para começar, o paciente sabe, pois está presente, do que o psicanalista está falando. Os mesmos atributos inerentes à interpretação do analista são inerentes também à associação. Conseqüentemente a comunicação entre o analista e o analisando não apresenta as mesmas dificuldades que se observam na comunicação escrita entre o analista e o leitor. A experiência da comunicação do paciente e da interpretação

do analista é inefável e essencial”¹⁶.

Outrossim, destacamos os próprios “pontos cegos” e o aspecto de muitos temas e conteúdos, a serem mencionados e comentados no presente estudo, não haverem sido, necessariamente, trabalhados e interpretados por Lia e Ana ao longo das reuniões, nem haverem sido compreendidos ou elaborados pelas mães durante o grupo de acompanhamento em estudo.

Em seguida, relatamos a íntegra do restante da segunda reunião, a fim de propiciarmos idéia introdutória do dinamismo do grupo de acompanhamento e de algumas incertezas das mães nestes momentos iniciais.

“FRAGMENTO Nº 1, 2ª REUNIÃO”¹⁷

Rute *“E com relação ao final? Das outras vezes ninguém falava nada, só a gente que falava”*. Quer saber se no final vai ser falado alguma coisa, se vai haver relatório, etc.

Ana *“Aqui é um trabalho de acompanhamento e não de orientação”*.

Lia *“Trabalho sobre coisas que vocês vão trazer”*.

¹⁶No presente trabalho, utilizaremos vários textos provenientes da literatura psicanalítica, com o intuito de relacionarmos as vivências clínicas e os principais conteúdos dos grupos de acompanhamento de mães aos conhecimentos existentes e à prática desta importante área. Todavia, é importante ressaltarmos, em todas estas citações, as diferenças entre o contexto psicanalítico e o contexto dos grupos de acompanhamento, cujos objetivos e funcionamento podem e costumam divergir significativamente.

¹⁷Procuramos redigir esta tese de modo a não ser indispensável a leitura dos fragmentos clínicos. Cabe ao leitor decidir em quais momentos deseja, ou não, lê-los e ater-se a eles. Geralmente, nos exemplos clínicos, encontraremos a origem dos comentários, das análises críticas. Não obstante, ora as ilustrações seguem-se aos comentários, ora precedem-nos. Inclusive, ao lerermos este estudo, ficamos com a impressão de fragmentos e análises críticas comentarem-se e ilustrarem-se reciprocamente, constituindo-se corpo único, dinamicamente, integrado em uma espécie de livre associação. Destacamos o aspecto de não nos haver sido possível nem ilustrarmos todos as críticas efetuadas, nem comentarmos toda a riqueza contida nos fragmentos. De um lado, sabemos-nos incapazes de compreendê-los integralmente. Por outro lado, fomos guiados ora pela seqüência dos acontecimentos no grupo, ora pelos objetivos da tese e de cada capítulo e subcapítulo, ora pelo modo pessoal de narrarmos e de associarmos as vivências clínicas.

Ana *“Para vocês juntas refletirem sobre as coisas das crianças”.*

Mãe *“A gente passa para vocês coisas sobre os filhos, se está havendo diferenças, se melhorou, se não?”¹⁸*

Ana *“Vocês falam sobre o que vocês quiserem”.*

Mãe *“Nós vamos observar e trazer...”*

Rute *“Vai ou não vai ter relatório?”*

Mãe *“Eu acho que nós mesmas é que vamos checar se foi bom ou não”.*

Mãe *“Ninguém melhor do que nós para saber se melhorou ou não”.*

Rute *“Quero saber porque a minha filha faz assim, se eu estou certa no que faço, no como faço”.*

Mãe *“Eu acho isso aí mesmo”.*

Mãe *“Ela tem razão, porque a criança não faz mal intencionada por pior que faça”.*

Mãe *“Às vezes faz errado, mas pensa que está certa”.*

Alda *“Às vezes agrado muito meu menino. Meu marido acha que não está certo”.
Comenta sobre a forma de alimentar o filho. “O pai acha errado, eu não sei”.*

Bete *“E se puser fogo na casa? E se não tomar o leite? E se não almoçar? Por isso que a professora pediu para vir à psicóloga. Não dava mais, eu resolvi parar de trabalhar. No ano que vem, eu mesma vou acompanhar ele (no estudo). Esse ano não vai passar”.*

¹⁸Quando não conseguirmos recordar e identificar a autora das frases, chamá-la-emos, indistintamente, de mãe.

Rute *“Não acompanha a classe. Não aprende, não sei”.*

Ana *“Vocês estão preocupadas em saber como vai ser o nosso trabalho, se nós vamos dar e ensinar coisas”.*

Lia *“Se vão ser acolhidas”.*

Ana *“Se vão receber tudo de nós ou se vão caminhar com as próprias pernas”.*

Mãe *“No primeiro dia eu fico encabulada. É difícil. Eu não fiz nada assim”.*

Mãe *“De repente a gente ‘tá falando até besteira. Não sabemos como é”.*

Vera *“Espero que seja muito bom, acredito, vou pagar para ver. Penso no melhor para o meu filho. Não tem problema muito grave, mas tem dificuldade de ser sociável. Cada um tem um defeito”.*

O fragmento acima começa com uma solicitação concreta e objetiva da parte de Rute, integrante proveniente de um grupo de encontro. O pedido de relatório e a solicitação de como as mães devem cuidar dos filhos, e falar-lhes, revelam-nos algumas expectativas e uma crítica imediata ao funcionamento não diretivo proposto para o grupo de acompanhamento. As mães, normalmente, habituadas ao modelo clássico de atendimento médico, percebem ser-lhes diferente e angustiante a experiência do grupo de acompanhamento e tentam apoiar-se em referencial mais conhecido, diretivo e concreto. Há uma linguagem quase linear: desejam saber como agir e comportar-se com os filhos. O pedido de relatório, como veremos posteriormente, acoberta outras preocupações. Igualmente, a solidariedade das mães para conosco, no sentido de nos trazer informações a respeito do ocorrido e do comportamento dos filhos em casa, não reflete unicamente o quererem ajudar na ludoterapia das crianças.

Quanto às participações e interpretações das coordenadoras, Ana e Lia, neste grupo de acompanhamento, são oportunas algumas considerações: as mesmas refletem, basicamente, a percepção, a intuição, a compreensão emocional e o modo de

cada uma delas trabalhar com os conteúdos e com as angústias trazidas pelas mães, a própria assimilação dos objetivos e das propostas do grupo de acompanhamento e, também, o momento particular e a forma pessoal de comunicarem-se e interagirem-se com as mães¹⁹.

Em alguns fragmentos do presente estudo, existem colocações em desacordo com os princípios técnicos convencionados e propostos para o trabalho dos grupos de acompanhamento. Conservamos estas participações das coordenadoras, pois, além de serem equívocos próprios de todas as atividades humanas, sempre nos ensinam muito.

Outrossim, mesmo as colocações de Lia e Ana, em consonância com os princípios técnicos e com os objetivos dos grupos de acompanhamento, não devem ser tomadas como modelo de participação da equipe técnica. Estas colocações refletem, como assinalamos no parágrafo anterior, o modo de trabalhar e de ser de Ana e Lia, a partir das vivências clínicas, as quais, muitas vezes, podem e devem possuir outras leituras e sentidos e, por conseguinte, poderiam haver sido trabalhadas diferentemente, com outro sentido. No funcionamento dos grupos de acompanhamento de mães, aproximamo-nos dos objetivos, quando as colocações e participações das coordenadoras brotarem-lhes, espontaneamente, da convivência e da interação afetiva e profissional com as mães, no contexto do grupo.

Ainda a respeito do primeiro fragmento, Rute aproveita-se da própria frustração sofrida no grupo de encontro de mães, do qual participara anteriormente, para questionar-nos a competência. Parece-nos haverem Ana e Lia se sentido atacadas e

¹⁹O conceito de "padrão grupanalítico", desenvolvido por CORTESÃO (1981, p.II 39-45), pode ajudar-nos a compreender estas questões: "Através do padrão grupanalítico o analista propaga na matriz do grupo um cunho especial que se define por regras latentes e atitudes específicas. [Por exemplo], o analista procura fazer as sessões com regularidade (evitando ausências e interrupções) e é pontual. Os membros do grupo sentam-se com ele num círculo de oito ou nove cadeiras. Não prescreve medicamentos, não oferece conselhos, nem interfere ou opina sobre a vida dos analisandos (...) Este cunho deixará gradualmente de ser posse do analista uma vez que o grupo espontaneamente o integra e se torna dele possuidor". No padrão grupanalítico, são importantes as atitudes e as comunicações verbais e não verbais do psicoterapeuta, e as próprias vivências psicoterápicas.

cobradas, angustiando-se e procurando ajudarem-se uma à outra²⁰. Rute, identificada projetivamente com as demais integrantes, pôde expressar-lhes uma questão angustiante: as mães nem sempre estão percebendo uma harmonia entre os objetivos e o dinamismo do grupo de acompanhamento e os próprios desejos e expectativas. De qualquer forma, pela última frase da ilustração acima, podemos observar a contra-face disto: a existência de esperança, sem a qual as mães não estariam vindo e trazendo os filhos ao ambulatório.

Os seguidos pedidos das mães, para Lia e Ana fornecerem-lhes orientações, informações, respostas, embora sejam bastante significativos destas primeiras reuniões do grupo de acompanhamento, persistirão ao longo de todas as reuniões, com maior ou menor intensidade, segundo a dinâmica e os momentos mais elaborativos ou regressivos do grupo.

As coordenadoras dos grupos de ludoterapia e de acompanhamento, em nível de fantasia, podem estar sendo idealizadas²¹ pelas mães. Estas atribuem a estes profissionais características e poderes divinos, imaginando-os em condições de saberem, por exemplo, tudo acerca dos filhos, do certo e do errado na educação das crianças. Assim, as mães, por não terem nenhum acesso à equipe técnica do grupo infantil de psicoterapia, costumam exigir, de Ana e de Lia, orientações, esclarecimentos, conselhos e conhecimentos advindos da própria autoridade profissional.

“O primeiro pressuposto é que o grupo se reuniu a fim de ser sustentado por um líder, do qual depende para nutrimento material e espiritual, e para proteção” (BION, 1969, p.168). “A suposição básica desta cultura de grupo parece ser a de que existe um objeto externo cuja função é fornecer segurança para

²⁰ Ao longo deste grupo de acompanhamento, Ana e Lia se auxiliarão, mutuamente, inúmeras vezes.

²¹ *“A idealização está vinculada à divisão do objeto, pois os aspectos bons do seio são exagerados como salvaguarda contra o medo do seio perseguidor. Embora a idealização seja, pois, o corolário do medo de perseguição, também promana do poder dos desejos instintivos, que almejam uma gratificação ilimitada e, portanto, criam uma imagem do seio inexaurível e sempre abundante — um seio ideal” (KLEIN, 1952a, p.320). “Através da idealização, o grupo procura esquecer sua responsabilidade, relegando ao terapeuta toda a tarefa” (GRINBERG et al., 1976, p.96).*

o organismo imaturo. Isto significa que uma pessoa é sentida como se achando em posição de suprir as necessidades do grupo e, o resto, numa posição de serem supridas as suas necessidades (...). É comum, neste ponto, ver o grupo insistir que o médico é a única pessoa a ser considerada e ao mesmo tempo mostrar, pelo seu comportamento, que não acredita que ele, como médico, conheça o seu trabalho (...) O grupo de dependência, com sua característica exaltação de uma pessoa, cria dificuldades para o ambicioso ou, na verdade, para qualquer um que queira obter uma oportunidade de ser ouvido, porque isso significa que, aos olhos do grupo e de si próprios, tais pessoas encontram-se numa posição de rivalidade com o líder” (BION. 1975, p.65-70)²².

No trecho seguinte, procuraremos fornecer uma idéia de outras preocupações das mães.

“FRAGMENTO Nº 2, 2ª REUNIÃO”

Vera *“Eu vim por outro problema. As psicólogas viraram o meu filho [Colombo] e recomendaram o grupo. Meu problema não é dos mais sérios, mas quero que ele se solte. Agora tem eu e o pai, mas depois vai ter que se virar sozinho”.*

Rute *“Todos têm problemas. A minha [filha, Délia,] é sociável demais, só quer brincar. A minha preocupação é de brincar demais. Pergunto o que fez na escola. Ela diz: ‘não quero falar, esqueci’. Ano que vem vai para a primeira série, tenho medo que fique mais rebelde. É muito chorona, se ouvir um não chora que dá gosto. Eu converso, explico, mas basta uma coisinha ela*

²²No concernente às citações da literatura especializada, a serem utilizadas nesta tese, são-nos igualmente válidos os dizeres constantes na nota de rodapé de número dezessete. Em suma, fragmentos clínicos, respectivas apreciações e transcrições da literatura associam-se, ilustram-se, comentam-se. Outrossim, em não poucas citações, optamos por evitar-lhes uma introdução formal, como, por exemplo: agora transcrevemos os escritos de tal autor acerca de determinado assunto. Com este pouco freqüente modo pessoal de redigirmos, esperamos deixar, em aberto, um espaço para o leitor efetuar as próprias associações e ponderações a respeito.

chora e perco a paciência, tenho vontade de esganar. Por que fica assim só comigo?”

Bia *“O meu problema é quase igual o dela [Rute]. Adora brincar, na escola não faz nada. Antes de ir para a escola, eu fechava a casa com trave. Agora fica no educandário. Lá tem espaço, só quer brincar. Mês passado ele foi atropelado. Distraiu. Teve de ficar seis dias no hospital. Desliga, não sei como, pode gritar que não atende. Estuda na escola X. Aprendia, aí teve greve que acabou com ele. Os professores só reclamavam dele... Eu gostaria que ele dissesse: mãe tem lição para eu fazer, eu fiz isso e isso na escola. Volta imundo, sujo e rasgado. Só ele vai para a diretoria. Só ele é prejudicado”. Fala sobre uma brincadeira que o Raul [filho] fez. “Perdi a cabeça e dei uma surra que deixou marca. Quando pego para bater tenho ódio. Já machuquei uma vez. Não quero machucar outra vez. Vai dar cadeia. Agora volta cansado, às vezes não janta. Dorme tranquilo agora. Antes gritava, pulava do beliche. Melhorou depois dessa surra”.*

Mãe *“Tá bom né?”*

Alda *“O meu [filho, Salvador,] não faz bagunça, nem lição. Não faz nada. Só gosta de brincar. Às vezes brinco de professora dele. Ensino de escrever nome de pessoas. Aí diz: ‘já cansei, não quero mais’. A professora pediu exame de vista, pois não consegue copiar. Fui no Carrefour e vi que ele enxergava de longe até um desenho de um coqueiro. Vi que ele enxerga bem. Vou fazer tudo para ajudar aqui”.*

Mara *“O problema da minha [filha, Leonor,] é ciúme. Não pode ver eu chegar perto de ninguém. Quero que desgrude de mim. Por mais que converse não resolve. Só estudou um ano devido ao problema da beziga. Vou tentar ano que vem. Ela gosta de estudar, passou bem. Mas o problema dela é o ciúme. Faz cinco anos que sou só eu e ela. Ela acha que tem que ser tudo para ela.*

Tento afastar, não pode só ficar grudada comigo. Vou fazer tudo. Gostaria de saber as coisas delas com vocês. A gente gosta de saber, né?”

Mãe *“A gente comenta sobre as crianças e nós. Isso influi no tratamento delas ou não?”*

Ana *“Como assim?”*

Mãe *“Vocês conversam depois com os terapeutas deles?”*

Ana *“Não, lá é lá”.*

Mãe *“A gente vai ter que se virar aqui. Precisa de tratamento no fim para nós também. As erradas somos nós mesmas”.* Fala de se sentir culpada.

Vera *“Nós tivemos educação diferente. Somos cinqüenta por cento culpadas. No nosso tempo era mais rígido. Não queremos para os filhos os atropelos que passamos. De repente a gente prejudica eles”.*

Alda *“Penso isso também”.*

Vera *“Tenho quarenta e dois anos. Antigamente era muito diferente de agora, a gente não aceita. Procuro me envolver com as coisas de agora, mas é difícil”.*

Bete *“No meu caso fui criada pelos pais, pelos avós. Sou separada e moro com outro e tenho filha com esse. O Iberê [filho] foi prejudicado desde a gravidez. Com dois anos fui trabalhar e ele se apegou à minha avó, que faleceu. Depois ele se apegou ao meu pai que também faleceu. Um pouco deve prejudicar. Você não tem tempo para eles”.*

Ana *“Vocês querem saber se a gente vai poder acolher vocês aqui, com suas dúvidas, acertos e desacertos”.*

Bete continua falando sobre a sua complicada estrutura familiar, até o término desta reunião.

Nos diálogos acima, estão lançados, embrionariamente, muitos dos assuntos e das angústias a serem trabalhados em diversas outras reuniões, os quais comentaremos e aprofundaremos neste e, principalmente, ao longo do próximo capítulo: algumas reações e angústias das integrantes perante determinados comportamentos dos filhos; o desejo e o medo das mães de separarem-se dos mesmos; os sentimentos de ciúmes, a curiosidade das integrantes a respeito dos pensamentos das crianças e acerca do ocorrido no grupo de ludoterapia; a vinda das mães ao grupo de acompanhamento como uma atitude de reparação dos próprios sentimentos de culpa e o pedido de psicoterapia para elas próprias.

III.4 Algumas Reações das Mães ao Funcionamento Proposto

Neste subcapítulo, associaremos o funcionamento não diretivo e não orientador do grupo de acompanhamento a alguns pensamentos e aos principais modos das mães reagirem a este funcionamento, utilizando-nos de vivências clínicas ocorridas entre a terceira e a nona reunião.

A conversa inicial da terceira reunião é a seguinte:

“FRAGMENTO Nº 3, 3ª REUNIÃO”

Vera *“Tem mais mãe fazendo cartão. O que vamos falar hoje? Qual o assunto?”*
Como as coordenadoras não lhe respondem. *“Faltaram muitas? Bastante, não é? Já na primeira vez tantas faltas desanima. Fazer o quê? Eu estou com problemas com meu filho. Não quer vir. Espero que hoje goste, que faça amizade e que venha”.*

Mãe comenta que o filho já fez amizade com uma criança.

Vera *“Ele fala que não é louco. As pessoas adultas não põem fé nas coisas que ele fala. Ele ouve coisas, ouve que falam que fica pior com o tratamento. Eu não penso nisso.”*

Bete *“O meu não entende o porquê do ter que vir. Digo: ‘porque é bom’.”*

Vera *“Na hora ele vem”.*

Podemos considerar as conversas acima um reflexo de como as mães vivenciaram, na reunião anterior, o caráter não diretivo do grupo. Estão percebendo a proposta não orientadora e não condutora, mas não estão nem de acordo, nem convencidas do acerto deste funcionamento. Ao contrário, começam a reunião solicitando-nos temas condutores e assuntos permitidos, pedindo-nos controle mais objetivo das conversações, segundo o primeiro pressuposto básico do grupo de dependência. Como não lhas atendemos, falam das ausências desanimadoras de algumas integrantes e do aspecto de algumas crianças não estarem querendo vir ao grupo de ludoterapia. Ao mencionarem o porquê do comparecimento dos filhos, se eles não vão piorar com o tratamento, podem estar, indiretamente, questionando as propostas de ambos os grupos.

Destacamos outro aspecto da maior importância para a compreensão do funcionamento do grupo de acompanhamento: As colocações, reações e preocupações das mães são normalmente atribuídas a pessoas diferentes delas próprias, com as quais se identificam projetivamente. Ou seja, para as colocadoras, outras são as mães desanimadas, outras pessoas pensam na possibilidade das crianças piorarem com a ludoterapia; é exclusivamente dos filhos o desejo de quererem, ou não, vir ao grupo. Pelo relato manifesto e consciente, parece não haver a possibilidade de serem as próprias mães, as pessoas em dúvida quanto ao comparecerem e ao ausentarem-se do grupo; ou com medo dos filhos piorarem; ou delas próprias estarem desanimadas, insatisfeitas e receosas de “enlouquecerem-se” com o funcionamento proposto.

Com o intuito de, respectivamente, resumir o conceito kleiniano de iden-

tificação projetiva e de mais bem podermos compreender algumas implicações da identificação projetiva na dinâmica grupal, transcrevemos os seguintes comentários: “Melanie Klein deu-se conta da identificação projetiva quando explorava o que chamou de posição esquizo-paranóide, isto é, uma constelação de um tipo particular de relações de objeto, ansiedades e defesas contra elas, típica do período inicial da vida do indivíduo e que em algumas pessoas perturbadas persiste por toda a vida. Para ela, essa posição particular é dominada pela necessidade do bebê de afastar ansiedades e impulsos, através da cisão do objeto — originalmente a mãe — bem como do self, da projeção dessas partes excindidas para dentro de um objeto, que é então sentido como — ou identificado como — essas partes excindidas, o que colore a percepção que o bebê tem do objeto e sua subsequente introjeção. Ela examinou os múltiplos objetivos dos diferentes tipos de identificação projetiva, como por exemplo o de excindir e se livrar de partes indesejadas do self que causam ansiedade ou dor; o de projetar o self ou partes do self para dentro de um objeto, para dominá-lo e controlá-lo e, assim, evitar qualquer sentimento de separação; o de penetrar num objeto para apoderar-se e apropriar-se de suas capacidades; o de invadir, a fim de danificar ou destruir o objeto. Desse modo o bebê, ou o adulto que segue utilizando intensamente tais mecanismos, pode evitar qualquer percepção de separação, dependência, admiração, ou suas concomitantes sensações de perda, raiva, inveja, etc” (JOSEPH, 1991, p.146-147).

“É preciso salientar que o indivíduo, em cada momento de sua evolução, se identifica com algumas reações, atitudes, formas de conduta ou sentimentos das diversas pessoas com quem entra em contacto. Em linguagem psicanalítica, diríamos que a identificação substitui ou é o resultado das diferentes relações de objeto, e que cada personalidade é composta por sucessivas identificações, que contêm a história das respectivas relações de objeto. O que é válido para o indivíduo, o é também para o grupo, a identificação existe em todos os momentos de evolução

e regressão do grupo. Ligada à identificação encontramos a projeção. Quando várias pessoas se reúnem em um grupo, cada uma delas projetará os objetos de sua fantasia inconsciente sobre as demais, tentando recriar, no plano do grupo, o padrão específico de suas relações interpessoais conflitivas. Ezriel, que elaborou esta perspectiva, assinala que cada um dos integrantes procurará que 'o grupo real mantenha correspondência com sua própria fantasia do grupo'." (GRINBERG et al., 1976. p.154)

"FRAGMENTO Nº 4, 4ª REUNIÃO"

Vera *"O meu filho não quer vir. Não gosta de sair. Só veio porque fez amizade com o Iberê. Hoje como o Iberê não tinha chegado ainda, não queria entrar"*.

Alda *"Não faz amizade com outra criança?"*

Vera *"Ele sempre só faz amizade com um"*.

Zoé *"A minha [filha, Odalea,] fez com a Délia"*.

Rute *"Fazer amizade para ela é fácil. O problema é a manha dela. Queria saber porque é chorona comigo e chorona com os outros. Tem melhorado com a vizinha que toma conta dela"*.

Bete *"O meu disse que a caixa só tem brinquedo para menina. Essa semana a irmã ganhou a ganha-nenê [boneca] e ele brincou com ela. Levei um susto"*.

Vera *"O meu não fala na caixa"*.

Bete *"O meu quer trazer os brinquedos dele. Disse para perguntar se pode trazer"*.

Vera *"O seu quer vir?"*

Bete *"Quando sai do grupo diz que não vem mais, mas no dia vem"*.

Vera *“Converso e ele concorda com tudo. Digo que isso é feio”.*

Bete *“O Iberê gosta que conversem e perguntem, mas no grupo só observam e ele acha que ficam como tontos. Gosta que perguntem”.*

Ana *“Vocês colocam que existe uma coisa que está deixando vocês preocupadas porque o tratamento não é dirigido. As crianças têm que se colocar, vocês têm que se colocar. Isso deixa vocês preocupadas com o certo e o errado”.*

Os diálogos contidos na ilustração acima associam-se, em certo sentido, às crianças e ao grupo infantil de psicoterapia. Com qual material brincam os filhos: o quererem e o não desejarem vir ao grupo; o questionarem o aspecto das ludoterapeutas não ficarem perguntando coisas às crianças. Podemos supor estarem os filhos, igualmente, servindo de interlocutores às indagações das próprias mães, as quais, no fundo, estão bastante curiosas quanto aos brinquedos e aos acontecimentos do grupo infantil; assim como continuam cobrando, de nós e da equipe responsável pela ludoterapia, atitudes e posicionamentos mais diretivos.

Embora as mães questionem o funcionamento dos grupos, mostrando-se nos insatisfeitas e inconformadas, há a contra-face deste aspecto: O estarem vindo e participando do grupo de acompanhamento, em parte, sugere estarem interessando-se e aceitando a dinâmica dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia. As conversas no grupo de acompanhamento indicam a criação de vínculos afetivos entre as participantes, já, não sendo tão infreqüentes as eventualidades nas quais, perante críticas das mães, certas integrantes defendem os objetivos e o funcionamento dos grupos e as próprias coordenadoras.

“{Existe} um propósito defensivo de suma importância na estruturação e funcionamento do grupo — a preservação do terapeuta contra a agressão dos participantes e, conseqüentemente, a salvação do próprio grupo (e de cada um de seus componentes) de seus impulsos de autodestruição”. (ZIMMERMANN, 1971, p.92)

Algumas mães estão referindo-nos “*melhoras*” dos filhos, apontando-nos diferenças significativas nos comportamentos e nas atitudes das crianças, inclusive, elogiando o trabalho de Luíza e de Isabella. Evidentemente, as crianças em processo ludoterápico não costumam poder, em nível mental inconsciente e em tempo tão reduzido, conseguir estas mudanças mágicas e enganosas. Aliás, quanto mais deixarmos as mães se iluírem com estas expectativas, provavelmente, maiores cobranças farão, posteriormente, de nós e das ludoterapeutas.

“FRAGMENTO Nº 5, 6ª REUNIÃO”

[As mães estão falando do quanto os filhos lhes narram e não lhes contam os próprios sonhos.]

Ana *“Acho que vocês dizem da vontade que vocês têm de saber o que tem dentro das crianças, os sonhos, os pensamentos”.*

Zoé *“É isso daí mesmo”.*

Ana *“E do tratamento também”.*

Bete *“O meu também dá problema. Não quer vir, está irritando para a moça [Luíza] dizer que ele não precisa vir mais”.* Comenta, ainda, que o filho falou que a terapeuta não gosta dele, tem ódio dele.

Dora *“Ele vai cansar de esperar”.*

Lia *“Acho que vocês dizem que gostariam que aqui também fosse mais prazeroso, e gostariam de saber o que acontece no tratamento”.*

Alda *“Não quero saber o que acontece lá, e sim saber o que discutir aqui”.*

Bia *“Penso diferente. Gostaria de saber como é essa forma de tratamento da gente só falando”.*

Dora *“Por isso tem quatro pessoas”. [Referindo-se à equipe técnica.]*

Bia *“Como pode tratar só conversando? Vocês vão falar a fórmula como funciona?”*

Rute *“A sua dúvida é a todas”.*

Bia *“Mas como? Se não faz nada, se a gente fica só falando, como vai adiantar? Se a gente tivesse praticando”.*

Rute *“Se não adiantasse não faria o grupo”.*

Dora *“Aqui desabafo coisas que não falo para ninguém”.*

Bia *“Eu fico com as coisas presas, porque não tem a pessoa certa para falar, que possa dizer que tá certo ou errado. Não entendi a fórmula do tratamento”.*

Dora *coloca que as mães devem, a partir das conversas procurar ir analisando as coisas que são ditas no grupo e as coisas que acontecem com as crianças antes de agirem.*

Ana *“Uma parte dentro de vocês entende e gostaria de trocar coisas e outra parte gostaria que fôssemos como professores”.*

Bete *“Acho que deveríamos falar sobre assuntos determinados. Aí sim, porque desse jeito... O meu menino morre de ciúmes da minha filha, eu sei que ele gosta dela... Chega aqui e fica uma olhando para a outra, não sabe o que falar”.*

Bia *“Na última vez você [Bete] falou para deixar ele ir para a rua. Deixei e está um amor. Fui junto com ele no feriado para a rua. Agora chega, pega a bola e vai para a rua. Marco o horário para ele voltar. Melhorou bastante”.*

Bete *“A criança sente vontade de brincar...”*

Alguns destes conteúdos são retomados na reunião seguinte.

“FRAGMENTO Nº 6, 7ª REUNIÃO”

Bete *“No caso do Iberê, eu não sei como é lá dentro, se conversam. Ele gosta que conversem, que perguntem. No começo é meio arredo, mas depois conversa. Já sai de lá reclamando. Ela [ludoterapeuta] fala, ele retruca, tira sarro dela. Não sei o que dizer, se ele deve colocar tudo. Às vezes acho que isso não se faz. Imita a moça, não gosta dela, eu não sei o nome dela. Diz que tirou nota baixa porque vem aqui. A professora não explicou mais, ele tirou nota baixa. Ontem arranjei professora particular e ele dizia que não entendeu, mas entende... Ele vai ficar de recuperação”.*

Eda *“A Ilara [neta] não conta nada. Posso perguntar, mas ela não conta”.*

Bete *“Fui levar ele lá e tem mais brinquedos para menina. Não tem os brinquedos que ele gosta, tipo Rambo. Não sei como gosta tanto das coisas horrorosas”.*
Três outras mães informam que os filhos não contam nada a respeito do grupo de crianças.

Iara *“A minha [filha, Moema,] conta. A amiga [outra criança do grupo] disse que só vai gente louca lá. Uma quase voou na outra... Eu expliquei para a Moema: ‘nunca mais fala isso’.”*

Bete *“O meu disse: ‘eu não sou louco’. Eu explico que psiquiatra é outra coisa, mas não adianta. Ele diz que está escrito psiquiatra no cartão [de marcação de consulta]. Ele não entende ou finge não entender”.*

As mães continuam cobrando de Lia e de Ana os assuntos e temas permitidos: “parece aconselhável, porém, que o terapeuta não atenda com excessiva

prontidão ao desejo que o grupo tem de ser dirigido ou ser ensinado e que ele permaneça relativamente indefinido quanto à sua própria pessoa (...) é de importância terapêutica aprender a não agir por impulsos, mas mantê-los em suspenso e assim permitir seu reconhecimento, reflexão e correção. Isto se aplica igualmente ao paciente e ao terapeuta.” (FOULKES, 1976, p.18)

As integrantes parecem-nos estar apoiando-se tanto em informações obtidas com os filhos, como, principalmente, nas próprias vivências do grupo de acompanhamento para suporem o modo de funcionamento do grupo infantil de psicoterapia. A curiosidade das mães acerca do trabalho de ludoterapia e do ocorrido com as crianças é relevante; sendo alimentada, inclusive, por não estarem recebendo de nós as informações esperadas a respeito dos filhos.

Nos fragmentos acima, resumida e genericamente, podemos observar uma alternância das expectativas das mães em relação à ludoterapia dos filhos e ao grupo de acompanhamento. Ora mostram-se-nos esperançosas e crédulas, ora revelam-se-nos descontentes e desconfiadas quanto ao trabalho das equipes técnicas de ambos os grupos. Na ilustração número seis, podemos observar uma tentativa de atribuírem à equipe técnica do grupo infantil, particularmente à ludoterapeuta Luíza, a responsabilidade pelas notas baixas e pela provável reprovação de uma criança. Estas inculpações tornar-se-nos-ão mais intensas nas reuniões, imediatamente, posteriores aos boletins escolares de final de ano, e estender-se-ão, futuramente, a todo o desempenho das crianças considerado aquém do esperado. Na parte final do sexto fragmento, podemos observar mais uma referência à psiquiatria, talvez reveladora das dúvidas das mães quanto ao acerto da indicação de ludoterapia grupal: se os filhos não estariam no meio de “loucos”, se não iriam piorar com a ludoterapia de grupo. Igualmente, as mães podem estar sentindo-se equivocadamente encaminhadas ao grupo de acompanhamento, cujos objetivos ainda não lhes são claros, e com o receio de nele “enlouquecerem-se”.

“FRAGMENTO Nº 7, 8ª REUNIÃO”

Vera *“Tenho uma dúvida. Será que tudo tem a ver com a mãe que a gente é? Tem a ver? Nós temos uma parte de culpa? A gente como mãe não checa. Para a mãe fica difícil ver aonde está errada”.*

Dora *“Será que você está exigindo muito do seu filho?”*

Vera *“Fico baratinada, a mãe tem parte nos problemas deles?”*

Ana *“Vamos conversar sobre isto”.*

Vera *“É bom saber quando tá certo, quando tá errado. A gente muda a tática quando percebe que não tá certo. Em casa são três [filhos] diferentes. Tem que ter um jeito para cada um?”*

Dora *“Em casa também são três diferentes”.*

Vera *“A gente fica como pára-raio”.*

Mara *“Em casa são sete. Se eu fosse ser assim, como faria?”*

Bete *“Comigo são três iguais. Um critica o outro. A menina faz de propósito para cutucar o Iberê e o pai toma o partido dela. Quando o pai não está, ela não faz. Eu digo para ele não ligar que ela pára. Ele não aceita. Quando é diferente os pensamentos você junta. Quando é igual é horrível. Eu sozinha para agüentar a turma”.*

Dora *“Acho difícil lidar com pessoas diferentes. Você não sabe quando está agradando”.*

Vera *“Meu marido passa os problemas para mim, por preguiça”.*

Dora *“O meu traz os problemas de fora para mim também”.*

Vera *“O meu manda eu decidir tudo. Mas também não me contraria. O que eu falo tá falado. Mas não resolve nada”.*

Eda *“Acho que é tudo igual. Sou casada duas vezes e é sempre assim”.*

Vera *“Casou tem que dividir responsabilidades já que se uniu. É como uma empresa. Se as duas não pensar não resolve”.*

Ana *“Vocês estão colocando que com vocês, às vezes, a carga é muito grande. Gostariam de alguém que pudesse ajudar vocês, compreender...”* uma relação de dependência... *“Como aqui que vocês vêm e têm que falar e resolver”.*

As mães falam-nos dos próprios sentimentos de culpa em relação à educação e aos problemas dos filhos. Questionam-nos, solicitam-nos posicionamentos, opiniões a respeito do certo e do errado, procurando estabelecer conosco uma relação de dependência. Como não as podemos atender, frustram-se e responsabilizam os maridos por estarem sentindo-se sozinhas e descuidadas.

Aliás, nos grupos de acompanhamento, costumam ser freqüentes as críticas e incriminações das mães aos maridos, pelos problemas dos filhos, pela desatenção e falta de apoio na educação das crianças e no cuidado para com elas próprias. Independentemente da realidade destas questões, as críticas dirigidas para os maridos podem estar indicando-nos sentimentos parecidos das mães para conosco e para com os profissionais do grupo de ludoterapia.

Recapitulamos, sinopticamente, algumas reações das mães ao funcionamento não diretivo do grupo de acompanhamento. O virem, o trazerem os filhos, o terem esperança na ludoterapia, o apontarem melhoras nas crianças e o defenderem as proposições de ambos os grupos alternam-se com inúmeras críticas ao funcionamento dos mesmos. As discordâncias das mães podem manifestar-se por atrasos, faltas, abandonos ou por questionamentos e ataques dirigidos a qualquer um dos profissionais da Unicamp ou ao dinamismo e aos objetivos dos grupos. Por ser-lhes mais

difícil, temeroso e ameaçador criticarem-nos, as mães, geralmente, utilizam-se de pessoas e de acontecimentos externos. Assim, criticam, dentre outros, as crianças da vizinhança e da escola, os professores, os filmes e programas da televisão, os maridos ausentes e desatenciosos, as mães de outras crianças.

“Em primeiro lugar, a tentativa de utilizar o grupo como um seminário destinava-se a mantê-lo fixado a um nível refinado e racional de comportamento, apropriado à realização dos objetivos que os indivíduos queriam perseguir (...). Fracassada esta tentativa, começou a emergir o grupo que é, segundo minha teoria, dominado pelas suposições básicas de unidade para fins de luta ou fuga. Com o surgimento desse grupo, a liderança que eu estava exercendo não ficou mais reconhecível como liderança. (...) houvesse eu sido o líder que o grupo esperava, teria compreendido o convite para reconhecer a existência de um inimigo — o primeiro requisito deste tipo de grupo. Se só se pode lutar ou fugir, tem-se de se encontrar algo com que lutar ou de que fugir” (BION, 1975, p.58-59). “O pressuposto básico é que o grupo se reuniu para lutar contra alguma coisa ou fugir dela. Está preparado para fazer, indistintamente, uma coisa ou outra. Chamarei a esse estado mental o grupo de combate e fuga. (...) No grupo de combate e fuga, o analista descobre que as tentativas para elucidar o que está acontecendo serão obstruídas” (BION, 1969, p.173).

“FRAGMENTO Nº 8, 9ª REUNIÃO”

Ana *“Parece que tem um lado de vocês que pode falar qualquer coisa e tem um outro lado que não sabe o que falar, o que seria o assunto do grupo”.*

Vera *“Um dia a Lia falou que falássemos das mães que somos com defeitos e virtudes. Mas a gente que é mãe não sabe onde está errando. Eu sou muito franca, honesta, jogo limpo. Penso que posso estar fazendo errado isso com os meus filhos faço assumir as responsabilidades. O meu mais velho amadureceu*

muito cedo, ficou adulto antes da hora, não sei se tenho culpa. De um lado é bom, confiamos nele, jamais mentiu, aprendeu comigo. Eu terminei a minha infância antes da hora, mas essa é a minha maneira de ser, não consigo ser diferente”.

Eda *“Acho que não, nasce assim. A minha neta mais velha não faz o que explico e mando. Deixa as roupas íntimas jogada e na casa tem o irmão e o avô. Eu não fui assim. É a cabeça dela. Eu explico, ensino, mas ela mente”.* Conta história em que a neta mentiu sobre o local aonde tinha ido.

Vera *“Eu até concordo. Porque esse [filho] que vem aqui, agora, após dois anos é que confiamos nele. Ele não esperava a nossa confiança. Enrolava e mentia. Ficávamos no pé dele. Não era confiável, agora de um tempo para cá está melhorando”.*

Dora *“A Cecília [filha] mentia por medo, a gente sentia. Mas se precisar vir aqui sozinha ela vem. Eu sentia que tinha medo. Depois do tratamento está perdendo esse medo”.*

Alda *“A responsabilidade vem da própria cabeça da criança. O meu mais velho é assim também. O do meio é responsável também, mas para brincar. O Salvador se faz uma arte não fala que foi ele, chora. É completamente diferente. Ontem perdeu sangue e não falou”.*

Vera *“Esse medo que vocês falam é de que?”*

Alda *“Acho que é de apanhar. O pai bate, eu bato pouco. Se estou sozinha faz o maior escândalo, se o pai...”*

Ana *“Acho que vocês colocam a questão da confiança, da falta de confiança, às vezes, de vocês; dos caminhos que esse tratamento vai levar os filhos de*

vocês...”. De independência ou dependência, de crescimento ou não crescimento.

Lia *“E aqui também, vocês não sabem o que nós vamos fazer com vocês, se vão ser colocadas em situações difíceis aqui”.*

Mara *“Eu mesmo não penso assim”.*

Vera *“Talvez seja o subconsciente, porque elas entendem mais das pessoas e sabem o que estamos falando. Eu não tenho medo, se tiver que passar por situações desagradáveis, eu enfrento”.*

Dora *“Mesmo que falhar tentamos”.*

Mãe *“Eu não tenho dúvidas se vai dar certo ou não. Eu conheço várias pessoas que fizeram terapia e acho elas com cabeças boas, com resultados positivos. Não é possível que nos nossos filhos vai falhar”.*

Dora *“Acho que se a Cecília falhar não é mais problema meu, fiz o possível. O problema é dela, pelo menos complexo de culpa a gente não fica”.*

As mães estão tentando elaborar os sentimentos de culpa relacionados com a educação e com os problemas dos filhos. Já idealizam menos a Lia, Ana e às ludoterapeutas e, por conseguinte, o trabalho dos grupos. As mães utilizam menos freqüentemente mecanismos de defesa como cisão, negação, onipotência e identificação projetiva. Estão menos perseguidas pelas coordenadoras, e mais confiantes nelas mesmas, podendo, em parte, perceberem e aceitarem mais bem as limitações dos grupos, dos profissionais, das crianças e delas próprias.

Estas mudanças refletem-se nos diálogos, na dinâmica do grupo. As mães conversam mais espontaneamente, podendo pensarem em grupo, questionando-nos e requisitando-nos menos. Assim, por exemplo, a pergunta de Vera, acerca do medo, foi dirigida para qualquer integrante do grupo, e não especificadamente para Lia e

Ana, como costumava acontecer nas primeiras reuniões, consoante o grupo de dependência.

“A posição de dependência tem um caráter nitidamente defensivo, surgindo, sobretudo, no início do tratamento, em oposição às angústias muito primitivas, que aparecem no seio do grupo. Sua finalidade básica é a de negar a angústia paranóide, despertada pela situação coletiva. O indivíduo sente desconfiança, hostilidade e medo, frente ao terapeuta e aos companheiros”. (GRINBERG et al., 1976, p.96)

As mães estão podendo ora discordar, ora aceitar, mais facilmente, opiniões contrárias de outras integrantes e das coordenadoras. No fragmento de número oito, o assunto da confiança e desconfiança das mães para com os filhos, ao ser interpretado, por Ana e Lia, como relacionado com a confiança e desconfiança das mães para com o trabalho e para com os profissionais dos grupos de ludoterapia e de acompanhamento, vai permitindo-lhes aprofundamento progressivo em conteúdos associados a angústias e a objetos persecutórios.

A assimilação e a aceitação do funcionamento não diretivo do grupo de acompanhamento estão sujeitas a progressos, quando os assuntos trabalhados vão tornando-se menos persecutórios, e a retrocessos, nos momentos mais angustiantes e ameaçadores para as mães.

III.5 Alguns Aspectos Técnicos, Teóricos e Clínicos Afins

Neste subcapítulo, sem nos afastarmos do objetivo de fornecermos uma idéia do desenvolvimento e da evolução do presente grupo ao longo das reuniões, procuraremos focar alguns temas básicos para a compreensão do funcionamento e do manejo do grupo de acompanhamento: matriz e concepção holística de grupo, polissemia, transferência, foco e interpretação. Para tal, retomaremos algumas questões

teóricas e técnicas relatadas na evolução histórica dos grupos de encontro de mães ocorridos no Setor Infantil, e o desdobramento destas influências nos grupos de acompanhamento.

Reintroduziremos estas questões por intermédio de algumas perguntas, associando-as, em seguida, a vivências clínicas provenientes das reuniões de número onze a dezenove. Por que, no presente grupo de acompanhamento, algo dirigido para uma pessoa externa, como marido, parente ou professora, o consideramos como dizendo respeito à equipe técnica e ao funcionamento do grupo de acompanhamento? Por exemplo, por que um assunto como a confiança e a desconfiança da mãe para com um filho, o associamos à confiança e à desconfiança das integrantes para conosco e, se isto já não bastasse, igualmente, o tomamos como referente ao trabalho e à equipe técnica do grupo de ludoterapia? Por que algo dito por uma única mãe o consideramos concernente a todas as demais integrantes do grupo? Qual a fundamentação para enquadrarmos pensamentos e visões diferentes, até contraditórios, de pessoas distintas como associados, simultaneamente, a uma única e a todas mães?

Começaremos por uma sinopse da décima-primeira reunião, a fim de mais bem podermos compreender o encontro de número doze. Na décima-primeira reunião, o assunto inicial é a reprovação escolar de determinadas crianças. Algumas mães culpam a nós e, principalmente, ao trabalho do grupo de ludoterapia, pela não melhora dos filhos na escola: *“O importante não é ensinado”, “as crianças estão aprendendo coisas ruins e erradas”*. Conversamos, em seguida, a respeito do funcionamento dos grupos em dias próximos ao Natal e ao Ano Novo. Por último, as mães falam-nos do quanto são cobradas pelos filhos. Relacionamos isto ao quanto se sentem, igualmente, sugadas e cobradas por nós do grupo de acompanhamento, obrigando-as a comparecerem durante o período de festas de fim de ano.

Na décima-segunda reunião, ocorrida três dias antes do Natal, apenas quatro mães estão presentes inicialmente. Duas outras integrantes chegam atrasadas. As demais quatro participantes faltaram; duas das quais haviam defendido, destacada-

mente, as reuniões no período de festas. O começo deste encontro, entremeado de silêncio e tensão, é o seguinte:

“FRAGMENTO Nº 9, 12ª REUNIÃO”

Eda senta-se no local que costuma ocupar, mas troca de lugar indo para perto de Dora. Silêncio. Mara e Zoé conversam baixinho entre elas, reclamam.

Ana *“O que é Mara?”*

Mara *“Coisa de nós duas aqui mesmo”.*

Zoé *“Tem reunião só hoje antes das férias?”*

Dora *“Não, tem ainda na semana que vem”.*

Zoé *“Tem?”*

Dora *“Está cansada?”*

Zoé *“Eu não”.*

Mara fala alguma coisa que não entendo.

Ana *“O que é Mara?”*

Mara *“Estou cansada de vir. Tenho de levantar cinco horas e ficar o dia todo de bobeira na rua. Não queria parar, mas continuar assim... Uma que eu tomo remédio para dormir, me ataca o sono. E se eu não tomar me ataca os nervos durante o dia, fica complicado. Vou conversar para mudar a condução. Acaba melhorando para a menina e me prejudicando. Tenho que dormir, ataca as vistas. Passei no doutor, ele disse que está me prejudicando um pouco”.*

Ana *“O que as outras mães acham?”*

Dora *“Penso que é do fim de ano, cansa mesmo, escola”, etc.*

Mara *“Já teve uma falta porque eu estava ruim. Hoje não era para vir, mas em todo caso”.*

Entra Rute, trazendo o cartão de Mara.

Eda *“Eu pensei que não ia agüentar e ‘tô vindo”.*

Dora *“Nunca foltei”.*

Mara *“Na hora que acordar, tenho que levantar senão não acordo mais. O remédio é muito forte”.*

Eda *“Eu também tomo calmante, mais fraco. Só para tirar as preocupações da cabeça”.*

Mara *“Só de chegar aqui e escutar as mulheres falar, eu ficava irritada. Tinha vontade de pular o vitró”.*

Zoé *“Eu também ficava irritada”.*

Lia *“Como?”*

Zoé *“Eu estava ficando irritada. Agora melhorou”.*

Eda *“Não fica mais?”*

Zoé *“De vez em quando”.*

Dora *“Eu também estou irritada, principalmente com barulho de criança”.*

Eda *“Então você não podia ir lá em casa, porque a menina põe o som alto...”*

Entra Bia dizendo: *“Hoje foi a mulher do cartão que demorou mesmo”.*

Dora *“Estamos falando de irritamento”.*

Bia *“Isso é o mal do Brasil. Não agüento, gritam o tempo todo. Raul não vai tomar banho, aí tenho vontade de ‘estruzar’.”* Fala da chantagem do filho com ela.

A reunião acima começa com poucas integrantes. As mães, costumeiramente, mais participantes ou haviam faltado ou, ainda, não estavam presentes no início do encontro. A troca de lugar de Éda pode estar refletindo a necessidade, segundo a dinâmica do grupo e diante da ausência de certas mães, de mudanças de papéis entre as integrantes, indicando a existência e a continuidade de um processo grupal. DECHERF (1986, p.30), ao comentar situação semelhante em grupo de crianças, escreve: *“Essa modificação foi também muito benéfica para o grupo, que pôde finalmente sair de sua situação travada. Como o demonstrou Slavson, um grupo deve sempre ser “móvel”, se não as atitudes dos participantes tornam-se estereotipadas”*.

Assim, mães, geralmente, mais caladas — Mara, Zoé e Dora — vêm a exercer papéis, costumeiramente, assumidos pelas integrantes ausentes nesta reunião, prolongando-lhes os conteúdos. Os assuntos e as lideranças são determinados, principalmente, pela atmosfera emocional subjacente do grupo e, secundariamente, pelas características pessoais das integrantes.

O conceito de matriz de grupo pode ajudar-nos na compreensão destas questões: *“The group is a matrix of interpersonal relationships, and the events which occur in it are interpersonal phenomena. These relationships and these events exist literally in between two and more people; they do not occur in one person or in another, but can only come into existence through the interaction of two or more people (...) The group matrix can be regarded as the operational basis of all mental processes in the group in the same way as the individual’s ‘mind’ is the operational basis of all mental processes in the individual (...) Communication is everything happening in this particular group situation which can be noticed, it is everything sent out and received with response whether consciously*

or unconsciously. Such communication involves many levels of the mind at the same time, and has meaning on all of these (...) This process of communication is the medium of all other therapeutic agencies. It drives the therapeutic process forward and enables the cathexes and conflicts, the difficulties and agglutinations in lower levels of the mind to be surmounted”²³ (FOULKES & ANTHONY, 1971, p.258-60). “Parece portanto que de um ponto de vista semântico matriz tem a sua origem em “mater”, no sentido de mãe no que respeita a nutrição, propagação e desenvolvimento; entidade na qual algo é nutrido, produzido, se desenvolve e cresce” (CORTESÃO, 1981, p.11-4).

Comentaremos, em seguida, a irritação das mães, conteúdo manifesto dominante nas reuniões de número onze, doze e treze. No décimo-primeiro encontro, as mães estão irritadas com a reprovação escolar de algumas crianças, com o trabalho da Unicamp, com o funcionamento dos grupos de ludoterapia e de acompanhamento no período de festas natalinas e de final de ano. Evidentemente, é-lhes geralmente mais fácil deslocarem a irritação para pessoas e fatos externos a aceitarem-na como relacionada com elas próprias.

“O processo de grupo inclui a focalização da comunicação de grupo pelo terapeuta. O grupo comunica-se em uma variedade de níveis diferentes ao mesmo tempo. Um nível é o literal, abrangendo o conteúdo manifesto e evidente do que

²³ “O grupo é a matriz de relações interpessoais, e os acontecimentos nele ocorridos são fenômenos interpessoais. Estas relações e estes acontecimentos ocorrem, literalmente, quando há duas ou mais pessoas; eles não podem manifestar-se em uma única pessoa, mas só podem vir a acontecer pela interação de duas ou mais pessoas (...) A matriz grupal pode ser considerada como a base operacional de todos os processos e dinamismos do grupo, assim como o “aparelho psíquico” do indivíduo é a base operacional de todos os processos mentais do indivíduo (...) Na matriz grupal, processa-se toda e qualquer comunicação do grupo, tudo que seja emitido e recebido, quer conscientemente, quer inconscientemente. Tal comunicação envolve vários níveis mentais, e tem sentido em todos eles (...) Este processo de comunicação é o meio no qual acontecem todas as outras atividades psicoterapêuticas. Ele impulsiona o processo psicoterápico e permite que os fenômenos psíquicos inconscientes e de caráter dinâmico possam vir a ser elaborados”. (Tradução do autor.)

é dito. O segundo é o nível interpessoal, abrangendo elementos como posição e papel, juntamente com o conteúdo mais formal de uma comunicação e sua direção. O terceiro nível é o que abrange a significação inconsciente do que é dito e, portanto, as implicações simbólicas dos outros membros do grupo". (KADIS *et al.*, 1976, p.102)

Por conseguinte, a irritação é o conteúdo manifesto e evidente, sendo-nos importante compreender-lhes os sentidos latentes. Os fenômenos humanos e grupais são polissêmicos; dificilmente podemos restringi-los a um sentido único. Na reunião de número doze, as mães fornecem-nos, para a irritação, outros sentidos. Estão irritadas com as integrantes ausentes: com os maridos incapazes de cuidar os filhos, de dar-lhes apoio; com o estarem as crianças manifestando inúmeros comportamentos e atitudes, os quais deveriam continuar recalcados ou serem eliminados; e com o estarem elas, mães, vindo ao grupo, sentindo-se cobradas, fornecendo-nos informações e pouco recebendo em troca, não tendo sequer psicoterapia para elas próprias.

"FRAGMENTO Nº 10, 12ª REUNIÃO"

Bia *"Vou para o Natal na casa da minha mãe. Tem dezoito netos e nove filhos. Tem que caber todos. Não sei se vou. As crianças querem ir por causa dos presentes. Quero ir e voltar. Elas querem pousar. O mal é as crianças... A minha irmã queria bater na professora, porque ela disse que ia reprovar o meu sobrinho. Juntou o pai, a mãe e o filho. É o pior neto, nem a avó agüenta"*.

Eda *"Essa semana é corrida"*. Relata algumas das coisas que terá de fazer.

Ana *"Vocês falam que vai ser duro vir na semana que vem"*.

Rute *"O Natal é fogo. Tem muita coisa. Eu não organizo nada porque vou para a casa da minha mãe"*.

Eda *"Tenho que adiantar as coisas. Hoje não faço nada".*

Rute fala sobre a festinha do filho.

Bia *"Não fui na festa do mais velho e vou na do mais novo. Reclamam. A diretora disse que tem que ir, mas ele é pequeno. Cobram".*

Dora *"E cobram mesmo".*

Rute *"Isso esgota a gente, tem serviço e eles cobram. Mais querem do que dão. No final, a gente vem onde eles querem e não tem apoio".*

Eda *"O velho [marido] também reclama se dou atenção para as crianças. Faço carinho nas crianças. Quando a mãe está, ela fica com as crianças".*

Zoé *"A Odalea vem apanhando bastante. O que ela fala de palavrão de uns quinze dias para cá. Apanha de mim e do pai".*

Rute *"Vocês não falam?"*

Zoé *"Ela também imita o que os outros fazem, 'tá fazendo tudo atravessado agora".*

Bia *"O meu está tacando pedra e falando palavrão. Mas perto de mim é um santo. Falo que vou queimar a língua".*

Rute *"A Délia não fala. Eu falo. O pai fala que é feio..."*

Zoé *"Eu ameaço, parece que ela guarda tudo e solta de uma vez. Já conversei, falei que vou encher a boca de sabão".*

Ana *"O que as mães pensam?"*

Eda *"Penso que aprendem na escola. Pelo menos os meus".*

Rute *"Pode ser um jeito de chamar sua atenção".*

Dora *“O meu marido fala e os dois não falam”.*

Lia *“Parece que quando as crianças se juntam, além de muita confusão, elas mostram coisas que não mostravam antes”.*

Mara fala, em tom reprobatório, que sabe de algumas coisas que as crianças têm falado no grupo de crianças.

Ana *“Vocês estão querendo férias, porque estão cansadas, mas também porque estão achando difícil lidar com as coisas que estão aparecendo com o tratamento”.*

Zoé *“Eu acho que está aparecendo muita coisa. A agressividade dela está me dando muito trabalho”.*

Bia *“O meu agora mente, inventa coisas...”*

Alguns pensamentos e fantasias das mães associados à irritação, já presentes nas reuniões de número onze e doze, tornam-se-nos mais claros no décimo-terceiro encontro, o último antes das férias de janeiro. As integrantes estão inconformadas e assustadas com as férias, período no qual os filhos não terão ludoterapia e elas ficarão sem o apoio do grupo de acompanhamento, havendo de cuidarem, sozinhas, as crianças: *“que pena que não vai ter reunião em janeiro”* (Zoé), *“como vou tomar conta de tudo isto, das crianças, sem o grupo”* (Bete). As mães estão insatisfeitas, sentindo-se desprezadas e rejeitadas por todos nós, profissionais da Unicamp. Querem saber-nos as atividades durante as férias. Revelam-nos, simultânea e paradoxalmente, o desejo de não perderem os grupos e as respectivas equipes técnicas e a vontade de desistirem, elas e os filhos, dos grupos em represália às férias e a todas as frustrações a elas impostas. Abandonar-nos-ão antes de serem por nós abandonadas.

A irritação das mães ilustra-nos a polissemia dos fenômenos grupais e o conceito de matriz, remetendo-nos à noção holística de grupo: *“If we hear an orchestra*

playing a piece of music, all the individual noises are produced each on one particular individual instrument; yet what we hear is the orchestra playing music, the conductor's interpretation, etc. We do not even in terms of pure sound hear a simple summary, a summation of all the individual waves which reach our ears, but these are modified significantly, being part and parcel of a total sound. In truth what we hear is the orchestra. In the same way mental processes going on in a group under observation reach us in the first place as a concerted whole. Those familiar with Gestalt psychology will find no difficulty in understanding that the whole is more elementary than the parts. With this insight we have arrived at one of the basic concepts in group psychotherapy without which all other observations are misinterpreted or insufficiently described, namely that what we experience in the first place is the group as a whole".²⁴ (FOULKES & ANTHONY. 1971. p.26)

Transcreveremos, em continuação, a íntegra dos dois terços iniciais da reunião de número dezenove²⁵, procurando associar o referencial holístico de grupo a três conceitos da maior importância para o funcionamento do grupo de acompanhamento: transferência, interpretação e foco.

"FRAGMENTO Nº 11, 19ª REUNIÃO"

Dora "*Quem vai começar?*"

²⁴ "Ao escutarmos uma orquestra tocando uma peça musical, embora todo e qualquer som seja produzido por um determinado instrumento, no fundo, ouvimos toda a orquestra tocando, a interpretação do regente, etc. Mesmo em termos perceptivos, não escutamos a soma de todas as ondas sonoras que alcançam os nossos ouvidos, mas estes sons são significativamente modificados, sendo parte e parcela de um som global. Em verdade, escutamos uma orquestra. Do mesmo modo, os fenômenos psíquicos que acontecem no grupo nos atingem, inicialmente, como um concerto global. Aqueles familiarizados com a psicologia gestáltica não terão nenhuma dificuldade em compreender ser o todo mais elementar que as partes. Com este "insight", atingimos um conceito básico da psicoterapia de grupo, sem o qual todas as outras percepções e observações são equivocadamente interpretadas ou insuficientemente descritas, a saber, vivenciamos, primeiramente, o grupo como um todo". (Tradução do autor.)

²⁵Outrossim, retomaremos o terço final desta reunião no próximo subcapítulo.

Rute diz algo sobre a filha estar melhorando.

Vera *“Eu devo dizer que estou satisfeitiíssima. O Colombo tá ótimo, até o colega percebeu”*.

Alda *“Eu, a professora pediu um relatório sobre se ele fica em classe normal. Ela acha que deve ir para classe especial. Mas para isso precisa de relatório daqui. Se não levar o papel não vai poder ir mais na escola. Fez dois anos e não aprendeu nada. Consegui vaga numa escola perto de casa, mas não tem classe especial e a diretora acha que não precisa”*.

Antes de comentarmos o fragmento acima, recapitularemos, sumariamente, alguns dos principais conteúdos e sentimentos trazidos pelas mães nas reuniões de número quatorze a dezoito, ocorridas após as férias de janeiro. As integrantes puderam perceber não serem os filhos e elas próprias tão dependentes do grupo como imaginaram. Por outro lado, trouxeram-nos o inconformismo com as férias e a raiva para conosco: pois sentiram-se rejeitadas, abandonadas e incapazes de cuidar os filhos. Outrossim, a continuação de ambos os grupos após as férias foi sentida como uma reprovação imposta a elas e às crianças por nós profissionais da Unicamp, tornando-se-lhes mais evidentes os sentimentos de culpa. Com o trabalho em torno destes conteúdos, as conversas das mães dirigiram-se para o como percebiam e imaginavam a ludoterapia e para as próprias angústias diante do desenvolvimento e das mudanças das crianças, nem sempre em consonância com as próprias expectativas.

O fragmento de número onze traz-nos um conteúdo manifesto associado a estas questões: a melhora e a piora das crianças. A fala inicial de Rute e Vera, satisfeitas com os progressos dos filhos, é contrabalançada pelo relato de Alda, cujo filho Salvator está apresentando dificuldades escolares. Curiosamente, em reuniões anteriores, Rute e Vera costumavam relatar-nos as dificuldades e os retrocessos dos filhos, enquanto Alda referia importantes mudanças no Salvator, apegando-se ao aspecto dele gostar de vir ao grupo de ludoterapia, e negando-lhe problemas e dificuldades.

Estas alternâncias podem ser entendidas não apenas a partir das características pessoais e das realidades de cada mãe e de cada criança, mas também segundo a concepção holística de grupo. A mudança dos papéis e das opiniões das integrantes costuma ser característica do dinamismo e da mobilidade do grupo. Assim, diferentes mães podem assumir e confrontar posicionamentos distintos perante determinadas angústias e assuntos: na presente situação, a melhora e a piora dos filhos. Isto ilustra a riqueza dos grupos, pois em havendo maior número de integrantes, pode haver maior diversidade de conteúdos e fantasias a serem aproveitados e confrontados.

“Esta aproximação ao grupo como entidade dinâmica, que será objeto das interpretações, consiste no procedimento do terapeuta em tomar o material que surge na sessão, como expressão dos sentimentos e pensamentos de todo o grupo, e formular sua interpretação de modo a atingir, não apenas o paciente que deu ensejo à intervenção, mas a totalidade do grupo. Considera-se, assim, a associação do paciente, bem como as sucessivas comunicações que qualquer componente venha a apresentar, como uma manifestação do grupo inteiro”. (ZIMMERMANN, 1971, p.89)

Evidentemente, quanto aos relatos de melhora e de piora dos filhos, devemos salientar, igualmente, a possibilidade das mães estarem ora aceitando, ora negando os problemas dos filhos, ora podendo perceber e referir mudanças nelas próprias. Por outro lado, podemos supor-lhes outras preocupações. Desejam-nos saber se os filhos são normais, devendo permanecer em classe normal; ou se, realmente, têm problemas mentais específicos, necessitando de serem encaminhados para classe especial. O relatório, embora possa ser associado ao pedido explícito da diretora, extrapola, como veremos, este sentido, sem naturalmente excluí-lo.

“FRAGMENTO Nº 12, 19ª REUNIÃO”

Vera *“Seria bom mudar de escola”.*

Alda *“Ele não quer vir mais nessa escola, quer ir na de perto, por causa dos colegas”.*

Vera *“Tive um sobrinho que ficou cinco anos numa série. Mudou de escola e foi bem”.*

Alda *“A professora diz que se não quiser nem é para mudar. Cinqüenta por cento dos alunos dela repetiram”.*

Rute *“A professora tem que ser boa no começo”.*

Alda *“Sobre a escola do ano passado, o Salvator diz que estão derrubando e mexendo em tudo, que não estão tirando a poeira... Todos estão indo para a outra escola. Desta diz: ‘oba, aqui tá tudo limpo, eu vou estudar’. Mas não sei se precisa de sala especial mesmo. Sei lá”.*

Rute *“Na sala especial a professora fica mais em cima”.*

Alda *“A professora pediu para quatro alunos irem na psicóloga. Arranjaram uma psicóloga para ir na escola. Tinha que pagar NC:\$ 300,00. Ele não quis ir na escola. Meu marido está nervoso porque parou de fumar. Ontem falou: ‘você é que fica dengando, levando na Unicamp’. Não vou parar no meio do caminho. Eu é que faço tudo. Parece que ficou traumatizado porque separou-se da avó e das tias. Disse que o pai só fica implicando. O pai mandou ele copiar uma folha e foi assistir TV. Eu disse que ele deveria ficar junto com o filho. O que adianta eu correr com o menino atrás de uma coisa melhor e você faz isso. Ele é pequeno, novo. Não fez a cópia e o pai disse que era preguiça. Se não precisar de sala especial...”*

Ana *“Parece que uma parte de vocês tá muito contente com o tratamento aqui, mas uma outra parte está em dúvida se é necessário, se não são necessárias outras medidas”.*

Quando Vera e Alda conversam a respeito da mudança de escola das crianças, devemos, segundo a dinâmica transferencial, considerar a possibilidade das mães estarem pensando, também, em mudarem os filhos de psicoterapeutas, tirando-os da ludoterapia de grupo.

Alguns pensamentos das mães, concernentes à escola, podem, igualmente, estar revelando-nos o modo como estão percebendo o processo ludoterápico dos filhos. Assim, por exemplo, a forma como colocam o derrubarem e o mexerem em tudo na escola, o não tirarem a poeira, podemos associá-la ao desejo da ludoterapia de grupo não mexer em determinadas *“coisas”* das crianças, consideradas sujas e inadequadas pelas mães.

Paralelamente, podemos supor outro sentido para a questão classe normal e escola especial. Podemos entender o pedido de classe especial como uma solicitação de atendimento diferenciado, o qual, em nível psicoterápico, poderia corresponder à ludoterapia individual. Assim, as mães imaginam ser mais adequado, para *“evitar-se”* o aparecimento de atitudes *“indesejáveis e incontroláveis”* nos filhos, um atendimento individual e especial, no qual as ludoterapeutas Luíza e Isabella tais como professoras, pudessem *“ficar em cima”* das crianças. Além disto, as mães continuam confrontando as expectativas educativas e coercitivas com o funcionamento compreensivo da ludoterapia grupal.

A interpretação de Ana no final do décimo-segundo fragmento, embora passível de crítica por tornar o relacionamento com as mães impessoal, fornece-nos um exemplo da compreensão holística do grupo e de como as coordenadoras podem associar assuntos referentes a fatos externos, como escola e professores, aos focos do grupo de acompanhamento.

“O grupo forçando o psicoterapeuta a desempenhar determinados papéis,

cria-lhe diversas ansiedades ou estados de tensão, de maior ou menor monta. A situação emocional assim criada é percebida como resultante não da atuação particular de um paciente ou de uma parte do grupo, mas da ação envolvente comum a todos. A partir desse sentimento de unidade, é que será possível elaborar a tensão ou ansiedade e também resolvê-la no grupo mediante a interpretação. Esta percepção de totalidade representa, em minha opinião, o melhor meio técnico de trabalho de que dispõe o psicoterapeuta". (ZIMMERMANN, 1971. p.111)

"FRAGMENTO Nº 13, 19ª REUNIÃO

Alda *"Eu falei com a Luíza sobre o relatório e ela disse para falar aqui, depois resolveria. Tudo bem depois eu aguardo".*

Ana *"O que as mães pensam?"*

Alda *fica com os olhos vermelhos, segurando as lágrimas.*

Vera *"Acho que tá certa não ir pela cabeça do marido dela. Ele é uma criança ainda. Se não der bom resultado, pior não vai ficar. Se mudar de escola é melhor que classe especial".*

Rute *"Também acho que pior não fica. A vida é de tentativas, algum caminho vai dar certo. A gente é que sabe da vida dos filhos, eles sabem por cima".*

Vera *"Eu estou desde 7h30m atrás de livros. Vê se os pais sabem o que é isto? Não sabem nem onde tem livraria. Para eles é comodo, é fácil abandonar tudo e deixar para o destino".*

Alda *"Ele acha que tem que trabalhar e dar o dinheiro e a gente que se vire, que compre o que for preciso".*

Vera *"Tô rindo porque antes eu e a Dora estávamos falando disso".*

Alda *“O que fico nervosa é que para assistir novela ele [marido] fica até uma hora da manhã. Se o telefone toca, atende as pessoas que gosta, senão reclama. Chega, toma banho, vai ver TV. O menino ficou tão nervoso, derramou tudo. Você não pode olhar para ele senão ele fica nervoso. O pai ficou olhando ele escovar dente e o Salvador deixou cair tudo no vaso. Se parou de fumar e vai ficar assim, pode voltar a fumar ou descarregar no serviço, porque se chegar nervoso hoje, eu vou dormir com o Salvador”.*

Rute *“Os pais sentem o problema, mas não sabem como resolver. São mais brutos. Eu conversei com o meu e ele entendeu o problema da Délia. Digo que o problema pode ser com a gente. Digo para ele conversar com ela, para ver se melhora, porque ela é muito arredia com o pai. O Gilberto [marido] tem vergonha de deixar o Fabiano [outro filho] chorando na escola...”*

Ana *“Acho que vocês colocam também que se sentem muito tristes e sozinhas, sem os maridos. Esperavam mais desses maridos”.*

Dora *“Pode morrer de esperar”.*

Rute *“Eu conto tudo, senão toma banho e fica sossegado. Ele vai ao supermercado...”*

Ana *“Acho que vocês ‘tão colocando como vocês esperam mais da gente aqui, que a gente pudesse falar mais com vocês, dar relatórios, falar do que acontece lá no tratamento”.*

Rute *“Tem mulher que acha que o pai ‘tá cansado, tem...”*

Lia *“Talvez vocês pensassem que aqui também as coisas pudessem ser mais divididas, que a gente pudesse repartir mais as coisas com vocês”.*

No início da ilustração acima. Alda, ao pedir o relatório diretamente para Luíza, antes de não-lo solicitar, procura burlar a autonomia dos grupos de crianças e de

acompanhamento. Apesar do referido relatório ser fato real de inegável importância, frisamos como os mais diferentes acontecimentos externos podem ser aproveitados em função da dinâmica do grupo e dos desejos, fantasias e angústias das mães. Estas, por não terem recebido a menor informação a respeito do ocorrido no grupo de ludoterapia, estão angustiadas e frustradas.

Assim, as integrantes aproveitam-se do relatório para tentarem obter informações diretas e concretas dos filhos. O modo como falam da possibilidade de mudarem-nos de escola, pode estar fornecendo-nos indícios de alguns pensamentos das mães: se não lhes providenciarmos o relatório, retirarão as crianças da ludoterapia; não lhes há mais nada a perder, piorar os filhos não vão. As mães sentem-se sozinhas, sem terem recebido o desejado auxílio dos profissionais da Unicamp. Deslocam estes sentimentos de desamparo para os maridos, os quais lhes dão apenas dinheiro, deixando-lhes todas as dificuldades do dia-a-dia. Ao dizerem o quanto os pais sentem o problema, mas não sabem resolvê-los, podem estar expressando o quanto nós, os profissionais de ambos os grupos, apesar de procurarmos compreendê-las, não conseguimos resolver-lhes as dificuldades dos filhos, como desejaríamos.

“FRAGMENTO Nº 14, 19ª REUNIÃO”

Alda “Meu marido não quer ir a lugar nenhum, porque não tem carro. Chama o filho de burro... Falei: ‘você não pode falar assim com ele, fala com calma, porque eu falo com calma, sei lidar bem com ele. Se você fala assim, ele fica nervoso, com medo de você’. Se alguém fica em cima de mim no trabalho também faço errado. Tem que chegar e conversar com ele, deixar a TV e conversar. Ele diz: ‘não tenho paciência, meu pai batia e gritava, minha mãe também’. Você tem que entender que é revoltado com seus pais e não pode ser assim com os filhos. Os mais velhos entendem o pai quando fica nervoso, o pequeno não. Digo para ele: ‘você não servia para ser pai’. Mas você é que tem que se controlar. No trabalho você não se controla? Ele diz

que no trabalho não se descontrola”.

Ana *“Vocês gostariam de vir para cá e que a gente pudesse conversar com vocês sobre suas dificuldades sem gritar, que vocês pudessem falar o que quisessem e fossem compreendidas”.*

Alda *“Minha amiga que está morando em casa acha que ele [marido] precisa de psicóloga ou assistente social. Falei para ele e vocês sabem o que disse: ‘nem pensar’.”*

Rute *“Para eles é difícil procurar ajuda”.*

Vera *“É o machismo”.*

Alda *“Quando vim com o Salvator para avaliação, ele [marido] veio junto por causa da chuva. Deu certo porque era para ele vir também. Ela [psicóloga] falou com o Salvator, comigo e com ele. Ele disse: ‘o assunto tem que ser curto e grosso, porque não tenho paciência’. Ainda bem que eu não estava por perto...”*

Ana *“Vocês falam que vocês têm muita paciência para esperar, mas que essa espera ‘tá muito difícil, que vocês gostariam que desse resultado mais rápido”.*

Alda *“Não penso assim”.*

Rute *“‘Tô rindo, porque também ele [marido] está esperando que termine logo, porque a Délia não está querendo vir. Hoje veio por causa do tênis que não tinha para a ginástica”.*

Vera *“Também o meu não queria vir”.*

Rute *“Na escola não está atrapalhando por enquanto. Disse: ‘ai meu Deus, por que essa professora tinha que dar ditado?’ A professora prometeu que se pegasse alguém não prestando atenção ia arrancar três folhas”.*

Lia “Talvez o que preocupe as mães são coisas que possam ser descobertas aqui, ou que as crianças descobrissem lá... seria bom que acabasse logo”.

Ana “Que a gente desse um relatório logo, que dissesse que ‘tá tudo bem”.

Em não sendo, ainda, possível às mães assimilarem as colocações de Ana e Lia, aproveitam-se do modo de ser dos maridos, projetando-lhes as próprias dificuldades. Sentem-se impotentes perante os problemas dos filhos, e atingidas no próprio narcisismo. Utilizam-se dos maridos para criticarem a não objetividade, o longo tempo dos grupos e o esgotamento da paciência, questões interligadas com o não estarem sendo atendidas nas expectativas do grupo de ludoterapia resolver-lhes, rapidamente, magicamente, os problemas das crianças.

No concernente às interpretações transferenciais de Lia e Ana, cabem-nos algumas considerações. A experiência com os grupos de encontro e com os primeiros grupos de acompanhamento realizados no Setor Infantil mostrou-nos serem transitórias e superficiais muitas mudanças ditas e manifestadas pelas mães: persistindo, tão-somente, enquanto funcionava o grupo. Igualmente, outros posicionamentos das mães, de grande importância para o desenvolvimento dos filhos, continuavam imutáveis e inacessíveis. Questões fundamentais da dinâmica mãe-filho-profissionais não podiam ser percebidas e trabalhadas, e continuavam influenciando, desfavoravelmente, na ludoterapia grupal. Por exemplo, em diferentes momentos do processo de qualquer grupo de acompanhamento, podem aparecer intensamente ora a desconfiança, ora os ciúmes das integrantes para conosco e para com os ludoterapeutas, ora sentimentos de culpa. Estes e outros conteúdos relevantes vão emergindo, podendo, muitas vezes, comprometer o atendimento realizado no grupo de criança, chegando, eventualmente, ao extremo de interrompê-lo. Assim, a proposição dominante, nos primeiros grupos de acompanhamento, de evitar-se interpretações transferenciais dificultava-nos, excessivamente, o trabalho destas questões.

Começamos a questionar esse imperativo de não usarmos interpretações transferenciais. Passamos, inicialmente, a utilizarmos-las timidamente e, para sur-

presa própria, os benefícios e repercussões no atendimento das mães e, indiretamente, das crianças foram superando as desvantagens e os riscos provenientes de tal uso. Assim, progressivamente, nos grupos de acompanhamento subseqüentes, fomos utilizando mais amiúde as interpretações transferenciais, aprendendo com a experiência.

Ao usarmos colocações nas quais os pensamentos e as fantasias verbalizados por uma única pessoa são considerados emergentes do grupo como um todo, e dirigidos, basicamente, a nós próprios, facilitamos às mães o deslocarem as próprias dúvidas, angústias e fantasias para os demais integrantes do grupo, inclusive para nós próprios, enquanto ainda não lhes for possível compreendê-las e elaborá-las.

“Uma interpretação dada em termos individuais em nada modificou a atitude do grupo enquanto que sua correção, desta vez, formulada em termos do grupo como totalidade, pôde de fato, integrá-lo (...). Tais exemplos evidenciam, a nosso critério, as vantagens da interpretação grupal sôbre a individual, pois nêles claramente se vê que a formulação interpretativa em termos individuais leva o grupo à desagregação, enquanto que a interpretação em termos do grupo como totalidade unifica-o, integra-o”. (ZIMMERMANN, 1971, p.160-161)

Evidentemente, a experiência com os grupos de mães tem-nos possibilitado, geralmente, evitarmos de focar questões muito específicas e exclusivas de determinadas participantes. Por outro lado, as mães vão acostumando-se com as interpretações transferenciais segundo a concepção holística, podendo perceber quando certas afirmações não lhes dizem respeito, inclusive refutando-as.

Há um outro importante recurso técnico, o qual temos utilizado continuamente, sendo, inclusive, um dos principais sustentáculos do modo de trabalharmos os grupos de acompanhamento presentemente. Podemos resumi-lo ao seguinte: o procurarmos associar as interpretações transferenciais aos focos do grupo de acompanhamento. Assim, procuramos compreender e trabalhar os conteúdos e as angústias

trazidos pelas mães, associando-os não apenas a nós próprios, mas, também, ora à dinâmica mãe-filho, ora ao desenvolvimento e à ludoterapia dos filhos, ora ao funcionamento de ambos os grupos, ora à equipe responsável pelo grupo infantil.

III.6 Lutos e Revoltas: Momentos Críticos

Neste subcapítulo, utilizaremos ilustrações clínicas provenientes das reuniões de número dezanove a vinte e três. Começaremos pela vigésima reunião, encontro ocorrido em atmosfera de descontração e de euforia.

“FRAGMENTO Nº 15, 20ª REUNIÃO”

Alda *“Salvator esta super bem na escola, com parabéns da professora. Falei com ela que disse que não vai pôr falta para ele. Levanta, toma banho, vai para a escola todo contente. Na outra escola não fazia nada. Agora começou bem, graças a Deus. ‘tô contente, ‘tá achando bom ir na escola e vir aqui”.*

Vera *“‘Tá mais fácil, né?”*

Rute *“Délia ‘tá bem na escola, faz a lição, capricha. Na física quer ir. Hoje disse que não tem problema faltar. Não tenho muita queixa dela essa semana”.*

Vera *“E os seus melhoraram?” (dirigindo-se a Bete.)*
(Risos.)

Bete *“Os meus não. O Iberê ‘tá cada vez pior, não obedece, briga com todo mundo, ‘tá terrível. Estou desistindo de ficar com ele. Vou mandar para o pai ver se dá jeito. Não é falta de apanhar. Em casa eu controlo. Na casa da minha mãe foge, sai escondido. Ontem chegou no meu trabalho com mochila e tudo para fazer os exercícios. Telefonei para casa e ele não tinha avisado, saiu para ir comprar coisas. Levei de volta. Fazer o quê? E quando*

cheguei não tinha tomado banho. Está na hora de ter responsabilidade. Se não mandar, não vai”.

Ana *“Às vezes vocês estão muito contentes com as crianças e às vezes muito irritadas”.*

Bete *“Eu fico mais irritada. Ele faz tudo para irritar. Fico nervosa e faço crise de asma”.*

Vera *“Como é com o pai?”*

Bete *“Fica bem, diz que o pai não bate nele. Digo que só fica um mês por ano com o pai. Estou pensando em mandá-lo para o pai...”*

Vera *“Mas e nas férias do meio do ano?”*

Bete *“Não sei se vem buscar o Iberê. Está se separando da mulher. Não converso com ele, não procuro saber. Digo para ele: ‘lá você não vai ter o mesmo conforto de comida, remédio, médico. Lá não tem nada, ele não compra nada para o menino. Falo e explico isso para ele e ele diz que não, que o pai é melhor. Digo que vai ficar um ano lá e só pode voltar quando der valor para mim, mas ele não liga”.*

Vera *“Essa idade não dá valor para as coisas”.*

Ana *“O que as mães acham?”*

Alda *“Tenho uma amiga que está morando comigo que mandou o filho para a avó e ele não quis ficar. Ela buscou o menino, trabalha direto, a semana toda. O filho quer ficar na casa do padrasto que separou da mãe que era viúva. Ela ajudou ele a comprar quatro terrenos, mercearia, casa, etc, e saiu de casa sem nada, porque o companheiro não deu nada. E ele quer fazer a cabeça do filho contra a mãe. Ele ‘tá fazendo tudo para irritar a mãe, pós brinco...”*

Mãe *“É uma maneira de agredir”.*

Bete *“O meu marido chegou em casa e ele tirou o brinco. Olhou a orelha e perguntou. Disse que em casa com brinco não, nem filho dele...”*

Ana *“Vocês estão colocando que nem sempre entre mães e filhos os sentimentos são bons e perfeitos. Às vezes aparecem outros sentimentos, como a raiva”.*

Lia *“E quando esses sentimentos aparecem fica difícil ficar junto”.*

Podemos observar o contraste no relato das integrantes acerca dos filhos: algumas mães estão contentes com a melhora dos mesmos, enquanto outras referem dificuldades: estão irritadas, não conseguem controlar as crianças, sentem-se por elas rejeitadas e pensam em mandá-las para os pais.

A forma como as mães relatam o ambiente de competição entre elas e os maridos — ao dizerem ser bastante diferente ficar com as crianças um mês por ano de agüentarem-nas o restante do tempo, ao afirmarem o quanto os pais querem fazer a cabeça dos filhos — leva-nos a pensar, segundo a dinâmica transferencial, em haver uma crítica e sentimentos de rivalidade das mães para com a equipe responsável pela ludoterapia, a qual fica com as crianças apenas uma hora por semana e pode estar fazendo-lhes a cabeça. As integrantes estão percebendo o valor dado pelas crianças ao grupo e quão fortes são os laços e vínculos afetivos entre os filhos e os profissionais do grupo infantil, sentindo-se excluídas desta relação.

Em continuação à ilustração acima, as mães conversam, divertidamente, acerca das diabruras, das traquinagens e da voracidade dos filhos, trazendo-nos conteúdos indicadores do potencial de destrutividade dos mesmos. Ana e Lia tentam assinalar-lhes as reações e os sentimentos de desagrado e de satisfação perante tais atitudes das crianças.

No restante da vigésima reunião, novamente, as mães falam dos maridos: eles bebem, não as entendem, não sabem lhes dar carinho, apenas dinheiro. Divertem-se

comentando os maridos como santos e elas como bruxas. A conversa é viva e deliciosa. Todos os presentes estão envolvidos e sorrindo de satisfação, como podemos observar por esta ilustração da supervisão imediatamente após o término da reunião.

“FRAGMENTO Nº 16, SUPERVISÃO APÓS A REUNIÃO DE Nº 20”

Ana *“Nunca tive tanta vontade de falar como hoje. O grupo ‘tava tão gostoso hoje. Não vi o horário passar. Elas falavam que estavam soltas, que queriam falar dos problemas, da angústia e da solidão delas. Estavam podendo trazer as coisas delas e as crianças estavam boas”.*

Lia *“Tinha vontade de interferir, mas achava que não devia falar. Elas estavam interagindo sem a nossa interferência”.*

Nina *“Foi tão bonito o que ela [Vera] falou. Foi tão perfeita aquela fala delas como bruxas e os maridos como santos. Há algo de terapêutico nesta escuta”.*

Lia *“Tive raiva quando as crianças interromperam o grupo²⁶. Melaram o nosso vínculo com as mães”.*

Ana *“Quero fazer grupo de terapia de mães”.*

Lia, Ana e Nina estão eufóricas, querendo falar simultaneamente. Haviam sido imobilizadas pelas mães, envolvendo-se com a atmosfera maníaca, aceitando a utilização dos maridos como bode expiatório e não podendo trabalhar-lhes outros conteúdos angustiantes.

Antes de podermos mais bem compreender estas questões, torna-se-nos necessário reportarmo-nos ao momento evolutivo deste grupo.

Nas quatro reuniões precedentes à vigésima, as participantes trocaram de lugar, assumindo uma disposição inusual e conversando bastante a respeito da melhora

²⁶Ana e Lia não terminaram o grupo de mães no horário e as crianças bateram à porta.

e da piora dos filhos. As mães dos meninos sentaram-se juntas, em posicionamento frontal para com as mães das meninas, igualmente alinhadas, mas em lado contrário. Curiosamente, em uma dessas reuniões, Rute mudou de lado, sentando-se junto às mães dos meninos, e neste dia, em vez de falar acerca de Délia, como de costume, conversou, quase exclusivamente, a respeito de Fabiano, o outro filho. Em duas dessas reuniões, as integrantes brincaram acerca da formação de “*casaizinhos no grupo*” de crianças.

Nas conversas de supervisão deste período, discutimos a possibilidade das mães estarem em situação de emparelhamento (ou acasalamento), à espera do nascimento e da vinda de um messias capaz de resolver-lhes, magicamente, todos os problemas.

“{O sentimento de esperança} é característico do grupo acasalado. (...) Para os sentimentos de esperança a serem alimentados é essencial que o “líder” do grupo, ao contrário do líder do grupo dependente e do grupo de combate e fuga (...) não tenha nascido. É uma pessoa ou idéia que salvará o grupo — de fato, dos sentimentos de ódio, destruição e desespero do próprio grupo ou de outro grupo, mas para que isso aconteça a esperança messiânica, obviamente, jamais deve ser realizada. Sòmente restando uma esperança, a esperança efetivamente persiste (...) há uma tendência do grupo de trabalho para ser influenciado no sentido de produzir um Messias, seja uma pessoa, idéia ou utopia.” (BION, 1969, p.172)

Ao longo das reuniões de número dezesseis a dezenove, Ana e Lia haviam trabalhado com o desalento das mães, perante a impossibilidade de uma cura mágica e fantástica dos filhos. A décima-nona reunião terminou com a seguinte frase de Vera: *“Talvez seja inconsciente, mas eu não tenho pressa. Já tinha certo que ia demorar, que não era como médico. Que podia haver piora ou melhora. Não sei o que as outras mães acham”*. Outrossim, como assinalamos no subcapítulo anterior,

o relatório solicitado pela diretora da escola do Salvator foi aproveitado pelas mães, reacendendo-lhes esperanças messiânicas.

Desta forma, uma das possibilidades para explicarmos o ambiente eufórico e contagiante da vigésima reunião é a utilização de defesas maníacas das mães na tentativa de negarem a irrealidade de um salvador messiânico e de uma cura mágica e instantânea para os problemas dos filhos.

Conforme tornar-nos-á mais claro nas reuniões subseqüentes, as mães estão tendo de elaborar os lutos pelo crescimento dos filhos: *“Se você fechar o filho como ele vai crescer e conhecer o mundo?”* (Rute, 21^a)²⁷. *“Eles crescem e a gente fica sozinha depois”* (Eda, 21^a).

Aliás, na elaboração de todos estes lutos, as mães não se utilizam unicamente de defesas maníacas. Podem revoltar-se ora não comparecendo ao grupo: ora não tendo o que falar: *“A gente fala lá fora e chega aqui dentro não fala nada”* (Rute, 21^a). *“É que já esgotou”* (Dora, 21^a); ora criticando o trabalho da Unicamp: *“Para mim não mudou nada, nem para a menina. Eu também já tive problemas de depressão. Quando mandei arrumar o carro e o homem estragou mais. Ele esculhambou com o carro... remédios não dão”* (Eda, 22^a); ora deprimindo-se: *“Eu quero falar sobre um problema meu que não sei bem, mas penso que tem algo a ver aqui. Durante muitos anos eu lembrava muito o passado e sofria outra vez, e agora pode ser coincidência, eu esqueci... Tive umas três vezes uma depressão que não tenho vontade de fazer nada, nem de tomar banho, sempre depois do período menstrual. Dessa vez foi mais tempo, está se prolongando. Por um lado eu esqueci o passado, mas acho que tô tendo essas depressões... Eu que consegui não lembrar mais, depois que venho aqui”* (Vera, 22^a).

Acerca deste relato depressivo, nós, os profissionais dos grupos de acompanhamento, até o presente momento, não o trabalhamos como se faria em psicoterapia de grupo. Assim, embora procuremos acolher e ouvir a esta mãe e, dependendo da

²⁷O numeral ordinal, subseqüente ao nome da mãe, indica a reunião na qual as citações ocorreram.

intensidade e da gravidade da depressão, possamos recomendar-lhe outro psicoterapeuta, evitamos de trabalhar no grupo de acompanhamento, diretamente, com os aspectos pessoais e individuais, como os subjacentes à depressão de Vera. No entanto, se os conteúdos depressivos tiverem ligação com os temas e o momento evolutivo do grupo de acompanhamento, procuramos efetuar tal associação. Por exemplo, no presente grupo de acompanhamento, a atmosfera e os temas depressivos dominantes nas reuniões de número vinte e um a vinte e três, levaram Lia e Ana a trabalharem o conteúdo depressivo no grupo associando-o aos lutos das mães pelo crescimento dos filhos e pela impossibilidade da resolução mágica de todos os problemas.

O momento crítico de muitas das angústias depressivas das mães ocorrerá na vigésima-terceira reunião, a qual por ser bastante esclarecedora, transcreveremos integralmente.

“FRAGMENTO Nº 17, 23ª REUNIÃO”

Apenas quatro mães presentes. Ao entrarem, Eda comenta que estava dormindo lá fora.

Lia *“Uma das mães estava dormindo lá fora?”*

Eda *“Eu estava. Bom gente, eu começo a falar. Hoje é o último dia que venho no grupo. A ambulância não vai me trazer mais. Acham que eu tenho condições de vir. Fiz as contas. São mais de Cz\$ 500,00 só de condução... Agora que está no final, né?”*

Lia *“O que as mães acham?”*

Eda *“Para eu vir de ônibus, não chego na hora”.*

Alda *“Nem que pagasse um pouco para a ambulância?”*

Eda *“Para a ambulância não, pois a ambulância vão deixar para aqueles bem pobrezinhos, que não enxergam. Dizem que eu falo muito bem. Pelo menos podiam deixar eu terminar o tratamento. Mas tem gente que nem começou ainda”.*

Ana *“O que as mães acham de interromper o tratamento?”*

Eda *“Vou ver com o meu irmão, se dá para ele trazer”.*

Zoé *“Vai ser ruim para a menina interromper. Eu venho sempre de trem e depois pego o ônibus”.*

Eda *“Vou tentar. Se eu chegar em cima da hora posso entrar?”*

Ana *“Acho que dá para entrar...”*

Eda *“Mas depois atrasa para sair”.*

Ana *“Acho que o problema não é de entrar ou sair. Acho que vocês estão falando que está difícil levar o tratamento até o fim”.*

Eda *“Hoje só dormi uma hora. Não era para ter vindo. Se não fosse o último dia da ambulância não teria vindo. Ontem eles falaram isso. Não deu tempo de conversar com o meu irmão”.*

Lia *“Por um lado vocês têm vontade de continuar e por um outro lado têm vontade de ficar dormindo lá fora”.*

Zoé *“Eu vou até o fim”.*

Eda *“Vou ver”.*

Zoé *“Achei bem melhor a Odalea. Está melhorando em tudo. Faz amizade. Se precisar vir mais, eu venho”.*

Dora *“Se precisar vir mais eu não venho. Não tenho onde deixar o menino. Minha mãe não pode ficar e não posso trazer”.*

Lia *“Algumas com mais e outras com menos, mas vocês falam que estão com dificuldades”.*

Zoé *“Dificuldade tem, mas se for pagar lá fora [o tratamento], se for para deixar, fica uma criança renegada parar no meio do tratamento”.*

Eda *“Ilara esta dando graças a Deus de não vir mais. Tem que acordar cedo e ficar o dia todo viajando”.* Diz que se vier de ônibus vai chegar tarde e não vai poder ir à escola.

Dora *“Quando vou de ônibus, pego o ônibus com a Cecília ao meio-dia”.*

Eda *“Dá para pegar o ônibus ao meio-dia?”*

Dora confirma que sim.

Ana *“Tem um monte de motivos que vocês falam para não estarem aqui. Mas acho que vocês não estão falando dos motivos reais, mas dos que fazem com que vocês prefiram não vir e ficar dormindo: é para não mexer nas coisas que se fala aqui”.*

As mães conversam apegando-se em fatos concretos, em acontecimentos do dia-a-dia para justificarem o desejo de abandonarem os grupos: as dificuldades do uso da ambulância, os horários das conduções, o chegar a tempo na escola, etc. . Lia e Ana estão tentando trabalhar alguns pensamentos e angústias das mães, acobertados pelos pretextos verbalizados por Eda.

Antes de prosseguirmos, gostaríamos de discorrer, brevemente, a respeito dos abandonos ocorridos ao longo do presente grupo. Das dez mães integrantes do grupo

a partir da quarta reunião²⁸, todas concluíram as treze reuniões de 1989. Destas, Bia não mais retornou em 1990 e Iara compareceu apenas aos primeiros encontros após as férias de janeiro. O abandono de Mara, o último, ocorreu após a vigésima reunião. Quando discutimos esses abandonos, percebemos o seguinte: Bia e Iara haviam verbalizado e manifestado uma intensa agressividade física contra os filhos, não nos tendo sido possível trabalhar-lhes apropriadamente a culpa. Pensamos, inclusive, na possibilidade das demais mães terem se unido para excluí-las do grupo, como uma forma de colocarem à distância a própria agressividade para com os filhos. Isto somente nos foi percebido, quando Rute procurava afastar-se do grupo, justamente quando manifestava grande agressividade contra os filhos. O abandono de Mara parece-nos, conforme veremos, estar relacionado com os conteúdos da reunião de número vinte e três.

Aliás, há uma importante diferença entre as desistências de Bia, Iara e Mara e o desejo manifestado por Eda. Nos abandonos progressivos, as mães simplesmente deixaram de comparecer, sem discutirem estas intenções no grupo. Na situação de Eda, ao menos, está nos sendo possível conversarmos e procurarmos compreender outros sentidos para o desejo de interromper o atendimento. Há, ainda, outro aspecto complicador. Devido à diminuição do número de integrantes — o grupo de acompanhamento, por enquanto, conta com sete participantes — os abandonos podem comprometer, cada vez mais, o quorum mínimo e, portanto, o próprio grupo de mães. Podemos, agora, entender uma fala de Eda, com riso sarcástico, no começo da reunião de número vinte e dois: *“você pensaram que eu não vinha mais...”*

Evidentemente, segundo a concepção holística, os pensamentos e a atuação de Eda dizem respeito a todas as integrantes. Assim, há entre todas as mães e dentro de cada uma delas, uma luta pela destruição e pela sobrevivência do grupo de acompanhamento. Esta luta é igualmente válida para o grupo de ludoterapia, apesar das crianças poderem continuar vindo sem as mães.

²⁸Conforme assinalamos anteriormente, duas outras mães haviam comparecido, apenas, à primeira reunião, e uma terceira abandonou o grupo após a segunda semana.

“A organização totêmica (ou seja, a formação e organização de grupo) é uma defesa contra os desejos edípicos (dos seus componentes). Isto significa que a formação e estruturação dos grupos em geral (e independentemente dos seus aspectos formais e explícitos) apóiam-se em necessidades defensivas contra os impulsos instintivos dos seus componentes. A segunda conclusão refere que os tabus em torno do chefe (o líder de grupo que simboliza o pai) são medidas defensivas contra os desejos inconscientes de matar o pai”. (ZIMMERMANN, 1971. p.102)

“FRAGMENTO Nº 18; 23ª REUNIÃO”

Zoé *“Se não tivesse dificuldades seria bom”.*

Dora *“Seria ótimo. Eu gosto de vir aqui, vou sentir falta de vir”.*

Eda *“Vou tentar vir de ônibus...”*

Ana *“Vocês falam que quando vocês sentem melhora nas crianças dá mais ânimo de vir. Mas quando vocês não vêem melhoras vocês desanimam”.*

Eda *“A Ilara melhorou da bronquite, mas essa noite levei para o pronto-socorro”.
Fala que as crises estão agora bem mais fracas.*

Ana *“Quando vocês têm problemas vocês desanimam do trabalho das crianças”.*

Eda *“Se não fosse o problema da ambulância não tinha problema. Vai ficar caro vir de outro jeito”.*

(Silêncio.)

Ana *“Existe uma parte que quer estar aqui, tratando e construindo coisas. Existe uma outra parte que quando não tem aqui as coisas que deseja, falta, não vem, como se quisesse destruir as coisas aqui, destruir o tratamento”.*

Zoé *“Parece que desistiram bastante”*. Fala nas três mães que abandonaram. *“Elas devem ter tido as mesmas dificuldades que ela [Eda]”*.

Eda *“Meu problema foi ontem, porque disseram que veio gente fazer compra de ambulância e que outra veio fazer cirurgia plástica no seio”*.

Dora comenta que se uma pessoa vem de ambulância é porque precisa.

Eda *“Eles acham que porque tenho um carro velho na porta, tenho meios de vir. Mas não dirijo na estrada por causa da labirintite e o carro tá com pneus careca e não tenho dinheiro para trocá-los. Dizem que tenho filha que trabalha e a neta. Ontem falei para a filha que se não der dinheiro em casa tem que ir embora. Eu falei que com o dinheiro vou comprar remédio. A filha diz que dá fruta e vitamina”*.

Dora *“Se sarasse a bronquite já tava boa o tanto que ela dá de fruta e vitamina”*.

Eda *“Se não der Cz\$ 2.000,00 vai embora. É pouco mas não almoça em casa”*.
(Silêncio. Estão cabisbaixas.)

Ana *“Hoje tá difícil né colocar as coisas que vocês pensam e sentem”*.

Lia *“Fica mais fácil colocar a raiva para os filhos e dizer que, se eles não derem o que vocês querem, eles vão embora, do que aqui que as coisas não vão como vocês querem e as crianças não melhoram como vocês querem”*.

Podemos observar o modo como Ana e Lia tentam permitir às mães conscientizarem-se acerca de alguns outros sentidos associados ao desejo de abandonarem a Unicamp: estão desanimadas por não haverem visto melhoras nos filhos; e diante da insatisfação por não haverem recebido o desejado, ficam com raiva e pensam em destruir os grupos de acompanhamento e de ludoterapia.

“FRAGMENTO Nº 19, 23ª REUNIÃO”

Alda *“Para mim ‘tá ótimo, o Salvator ‘tá indo bem na escola, gosta de vir aqui, ‘tá ótimo. Segunda-feira voltei a trabalhar... Em casa não tem problema. Tenho que cuidar é dele, o pequeno...”*

Zoé *“Ele foi para classe especial?”*

Alda *“Não. Imagina, eu tirei daquela escola e pus perto de casa. ‘tá ótimo”.*

Eda *“A Ilara não é dizer que não quer, ontem quando eu falei que a ambulância não ia mais levar disse: ‘oba, não preciso mais levantar cedo’. Hoje ‘tava morrendo de sono...”*

Zoé *“A Odalea no começo ia mal na escola. Trocou de professora e vai bem...”*

Eda *“A minha foi bem esse mês. Tirou vários B e um A, mas não estuda”.*

Zoé *“Ela não tem medo de tempestade, de nada durante o dia todo, mas chegou a noite pode estar todo mundo perto que ‘tá com medo...”*

Lia *“Vocês falam do medo de vocês, das coisas que não ficam claras, do que ocorre aqui no tratamento das crianças, o que ocorreu com as mães que não estão vindo, com as coisas que ficam no escuro, e que dá vontade de fugir”.*

Zoé *“Tem hora que dá vontade de fugir mesmo... Se adiantasse eu já tinha fugido”.*

Eda *“Eu também falo que arrumo minha malinha. Minha filha fala que quem foge é porque não tem competência para enfrentar”.*

Ana *“Tem um lado da mãe que não tem coragem de largar, mas tem hora que dá vontade de fugir, de não enfrentar os escuros, os medos; mas não largam, ‘tão aqui”.*

Zoé *“Eu não largo as coisas”.*

Ana *“Às vezes vocês ficam pensando o que vai acontecer no fim”.*

Zoé *“Eu penso, no fim eu penso”.*

Eda *“Acho que no fim não vai acontecer nada”.*

Lia *“Como assim?”*

Eda *“Vão fazer nova consulta e mandar voltar tudo”.*

Dora *“Precisava mandar os pais também. Ou só os homens porque as mães já vieram”.*

Zoé *“Eu penso que se for mãe e pai eu nem começo”.*

Dora *“Tem que chamar os pais para a outra etapa. Aí eles vão falar das mulheres”.*

Eda e Dora falam sobre os maridos que bebem.

Ana *“Vocês falam de uma vontade muito grande de estarem juntas aqui com a gente, de serem elogiadas, do medo de chegarem até o fim e não receberem uma coisa boa e gostosa para vocês”.*

Eda fala no quanto gostaria que cada um cumprisse o seu dever na casa, mas diz que ninguém cumpre o seu dever.

Ana *“Vocês esperavam que aqui fosse uma casa perfeita, que a gente cumprisse a nossa parte, que as outras mães não faltassem...”*

Lia *“E principalmente que os terapeutas das crianças cumprissem a obrigação e fizessem com que as crianças melhorassem rapidamente”.*

O grupo continua, basicamente, trabalhando em torno dos mesmos conteúdos e angústias das ilustrações precedentes, podendo, no entanto, aprofundá-los. Podemos perceber as inúmeras voltas e rodeios nas conversas e as dificuldades enfrentadas por Lia e Ana, havendo de esperarem os momentos mais apropriados para interpretar e poderem, progressivamente, trabalhar com outros conteúdos angustiantes. Aliás as interpretações das coordenadoras, ao longo deste vigésimo-terceiro encontro, praticamente, resumem e comentam os conteúdos e movimentos desta reunião.

As mães defendem-se apegando-se em fatos e realidades externas, enquanto Ana e Lia tentam permitir-lhes perceber como estes fatos podem associar-se, também, com os grupos da Unicamp e com questões pessoais. As mães preferem fugir a enfrentarem os temores e incertezas associados à ludoterapia das crianças, preferem, tal como já acontecera no período próximo às férias de janeiro, nos abandonar a serem por nós abandonadas.

Com as últimas colocações de Lia e Ana, o ambiente tenso e carregado das últimas reuniões se esmorece, e outros conteúdos podem ser trabalhados.

“FRAGMENTO Nº 20, 23ª REUNIÃO”

Zoé *“Acho interessante o tratamento das crianças, porque a gente já apanhou o bastante, cai e levanta”.*

Ana *“Vocês gostariam que eles não sofressem”.*

Dora *“Lógico, né?”*

Lia *“Sem sofrimento lá e aqui”.*

Eda *“Lá eles até esquecem que têm casa”.*

Ana *“Lá eles até esquecem que têm mães, né?”*

Eda *“Acho que tá certo, porque senão teríamos ciúmes. Eu não teria ciúmes, se ela [a mãe] tivesse competência para cuidar das crianças. Ela acha que*

tenho ciúmes, mas faço porque precisa. Se ela pudesse... mas fica em casa um a dois meses e vai internada..."

Ana *"Vocês 'tão falando de ciúmes das crianças, ciúmes do tratamento"*.

Eda *"Ela tem ciúmes mesmo"*.

Zoé *"Lá no fundo a gente tem ciúmes mesmo"*.

Ana *"Parece que tem que ficar lá no fundo. Como se fosse proibido aparecer"*.

Lia *"Como se fosse destruir, como se tivesse sentimentos que têm que ficar escondidos"*.

Eda *"Ela acha que tem que tratar as crianças como bebês até os quatorze anos de idade..."*

Dora *"A Cecília quer ser tratada como o irmão que é pequeno. Isso é difícil. Parece que ela não quer crescer"*.

Lia *"Uma parte das mães também gostaria de receber coisas para a parte mais pequena de vocês (risos), como a criança 'tá recebendo lá no tratamento delas"*.

Término da reunião. Ao sair, Eda diz: *"Vou ver se dá para vir de ônibus"*.

Assim, pudemos observar o árduo e paciente trabalho realizado por Ana e Lia, ao longo dos últimos encontros, cujo momento crítico ocorre na vigésima-terceira reunião, a qual encarna a luta pela sobrevivência e pela destruição dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia e, em parte, dos atendimentos realizados na Unicamp.

Partindo dos diálogos e das associações das mães, as colocações de Lia e Ana, relacionadas aos focos do grupo de acompanhamento, permitem o trabalho em torno da destrutividade potencial das mães contra ambos os grupos. Podemos

percerber estar a referida destrutividade relacionada com os sentimentos de insatisfação das integrantes por estarem conscientizando-se da não existência de um relatório messiânico, de um fim concreto, de uma cura mágica das dificuldades das crianças e delas próprias; por estarem percebendo o crescimento das crianças e com ele angustiando-se; e, principalmente, por revoltarem-se com as evidências dos filhos esquecerem-se delas quando estão no grupo de ludoterapia, situação a provocar-lhes sentimentos de ciúmes e de inveja de grande poder de destruição.

Outrossim, queremos comentar uma afirmação de Nina após o término desta última reunião: *“Pena que a conversa de hoje não pôde ser aproveitada pelas mães ausentes”*. Primeiramente, mesmo conteúdos e angústias exaustivamente trabalhados necessitam de tempo de elaboração não imediato, impossível de ser previsto, pois refletem tanto a dinâmica grupal, como aspectos individuais exclusivos de cada integrante. Assim, estes conteúdos podem e costumam reaparecer inúmeras outras vezes. Por outro lado, as aquisições, “insights” e elaborações, geralmente e dentro de certos limites, pertencem ao domínio de todo o grupo; podendo serem aproveitados e assimilados quando do retorno das mães ausentes. Quando tal não ocorre, normalmente, as integrantes com os posicionamentos menos compreensivos estão representando a parte mais regredida e relutante em aceitar as referidas aquisições e compreensões do grupo.

III.7 Término

Alguns conteúdos do subcapítulo anterior estão antecipando-nos e permeando-nos um assunto da maior importância: as angústias associadas ao término dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia, as quais assumem, nos grupos com prazo determinado, a condição de foco a ser trabalhado.

O encerramento dos grupos pode ser influenciado pelos mais variados aspectos. Por exemplo, existem mães e crianças com maior propensão a apegarem-se a nós profissionais das equipes técnicas, e há integrantes com maior capacidade para acei-

tarem e elaborarem separações. A compreensão obtida pelas mães, no concernente ao crescimento e a uma maior independência dos filhos, proporcionando-lhes gradual separação, tem posição de destaque. A vivência e elaboração de lutos e de perdas, como aqueles referidos no subcapítulo precedente, também podem auxiliá-las neste momento. O trabalho em torno das férias e dos abandonos associa-se, igualmente, ao processo de separação. Não obstante, talvez, o aspecto mais importante seja a capacidade de compreensão e de aceitação das angústias associadas ao término do grupo da parte de nós profissionais responsáveis por ambos os grupos.

Nas reuniões próximas ao encerramento do grupo de acompanhamento em estudo, momentos regressivos das mães — com inúmeras queixas e sentimentos de revolta, de abandono e de rejeição — alternam-se com freqüentes manifestações de gratidão para com o atendimento realizado com as crianças e com elas próprias. Evidentemente, devemos compreender estes posicionamentos a partir da concepção holística do grupo.

Utilizamos, em seguida, alguns fragmentos clínicos com o intuito de ilustrarmos como as mães podem ir conseguindo maior percepção e compreensão do relacionamento mãe-filho e do modo particular de se posicionarem perante o crescimento, o desenvolvimento dos filhos e o término dos grupos.

“FRAGMENTO Nº 21, 25ª REUNIÃO”

Vera fala que se não tiver que pensar tanto na criança e no marido pode pensar um pouco mais nela.

Rute *“É se não pensa na criança, você pensa na própria vida”.*

Eda *“Você não trabalha fora?”*

Vera *“Trabalho muito, mas não tenho férias, nem salário”,* referindo-se aos afazeres de casa.

Eda *“Você sente que ele [marido] tem a vida do jeito dele e você não tem a sua?”*

Vera *“Penso que em 26 anos de casada já resolvi o que tinha para resolver e o resto não vou resolver mais. Ele ‘tá na dele, é calmo, educado. Eu é que sou espreitada, grito e dou ordens. Acho que não afeta mais. Pode ser o meu subconsciente... Muita gente acha que trabalhar fora faz passar bem. Eu acho que trabalhar fora vou arrumar mais uma tarefa e não vou dar conta do recado. Vou só contribuir com um salário lá dentro. Depois de três anos sem estudar, voltei a estudar e me dei maravilhosamente bem. Eu estava fora do mundo. Minha mãe me cobra que eu não posso ir na escola depois de velha. Eu disse que tinha que ter esse tempo para mim. Trabalhar fora é arrumar algo a mais, para atrapalhar”.*

As mães falam das dificuldades de conversarem a respeito de sexo com os filhos.

Vera *“Eu voltei para a escola para ver se superava as dificuldades de falar sobre tudo, porque não vejo nada de mau. Ele [o outro filho adolescente] fala para mim o que devia falar para o pai”.*

Ana *“As mães às vezes ficam inibidas”.*

Vera *“Eu ficava inibida, agora não. Depois que fui para escola... vi mais. Eu acho que fica mais fácil. Eu falo no que tem que falar. Ele diz que o pai ‘tá com a cabeça desse tamanho. É o que a Lia falou: tem que preparar os filhos para a vida, a sexualidade deles”.*

Eda *“Antigamente tinham esse respeito entre mães e filhas”.* Diz que não falaria certas coisas com as mães por respeito.

Vera *“Não sei se não é por causa desse respeito que nós estamos aqui”.*

As mães estão podendo perceber a importância de possuírem tempo e local a elas dedicados, de decidirem e pensarem a respeito da própria vida e do próprio trabalho. As dificuldades para falarem de certos assuntos dizem respeito a problemas delas mesmas. Estão compreendendo o quanto os problemas e as respectivas motivações e respostas encontram-se não no exterior, mas dentro delas próprias.

Pelo fragmento acima, e de acordo com a dinâmica transferencial, podemos pensar haverem as mães vivenciado o grupo de acompanhamento como uma espécie de escola. Talvez, no sentido de procurarmos abrir caminhos e horizontes, de permitirmos às mães mudanças e compreensões. Não obstante, provavelmente, o grupo de acompanhamento encontra-se, na maior parte do tempo, em vertente diametralmente contrária à dimensão educativa e psicopedagógica. Nos grupos de acompanhamento, as vivências pessoais e grupais, o emocional, os psicodinamismos inconscientes, ao invés do conhecimento intelectual, constituem o âmago das próprias possibilidades de ajudarmos às mães, delas auxiliarem-se a elas próprias e aos filhos.

“FRAGMENTO Nº 22, 26ª REUNIÃO”

(As mães estão conversando acerca da agressividade das crianças não ser entendida por Luíza e Izabella).

Bete *“... pelo que ele falou que já disse palavrão ali dentro [do grupo de ludoterapia]... Não penso que vai ser uma coisa negativa. Lógico que ela [Luíza] vai compreender. Ele não vai ser santinho ali. Tem que colocar tudo para fora. Esse é o ponto, vão ver que ele precisa de mais atenção. As pessoas de fora vêem melhor o problema. Ele não é burro, é bem inteligente, se faz de tonto. Ele diz que não sabe desenhar, mas desenha coisa que eu nunca desenharia. Ele faz para atazanar mesmo as pessoas, só para irritar, chamar atenção”.*

Rute *“A Délia teve um tempo que ia muito para a casa do meu pai e ele ficava irritando ela até que ela chorava mesmo. Ela é estabanada, dá vontade de*

bater nela... Tropeça na própria sombra. A turma pegava no pé dela. Ela não falava com ninguém, não respeitava. Falei com o meu pai se ele continuasse pegando no pé dela... eu não levaria ela mais lá... Não dê atenção. Não cobre nada dela. Pararam de perturbar, de perseguir. Ela melhorou, fala oi quando chega”.

Por estes dizeres podemos perceber a diferença entre aquele posicionamento, bastante comum no início do grupo de acompanhamento, de ficarem pedindo a Lia e Ana respostas acerca do certo e do errado, de como devem lidar com os filhos, e a maneira como, presentemente, narram e procuram compreender as crianças. O entendimento de determinados posicionamentos e atitudes dos filhos, por parte das mães, é fundamental a fim de poderem ser-lhes contínuas e menos persecutórias. Igualmente é importante poderem compreender e aceitar a existência de limites nas próprias funções maternas.

VALLER, ao comentar as noções winnicottianas de “holding” e “handling” (manejo), escreve: “o *holding* representa a continuação, após o nascimento, de toda provisão característica do estado pré-natal que a mãe, até então, proporcionava ao bebê em seu útero. O *holding* satisfatório se assenta na capacidade da mãe de se identificar com o bebê e representa tudo aquilo que ela faz pelo bebê nesse período de dependência absoluta. É através da experiência de sustentar adequadamente o bebê que a mãe demonstra seu amor, atuando como ego auxiliar, de forma a fortalecer o ego frágil do bebê, tornando-o forte” (VALLER, 1990, p.161). “É através de um manejo suficientemente bom [do corpo do bebê] que a mãe demonstra seu amor, que no início do desenvolvimento, significa aceitar o bebê sem sanções. ‘... É uma distorção do ponto de vista da criança, se a figura materna tiver uma atitude de: Eu amo você se você for bom, se você for limpo; se você sorrir, se você beber tudo’.” (VALLER, 1989, p.92). Embora descritos a partir da relação mãe-bebê, o “holding” e o “handling” maternos são importantes em quaisquer outros momentos do relacionamento mãe-filho.

Transcrevemos, em seguida, a íntegra da reunião de número vinte e oito, a antepenúltima.

“FRAGMENTO Nº 23, 28ª REUNIÃO”

Entram apenas três mães. Outras mães estão vendo alguma coisa fora da sala.

Eda *“Quem começa ficou lá fora”.*

Dora *“Acabamos o estoque de conversa lá fora”.*

Eda *“O lá de fora não pertence aqui, né? Dinheiro, banco...”*

Dora *“Cheguei às sete horas e falei até agora. Acabou o assunto”.*

Rute *“É esgotou”.*

Eda *“Vou começar. Teve a primeira reunião do ano na escola e a professora disse que a Ilara continua com o mesmo problema do ano passado. Tem dia que faz tudo, mas tem dia que engole as letras lá. O problema com a mãe continua igual. Os dois [netos] mais velhos foram ao dentista e ela [mãe] foi junto e falou para não tratar. Tem medo que pegue outras doenças. Eu falei que vou junto e que trata. Ela [a mãe] disse: ‘vamos ver se vai ou não tratar’. A pequena disse que também quer ir. É mais um trabalho para mim. Os mais velhos podem ir sozinhos e toca eu ir junto por causa da mãe. Na reunião ela foi atrás, deixei ela lá. Ela não quer que a Ilara tome a vacina. Eu autorizei. Eles vão ver, se precisar dão. Não sei se ela catou o papel da vacina escondida. Preciso ver. Ela voltou chateada, porque não conseguiu conversar com ninguém. Não tá boa e não piora para internar. Sexta-feira foi ao baile com as crianças e a mais velha foi de shorts. Ela ficou brava.*

Quando a mãe fala, eles põem a mão no ouvido e cantam. Eu acho que não é muito certo e nem muito errado”.

Ana *“O que pensam as outras mães?”*

Rute *“Não tem muito o que fazer. Ela é que tem que resolver. Ninguém tem o que recriminar ou o que falar. Eu também tive reunião da Délia e fui com medo de alguém falar alguma coisa da Délia. Porque não deram cartilha, nem pediram para comprar, eu fiquei assustada. Mas ela ‘tá fazendo, eu quase não ajudo. Ontem ela chegou com uma estória para ler para mim e eu dar a nota e levar hoje. Ela leu sem errar, fiquei cismada. Pedi para ela ler outras coisas, ela leu sozinha realmente. A professora disse que ela vai bem, já sabe ler. Eu ia falar da cartilha, mas ela já ‘tá lendo. Teve que mudar de carteira porque conversava muito. Agora ‘tá tudo bem...”*

Eda *“Meu menino, os quatro professores com quem ele tirou notas baixas disseram que ele é muito conversador e dá muita risada. Para não tirar nota vermelha, mas nenhum gosta de sentar e de estudar”.*

Rute *“A professora disse que ninguém gosta de ficar sentado seis horas”.*

Vera *“Estou rindo porque na minha classe que são todas mulheres velhas. elas se dispersam e a professora tem que chamar atenção”.*

Rute *“A Délia não consegue ficar quieta... Eu era um pouco pior do que ela”.*

Eda *“Os meus não conseguem ficar assistindo os reclames na TV. Voltam quando o programa recomeça”.*

Rute *“Falei com meu marido que o pequeno vai dar trabalho”.*

Ana *“Parece que as crianças têm muitos desejos e vontade e que vocês imaginam que aparecem lá no tratamento e parece que vocês também têm desejos e vontades que não podem aparecer aqui, só lá fora antes do grupo começar”.*

Rute *“O Fabiano não gosta mesmo não. Para ele tem que ter mais denço. No começo a tia tratava bem. Mas ela engravidou e saiu. Agora ele não está aceitando a outra professora”*.

Ana *“Acho que vocês aqui também estão passando por muitas mudanças. O grupo está acabando, estão começando outros grupos para a gente cuidar e vocês estão se sentindo sozinhas”*. As mães riem.

A conversa inicial desta reunião, em torno do esgotamento de assuntos, aponta-nos a existência de questões angustiantes, as quais teriam de continuar-lhes sob o domínio, sem poderem conosco compartilhá-las. Houve, em seguida, alternância de relatos de pioras, não mudanças e melhoras dos filhos, consoante com o dinamismo holístico do grupo.

No relato acerca do não uso de cartilhas, podemos observar a surpresa das integrantes ao perceberem o quanto os filhos podem desenvolver-se e crescer sem a participação direta delas mães e por meio de atitudes e procedimentos diferentes daqueles preconizados pelos pais.

A associação de vivências pessoais das mães com as queixas referidas para os filhos — como a referência à dispersão das mulheres mais velhas na escola, e a inquietude de Rute — é de grande importância. Para as mães poderem entender e aceitar as idéias, reações, sentimentos e angústias das crianças, muitas vezes, é-lhes necessário compreenderem o quanto estes pensamentos e sentimentos dos filhos as mobilizam, as angustiam e se relacionam com elas próprias.

Para podermos entender alguns diálogos da vigésima-terceira ilustração, é-nos necessário algumas colocações acerca de acontecimentos progressos discutidos, principalmente, durante a supervisão da vigésima-sétima reunião. Nesta ocasião, conversamos a respeito do acentuado incremento dos sentimentos de revolta e de rejeição das integrantes, desde a reunião de número vinte e cinco, o qual estava sendo associado por Lia e Ana à proximidade do término dos grupos. No entanto, as contínuas e significativas referências das mães aos ciúmes das crianças pareciam-nos

não se relacionar, plenamente, com este encerramento. Um acontecimento incomum, ocorrido no vigésimo-sexto encontro, trouxe-nos subsídios esclarecedores: Rute, contrariando o hábito de chegar imediatamente antes do início da reunião, compareceu ao ambulatório com uma hora e meia de antecedência, sentando-se com olhar vigilante, em uma cadeira inusual de espera, da qual podia acompanhar as entradas e saídas das pessoas para as salas de atendimento. O acontecimento novo havia sido o seguinte: no dia da vigésima-quinta reunião, ocorrera o início de outro grupo de ludoterapia, associado a um grupo de acompanhamento do qual os maridos poderiam participar. Alguns de nós, profissionais dos grupos de acompanhamento e de crianças, participávamos dos grupos recém-criados.

Assim, durante a referida supervisão, pensamos na possibilidade das mães estarem enciumadas e revoltadas com o começo dos novos grupos, aspecto a sobrepor-se-lhes às angústias pelo término dos grupos. Daí haver Ana, no fragmento acima, considerado a fala das integrantes acerca da gravidez e da saída da professora não permitir o mesmo trabalho de outrora, como uma referência aos grupos recém-iniciados, os quais podem estar sendo sentidos pelas mães, como capazes de promover a interrupção dos atendimentos oferecidos, roubando-nos delas e provocando-lhes ciúmes.

Outrossim, assinalamos o crescimento e o amadurecimento de todos nós da equipe responsável, ao longo deste grupo de acompanhamento. Estamos mais contidas, mais compreensivas, menos agressivas para com as mães. Nestas questões, as anotações de Nina podem ser-nos esclarecedoras. Esta observadora, inúmeras vezes, identifica-se com as mães, permitindo-nos, em tais situações, reconhecer quando as colocações e interpretações de Ana e Lia estão sendo acompanhadas, aceitas, elaboradas. Isto pode aparecer em muitos registros de Nina. Assim, em momentos mais angustiantes para as mães, Nina geralmente não consegue registrar, adequadamente, quer as participações de Lia e Ana, quer os diálogos das integrantes. Contrariamente, em situações nas quais as mães conseguem aceitar, compreender ou elaborar os conteúdos e angústias trabalhados, as anotações de Nina costumam ser mais cla-

ras e precisas.

“FRAGMENTO Nº 24, 28ª REUNIÃO”

As mães riem e querem falar ao mesmo tempo.

Rute *“Nós estamos meio perdidas... quem vai e quem fica?...”*

Bete *“Vai ter quem vai e quem fica?”*

Lia *“Como?”*

Rute *“Quem vai precisar continuar?”*

Eda *“Eu não vou poder vir mais por causa da condução e a Ilara também não quer vir mais. Eu falei que ela ‘tava bem melhor, não faz mais crises de asma. Ela disse: ‘também não deram remédio nenhum lá’.”*

Vera *“Acho que eles estão meio cansados”.*

Ana *“Acho que tem uma parte de vocês que não gostaria de ter que continuar”.*

Eda *“Eu gostaria mas o problema é a condução. Fica caro e é um dinheiro que podia comprar mais coisas para eles”.*

Vera *“E no caso de precisar continuar mãe e filho?”*

Lia *“Como assim?”*

Vera *“Se o filho não precisar mais, a mãe pode vir?”*

Ana *“Vocês colocam que gostariam de retornar para si mesmas”.*

Vera *“Eu gostaria, eu preciso”.*

Bete *“É gostoso, fala-se coisas que não se fala para qualquer um”.*

Vera *“Faz-se uma auto-análise”.*

Eda *“Eu falo muito com todo mundo. A minha filha diz que sou fofoqueira”.*

Vera *“Não dá para falar certas coisas para todo mundo. Eles não entendem”.*

Ana *“Parece que existe uma vontade de receber aqui também um tratamento como as crianças receberam lá”.*

Rute *“É como a Vera diz. Às vezes a gente fala muito, mas há coisas que não se pode falar. Às vezes você fala e a pessoa entende por outro lado e atrapalha. Você vai guardando e acaba de saco cheio. Por isso é que precisa de uma pessoa mais médica, mais conscienciosa para ajudar nesse sentido”.*

Vera *“Eu acho que mesmo que a gente não continue, não sei para vocês, mas para mim foi muito bom, me fez bem, mesmo que eu não continue. Para o Colombo foi bom também. Não gostava de ir cortar o cabelo e ontem até levantou cedo para ir. Largou a mamadeira também. Não sei se era um apego para se sentir mais seguro. Também não dorme mais com o ursinho”.*

Eda *“A [outra] minha neta [Joana] gosta de ficar com um travesseiro. Ela está com quatorze anos, chega, tira o sapato e pega o travesseiro e chupa o dedo. Foi uma visita de oito anos e disse: ‘nossa Joana você ainda chupa o dedo?’ Ela continuou, até fez barulho. Eu disse que vou contar para o namorado, que não foi lá porque tem medo de mim. Ela pediu para não dizer nada...”*

Lia *“Vocês estavam falando de chupar o dedo, de mamar”.*

Vera *“Acho que é uma afeição, uma carência e insegurança”.*

Ana *“Vocês dizem que estão preocupadas com a separação que vai ocorrer das crianças com os terapeutas e com as outras crianças”.*

Vera *“Eles ficam bem ligados. Eles não contam o que acontece, mas o Colombo disse que fulano também sarou, perdeu o tique...”* Fala sobre a tentativa das crianças de lerem os escritos de Lucas. [o observador do grupo de ludoterapia].

Eda *“A Ilara pegou um tique: torce o nariz. Eu falei que só compro um conjunto de roupa se ela parar. Ela disse que não dá para parar. Lógico que dá: você não parou de chupar o dedo?”*

Vera *“Tem uma idade que eles pegam essas coisas. O meu usa óculos e cada hora ele faz um negócio”.*

Eda *“A mãe achou ruim porque disse que é tudo na base da chantagem”.*

Lia *“Eu acho que vocês estão falando um pouco da preocupação com o tratamento das crianças, da separação das crianças, de elas estarem muito ligadas lá. Como vai ser essa separação, se elas vão sofrer muito, e se vocês vão agüentar o sofrimento delas”.*

Nos diálogos acima, ainda, reaparecem os mesmos dois posicionamentos antagônicos das mães, relatados nas primeiras reuniões, quanto ao funcionamento não diretivo dos grupos. Eda comenta o não interesse dela e da neta Ilara de participarem de futuros grupos, por não lhe ter sido prescrito nenhum remédio. O retorno e o apego às contingências do modelo medicamentoso de atendimento podem corresponder a uma revolta e mágoa das mães por não terem recebido atendimento mais diretivo e psicopedagógico, e a um modo de reagirem às angústias associadas ao término dos grupos.

As mães estão divididas quanto ao encaminhamento dos filhos e delas próprias. Ainda, podem estar fantasiando o aparecimento de alguma medida fantástica e salvadora.

Ao mencionarem a curiosidade das crianças para com as anotações de Lucas, observador do grupo infantil, podem estar revelando-nos a curiosidade em relação a

nós, os dois observadores do grupo de acompanhamento. As integrantes costumam aproveitarem-se-nos do papel mudo, sempre a escrever, para atribuírem-nos muitos dos sentimentos e das fantasias dirigidas para Lia e Ana. Em alguns momentos, atribuem a nós, observadores, o poder de compreender tudo oniscientemente e de virmos a encontrar-lhes as soluções mágicas esperadas. Outras vezes, costumam esperar de nós o relatório, o qual pode representar, em nível de fantasia, a encarnação do messias, o julgamento delas próprias e inúmeras outras possibilidades. Assim, podemos ser percebidos como pessoas ameaçadoras.

Os dizeres das integrantes acerca da melhora dos tiques contêm sutilezas. Além da referência concreta a melhoras, há a contigência de, no aparecimento de qualquer novo tique ou sintoma indesejado dos filhos, virem a nos responsabilizar. Por outro lado, devemos realçar a possibilidade de, igualmente, estarem mães e crianças ajudando-nos.

Neste momento, são bem mais comuns os posicionamentos compreensivos das mães, no referente ao funcionamento dos grupos. Não nos parecem ter aquela, quase compulsiva, obstinação por buscarem a causa única e a explicação unívoca de um determinado comportamento, reação e atitude dos filhos e delas próprias. As conversas costumam admitir maior possibilidade de alternativas e de sentidos. As mães, geralmente, estão mais flexíveis, podendo perceber a riqueza e a complexidade dos fenômenos e das interrelações humanas. Já não há o domínio exclusivo de um pensar e de um sentir unívocos. As participantes podem aceitar colocações acerca de questões pessoais, inclusive, podendo perceber a importância e a necessidade, para elas próprias, de uma psicoterapia, quer individual, quer grupal.

“FRAGMENTO Nº 25, 28ª REUNIÃO”

Rute *“Délia não fala nada. Eu pergunto e ela diz que foi igual à semana passada. Ela contou que na semana passada o Lucas escreveu o nome dela com uma letra a menos”*. Conta como as crianças rodearam o Lucas. *“Falaram que o*

Iberê é ruim no começo, mas depois fica bonzinho, parece que fica com dó da gente”.

Vera *“Ele sarou junto com as outras crianças”,* dirigindo-se para Bete que hoje está falando pouco, deprimida.

Ana *“Os adultos saram com as crianças”.*

Vera *“O meu mais velho fazia assim”.* Descreve o tique dele. *“Era horrível, e foi difícil tirar”.*

Rute *“A Délia comia a unha...”*

Eda *“Os meus comiam a unha até a carne. A filha acha que eu é que não sei educar... Ela não entende...”*

Ana *“Vocês trazem as mudanças que aconteceram, mas ainda existe dentro de vocês a mãe preocupada, sem paciência com o crescimento das crianças, com o fato das crianças estarem ligadas ao tratamento, com o fato das crianças estarem esperando já no corredor, com vontade de entrar lá no tratamento, de estarem com as terapeutas”.*

Rute *“Não me preocupo”.*

Vera *“Houve um apego, eles nem esperam ser chamados”.*

Rute *“A Délia vai se apegar com a professora também e depois troca. Aqui ela vai sentir falta, e eu também. Mas são coisas suportáveis, não é tão radical, já estão sabendo...”*

Ana *“Vocês estão trazendo duas partes de dentro de vocês. Uma parte que se apegou e esta com medo do que vai acontecer, de se sentirem abandonadas, sozinhas e uma outra parte que acha que vai dar para suportar”.*

Bete *“Você [Eda] não se desliga dos filhos e netos, eu sou o contrário”*.

Algumas mães se surpreendem com o término da reunião.

Nas duas reuniões seguintes, as últimas, além de alguns dos conteúdos acima comentados, outras questões angustiantes, associadas ao término dos grupos, são discutidas. As mães não têm certeza de se, com o encerramento dos grupos, conseguirão compreender e manejar as crianças, como o estão fazendo presentemente, mormente no referente às questões da sexualidade. Percebem mudanças nos filhos. Os mesmos já não estão tão regredidos, tão inibidos, trazendo-lhes temas e angústias próprios dos pré-adolescentes. Embora tais modificações sejam indicativas do crescimento dos filhos, isto agrada e angustia as integrantes, as quais falam, com um misto de saudade e de contentamento, do tempo no qual estes assuntos estavam adormecidos nas crianças. Outrossim, as mães manifestam o receio dos filhos regredirem e piorarem com o término da ludoterapia, vindo as mesmas a perderem a paciência, descarregando-lhes a própria agressividade.

* * *

Algumas questões técnicas, concernentes ao término dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia de prazo determinado, têm variado bastante conforme a evolução e a dinâmica dos grupos, sendo-nos, talvez, os aspectos mais complexos e difíceis para a obtenção de consenso entre nós, os profissionais dos grupos de mães e de crianças.

Cabem-nos algumas digressões acerca do fecho dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia realizados no Setor de Saúde Mental Infantil. Nos primeiros grupos simultâneos de crianças e de mães — embora nós, os profissionais de ambas as equipes técnicas, procurássemos, nas reuniões de supervisão próximas ao término dos grupos, o intercâmbio de informações a respeito do ocorrido em cada grupo — apoiávamo-nos para os encaminhamentos finais, fundamentalmente, em entrevistas individuais com as mães e com as crianças. Efetuvamos estas entrevistas, após o encerramento dos grupos, com o intuito de realizarmos uma avaliação psicodiagnóstica.

Assim, de posse das novas informações, nas quais incluíamos um segundo teste de Bender Infantil e do desenho (HTP mais família), reuníamos e discutíamos, individualmente, as recentes entrevistas e avaliações, comparando-as com os registros e testes existentes antes do início dos grupos, até decidirmos acerca da conduta a tomarmos com cada criança e com cada mãe.

A experiência e a discussão deste procedimento têm-nos permitido importantes aprendizados. As entrevistas individuais com as mães e filhos, particularmente o obtido com a reaplicação dos testes infantis, espelham, fundamentalmente, significativamente, as diferentes reações e elaborações do luto pelo término dos respectivos grupos, propiciando-nos um conjunto de informes bastante inferior, qualitativa e quantitativamente, quando o comparamos às vivências clínicas acumuladas ao longo dos grupos.

Chamava-nos a atenção a enorme importância concedida às informações colhidas após o término dos grupos, de forma a quase não se nos permitir o menor espaço para discutirmos e apreciarmos as relevantes vivências clínicas provenientes dos grupos.

Por outro lado, para realizarmos as novas entrevistas e testes, o esforço e o tempo dispendidos são-nos bastante elevados, conflitando com alguns princípios norteadores do Setor Infantil e da proposta dos grupos. Possuímos exemplos de reavaliações individuais, após o encerramento dos grupos, cuja quantidade de entrevistas e retornos alcançou um número igual ou superior ao das sessões realizadas no grupo de ludoterapia terminado. Além disto, devemos considerar o tempo necessário e os inconvenientes de uma nova espera para aquelas crianças com recomendação de prolongarmos-lhes a ludoterapia.

Por conseguinte, estas reavaliações pós-grupo, além de dispendiosas, são bastante controversas, quanto às finalidades e aos benefícios trazidos. Em determinado sentido, a efetivação de um novo processo de psicodiagnóstico, segundo o acima relatado, representa-nos significativo retrocesso para as proposições fundamentais dos

grupos de ludoterapia e de acompanhamento.

Uma circunstância surpreendente e intrigante é a de irmos percebendo e apontando os inconvenientes acima mencionados, desde o primeiro grupo simultâneo de crianças e de mães. Apesar de realizarmos algumas mudanças no modo de efetuarmos o psicodiagnóstico e as reuniões de integração das vivências clínicas acumuladas, nos grupos subseqüentes, estas alterações continuavam sendo insuficientes para modificarem a essência destes inconvenientes.

Foi e está sendo-nos bastante difícil compreendermos os psicodinamismos subjacentes a estas questões, os quais, indiscutivelmente, relacionam-se a nós próprios. Quais aspectos promovem-nos tal desconsideração, tal "esquecimento" das vivências clínicas provenientes de um trabalho com as mães e, principalmente, com as crianças, em cujo âmago encontram-se melhores possibilidades de compreensão psicodinâmica? Quais circunstâncias, imperiosamente, levam-nos a retomarmos processos convencionais de psicodiagnóstico, os quais ou pouco acrescentam, ou, simplesmente, confirmam-nos as diferentes reações e elaborações das mães e dos filhos, perante um processo de luto pelo encerramento dos grupos?

A discussão destas questões há-nos permitido importantes esclarecimentos. O funcionamento compreensivo e não diretivo dos grupos, a maior parte do tempo, levando-nos a lidarmos com pensamentos, fantasias e outros fenômenos não palpáveis, não medíveis, é-nos geralmente profundamente angustiante. Muitas vezes, necessitamos obter informações palpáveis e objetivas, a fim de documentarmos e de avaliarmos, concretamente, os atendimentos efetuados.

Por outro lado, sentimo-nos culpados por não podermos propiciar, às crianças e aos pais, um atendimento de prazo indeterminado, como nos soe acontecer na clínica privada, e por não podermos atender às expectativas mágicas de cura dos filhos. Procuramos compensar-lhes estes aspectos, apegando-nos e realizando um atendimento individual às crianças e às mães, após o término dos grupos. Assim, não nós é incomum prosseguirmos fornecendo assistência individualizada a alguns

adolescentes, os quais por haverem "ultrapassado" a faixa etária e as temáticas infantis, deveriam haver sido encaminhados ao Setor de Adolescentes.

* * *

O desfecho do grupo de acompanhamento de mães, em estudo, reflete-nos o momento evolutivo, a compreensão e as elaborações dos diferentes aspectos acima assinalados.

Quando do planejamento inicial e da primeira reunião das mães e das crianças conosco, o único fato, a respeito do término dos grupos, estabelecido foi a data de encerramento. Todo o restante ser-nos-ia fruto das contingências do desenvolvimento dos grupos.

Na supervisão da vigésima-terceira reunião, falamos da necessidade de efetuarmos um encontro conjunto com os profissionais do grupo de ludoterapia, a fim de conversarmos a respeito do término dos grupos. Embora houvéssemos falado duas outras vezes acerca deste encontro, o mesmo somente veio a ocorrer após a reunião de número vinte e oito.

Neste encontro conjunto com Luíza, Isabella e Lucas, conversamos acerca do funcionamento e dos dinamismos dos grupos e a respeito da participação, do desenvolvimento e da situação atual das mães e das crianças nos respectivos grupos. No concernente ao desfecho dos grupos, discutimos duas possibilidades maiores:

- a. Entrevistarmos, individualmente, cada criança e cada mãe, respectivamente, com um profissional do grupo de ludoterapia e do grupo de acompanhamento. Após realizarmos todas as entrevistas individuais, nas quais não aplicaríamos nenhum tipo de teste psicológico, reunir-nos-íamos a fim de discutirmos as informações a serem obtidas e as vivências clínicas dos grupos. Em seguida, ou Lia, ou Ana, ou Nina conversaria com cada par de mãe e filho, a fim de com eles discutir as expectativas, necessidades e possibilidades aventadas.

Esta possibilidade foi apresentada e defendida por Lia, Ana e Nina. Ressalvada a não aplicação dos testes psicológicos infantis, aproxima-se bastante do término

dos últimos grupos realizados no Setor Infantil, com a vantagem de aproveitar-se das vivências clínicas provenientes de ambos os grupos. Permite maior participação dos profissionais do grupo de acompanhamento nas decisões e nos encaminhamentos futuros. Por subentender o vazamento das vivências clínicas de uma equipe técnica para outra, esta alternativa é, no entanto, bastante persecutória para mães e filhos, particularmente para estes últimos. Por outro lado, podemos considerar esta primeira possibilidade como um resquício da influência do trabalho e da formação individual da maioria de nós.

- b. Discutirmos, separadamente, no grupo de ludoterapia e de acompanhamento as opiniões e alternativas para cada criança e cada mãe. Cada grupo trabalharia com as reações, fantasias e angústias dos respectivos participantes, aos quais caberia a última decisão acerca do encaminhamento a ser seguido.

Nunca havíamos realizado, anteriormente, no Setor Infantil, esta segunda alternativa. A mesma parece-nos haver sido uma reação de Luíza, Isabella e Lucas à primeira possibilidade, a qual propiciava maior controle e poder decisório às mães e aos profissionais do grupo de acompanhamento. Trazia a novidade de permitir às crianças discutirem e trabalharem no grupo de ludoterapia, sem a presença e sem a influência direta das mães, as próprias expectativas, reações, angústias diante das possibilidades de encaminhamento levantadas.

Após muita discussão, decidimos pela segunda alternativa. No entanto, a mesma não foi posta em prática, pois no dia da vigésima-nona reunião, ocasião na qual a mesma seria efetuada, Ana e Lia não se sentiram à vontade para realizá-la, pois levariam informações a respeito das crianças no grupo de mães.

Realizamos um novo encontro conjunto das equipes técnicas para discutirmos este impasse. Nele, pudemos compreender aspectos importantes deste momento, tradicionalmente, bastante angustiante para nós. Ambas possibilidades mencionadas recebem forte influência do modelo médico positivista, pois subentendem uma avaliação psicológica de mães e de crianças, contendo uma sentença e aproximando-se,

em certo sentido, da concretização do relatório anteriormente solicitado pelas mães. Igualmente, para nós profissionais da Unicamp, é-nos, ainda, muito angustiante lidar-mos com grupos de prazos determinados.

Por outro lado, Lia, Ana e Nina estão identificadas com as mães; e Luíza, Isabella e Lucas estão identificados com as crianças. Assim, cada equipe técnica procura defender o interesse daqueles com os quais se identifica. Os diferentes posicionamentos, pensamentos e necessidades das mães e dos filhos, os conflitos entre ambos deslocaram-se, em certo sentido, para as duas equipes técnicas e para as duas possibilidades de término dos grupos.

Ao compreendermos estes aspectos, optamos por uma alternativa nova para o fecho dos atendimentos. Comunicarmos, separadamente em cada grupo, no início da trigésima reunião, o término dos grupos neste dia. Caso alguma criança, ou mãe, viesse a desejar, presentemente ou futuramente, participar de um novo grupo, ou conversar conosco a respeito de qualquer outro assunto, bastaria procurar qualquer um de nós profissionais das equipes técnicas. Na eventualidade da criança e da mãe estarem satisfeitas com os atendimentos realizados, não haveria a necessidade de novos retornos.

CAPÍTULO QUARTO

IV INCURSÕES EM ASSUNTOS AFINS

IV.1 “Um Monte de Roupa para Lavar e Só Eu”

As mães²⁹ de crianças encaminhadas para ludoterapia de grupo costumam relatar-nos inúmeros pensamentos e fantasias. Os comportamentos dos filhos, o encaminhamento e o processo ludoterápico de grupo provocam-lhes diferentes percepções, compreensões e angústias. Por conseguinte, as mães não apresentam um exclusivo e contínuo modo de reagir. Por outro lado, muitos dos pensamentos e atitudes das mães podem, igualmente, estar refletindo as fantasias, angústias e defesas das crianças aos próprios sintomas e à psicoterapia de grupo.

“Eu sou uma tonta perto das outras. Não entendo o meu filho, o que se passa. Vejo ele clamar muito de dor de cabeça”. (Mãe, 1ª reunião)

“Às vezes acho que sou muito dura, rígida. Por outro lado, fico com dó e gostaria de ficar mais com ela, ser mais carinhosa. Não sei o que faço. Tenho que chegar ao meio termo”. (Rute, 10ª)

“Se ficam doente eu não consigo pensar. Fico meio perturbada”. (Rute, 10ª)

“Ele não tem problema nenhum: parece que tem cinco anos e tem sete anos”. (Bia, 7ª reunião)

“Eu já sei que o problema dele é a falta do pai, não vê o pai”. (Bete, 7ª)

“O meu, eu já esperava que ia ser difícil porque sei os problemas dele todos. Venho por ele, o tratamento é dele”. (Bete, 7ª)

“Tenho medo que fique mais rebelde”. (Rute, 2ª)

“A gente fica com medo, tem tanto bandido, tanta coisa. Mas tem que vir”. (Bete, 14ª reunião)

²⁹Neste capítulo, muito comentários dirigidos às mães podem, igualmente, dizer respeito aos pais.

“Por mais paciência que a gente tem, às vezes esgota. Tem hora que não tenho mais paciência. Quero sumir. É tudo atrapalhado: um monte de roupa para lavar e só eu”. (Rute, 19ª)

“Ontem não deu para agüentar. Aí peguei o chinelo e dei... A gente fica preocupada, faz exame e não dá nada”. (Iara, 19ª)

“Não sei o que fazer para tirar isso dela”. (Iara, 16ª)

Muitas mães sentem-se confusas e perturbadas diante de filhos com atitudes, comportamentos, reações e sentimentos considerados, por elas ou por outras pessoas do convívio das crianças, inapropriados, diferentes, indesejados ou anormais. Para várias destas pessoas, as crianças deveriam, facilmente, rapidamente, emendar e suprimir todas estas manifestações. Estes adultos surpreendem-se ao perceberem o quanto tais “correções” escapam às possibilidades das crianças e às expectativas dos próprios pais.

“Eles têm que fazer o que a gente quer”. (Eda, 7ª)

“Eu penso que na idade que estão temos que ensinar a ter mais responsabilidades e eles não querem”. (Rute, 29ª)

“Meus filhos mais velhos são limpinhos. Mas o Salvator não tem jeito, suja tudo, derrama”. (Alda, 17ª)

“Acho que os filhos não têm gênio igual, nem podia, cada um tem a sua individualidade”. (Vera, 17ª)

“Muitas coisas são deles mesmo. Délia quando teima posso rachá-la em dois que não adianta. Eu via outras crianças e achava que era culpa da mãe. Agora sei que são coisas da própria criança”. (Rute, 18ª)

“Minha sobrinha me obedece mais do que a Délia. A Délia trato do mesmo jeito, mas desde os três anos de idade que ela me deixa num ponto que eu mesma me desconhecia”. (Rute, 17ª)

Assim, várias mães estão preocupadas, com estas atitudes dos filhos, e frustradas, por perceberem-nas não em consonância com a preconcepção adultomórfica de possuírem os seres humanos a capacidade de controlar e de dominar — segundo a consciência e a vontade das crianças, e o desejo e exemplo dos pais e adultos — os próprios atos, pensamentos e emoções.

A partir de determinadas fantasias pessoais e de aspectos culturais, os pais costumam perguntar-nos pelo(s) motivo(s) destas manifestações das crianças. Somos, como profissionais de saúde mental, fantasiados, geralmente, como aquelas pessoas capazes de reconhecermos-lhes este(s) motivo(s), localizando-o(s) e extirpando-o(s) por meio de um remédio específico ou de outra medida salvadora, infalível e definitiva.

*“Atribuo a dor de barriga ao seguinte: é porque brincaram e correram muito”.
(Eda, 13ª reunião)*

“O médico perguntou se a Para repetiu por causa das crises de asma”. (Eda, 11ª)

“Repetiu porque não tive tempo de ajudá-la e sozinha ela não estuda”. (Eda, 15ª)

“A gente segura demais e é onde dá todo esse problema”. (Bete, 8ª)

“Pus ele no judô para parar de dar murro. A mãe disse que é por causa do judô que dá murro”. (Eda, 15ª)

*“Claro que aqui é para fazer o que a doutora manda. A gente não sabe nada”.
(Mãe, 1ª reunião)*

“Deus vai pagar vocês que cuidam bem dele”. (Mãe, 1ª)

“Nós somos leigas. Elas catam tudo daqui e chegam à conclusão de que mães nós somos”. (Vera, 4ª)

Entrementes, outras contingências culturais associam-se, incrementando e evidenciando-nos as angústias das mães. Para muitos adultos, as crianças são se-

res puros e angelicais, altruísticos e de infinita beleza e benemerência; nascem boas e a sociedade inseminalhes os aspectos maus, perversos e destrutivos. Segundo esta preconcepção, há de extirpar-se-lhes os "germes do mau" e de afastá-las das más influências. Na procura dos responsáveis pelos problemas dos filhos, as mães costumam aproveitar-se de inúmeros bodes expiatórios: as outras crianças, as más companhias da vizinhança e da escola, a televisão, os despreparos e equívocos de educadores e de profissionais de saúde. É bastante comum, inclusive, a troca mútua de acusações da parte do casal de pais.

*"Ela tem razão, porque a criança não faz mal intencionada por pior que faça".
(Mãe, 2ª reunião)*

"Lá fora uma pessoa perguntou porque a Ilara vinha para o trabalho de grupo: é tão sã e bonita". (Eda, 7ª)

"Eles vão falar que eu é que não te dou educação e não que você é assim". (Rute, 18ª reunião)

*"Onde eu moro é um condomínio fechado e as crianças são muito mal educadas".
(Bete, 6ª reunião)*

"Mas o culpado é o vizinho", que tentou seduzir a neta adolescente. (Eda, 14ª)

"Eu fico com raiva dela querer acompanhar o que as outras fazem. Você é você, ela é ela. Você é minha filha". (Rute, 13ª)

"Para a criança muita gente falando é ruim. A gente ensina de um jeito e os outros de outro jeito". (Rute, 21ª)

"As notas baixas são culpa da Unicamp". (Bete, 10ª)

"A filha me culpa porque pus a menina para estudar à noite e ela aprendeu aquelas coisas". (Eda, 11ª)

"Penso que cada um tem a sua fobia e passe para eles sem perceber". (Vera, 4ª)

"A família do meu marido grita, zinga. A minha não porque os meus pais não brigavam... Às vezes meu marido manda zingar. Eu digo: 'vai por mim, não faça

o que seu pai faz'." (Alda, 14^a)

Muitos conhecimentos ditos científicos atrapalham, ao invés de ajudar às mães. Os manuais, artigos e revistas populares de como agir com os filhos, geralmente, restringem-se à psicologia da consciência, apresentando soluções simplificadas e incapazes de propiciar um entendimento dos psicodinamismos da criança e de atingir os efeitos propalados. Igualmente, na mídia, avultam afirmações, notícias e medidas enganadoras, criadoras de falsas expectativas nos pais.

No entanto, inconscientemente, as mães podem apresentar alguma percepção, compreensão ou intuição dos sintomas dos filhos, com outras significações além dos sentidos aparentes e lógicos em consonância com a psicologia da consciência. Há, por detrás dos atos e pensamentos humanos, pulsões e desejos inconscientes a movimentá-los. Qualquer atitude ou sintoma, concomitantemente, representa o sucesso e a falha dos mecanismos egóicos perante estes desejos e angústias.

"Das descobertas da psicanálise resultou a criação de uma nova Psicologia Infantil. Por meio delas aprendemos que, já nos primeiros anos de vida, as crianças experimentam não apenas impulsos sexuais e angústia, como também sofrem grandes desilusões. Juntamente com o mito da assexualidade da criança sucumbiu o mito do "paraíso da infância". (KLEIN, 1932, p.25)

Quando os pais nos trazem os filhos para os consultarmos, há, não apenas, a esperança de prestarmos-lhes algum auxílio, mas, também, em maior ou menor grau, uma intuição de estar a criança com atitudes, pensamentos e angústias, os quais escapam à influência e ao controle da vontade de pais, avós, professores, pediatras e outras pessoas.

"Perco a paciência, tenho vontade de esganar. Por que fica assim só comigo?"

(Rute; 2ª reunião)

“Tem muito a ver o comportamento da mãe e pai. Filhos copiam, eu acho isso”.

(Vera, 3ª reunião)

“Gostaria que ela entendesse, não fizesse certas coisas em certas horas”. (Iara, 4ª reunião)

“Ele Fabiano obedece, é só eu olhar e ele obedece, mas a Délia não adianta, faz mesmo”. (Rute, 24ª)

“A Délia não consegue ficar quieta... Eu era um pouco pior do que ela”. (Rute, 28ª reunião)

O compreendermos a decisão dos pais, ao solicitarem-nos avaliação ou tratamento psicológico dos filhos, extrapola o raciocínio linear. Algumas vezes, há um grande hiato entre o aparecimento de um comportamento, atitude e sintoma das crianças — ou de um encaminhamento da professora, do pediatra — e a marcação da primeira consulta. Em certas ocasiões, manifestações das crianças de maior gravidade não resultam em nos procurarem os pais a fim de atendermos-lhes os filhos. Algumas mães referem-nos, como queixa principal, atitudes próprias do desenvolvimento, não nos relatando espontaneamente, outras manifestações indicativas de sérios problemas. Eventualmente, uma mãe traz-nos para avaliação uma criança ou saudável ou menos comprometida emocionalmente, deixando em casa o outro filho autista. Geralmente, os pais preocupam-se com aquelas atitudes das crianças a angustiarem-nos mais intensamente, as quais lhes mobilizam aspectos mais delicados e conflitantes da própria vida pessoal pregressa.

“Fico pensando em mim quando criança. Eu também era agitada... metida a machão como meu irmão dizia”. (Rute, 10ª)

“Eu sou pior do que criança; ao invés de almoçar eu como doce, sorvete, refrigerante. O do meio é igual a mim, os outros dois gostam de comida. Não posso

falar!” (Alda, 10ª)

“A professora perguntou porque a Délia era trazida [para a ludoterapia,] se era ótima aluna. Disse que [a Délia] comigo é diferente, com os outros faz tudo, não chora”. (Rute, 10ª reunião)

“A minha pequena quer tomar mamadeira à noite, mas o doutor proibiu por causa da crise de tosse. Acho que isso é coisa que a gente se apega. Eu chupei chupeta até dez anos e larguei porque comecei a gostar de um rapaz”. (Bete, 10ª)

Se considerarmos os comentários e ilustrações apresentados no início deste capítulo, podemos pensar no quanto o encaminhamento e o ingresso dos filhos em ludoterapia grupal desencadeiam nos pais inúmeros pensamentos e fantasias, os quais vêm a alimentar-lhes outras fantasias e angústias.

IV.2 “Uma Nuvem de Silêncio”

No concernente às mães, são-lhes relevantes o desejo e a esperança dos ludoterapeutas virem a realizar todas as expectativas não resolvidas, anteriormente, pelos próprios pais, educadores e demais profissionais de saúde. No entanto, o trabalho ludoterápico das crianças necessita de parâmetros, tempos e procedimentos, geralmente, não em consonância com os anseios das mães. Estas, por exemplo, ao perceberem não lhes haverem sido os desejos de resolução dos problemas dos filhos, imediatamente, atendidos, costumam reagir.

Como assinalamos no capítulo terceiro, mesmo após havermos-lhes esclarecido alguns princípios da psicoterapia infantil de grupo, as mães estranham a não utilização de medicamentos e dos tradicionais métodos educativos, cobrando-os. Revoltam-se, atrasando, faltando, não trazendo os filhos ao ambulatório, abandonando os atendimentos, ou atacando-nos as propostas e o funcionamento dos grupos. Querem saber-nos como é possível cuidar-lhes as crianças por intermédio de brinquedos e desenhos. Surpreendem-se ao perceberem e intuïrem o quanto as ati-

vidades lúdicas associam-se ao mundo das crianças, cujos pensamentos e fantasias esperavam ser-lhes eliminados na ludoterapia.

Estas e outras dúvidas e angústias das mães são-nos trazidas, podendo ser deslocadas para uma enorme e ininterrupta curiosidade das mesmas acerca do processo de ludoterapia dos filhos.

“Faltaria saber a evolução deles lá, se melhoraram. Não preciso saber o que se passa, mas se melhorou ajudava para a gente”. (Bete, 5ª)

“Vocês poderiam não nos orientar, mas expor algumas coisas”. (Bete, 5ª)

“Não pergunto, é lógico que não quero saber já, mas com o passar do tempo”. (Bete, 5ª reunião)

“Nós vamos descobrir se as crianças estão melhorando?” (Iara, 5ª reunião)

“Também gostaria de saber como ela está. Do jeito que ela é gostaria”. (Mara, 5ª reunião)

“Gostaria de ver como ela se comporta lá. Queria ver, saber como ‘tá”. (Mara, 17ª reunião)

As mães imaginam estarem os profissionais do grupo de ludoterapia — Luíza, Isabella e Lucas — realizando minucioso e profundo levantamento e análise da história e dos pensamentos das crianças. Essas informações ser-lhes-iam, em fantasia, trazidas por nós do grupo de acompanhamento, satisfazendo-lhes antigas e importantes curiosidades e dúvidas. Muitas mães costumam relatar-nos observações e atitudes dos filhos, acreditando receber, em troca, as informações desejadas a respeito das crianças. Outras integrantes não faltam e procuram mostrar-nos bom comportamento durante o grupo de acompanhamento, a fim de obterem os supostos informes. No grupo de acompanhamento, em muitas ocasiões, muitas destas fantasias são deslocadas para a confecção de um relatório e para a expectativa do atendimento ludoterápico tornar-lhes os filhos perfeitos.

“A escola quer resposta da Unicamp. Atestado não vale, tem que ser carta”. (Bete, 1ª reunião)

“A médica perguntou o que vocês falam, se vai ter relatório. Disse que não falam nada, uma nuvem de silêncio. Mas eu quero saber, agora não, mas no final. Quero saber o que tem com a Délia. Acho que o problema é comigo”. (Rute, 14ª)

“Não vejo a hora de chegar maio [o mês do término do grupo]. Vai ter relatório?” (Bete, 15ª reunião)

“A gente passa para vocês coisas sobre os filhos, se está havendo diferenças, se melhorou, se não?”. (Mãe, 2ª)

“A gente comenta sobre as crianças e nós. Isso influi no tratamento delas ou não?” (Mãe, 2ª)

As mães anseiam por revelarmos-lhes o mundo mental das crianças a elas inacessível. Querem entender os motivos de certas atitudes dos filhos, quando e com quem as aprenderam. Esperam conhecer os pensamentos e as opiniões secretas das crianças a respeito delas e dos maridos. Desejam saber se são queridas e amadas, se, futuramente, serão lembradas ou esquecidas e abandonadas, se serão reconhecidas nos esforços maternos ou se serão penalizadas na velhice. Almejam saber quais outras pessoas dividem-lhes a atenção, o afeto e as preferências dos filhos.

“Não quero que digam que fui ruim”. (Alda, 8ª)

“Mesmo que falhar [a ludoterapia] tentamos”. (Dora, 9ª)

“Eles crescem e a gente fica sozinha depois”. (Rute, 21ª)

“Tenho uma dúvida. Será que tem a ver com a mãe que a gente é? Tem a ver?” (Vera, 8ª reunião)

“Eles acham que a gente é ruim e o pai bom. Depois perde o filho, eles não sabem que o pai não resolve”. (Vera, 9ª)

*“Ela [Nina] anota tudo o que falamos. No final vai ter avaliação do que falamos?”
(Vera, 9ª reunião)*

“Eu pensava que a cada final de mês teria uma avaliação para ajudar um pouco a gente”. (Bete, 26ª)

“Todo mundo ‘tá esperando o relatório do exame que a gente fez”. (Bete, 30ª)

“A palavra de vocês seria a final”. (Rute, 30ª)

Em nível de fantasia, Luíza, Isabella e Lucas e, em menor proporção, nós do grupo de acompanhamento desvendaremos e resolveremos os problemas dos filhos, avaliando, inclusive, a participação e a responsabilidade dos pais. Sob este prisma, estaríamos julgando as mães e assumindo, portanto, papel ou absolvedor, ou condenatório; não sendo de estranhar-se o quanto as mães costumam sentir-se, extremamente, perseguidas por nós.

Outrossim, muitas vezes, as mães imaginam Luíza, Isabella e Lucas sendo por nós informados dos motivos de haverem agido na criação e na educação dos filhos de determinado modo. Também nos fantasiam defendendo-as perante a equipe técnica do grupo de ludoterapia, a qual, igualmente, intercederia por elas junto às crianças.

“A Délia diz que eu gosto mais dele [do outro filho], converso mais com ele. Quando explico ela entende. Quero fazê-la entender que são iguais”. (Rute, 3ª)

“O meu [filho] tem problema desde a gravidez [da irmã menor]. Não aceita a separação. Eu explico, não aceita. Fica a favor do pai”. (Bete, 3ª)

“Eu sempre carreguei ele nas costas e ele dá valor para o pai. Será que ele não reconhece o que eu faço ou é para me agredir”. (Bete, 4ª)

“Gostaria que entendesse e que aceitasse o meu marido”. (Bete, 5ª)

*“Ela não tem como culpar a gente, vai estar ciente de que fizemos o possível”.
(Vera, 9ª reunião)*

“Tão grandes, eu estou acabando e eles ficando bonitões”. (Eda, 26ª)

*“Por mais que a gente faça para eles, nada está bom. Nunca estão satisfeitos”.
(Rute, 13ª reunião)*

“Eles [filhos] não entendem a gente”. (Dora, 13ª)

Assim, as mães nos imaginam informando Luíza, Isabella e Lucas a respeito dos desejos, dúvidas e receios delas, em relação aos filhos. Deste modo, os profissionais do grupo de ludoterapia viriam a saber tanto dos “defeitos, vícios e anormalidades” a serem corrigidos nas crianças, aos quais os educadores falharam, como das idealizações sonhadas para os filhos.

“Quero que ele se solte”. (Vera, 2ª)

“Eu gostaria que ele dissesse: mãe tem lição para eu fazer, eu fiz isso e isso na escola”. (Bia, 2ª)

“Não pode ver eu chegar perto de ninguém. Quero que desgrude de mim. Por mais que converse não resolve. (...) Ela acha que tem que ser tudo para ela”. (Mara, 2ª reunião)

“Pergunta como era o pai antigamente. O filho pode ter um pouco dele. Mas não quero que seja como o pai”. (Vera, 3ª)

“Gostaria que ele desse mais valor para mim”. (Bete, 4ª)

“Tenho medo de que na outra escola não queira fazer a lição, se esforçar, querer tudo na brincadeira”. (Rute, 5ª)

“Eu orientei os meus, não experimentem coisas. O meu gosta de experimentar tudo”. (Eda, 15ª)

Luíza, Isabella e Lucas poderiam, assim, saber das atitudes e dos pensamentos das crianças não condizentes com as expectativas dos pais, da sociedade civilizada, eliminando-os, principalmente, por intermédio de métodos corretivos e pu-

nitivos.

“Meu marido acha que não tenho que agradar e sim pôr de castigo, bater”. (Alda, 4ª reunião)

“Dei autorização para a professora castigar na frente dele. Melhorou de medo”. (Bia, 5ª reunião)

“É só ameaçar ou bater para ir para a frente, melhorar. Conversar não adianta”. (Bia, 6ª reunião)

“Alguns vizinhos acham que só estamos passeando [ao vir à Unicamp], que tem que bater e pronto. Eu disse que ia parar e ela disse que não. Então eu disse que tem que ser comportada”. (Iara, 6ª)

“Salvator queria saber quando ia começar as aulas na Unicamp”. (Alda, 14ª)

“Também não deram remédio nenhum lá”. (Eda, 28ª)

“Não ensino as lições porque não entendo o que é para fazer”. (Rute, 24ª)

“Não sei se mudou o sistema de ensino”. (Rute, 24ª)

“Não quero que acabe, quero uma solução. Falo para a minha mãe que ele tá pior. Ela diz que deve estar soltando as coisas ruim dele para fora”. (Bete, 26ª)

As mães não conseguem entender como é possível — utilizando brinquedos, jogos e desenhos, e sem o uso de medicamentos, cartilhas, lições de casa, admoestações, conselhos e castigos — efetuar um tratamento das crianças. Passam, então, a imaginar mecanismos simplistas. Por exemplo, ao brincarem e desenharem, as crianças colocam todo o ruim e o indesejado para fora, eliminando-os magicamente. Entretanto, a partir do vivenciado no grupo de acompanhamento, as mães podem perceber e intuir outras explicações, para a ludoterapia, diferentes dos modelos catárticos, psicopedagógicos e punitivos.

IV.3 “Acaba Melhorando para a Menina e me Prejudicando”

As mães fantasiavam a nós do grupo de acompanhamento e aos profissionais do grupo infantil formando um par em ligação contínua, ao qual elas próprias não têm acesso. Igualmente, sentem-se excluídas da ligação afetiva dos filhos com Luíza, Isabella, Lucas e com as demais crianças do grupo.

“Vocês conversam depois com os terapeutas deles?” (Mãe, 2ª)

“Eu já fui a psicóloga e elas não falam nada, esperam a gente falar. Eu era solteira, minha mãe ia também. Eu achava que ela contava tudo para a minha mãe”. (Bete, 4ª reunião)

“Eu nunca tive problemas de ciúmes dos meus irmãos. A minha irmã mais velha morre de ciúmes até dos pais. Provoco ciúmes nela e ela fica nervosa”. (Rute, 12ª reunião)

“Lá [no grupo de ludoterapia] eles [crianças] até esquecem que têm casa”. (Eda, 23ª reunião)

As mães podem estar tendo, para conosco e para com Luíza, Isabella e Lucas, um conjunto de sentimentos e de reações indiscriminados, contraditórios e ambivalentes. De um lado, procuram cooperar, informando-nos a respeito das atividades e novidades dos filhos, trazendo-os ao grupo de ludoterapia, mesmo quando eles não querem vir, acreditando em nós profissionais da Unicamp e na capacidade de auxiliarmos-los.

“A gente passa para vocês coisas sobre os filhos, se está havendo diferenças, se melhorou, se não?” (Mãe, 2ª)

Iberê queria trazer um livro para ler no grupo. Quer fazer tudo para tirar os psicólogos do sério e ser expulso do grupo”. (Bete, 17ª)

“Espero que seja muito bom, acredito, vou pagar para ver. Penso no melhor para

o meu filho". (Vera, 2ª)

"Mas [a Leonor] já está solta. Um dia [de grupo] já faz efeito". (Mara, 3ª)

"É difícil vir, mas estou contente com o tratamento". (Dora, 7ª)

"Vem nem que tenha que trazer amarrado". (Bia, 3ª)

"Délia falou que queria desistir. Agora não está mais brincando no grupo como antes. Agora não dá para desistir mais, agora vamos até o fim". (Rute, 13ª)

Por outro lado, desconfiam e têm dúvidas do tratamento ludoterápico. As expectativas de cura mágica e dos filhos tornarem-se perfeitos não estão acontecendo. Ao contrário, perguntam-nos se os filhos não estão piorando, aprendendo coisas indesejadas, enlouquecendo, e se Luíza, Isabella e Lucas não estão fazendo-lhes a cabeça e colocando-os contra os pais.

"Fala que não é louco. As pessoas adultas não põem fé nas coisas que ele fala. Ele ouve coisas, ouve que falam que fica pior..." (Vera, 3ª)

"Tem medo que seja prejudicado". (Vera, 3ª)

"Na escola é só brincadeira. Tenho medo de que na outra escola não queira fazer a lição, se esforçar, querer tudo na brincadeira." (Rute, 5ª)

"Eu acho que está aparecendo muita coisa. A agressividade dela está me dando muito trabalho". (Zoé, 12ª)

"Continua o mesmo respondão, enfrenta a gente. Acho que faz isso de propósito. Diz que piorou por causa da Unicamp. Faz isso para ver se tiro ele". (Bete, 13ª)

"A filha diz que é desperdício de dinheiro dar Cr\$ 500,00 para o tio trazer aqui. Que não adianta nada. Quando ela [filha] vai internada passa pela psicóloga que diz que é a gente que tem que resolver". (Eda, 24ª)

"Eu não noto diferença na Délia. Umás coisas melhoraram, outras continuaram iguais. As tias notam diferença na fala, na... Comigo não noto diferença, é manhosa, egoísta, só gosta de brincar. Não tem jeito de falar não... Comida também

só come o que comia antes. Fiz bolinho, não quis comer". (Rute, 24^a)

As mães sentem-se ora frustradas, ora culpadas, ora perseguidas, ora com intensos sentimentos de competição e de rivalidade para com os profissionais do grupo de ludoterapia. Não entendem, não aceitam como os filhos podem, em inúmeros momentos, gostar de virem ao grupo, como podem estar se vinculando a outras crianças e, principalmente, a Luíza, Isabella e Lucas mais carinhosamente e afetuosamente que com elas próprias.

"A minha está adorando [o grupo]. Não sei como fazer para segurar". (Mara, 3^a)

"Não sei o que ele achou de tão bom que ele adorou". (Alda, 11^a)

"Se der jogo eles deixam tudo para lá". (Eda, 11^a)

"Délia não sabe o que é férias. Vai cobrar em querer vir para cá, porque ela gosta de vir aqui". (Rute, 11^a)

"Vocês sabiam que tem namorado de um dia? Vai ter criança namorando por um dia". (Eda, 27^a)

"Eu sempre carreguei ele nas costas e ele dá valor para o pai. Será que não reconhece o que eu faço". (Bete, 4^a)

"Mandei arrumar o carro e o homem estragou mais". (Eda, 22^a)

"Tirei dinheiro para o material [escolar] e está lá, tudo perdido". (Eda, 22^a)

"Lá no fundo a gente tem ciúmes mesmo". (Zoé, 23^a)

É bastante comum o aparecimento de sentimentos de ciúmes das mães para com os profissionais do grupo de ludoterapia. No entanto, geralmente, é-lhes bastante difícil falarem diretamente acerca destes ciúmes e admitirem-nos. Normalmente, estes sentimentos são deslocados para outras pessoas, principalmente, para os irmãos e outros familiares. Outrossim, as integrantes podem ter ciúmes dos filhos por estarem os mesmos em ludoterapia, ao contrário delas próprias. Em determinados momen-

tos. as mães pedem-nos mudanças nos objetivos e no funcionamento do grupo de acompanhamento, a fim de transformá-lo, também, em grupo de psicoterapia. Evidentemente, como assinalamos anteriormente, esta necessidade pode ser igualmente a consequência de melhor percepção e compreensão das próprias dificuldades pessoais.

“O meu foi lesado pelo nascimento da irmã. Não tenho condições de dar a mesma atenção. Tendo dois filhos eles sentem”. (Bete, 4ª)

“Isto é que me dá raiva. Acha que dou mais para o outro” (Rute). “Acho que é ciúmes”. (Iara, 13ª)

“Acho que é ciúmes doentio que ela [filha] tem das crianças”. (Eda, 29ª)

“Eu nunca tive problemas de ciúmes dos meus irmãos. A minha irmã mais velha morre de ciúmes até dos pais. Provoco ciúmes nela e ela fica nervosa”. (Rute, 12ª reunião)

“O problema é das crianças. Aqui a gente tira dúvidas das crianças. Se quiser tratamento para mim, tenho que procurar?” (Rute, 16ª)

“Qualquer dia somos nós que vamos bater lá na porta deles”, após os filhos terem batido na porta do grupo de acompanhamento, avisando o término do horário. (Bete, 10ª reunião)

“Estou precisando de ajuda... a doutora falou que preciso de tratamento. Tenho pressão alta e nervoso. Sou muito presa, precisava...” (Mara, 16ª)

“Penso que as mães têm que continuar, né, porque o problema é das mães...” (Vera, 22ª reunião)

Ao longo do grupo de acompanhamento, apesar das colocações e das interpretações de Lia e Ana, as mães continuam sem serem atendidas em parte das próprias expectativas e fantasias, quer no referente aos problemas e à ludoterapia dos filhos, quer no concernente à solicitação de psicoterapia de grupo para elas próprias.

Assim, podem ora frustrarem-se, ora apresentarem sentimentos de ódio e de inveja, com intenso desejo de destruírem tanto a ligação das crianças com Luíza, Isabella e Lucas, e o trabalho de ludoterapia, como o próprio grupo de acompanhamento.

“A minha está adorando [o grupo]. Não sei como fazer para segurar”. (Mara, 3ª)

“Está ficando bom, mas fico implicada”. (Bia, 7ª)

“Acaba melhorando para a menina e me prejudicando... Passei no doutor, ele disse que está me prejudicando um pouco”. (Mara, 12ª)

“Semana passada esqueci da Unicamp. Pedi para a minha mãe trazê-lo aqui”. (Bete, 29ª reunião)

“Parece que eu estava no ar e esqueci de marcar a perua” [que as trazia à Unicamp]. (Mara, 8ª reunião)

“O Iberê gosta de uma menina desde o parquinho. Eu troquei ele de escola e ele não gosta. Quer a outra escola e gosta daquela menina, escreve”. (Bete, 27ª)

“Estou querendo afastar a Délia da vizinha... Quem sabe o ano que vem fica sozinha. Para a criança muita gente falando é ruim; a gente ensina de um jeito e os outros de outro jeito”. (Rute, 21ª)

No grupo de acompanhamento em estudo, os acontecimentos relatados no subcapítulo III.6, referentes à vontade de Eda de interromper os atendimentos na Unicamp, assentam-se, em grande parte, na inveja e no desejo das mães destruírem o grupo de ludoterapia e o grupo de acompanhamento. Muitas vezes, é-nos impossível imaginarmos mães com fantasias e mecanismos destrutivos, dispostas a prejudicarem a ludoterapia dos próprios filhos. Poderíamos pensar ser isto possível de acontecer, apenas, com algumas pessoas, seriamente, perturbadas mentalmente. Entretanto, a experiência com os grupos de acompanhamento há-nos mostrado serem os sentimentos inconscientes de ódio e de inveja intrínsecos à condição humana, dificilmente

controlados pela razão ou pelos imperativos altruísticos da função materna³⁰.

Relataremos alguns acontecimentos do grupo de acompanhamento em estudo capazes de ilustrar-nos os ciúmes e a inveja das mães. Como assinalamos, houve um período no qual as integrantes nos comentavam, demasiadamente, os ciúmes entre os filhos, entre os familiares. Associamos isto aos ciúmes das mães para com os profissionais do grupo de ludoterapia, os quais estariam lhes tirando o amor dos filhos, afastando-os delas. Em momento posterior, a atitude das mães mudou sensivelmente. Incrementaram os atrasos, as faltas, os silêncios, os ataques maledicentes contra os profissionais de saúde, os desejos de deixarem de vir e de trazer os filhos ao grupo de ludoterapia. Curiosamente, nesta ocasião, estavam chegando-nos ao ambulatório apenas as pastas das mães. Como o agendamento, para os grupos de ludoterapia e de acompanhamento, é feito pelas mães simultaneamente, é impossível chegar-nos exclusivamente as pastas das responsáveis. Apesar de Ana e Lia comentarem este acontecimento no grupo de acompanhamento, durante quase dois meses, algumas crianças continuaram sem serem agendadas pelas próprias mães, fornecendo-nos importantes indícios de como os sentimentos de inveja podem provocar-lhes reações inimagináveis em princípio.

As mães, ao perceberem os filhos recebendo atendimento psicoterápico, podem ora ficar apenas enciumadas, ora os invejarem, necessitando de retirá-los da ludoterapia, mesmo tendo de interromper o próprio grupo de acompanhamento. Igualmente, antes de abandonarem os grupos, podem inconscientemente atacá-los, diminuí-los, maldizê-los e destruí-los, a fim das demais crianças e mães não os usufruírem.

³⁰Cabe-nos apontar algumas diferenças entre ciúmes e inveja: “A inveja é o sentimento irado de que outra pessoa possui e desfruta de algo desejável — sendo o impulso invejoso tirá-lo dela ou espoliá-la (...) [O ciúme] diz respeito principalmente ao amor que o indivíduo sente como lhe sendo devido e que lhe foi tirado ou se acha em perigo de sê-lo, por seu rival (...) [A inveja] remonta à mais primitiva relação exclusiva com a mãe (...) não apenas procura despojar (...) mas também depositar maldade, primordialmente excrementos maus e partes más do eu dentro da mãe, acima de tudo dentro do seio dela, a fim de espoliá-la e destruí-la”. (KLEIN, 1957, p.33-34)

“Há muitos anos ouvi uma estória que retrata, em cores muito vivas, o sentido profundo da inveja: Uma Fada aparece diante de um invejoso dizendo que ela poderá, magicamente, dar-lhe tudo o que seus desejos imaginarem — bens materiais, qualidades pessoais e toda a sorte de felicidade. Mas há uma única condição: que seu vizinho, pessoa a quem muito invejava, obtivesse em dobro seus desejos. E sabem o que o invejoso desejou? Desejou que a Fada lhe arrancasse um olho!” (ZIMMERMANN, 1974, p.19)

IV.4 “Ele Não se Liga na Minha Preocupação”

“O meu filho, às vezes dentro do carro, desistia de ir, quando era menor preferia ficar comigo de tão indeciso. Eu queria empurrar”. (Vera, 8ª)

“A minha não larga de mim, até no banheiro vem atrás”. (Eda, 6ª)

“O meu toma mamadeira com dez anos. Há seis meses quebrou e não comprei. Não tomou leite. Tive que comprar. Também é a única maneira de tomar leite... Ele não tem vergonha, mama na frente de todos”. (Vera, 10ª)

“Eu levava leite na cama para o Salvador. Agora ele tem que se virar”. (Alda, 14ª reunião)

“[O Fabiano] queria comer sozinho. Me pergunta: mãe eu sou nenê?... Ele se lava direitinho. Ela [Délia] eu sempre tive que pegar no pé, dar comida, fica se pendurando em mim para eu pôr a roupa”. (Rute, 7ª)

“Ele quer tudo para ele em primeiro lugar. No futebol leva água na garrafa porque a torneira demora para desocupar. Os amigos o chamam de filhinho da mamãe. Eu disse bem feito. Eu já o levo e os outros vão sozinhos porque moram perto”. (Bete, 26ª reunião)

“Fica na minha dependência, mas devo resolver os problemas deles? Se é um atrito que devo intervir, eu vou, se não é isso não vou... Disse para falar com a professora, ele disse que não ia falar. O Colombo quer que nós resolvamos as coisas para ele. Não ‘tá certo. Se a professora recusasse eu iria, mas custa abrir

a boca". (Vera, 15ª reunião)

Em nenhum outro momento da existência humana, a unidade mãe-filho é tão relevante como na gestação. As gestantes cuidam, continuamente, onipotentemente, de um ser humano, ainda, delas totalmente dependente. Estas vivências marcam as mães com sentimentos contraditórios. Podem tanto ocorrer-lhes vivências desprazerosas, terríficas, repletas de dúvidas, medos e receios, como predominarem-lhes experiências prazerosas, inolvidáveis, das quais, igualmente, necessitam e dependem.

BLEGER (1973, 1977), desenvolvendo alguns conceitos de MAHLER (1982), dirige-nos a atenção para a situação de simbiose, de estreita interdependência e complementariedade entre mãe e filho, capaz de manter-lhes, dentro de certos limites, controladas e satisfeitas as necessidades das partes mais primitivas da personalidade. O nascimento e o corte do cordão umbelical iniciam, concretamente, o processo de dessimbiotização e individuação, o qual atingirá mãe e filho, prolongando-se por toda a existência humana. BLEGER (1973) — em contraposição à idéia de caracterizarem-se os primeiros estágios da vida humana por um isolamento autístico, a partir do qual o indivíduo vai se relacionando com outras pessoas — postula, como ponto de partida do desenvolvimento humano, uma organização diversa. Nesta, o sujeito e o meio estão constituídos não como identidades diferenciadas, mas como uma unidade indiscriminada, simbiótica, marcada por uma fusão entre a mãe e o filho, entre o projetado e o depositário, com uma identificação projetiva maciça e um outro sentido de realidade. Desta unidade simbiótica mãe-filho deverão emergir dois seres independentes.

Transcrevemos, em seguida, a síntese crítica de PUENTE (1989, p.16) a respeito de algumas teorias psicanalíticas concernentes aos primeiros meses de vida: *“Recentemente, OGDEN (1989), com base em diversos autores modernos, postula corajosamente a necessidade dialética de uma outra posição anterior à posição parano-esquizóide de M. Klein, a posição autístico-contígua. Nesta posição, a*

experiência é obtida através da sensório-contiguidade da pele e da ritmicidade, o que acontece inicialmente nos primeiros contatos do bebê com a mãe. Na posição de Ogden, a experiência do self é rudimentar, como o lugar para aquém dos limites externos está a própria vida, e também não há propriamente intuição do objeto como tal. A experiência é organizada através de formas autísticas e os objetos são também autísticos. A angústia nessa posição, é de dissolução, desintegração, acabamento, em conexão, às vezes, com o medo de adormecer. Entre os modos de defesa está o que BICK (1968) formulara como a formação da segunda pele para o indivíduo suportar a sensação de desmoronamento da própria pele, mediante, por exemplo, contatos sucessivos sobre os objetos e o olhar envolvente em alguém. Tem-se também em termos defensivos, o que MELTZER (1975) chama de identificação adesiva (aderência defensiva no objeto para diminuir a ansiedade de desintegração) e o que TUSTIN (1986) chama de equação adesiva (o indivíduo se equaciona à superfície dos objetos) (...). Esses modos de defesa são anteriores à identificação projetiva”.

Igualmente, parecem-nos fundamentais os conceitos winnicottianos de “holding” e de preocupação materna primária para assinalar todo o estado emocional e provisional das mães, o qual as prepara para conterem e compreenderem afetivamente muitas das angústias e defesas mencionadas no parágrafo acima, assumindo importante papel no desenvolvimento emocional dos filhos quer, principalmente, dos lactentes, quer em etapas posteriores.

No entanto, com o desenvolvimento das crianças, o papel das mães costuma diminuir progressivamente. O desmame, a marcha, a aquisição da linguagem, o ingresso na escola, a adolescência são exemplos de momentos marcantes quer para os filhos, quer para as mães, as quais podem ver-lhes diminuídas a participação e a importância no crescimento e na vida dos mesmos. Assim, as mães podem estar vivenciando, conflituosamente, as aquisições e o desenvolvimento das crianças. De um lado, desejavam-nos, ansejavam-nos, esperavam maior autonomia dos filhos. Por

outro lado, percebem o quanto tal desenvolvimento implica-lhes progressivo afastamento e independência dos filhos, e a conseqüente perda das satisfações advindas do cuidarem de crianças mais dependentes.

“A gente traz as doenças para os filhos, disse a médica. A gente fica em cima e acabam doentes. Comecei a trabalhar nesse sentido. Não sei fazer de conta que não tenho filho. Eu estou sempre atenta a eles. Não tenho sossego porque o tempo todo fico de olhos neles. Agora estou trabalhando, orientando e deixando fazer... A Délia perguntou para mim: Por que você fala se cuida a toda hora?” (Rute, 16ª reunião)

“A gente lembra do nosso tempo. Eu ia sozinha para a escola. Hoje é diferente, mais perigoso, mais movimentado. A gente segura e é onde dá todo esse problema”. (Bete, 8ª)

“Não posso deixar o Iberê porque ele põe fogo na casa. Já pôs na da minha mãe, do pai dele...” (Bete). “A Odalea também põe fogo na casa”. (Zoé, 24ª)

“O Salvator não deixo, tenho medo, é perigoso atravessar a avenida... Às vezes deixo, se viram melhor do que com a gente”. (Alda, 8ª)

“Parece que ela [Cecília] não quer crescer”. (Dora, 23ª)

“A Odalea está com medo de ir para a escola, quer ficar no pré”. (Zoé, 9ª)

“Se você fechar o filho como ele vai crescer e conhecer o mundo”. (Rute, 21ª)

“A gente não deve criar os filhos na dependência da gente. E se acontece alguma coisa comigo? Eu fui criada assim. Minha mãe teve seis e bajulou e até hoje estão todos na barra da saia dela. Eu faço diferente. Trabalho e a Délia fica com a vizinha, nem penteio mais o cabelo dela. A mãe e o pai têm de deixar fazer as coisas sozinhas, adquirir mais experiência”. (Rute, 24ª)

“Estou esperando que eles [os netos] cresçam para irem morar com a mãe, mas eles não querem a mãe. Será que vou ter que fazer os casamentos dos netos?... Tenho dó de sair e deixar eles” (Eda). “Então o apego não é das crianças”. (Bete,

24ª reunião)

“Parece haver uma ampla variedade de respostas nas mães normais ao lidar com a antecipada separação de seus filhos. Em alguns casos vimos reações muito aproximadas ao luto; em outros, faziam-se tentativas de precipitar ativamente o funcionamento independente da criança; em outros exemplos, alternações entre o apegar-se ao bebê ou libertar-se do mesmo ou, ainda, sutis combinações de ambas”. (MAHLER, 1982, p.34)

Igualmente, acreditamos serem aplicáveis para os pais de crianças em idades menores, os seguintes comentários de ABERASTURY & KNOBEL (1980, p.98-99), dirigidos para pais de adolescentes, ao aprofundarem o conceito de ambivalência dual de Stone e Church: *“Muchas veces los padres niegan el crecimiento de los hijos y los hijos viven a los padres con las características persecutorias más acentuadas. Esto ocurre especialmente si la fase genital previa se ha desarrollado con dificultades y las figuras de los padres combinados, la escena primaria, ha tenido y tiene caracteres de indiferenciación y de persecución. Si la figura de los padres aparece con roles bien definidos, en una unión amorosa y creativa, la escena primaria disminuye sus aspectos persecutorios y se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscará realmente”.*

Em determinados momentos da função materna, pode ocorrer algo muito primitivo e narcísico. Algumas mães querem assumir, plena e exclusivamente, as responsabilidades pela criação, educação e crescimento dos filhos. Não aceitam, facilmente, sem oposições, a participação dos maridos, familiares, professores e profissionais de saúde. É como se a capacidade de gestar, de cuidar dos filhos, fazendo-os crescer, tivesse de ser mantida ao longo de toda a existência, não sendo incomum procurarem aderir-se aos filhos.

Muitos aspectos concernentes ao vínculo simbiótico mãe-filho e ao respectivo processo de dessimbiotização encontram, na dinâmica dos grupos de ludoterapia e de acompanhamento e das respectivas equipes técnicas, a possibilidade de serem atualizados, percebidos e, eventualmente, compreendidos.

Ao dirigirem-se para o grupo de ludoterapia, as crianças separam-se das mães, ganhando um espaço específico, apropriado à comunicação e ao mundo infantil. Progressivamente, as mães vão percebendo não terem nem acesso, nem controle deste espaço. Pelo contrário, não são atendidas nas próprias expectativas, não recebem informações da ludoterapia e dos filhos e, ainda, percebem-nos criando laços afetivos com outras crianças e com Luíza, Isabella e Lucas, dos quais pouco sabem; sentindo-se desconsideradas e ameaçadas.

“Ficamos muito surpresos com a total ignorância dos pais, muito freqüente, no que diz respeito às atividades de seus filhos no grupo. Isto tende a confirmar que estes últimos mantêm zelosamente segredo sobre o que ocorre nas sessões, guardando para si sua participação no grupo, assim como ocorre geralmente em psicoterapia individual. É preciso, pois, tanto num caso como no outro, que os pais sejam capazes de suportar uma certa frustração. Isso supõe a aceitação de uma maior autonomia de seu filho e, portanto, uma modificação no equilíbrio do sistema familiar. Na escola ou em outras coletividades, os substitutos parentais agem em nome dos pais, aos quais comunicam o comportamento da criança, de tal forma que os pais mantêm controle indireto sobre ela. Em nossos grupos, ao contrário, propomos aos pais que aceitem o fato de que se passa alguma coisa entre seus filhos e nós, sobre a qual não serão necessariamente colocados a par. A aceitação desta situação favorece uma maior colaboração entre eles e nós”. (DECHERF, 1986, p.37)³¹

³¹Salientamos o aspecto de DECHERF trabalhar com as crianças, sem a concomitância de um atendimento específico para os pais.

O processo de ludoterapia costuma repercutir no desenvolvimento das crianças. Pode ajudar-lhes a diminuir-lhes inibições, a ampliar-lhes as próprias satisfações; permitindo-lhes mais prazerosa e menos conflituosa realização de desejos, muitos dos quais são considerados inadequados pelos pais. Assim, a ludoterapia das crianças pode ser considerada pelas mães como a principal responsável pelas desinibições, pelo crescimento e pelo progressivo afastamento dos filhos em relação aos pais.

“Não sei o que ele achou de tão bom que ele adorou”. (Alda, 11ª)

“Pior que eles não querem parar de vir aqui”. (Alda, 29ª)

“Ela ‘tá crescendo bastante na cabecinha dela”. (Rute, 29ª)

“Eles têm que fazer o que a gente quer”. (Eda, 7ª)

“É como a Lia falou: quando a gente sente que ‘tá perdendo o controle, a gente sente”. (Vera, 25ª)

“Tenho que deixar namorar perto senão vai para longe”. (Eda, 30ª)

“Uma vez que se sentem tão cercados, começam a se defender dos amigos”. (Vera, 8ª reunião)

“O Iberê anda sozinho, eu rodando atrás e ele pelas ruas olhando os brinquedos. Ele não se liga na minha preocupação... Gosta de andar sozinho. Junto com a gente enche o saco”. (Bete, 3ª)

“Ontem fui para a missa e deixei a janta. A mãe ficou brava porque achava que eu tinha que ficar para dar. Tão grandes, eu estou acabando e eles ficando bem bonitões”. (Eda, 26ª)

“Na hora do almoço ou jantar era uma luta. Agora eu parei de ficar em cima, larguei mão. Ela melhorou e já pede comida”. (Rute, 6ª)

“A Délia é mais calma agora e estou aceitando ela do jeito dela. Estou tranqüila”. (Rute, 30ª)

“O desamparo próprio à criança e a grande necessidade que experimenta do cuidado materno exigem maior dose de amor do que a que pode ser concedida a qualquer outra pessoa, razão pela qual todas as inclinações amorosas e construtivas da mãe encontram agora um objetivo. Algumas mães, sabemos bem, exploram esse relacionamento para a gratificação de seus próprios desejos, ou seja, de sua possessividade e da satisfação de ter alguém dependente delas. Mulheres desse tipo desejam que seus filhos permaneçam agarrados a elas, e detestam a idéia de que venham a crescer e adquirir individualidades próprias”. (KLEIN, 1937, p.108)

Assim, algumas mães tentam usar de todos os recursos para manterem-se fusionadas aos filhos, para assegurarem-lhes o controle: Repercussões e desdobramentos desta tentativa aparecem na esperança das mães de conquistarem e de dominarem a nós do grupo de acompanhamento e aos profissionais do grupo de ludoterapia, inclusive por as estarmos ameaçando na relação com os filhos.

Evidentemente, o crescimento dos filhos implica-lhes a possibilidade de reativação da dinâmica edípica, retomando-lhes uma série de vivências pregressas e conflituosas em relação aos próprios pais.

“Antes só dormia comigo e usava a mesma camisola. Não usa a mesma camisola mais, mas não deixa o pai, o expulsa da minha cama”. (Zoé, 4^a)

“A Odalea queria dormir com a minha camisola. Não deixei e chorou, chorou. Queria dormir com o pijama do pai, não deixei. Coloquei a roupa dela. Ela tirou a roupa à noite, dormindo. Pus a roupa e dormiu. Quer a roupa nossa”. (Zoé, 6^a reunião)

“Délia gosta de brincar com o pai, não aceita um beijo, às vezes não quer parar de brincar com ele”. (Rute, 5^a)

“TV atrapalha. A minha pifou e o pai foi brincar com o Fabiano. Eu falei: ‘vamos dormir cedo’. Délia continuou de olho no pai com o irmão. Comigo não brinca”.

(Rute, 12ª reunião)

“Se converso cara a cara com ela noto que não presta atenção, não escuta quando chamo. Mas quando estou conversando com o pai ela presta atenção. Dei uma carcada. Não preste atenção em conversa de adultos, sai de perto, criança não pode escutar. Detesto criança que presta atenção na conversa da gente”. (Rute, 14ª reunião)

“Ela tem ciúmes do meu marido, senta no meio. Eu e Gilberto [marido] nos separamos por causa da Délia. Antes tudo era ela, só falava dela. Não tinha mais isso de namorar”. (Rute, 18ª)

“Se [o marido] parou de fumar e vai ficar assim, pode voltar a fumar ou descarregar no serviço, porque se chegar nervoso hoje, eu vou dormir com o Salvador”. (Alda, 19ª reunião)

“Minha sobrinha também não aceita a separação, quer juntar pai e mãe”. (Rute, 5ª reunião)

“Segunda-feira meu marido me beijou e eu disse que deixava a Joana [outra neta] com água na boca. Ela riu”. (Eda, 30ª)

“A minha pequena vai viajar com o pai e diz: ‘você pode ficar com o Iberê, eu fico com o pai’. O pai tem paizão por ela, agrada muito”. (Bete, 30ª)

MILLER DE PAIVA (1988, p.31-33), ao analisar alguns aspectos edípicos no grupo psicoterápico, escreve: “O grupo terapêutico se inicia sempre baseado em uma terrível ambivalência: amor (idealização) e ódio (assassinato dos pais e irmãos). O indivíduo entra no grupo idealizando o analista e esperando obter dele todo o apoio necessário (...) para a solução dos seus conflitos que geram angústia e ansiedade (...). O indivíduo entra no grupo pela porta do Complexo de Édipo. Uma vez dentro do grupo, ele quer ficar sozinho com o líder e expulsar os outros pela mesma porta por onde entrou. O Édipo é, pois, a entrada e também a saída do indivíduo no grupo (...). As fantasias de calamidade edípica do

grupo seriam dos tipos: 1) O terapeuta será destruído pelo paciente; 2) “Sistema bumerangue” — o terapeuta retaliará o paciente; 3) O terapeuta rejeitará e abandonará o paciente”.

Alguns aspectos técnicos relatados no capítulo anterior, relacionados com a transferência e com as angústias paranóides das mães para conosco, podem ser mais bem entendidos a partir das repercussões do crescimento dos filhos e da reativação da dinâmica edípica nas próprias mães.

Simultaneamente às alegrias pelo desenvolvimento dos filhos, as mães percebem os tributos e as renúncias decorrentes. O crescimento das crianças constata, sugere, denuncia, em maior ou menor intensidade, o declínio e o envelhecimento dos pais. Cronos matura e devora. As mães estão confusas, ameaçadas, precisando de abdicarem inúmeros desejos e papéis, necessitando de elaborarem perdas e lutos.

Embora, geralmente, os adultos costumem, quase exclusivamente, atribuir as dificuldades do crescimento às próprias crianças, em várias circunstâncias, faz-se-nos necessário o trabalho com a situação angustiante, ambígua e conflituosa das mães perante este crescimento desejado e temido.

IV.5 “A Gente que é Mãe Não Sabe onde está Errando”

“Penso que posso estar fazendo errado isso com os meus filhos faço assumir as responsabilidades. O meu filho mais velho amadureceu muito cedo, ficou adulto antes da hora, não sei se tenho culpa”. (Vera, 9ª)

“No meu caso fui criada pelos pais, pelos avós. Sou separada e moro com outro e tenho filha com esse. O Iberê foi prejudicado desde a gravidez. Com dois anos fui trabalhar e ele se apegou à minha avó, que faleceu. Depois ele se apegou ao meu pai que também faleceu. Um pouco deve prejudicar. Você não tempo para eles”. (Bete, 2ª reunião)

“Não tenho paciência para choro. Bato que machuco. Perco a cabeça, digo para

chorar longe que ele sabe como eu sou. Às vezes eu machuco. Tem manchas até hoje, fez feridas. Não bati mais de machucar, aviso para tomar cuidado. Não passa perto, se passar como cachorrinho não bato". (Bia, 7ª)

"Tenho uma dúvida. Será que tudo tem a ver com a mãe que a gente é? Tem a ver? Nós temos uma parte de culpa? A gente como mãe não checa". (Vera, 8ª)

"É de conhecimento geral que, ao percebemos em nós mesmos impulsos de ódio para com uma pessoa que amamos, passamos a sentir-nos preocupados ou culpados. (...) Tendemos bastante a manter em segundo plano esses sentimentos de culpa, por serem extremamente penosos. Manifestam-se eles, porém, de diversas formas disfarçadas, e constituem fonte de perturbação nas nossas relações pessoais (...) sentimentos dessa natureza acham-se mais profundamente enraizados do que se costuma supor e estão sempre associados a um sentimento inconsciente de culpa. (...) Tal sentimento provém do temor inconsciente de serem incapazes de amar outras pessoas de maneira suficiente ou verdadeira, e particularmente de não serem capazes de dominar impulsos agressivos para com outros: temem constituir-se em perigo para o ser amado". (KLEIN, 1937, p.87-88)

Nos grupos de acompanhamento realizados no Setor de Saúde Mental Infantil, o posicionamento das diferentes equipes técnicas, no trabalho dos sentimentos de culpa, está longe de ser unificado. Alguns profissionais preferem evitar de enfocá-los e de interpretá-los, temendo-lhes o incremento; entendendo não haver a possibilidade de se os lidar, considerando-se as particularidades das mães e os objetivos, o tempo e as limitações dos grupos de acompanhamento.

Não obstante, outros profissionais costumam trabalhar-lhes os sentidos latentes, considerando-os, inclusive, um dos principais temas dos grupos de acompanhamento.

Independentemente do posicionamento da equipe técnica responsável pelo

grupo de acompanhamento, os sentimentos de culpa costumam ser relevantes, permitindo-nos o reconhecimento e a compreensão de inúmeras fantasias, angústias e reações das mães.

“Acho que se a Cecília falhar [na ludoterapia] não é mais problema meu, fiz o possível. O problema é dela, pelo menos complexo de culpa a gente não fica”. (Dora, 9ª reunião)

(Sobre os filhos que não querem vir à ludoterapia) *“Vem nem que tenha que trazer amarrado”* (Bia, 3ª). *“Você já tem dez anos e sabe o que faz. Eu me lembro bem, se você tiver problema mais tarde eu tentei, não tenho a culpa”.* (Vera, 8ª)

Muitas mães mantêm os filhos em ludoterapia grupal devido aos próprios sentimentos de culpa. No entanto, a vinda de ambos aos respectivos grupos, motivada por estes sentimentos, a fim de, por exemplo, expiá-los ou punirem-se, pode quer não ajudá-los, quer trazer-lhes conseqüências indesejáveis. O comparecimento e a participação das mães e das crianças podem ter outro envolvimento e desdobramento, quando podem perceber e compreender os sentidos latentes associados às respectivas necessidades de virem aos grupos.

“O problema está nos pais mesmo. Eles não dão atenção e as crianças fazem tudo para chamar atenção. E o marido me castiga quando dou atenção”. (Zoé, 16ª)

“O pai não queria que viesse, agora disse que se ela piorar eu é que vou apanhar”. (Zoé, 19ª reunião)

“Problema dos filhos é reflexo dos nossos... A gente reflete para eles”. (Dora, 4ª)

“O meu foi lesado pelo nascimento da irmã. Não tenho condições de dar a mesma atenção. Tendo dois filhos eles sentem”. (Bete, 4ª)

“A filha me culpa porque pus a menina para estudar à noite e ela aprendeu aquelas coisas”. (Eda, 11ª)

“Se as crianças vêm é por causa da gente, porque os pais brigam e os filhos sofrem”. (Zoé, 21^a)

Muitas vezes, é mais fácil e confortável, para o ser humano, admitir, por meio da identificação projetiva, estarem as bases dos sentimentos de culpa localizadas no exterior, em outras pessoas, como os professores e os profissionais de saúde, em aspectos sociais e culturais, a aceitá-las como intrinsecamente associadas ao próprio mundo mental. Como assinalamos anteriormente, algumas idéias arraigadas em grande contingente da população, veiculadas subliminarmente pela mídia, paradoxalmente, acobertam ilusoriamente os sentimentos de culpa das mães e os incrementam. A preconceção das crianças como uma “tábua rasa”, na qual a sociedade incute-lhes tudo, é um exemplo; bem como a crença de possuírem a educação e as ciências uma capacidade onipotente sobre o desenvolvimento dos seres humanos, podendo identificar-lhes a causa de todos os problemas, prevenindo-os ou resolvendo-os, segundo os paradigmas das ciências empírico-formais. Igualmente, a idéia de atribuir-se ao genético, ao constitucional, a causa principal e exclusiva de todos os atos humanos, negando e desprezando qualquer participação e importância às próprias vivências pessoais das crianças, pode levar, inconscientemente, os pais a sentirem-se, eternamente, responsáveis e culpados por todos os atos e pensamentos dos filhos.

Nos grupos de acompanhamento, algumas fantasias das mães relacionadas com o elaborarmos-lhes um relatório minucioso acerca dos grupos, delas próprias e dos filhos, associam-se-lhes aos sentimentos de culpa. Conforme assinalamos anteriormente, dentre outras expectativas, desejam saber-nos se erraram, onde e quando falharam, o quanto são responsáveis pelos problemas e dificuldades dos filhos, se ser-lhes-á possível repararem os danos infligidos às crianças.

“Tinha dificuldade de saber se a gente se comporta devidamente, o certo e o errado, nesse ponto fico na dúvida”. (Vera, 4^a)

“A gente traz as doenças para os filhos, disse a médica”. (Rute, 16ª)

“Acho que mesmo inconsciente passa coisas, com a convivência. Acho que o problema é com a gente mesmo”. (Vera, 22ª)

“A criança faz isso e os pais têm que corrigir”. (Rute, 18ª)

“Nós somos leigas. Elas catam tudo daqui e chegam à conclusão de que mãe nós somos”. (Vera, 4ª)

“Todo mundo ‘tá esperando o relatório do exame que a gente fez”. (Bete, 30ª)

“Eu sempre quis saber, já coloquei isso. Não me preocupo com ela longe porque longe de mim ela fica melhor, isso ‘tá provado. Quero saber de quem é o problema, o que ‘tá acontecendo com ela”. (Rute, 26ª)

Os seguintes comentários de KLEIN (1937, p.89 e 93) podem ajudar-nos a compreender alguns aspectos dos sentimentos de culpa das mães: “A luta entre amor e ódio, com todos os conflitos que desencadeia, instala-se, como procurei demonstrar, na tenra infância, mantendo-se ativa ao longo de toda a vida.” (...) “Quando na mente do bebê surgem os conflitos entre amor e ódio, e os temores de perder o ser amado tornam-se ativos, um passo extremamente importante tem lugar no desenvolvimento. Tais sentimentos de culpa e sofrimento entram agora como elemento novo na emoção do amor. Tornam-se parte inerente do amor, influenciando-o profundamente quer em qualidade como em quantidade”.

“Eu não acredito em amor entre duas pessoas que se agridem”. (Zoé, 21ª)

“Até os adultos pisam nas pessoas que amam, por isso [os filhos] fazem o mesmo com as mães”. (Vera, 17ª)

“A única coisa que prometo é dar coro... Não dou moleza se não monta”. (Rute, 7ª reunião)

“Esses dias queriam deixar a porta do carro aberta. Não deixei. Chorou, bati na boca e cortou. Délia disse: Você tirou sangue da boca dele”. (Rute, 14ª)

“Reclama que só damos atenção para ele. Não é verdade. É só na cabeça dele. Ele não admite que faça carinho nela. Não sei o que faço, mas na hora do nervoso bato nele”. (Bete, 15ª)

“Ontem não deu para agüentar. Aí peguei o chinelo e dei. Aí ela falou para matar ela... A gente fica preocupada, faz exame e não dá nada... O pior é que vai bater e ela manda bater”. (Iara, 19ª)

“Dei um lápis novo e ele comeu o lápis. Perdi a paciência, chamei e dei porradas e pus de joelho, de castigo na sala. Perto de mim é um santo... Faço de tudo para não bater. Chego na creche, reclamam do Raul. Nem bato para não matar. Se eu te pego eu te mato”. (Bia, 5ª)

“Diariamente observamos a matança, mortificação, mutilação, difamação ou abandono dos filhos. Embora evidente, este fato é negado. Assim, a abordagem científica do problema deve inicialmente tratar de eliminar a negação que pesa sobre este fenômeno.” (...) “A importância das formas mais atenuadas de agressão constantemente reiterada contra os filhos é ainda mais extensa e significativa. Ela é exercida — se bem que com variações quantitativas — em todas as organizações familiares nas quais estamos universalmente incluídos”. (RASCOVSKY, 1973. p.8 e 25)

Nos grupos de acompanhamento, costumam ser-nos bastante evidentes as livres associações entre os relatos impregnados de atos e pensamentos agressivos das mães para os filhos e as verbalizações dos sentimentos de culpa. Não obstante, há grupos de acompanhamento, nos quais as mães apenas nos relatam as fantasias e as atitudes agressivas das crianças para com as mesmas, negando ou tendo dificuldades de admitirem a própria agressividade em relação aos filhos. Em qualquer das situações acima, é-nos importante procurarmos perceber e compreender os mecanismos reparatórios utilizados pelas mães.

PETOT (1987, p.197-98) interpreta do seguinte modo as relações entre angústia e culpa na obra kleiniana: “Os mecanismos de reparação têm como fator desencadeante não a ansiedade mas sim a culpa (...) O sentimento de culpa é doravante [a partir de 1932] nitidamente distinguido da ansiedade, da qual é uma elaboração tardia. A noção de culpa encontra-se, daqui por diante, restrita a formas que parecem excluir o temor do talião mas implica a identificação com o objeto atacado pelo próprio sadismo. Assim, curiosamente, as noções de sentimento de culpa e de superego encontram-se separadas na teoria kleiniana, e assim permanecerão doravante. (...) A ansiedade é puramente egocêntrica, poder-se-ia dizer, narcísica, (...) enquanto que o sentimento de culpa é acompanhado da preocupação com o objeto”.

É muito difícil, para as mães, poderem compreender e aceitar o quanto utilizam os sentimentos de culpa conscientes, em relação aos filhos, como um modo de acobertar e deslocar os sentimentos inconscientes de culpa provocados pelos próprios atos ou fantasias de caráter agressivo, sexual ou edípico, mormente aqueles referentes à infância delas próprias. Em certo sentido, ocorre-lhes algo análogo ao relatado por FREUD (1923, p.69) a respeito de alguns jovens delinqüentes: “Em muitos criminosos, especialmente nos principiantes, é possível detectar um sentimento de culpa muito poderoso, que existia antes do crime, e, portanto, não é o seu resultado, mas sim o seu motivo. É como se fosse um alívio poder ligar esse sentimento inconsciente de culpa a algo real e imediato”.

KLEIN, comentando a essência da culpa e a capacidade do ego de com ela lidar, escreve: “A base da ansiedade depressiva é, de acordo com a minha descrição, o processo pelo qual o ego sintetiza os impulsos destrutivos e os sentimentos de amor para com um objeto. O sentimento de que os danos infligidos ao objeto amado são causados pelos impulsos agressivos do sujeito constitui, em meu entender, a essência da culpa” (KLEIN, 1952b, p.304-305). “É hipótese minha que uma

das mais profundas fontes da culpa acha-se sempre vinculada à inveja do seio que alimenta e à sensação de haver espoliado sua bondade através de ataques invejosos” (KLEIN, 1957, p.60). “Parece que uma das conseqüências da inveja excessiva é o desencadeamento da culpa. Se a culpa prematura for experimentada por um ego ainda não capaz de suportá-la, ela é sentida como perseguição e o objeto que desperta a culpa se transforma num perseguidor (...). [Na posição depressiva], o ego mais integrado e fortalecido tem maior capacidade de suportar o sofrimento da culpa e de desenvolver defesas correspondentes, principalmente a tendência a efetuar reparação” (KLEIN, 1957, p.59).

Deste modo, é-nos importante observarmos as relações entre a inveja, os sentimentos de culpa e o quanto estes últimos são sentidos persecutoriamente ou tendem à reparação.

Assim, quando entendidos persecutoriamente, os ataques reais ou imaginários das mães, aos objetivos e ao funcionamento dos grupos e a nós — profissionais dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia — podem provocar-lhes o receio de virem a ser-lhes devolvidos retaliatoriamente. Tornamo-nos-lhes persecutórios. As mães podem estar imaginando-se avaliadas, julgadas e condenadas. Temem ser desprezadas, desamadas, atacadas e abandonadas por nós profissionais do grupo de acompanhamento, e receiam, em nível de fantasia, serem estas mesmas retaliações dirigidas aos filhos pela equipe técnica do grupo de crianças.

Por outro lado, podemos considerar o aspecto das mães trazerem as crianças ao grupo de ludoterapia e participarem do grupo de acompanhamento, como uma tentativa de repararem os danos, quer reais, quer imaginários, infligidos aos filhos. KLEIN (1937, p.94) escreve o seguinte, acerca da reparação: *“Paralelamente aos impulsos destrutivos presentes na mente inconsciente tanto da criança como do adulto, existe um anseio profundo de sacrificar-se, no intuito de auxiliar e de reparar pessoas queridas que em fantasia foram danificadas ou destruídas. Nas profundezas*

da mente, o anseio intenso de fazer felizes as pessoas está associado a um intenso sentimento de responsabilidade e preocupação por elas, que se manifesta através de simpatia genuína para com outras pessoas e da habilidade em compreendê-las, tais como elas são e tais como elas se sentem”.

“Para mim faço o que for preciso. Se precisar venho para outro grupo. Prejudiquei ele não dando atenção. Agora vou me dedicar a ele”. (Alda, 19ª)

“Às vezes acho que sou muito dura, rígida. Por outro lado, fico com dó e gostaria de ficar mais com ela, ser mais carinhosa”. (Rute, 10ª)

“Se não der certo pelo menos no que depender dela [outra mãe] ela fez... Ela [filha] não tem como culpar a gente, vai estar ciente de que fizemos o possível”. (Vera, 11ª reunião)

Evidentemente, é-nos fundamental entendermos alguns sentidos da tendência reparadora e diferenciarmos a verdadeira da falsa reparação. Para KLEIN (1952b) e PETOT (1987, 1988), a tendência reparadora é considerada uma conseqüência do sentimento de culpa, sendo a expressão das pulsões de vida em luta contra as pulsões de morte, procurando desfazer os danos infligidos ao objeto amado. As pulsões genitais encontram-se na base dos mecanismos de reparação, os quais são liberados com o decréscimo do sadismo. Para PETOT, a reparação será por muito tempo maníaca, mais tarde obsessiva, antes de ser simplesmente reparadora. A passagem da forma de reparação maníaca à forma obsessiva é acompanhada de uma passagem do mental para o motor: *“os mecanismos obsessivos são marcados por uma atitude conscienciosa, atenta ao detalhe, utilizando um método metuculoso que se concentra nas pequenas coisas. A defesa maníaca conduz à atitude inversa: desprezo pelos detalhes e pelas pequenas coisas, desenvoltura, negligência, satisfação fácil”* (PETOT, 1988, p.23). A reparação verdadeira comporta uma manipulação a serviço dos objetos danificados, recriando algo na realidade exterior, e diferenciando-se, basicamente,

da reparação maníaca por ser esta segunda levada a cabo, fundamentalmente, por intermédio da onipotência (MELTZER, 1990, p.65-72).

Assim, quando possível e respeitando os objetivos e limites do grupo de acompanhamento, pode ser importante o permitirmos às mães um trabalho de conscientização quer das próprias fantasias e mecanismos agressivos para com os filhos, quer das defesas maníacas por elas utilizadas. Na primeira alternativa, apenas quando for-lhes possível perceberem as atitudes e fantasias agressivas para com as crianças, estarão as mães sujeitas, posteriormente, ao declínio do próprio sadismo e à conseqüente liberação dos mecanismos verdadeiramente reparatórios. No grupo de acompanhamento em estudo, esta percepção e esta mudança não foram possíveis para Bia e Iara, as quais, com o incremento dos sentimentos inconscientes de culpa, e impossibilitadas de repararem os danos reais impostos aos filhos, tiveram de abandonar o grupo. A segunda alternativa, salienta-nos a importância de trabalharmos as expectativas ilusórias das mães com características onipotentes e megalomaníacas, dentre as quais o relatório messiânico e as esperanças de cura mágica e fantástica dos filhos nos servem de exemplo.

IV.6 “Ser Mãe às vezes É Tão Difícil”

“Se eu for contar meus problemas dá uma novela ou gibi. Vou parar por aqui”.
(Mara, 3ª reunião)

“Não sei se é para falar dos meus problemas. Falamos dos obstáculos, das dificuldades com as crianças. Cada uma tem seus problemas”. (Vera, 3ª)

“Acho que é como a Bete falou: ‘quando éramos crianças sempre tem um que a gente se apega mais’. As crianças de hoje também”. (Alda, 8ª)

“A gente tem que descobrir analisando um pouco a fala. Antes eu achava que era só eu que tinha problema, que só tinha eu no mundo”. (Dora, 9ª)

“Pra mim o meu pai é tudo”. (Bete e Rute, 15ª)

“Lembro da minha infância e sei que minha mãe teve mais problemas comigo”.

(Vera, 17ª reunião)

Ao longo das reuniões dos grupos de acompanhamento, as mães costumam trazer-nos assuntos relacionados com questões pessoais, os quais podem, igualmente, associar-se às funções parentais e à dinâmica familiar.

Por exemplo, não são-lhes infreqüentes os sentimentos de frustração ao perceberem-se incapazes de realizar, plenamente, as próprias idealizações das funções maternas. As mães costumam fantasiar-se capazes de reconhecer e de satisfazer os desejos dos filhos, fornecendo-lhes, continuada e inesgotavelmente, alimentos, cuidados e carinhos, com condições de prevenir-lhes e de controlar-lhes todos os problemas, na esperança de criarem filhos perfeitos. Ocorrem-lhes, ainda, as idealizações como esposas, muitas, igualmente, impossíveis de serem alcançadas.

“A mãe tem muita influência no filho, o comportamento da mãe é o básico de tudo”. (Vera, 4ª)

“O meu eu já esperava que ia ser difícil porque sei os problemas dele todos”. (Bete, 7ª reunião)

“Eu faço os gostos deles [filhos] e eles fazem os meus”. (Alda, 14ª)

“Fica na dependência minha, mas devo resolver os problemas deles?” (Vera, 15ª reunião)

“A gente é que tem que saber o que fazer dentro de casa”. (Dora, 17ª)

“A gente é que sabe da vida dos filhos. Eles sabem por cima”. (Rute, 19ª)

“Em casa tudo é eu”. (Rute, 3ª)

“Estou desistindo de ficar com ele. Vou mandar para o pai ver se dá jeito”. (Bete, 20ª reunião)

“Ser mãe às vezes é tão difícil, né?” (Vera, 17ª)

As mães, ao perceberem a impossibilidade de atingir as expectativas

idealizadas, podem inconformar-se, angustiando-se, deprimindo-se, culpando-se, desvalorizando-se. Além disto, podem perceber os próprios sentimentos de raiva, ódio e revolta para com os filhos e maridos, dos quais esperavam compreensão e auxílio na consecução destas fantasias. Como mencionamos no capítulo anterior, as mães costumam aproveitar-se da ausência dos maridos nos grupos de acompanhamento, transformando-os em bodes expiatórios de problemas pessoais. Várias dificuldades e situações conflitivas do casal de pais são deslocadas e atribuídas, exclusivamente, aos maridos.

“É tão difícil um pai que conversa com as crianças” (Eda). “Nesse grupo não tem nenhum pai que conversa” (Dora). “O problema está nos pais mesmo”. (Zoé, 16ª)

“Pai não dá carinho e as crianças só querem a mãe”. (Bete, 16ª)

“Meu marido é assim... ‘tá me enterrando viva... O marido é perfeito, o problema é que ele não ‘tá nem aí, vive a vida dele e pronto. Ele me ignora. Pode o mundo cair que não faz nada, nada atinge. Parece que ele se cobriu com uma aura e ninguém penetra. No fim eu me sinto uma bruxa e todo mundo fala que ele é um santo”. (Vera, 20ª)

“Chegou meu marido, parece que a graça acaba”. (Rute, 21ª)

“O meu traz os problemas de fora para mim também”. (Dora, 8ª)

“A turma fala para dialogar, mas só se for com as paredes”. (Dora, 21ª)

“Ele não se preocupa se a mulher ‘tá feliz ao lado dele, não entendem, não dão atenção... Eu queria que ele fosse companheiro e amigo. Não preciso de homem para me sustentar ou para cama”. (Rute, 21ª)

“Falo que o problema é do meu marido. Ele é que tem que vir”. (Zoé, 26ª)

As fantasias, angústias e defesas utilizadas pelas crianças e o respectivo processo de ludoterapia podem reativar, nas mães e nos pais, inúmeras vivências pregressas, colocando-os diante de angústias ligadas à própria agressividade e sexu-

alidade. Por outro lado, muitas vezes, as crianças menores, por maior sensibilidade ou expressividade, são as únicas capazes de assimilar e de fazer emergir algumas dificuldades e situações conflitivas relacionadas à dinâmica parental e ao funcionamento da família, ora como sintoma, ora como desvios do comportamento, ora por meio de pensamentos e angústias considerados inadequados pelos pais.

“O sintoma dos filhos [representa] uma aprendizagem psicológica não conseguida por toda a família.” (...) “A enfermidade da criança, ou seja, seu papel de bode expiatório representa uma aprendizagem, que seus progenitores não puderam completar no momento evolutivo correspondente”. (SOIFER, 1982, p.16 e 37)

“A gente tem problemas e as crianças ficam envolvidas”. (Zoé, 16ª)

“Eu aceitei a separação dos meus pais, mas meus irmãos não. Passam para a filha”. (Dora, 5ª)

“Você acha que pode trazer os problemas com os maridos aqui?” (Rute) “Acho porque envolve as crianças também” (Zoé). Dora e Alda também dizem que sim. (21ª reunião)

“Eu disse para o marido que queria ir embora. Délia disse que queria ficar comigo. É difícil discutir isto se as crianças estão por perto”. (Rute, 5ª)

“Qualquer coisa que falo, ela [mãe] acha que agrado mais a menina. Cria conflitos e os outros ficam contra eu e a pequena”. (Eda, 16ª)

“O Iberê tá com mania de roubar, se acha esperto, conversa não adianta. O negócio é ele e o pai dele. Eu disse que poderia ir morar com o pai o ano que vem... Ele diz que só vê o pai duas vezes no ano. O negócio dele é se vingar de mim”. (Bete, 18ª)

“Devia haver uma psicóloga para a família, todos juntos”. (Rute, 21ª)

ABERASTURY (1984a). em ensaio acerca de uma situação especial de aten-

dimento, na qual fora obrigada a incluir ora o pai, ora o mãe na sala de ludoterapia, ilustra-nos quer as conexões entre o discurso verbal dos pais e o discurso lúdico da criança — pois os pais procuravam traduzir em palavras o expressado pelo filho por meio de atitudes e de brinquedos —, quer como foi levada a manejar a inclusão dos pais por intermédio da interpretação.

Nos grupos de acompanhamento simultâneos aos grupos de ludoterapia, estas associações entre os conteúdos trazidos por mães e por crianças parecem-nos ocorrer constantemente, com a vantagem de ser-nos possível trabalhar, separadamente, nos respectivos grupos e no “aqui e agora” de cada grupo, as fantasias e angústias das mães e dos filhos relacionadas a estes conteúdos. Isto é-nos evidente nas situações especiais nas quais é-nos possível participarmos das supervisões da reunião de um grupo de acompanhamento correspondente a uma sessão do grupo de ludoterapia, igualmente, supervisionada.

Mormente na proximidade do término dos grupos com prazo determinado, é bastante comum mães e filhos trazerem, nos respectivos grupos, conteúdos indicativos de significativa voracidade³². As crianças, de um lado, e as mães, do outro, querem aproveitar-se de qualquer coisa a ser-lhes oferecida, não se sentindo completamente saciadas e satisfeitas, e deixando a nós, profissionais de ambos os grupos, extenuados e exauridos. Nestas ocasiões, muitas vezes, somos envolvidos por esta atmosfera emocional, sentimo-nos impotentes, passamos a interpretar tudo, e negamos a proximidade do final dos grupos, procurando compensar a própria sensação de esvaziamento.

“A análise de crianças e a observação de lactentes permitiram entender, através do conceito de contratransferência, que a ansiedade da criança e seus com-

³² “A voracidade é uma ânsia impetuosa e insaciável, a exceder aquilo que o indivíduo necessita e o que o objeto se acha capacitado e disposto a dar. No nível inconsciente, a voracidade visa primariamente a esvaziar completamente, a sugar até deixar seco e a devorar o seio: ou seja, seu objetivo é a introjeção destrutiva”. (KLEIN, 1957, p.34)

portamentos podem reativar, nos familiares e no terapeuta, as próprias vivências que eles tiveram no momento evolutivo em que a criança se acha agora”. (SOIFER, 1982, p.31)

O trabalho associado com as mães, no grupo de acompanhamento, pode facilitar e sustentar o processo de ludoterapia infantil, pois pode permitir, às mães, melhor compreensão da dinâmica familiar, dos conflitos associados, sem os quais o desenvolvimento das crianças é dificultado e obstaculizado. Há situações nas quais a melhora dos filhos é sentida ameaçadoramente pelos demais familiares, pois a dinâmica conflituosa, até então expressa pela criança, se não puder haver sido elaborada, necessitará ser assumida por outro integrante da família.

“Não é possível isolar o sintoma e praticamente impossível trabalhar sem os pais ou, bem mais ainda, contra estes últimos.” (...) “Os pais em geral querem recriar uma família e uma pátria diferentes das que eles próprios conheceram; outras vezes, ao contrário, não querem que nada mude”. (DECHERF, 1986, p.33-34)

Por outro lado, a experiência com os grupos de acompanhamento de pais, não mais exclusivos de mães, presentemente desenvolvidos no Setor de Saúde Mental Infantil, tem-nos permitido melhor compreensão da dinâmica dos grupos de acompanhamento de mães. Embora, em várias famílias, os pais homens apresentem-se desinteressados pelo cuidado e pela ludoterapia dos filhos, temos observado inúmeras outras situações nas quais as mães se esmeram por excluir os maridos, criando um ambiente de rivalidade, e não lhes permitindo intromissões no cuidado dos filhos. Algumas mães, enciumadas, fazem tudo para obter a predileção das crianças, obstaculizando qualquer participação e ascendência dos pais sobre os filhos. Estes sentimentos e atitudes das mães, em relação aos pais, costumam ser revividos e deslocados para os profissionais responsáveis pelos grupo de ludoterapia e de acompanhamento.

CAPÍTULO QUINTO

V CONSIDERAÇÕES SINÓPTICAS

Neste capítulo, procuraremos reunir algumas idéias assinaladas ao longo do presente estudo.

Os grupos de acompanhamento de mães, simultâneos aos grupos infantis de ludoterapia, originaram-se da confluência de várias contingências, referentes ao contexto assistencial do Setor de Saúde Mental Infantil da Unicamp:

- a. A aplicação e o estudo de determinadas diretrizes recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, relacionadas com a assistência em saúde mental de crianças.
- b. As necessidades e realidades da população de crianças, cujas mães costumam referir-nos inúmeras dificuldades e angústias, geralmente, ou negadas ou relegadas assistencialmente a plano secundário, concernentes ao relacionamento mãe-filho, ao desenvolvimento e ao processo ludoterápico dos filhos.
- c. A existência de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, na qual nos incluímos, com experiência clínica acumulada no atendimento, individual e grupal, a mães, em contexto permeável à influência de referenciais psicodinâmicos.

Os grupos de acompanhamento refletem o momento no qual acreditávamos ser importante, para o processo psicoterápico das crianças, a existência de um espaço exclusivo para as mães, a fim de servirmos-lhes de continente e de podermos permitir-lhes perceber e trabalhar as próprias fantasias, angústias e reações diante dos comportamentos e pensamentos dos filhos, e diante da ludoterapia grupal. Ao realizarmos simultaneamente, mas em salas separadas e com diferentes equipes de profissionais, os grupos de ludoterapia e de acompanhamento, procuramos propiciar um atendimento integral de modo a incluir e a discriminar mães e filhos.

De um lado, há os inúmeros pensamentos e dúvidas das mães a respeito dos comportamentos das crianças. Muitas vezes, não entendem estas atitudes dos filhos, supondo-as como algo simples e linear, facilmente, controlável e corrigível. Outrossim, querem-nos saber se são culpadas, e com quem os filhos adquiriram estes comportamentos e idéias indesejados.

Por outro lado, as mães podem estar esperando de nós, profissionais dos grupos de acompanhamento e de ludoterapia, habilidades e atitudes onipotentes, às quais não somos capazes de corresponder. Por exemplo, anseiam pela cura imediata e mágica, e pela transformação das crianças nos filhos perfeitos idealizados. Gostariam de receber relatórios e informações a respeito dos pensamentos dos filhos, principalmente, no referente às idéias acerca delas próprias: O quanto são amadas e reconhecidas nos próprios esforços, se serão lembradas ou esquecidas e abandonadas. Desejam saber-nos o certo e o errado na educação das crianças, e gostariam, com certeza absoluta, de poder prevenir-lhes quaisquer problemas e dificuldades futuras. Muitas vezes, as mães confundem, não discriminam os próprios desejos, necessidades, dificuldades pessoais daqueles concernentes aos filhos.

O processo de ludoterapia coloca as mães diante de situações e de fantasias inimagináveis, segundo a lógica consciente. Em determinados momentos, podem revoltar-se contra o envolvimento emocional dos filhos, no grupo, com as outras crianças e, particularmente, com os ludoterapeutas. Podem sentir-se desamparadas, sozinhas e não atendidas em várias das expectativas fantasiadas acerca do atendimento dos grupos; podendo, inclusive, imaginar haver uma espécie de conluio de nós, profissionais da Unicamp, contra elas próprias. Podem considerar o grupo de crianças como um local no qual os psicoterapeutas não fazem e não ensinam o necessário. Ao contrário, nele, os filhos estão aprendendo coisas erradas e indesejadas e os ludoterapeutas estão fazendo-lhes a cabeça, colocando-os contra os próprios pais. As mães podem ficar com ciúmes e com inveja dos referidos profissionais, desconfiando deles, de nós e do trabalho realizado em ambos os grupos. Passam a considerar a

possibilidade de retirarem as crianças da ludoterapia, podendo chegar, inclusive, ao extremo de, inconscientemente, atuarem com o intuito de destruir os grupos infantil e de acompanhamento.

O crescimento e o desenvolvimento das crianças podem ser sentidos ambivalentemente pelas mães. Em parte, esperavam-nos ansiosamente, orgulhando-se das aquisições dos filhos. Não obstante, tal crescimento implica-lhes perdas e novos posicionamentos. As mães percebem diminuir-lhes o controle exercido sobre os filhos, podendo sentirem-se desprestigiadas e não entendidas pelos mesmos. Angustiam-se ao imaginarem as crianças crescendo e delas se afastando. Nem sempre podem aceitar estas mudanças e elaborar-lhes os lutos. Ao contrário, muitas vezes, responsabilizam os ludoterapeutas e nós do grupo de acompanhamento pelas modificações ocorridas. Assim, ciúmes, inveja, rivalidade e desconfianças para conosco e para com os ludoterapeutas podem ser incrementados.

Nos grupos de acompanhamento, fundamentalmente, apoiamo-nos, de um lado, nas vivências emocionais e nos dinamismos grupais, e, de outro lado, nas próprias colocações, assinalamentos e interpretações acerca dos conteúdos, fantasias, angústias e defesas trazidos e utilizados pelas mães, enfocando-os a partir ora do relacionamento mãe-filho, ora dos problemas, do crescimento e do desenvolvimento das crianças, ora do processo de ludoterapia, ora da dinâmica transferencial. Não obstante, não nos propomos a realizarmos uma psicoterapia analítica de grupo no sentido estrito, embora possa haver repercussões psicoterapêuticas nas mães. Outrossim, evitamos orientações, aconselhamentos, sugestões, persuasões, medidas corretivas e de reforço, e procedimentos tendentes à racionalização e à intelectualização.

As mães podem compreender mais apropriadamente os filhos ao perceberem e entenderem o próprio envolvimento afetivo e as próprias angústias, ao observarem a similaridade de algumas dúvidas e dificuldades enfrentadas por outras participantes, ao constatarem o quanto alguns comportamentos, atitudes, fantasias, medos e ansiedades dos filhos — até então considerados anormais ou doentios, ou causados

pelos pais — podem corresponder a momentos e fenômenos próprios das crianças, indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento.

As participações e conversações das mães em tom coloquial, a partir de vivências emocionais semelhantes, podem ser-lhes mais facilmente compreendidas e assimiladas, sem tornarem-se-lhes demasiadamente persecutórias, diminuindo-lhes as possibilidades de racionalizações. Diante de dificuldades e ansiedades parecidas, as mães podem identificar-se com aquelas participantes com melhor compreensão emocional, com posicionamentos mais satisfatórios perante as atitudes e angústias das crianças. Estas identificações podem ajudar-lhes a mais bem conter as preocupações, dificuldades e ansiedades trazidas pelos filhos, manejando-as mais adequadamente e, conseqüentemente, podendo também auxiliarem as crianças a, mais apropriadamente, suportá-las, lidá-las e elaborá-las.

Muitas vezes, as mães participam de conversas acerca de assuntos e problemas não relacionados diretamente com os filhos, não associados ao momento presente. No entanto, as vivências emocionais comuns, nas quais identificam-se com as demais integrantes, podem ser-lhes importante, caso venham, futuramente, enfrentar contextos semelhantes. Aliás, muitas repercussões e desdobramentos do atendimento das mães, geralmente, vêm a ocorrer-lhes após o encerramento do grupo de acompanhamento, em tempo não previsível e em circunstâncias específicas de cada integrante, filho e dinâmica familiar. Iguamente, não nos é possível trabalharmos-lhes inúmeros e importantes aspectos do relacionamento mãe-filho, das dificuldades e da repercussão da ludoterapia dos filhos nelas próprias. O laborarmos em contextos de “incompletitudes” e de limitações pode permitir-lhes aproximarem-se mais das realidades do dia-a-dia, abrindo-lhes caminhos e alternativas, ao invés de reduzi-los, estreitá-los, esgotá-los e padronizá-los. Outrossim, o alcance e as repercussões do vivenciado pelas mães não se restringem, unicamente, às crianças em ludoterapia grupal, mas podem ser estendidos aos demais filhos e, eventualmente, a outras pessoas do círculo de relacionamento dos pais.

Em vários e diferentes momentos, pode acontecer-nos uma associação entre as fantasias, angústias e defesas trabalhadas com as crianças no grupo de ludoterapia e aquelas trazidas pelas mães no grupo de acompanhamento, quer devido ao contínuo processo de identificação introjetiva e projetiva entre pais e filhos, quer como reflexo dos papéis por eles assumidos na dinâmica familiar. Assim, o lidarmos estas questões junto às mães pode ser necessário para o respectivo trabalho com as crianças no grupo de ludoterapia. Sem a percepção e a compreensão do próprio envolvimento emocional pode ser muito difícil para as mães, e para os demais familiares, aceitarem as modificações e o desenvolvimento das crianças.

Aliás, neste particular, encontramos importantes dificuldades e limitações da proposta do grupo de acompanhamento simultâneo à ludoterapia. Primeiramente, não nos é possível lidarmos com toda a família. Em segundo lugar, o trabalharmos alguns temas conflituosos para determinadas mães pode tornar-lhes as reuniões extremamente angustiantes, levando-as a abandonarem o próprio grupo, e a interromperem, precocemente, o processo de psicoterapia dos filhos.

Não procuramos motivar as mães a trazerem os filhos à psicoterapia. Não obstante, a partir do vivenciado no grupo de acompanhamento, pode vir a ser-lhes possível melhor compreensão e aceitação da ludoterapia. Outrossim, podemos permitir-lhes perceber e compreender as tentativas de controle sobre os filhos, sobre a ludoterapia e sobre os profissionais responsáveis pelo grupo de crianças.

Por fim, pouco podemos acrescentar, perante o subliminarmente relatado neste texto, ao quanto acreditamos haver crescido como equipe, ao quanto cremos haver amadurecido e compreendido a respeito de nós próprios, quer pessoalmente, quer profissionalmente, e ao muito quanto, ainda, nos falta evoluir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. – A inclusão dos pais no quadro da situação analítica...
In: _____. – *A percepção da morte na criança e outros escritos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984a. p.75-82.
- _____. – *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. 3.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984b.
- _____ & KNOBEL, M. – *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. 5ª reimp. Buenos Aires, Paidós, 1980.
- ALVES, R. – *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras*. 6.ed. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- ARRUDA, S.L.S. – *Grupo de encontro de mães: vivências clínicas do seu funcionamento em um ambulatório de saúde mental infantil*. Campinas, 1989. Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas.
- _____ *et al.* – Grupo de encuentro de madres: acerca de la vivencia... *In: Encuentro Latinoamericano de Psicología Marxista y Psicoanálisis*, 2, La Habana, 15-19 feb. 1988. *Anais...*, 5:124-27, 1988a.
- _____ *et al.* – Relato da formação e do desenvolvimento de grupos de mães num serviço universitário... *In: Congresso Nacional de Saúde Mental*, temas livres, Campinas, 10-12 jun. 1988b.
- BACCARIN, M.I. – *Orientação de pais: relato de um estudo teórico-clínico*. Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia/Departamento de Psicologia, 1991. (Estudo desenvolvido no semestre sabático.)
- BAUER, I.L., & GUREVITZ, S. – Group therapy with parents of schizophrenic children. *Int. J. Group Psychot.*, 2(4):344-57, Oct. 1952.

- BENTOVIM, A. & KINSTON, W. – Brief focal family therapy when the child is the referred patient. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 19:1-12. 1978.
- BION, W.R. – Dinâmica do grupo: uma revisão. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; MONEY-KYRLE, R.E. (org.) – *Temas de psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1969. p.163-206.
- _____. – *Experiências com grupo: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. 2.ed. Rio de Janeiro, Imago; São Paulo, EDUSP, 1975.
- _____. – *Estudos psicanalíticos revisados: second thoughts*. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
- BLEGER, J. – La identidad del adolescente: fundamentos y tipicidad. In: _____ et al. – *La identidad en el adolescente*. Buenos Aires, Paidós, 1973. p.9-14.
- _____. – *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- _____. – *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- _____. – *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. 2.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1985.
- BOTEGA, N.J. – *No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra*. Campinas, 1989. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.
- BROCHER, T. – Group methods in parent education. *Int. J. Group Psychot.*, 25(3):315-21. Jul. 1975.
- BROSS, R.B. – Mother and child in group psychotherapy. *Int. J. Group Psychot.*, 2(4):358-68. Oct. 1952.

- BUMAGIN, S. & SMITH, J.M. – Beyond support: group psychotherapy with low-income mothers. *Int. J. Group Psychother.*, **35**(2):279-94, Apr. 1985.
- CABRAL, M.A.A. – *Algumas considerações sobre o uso do lítio numa clínica psiquiátrica...* Campinas, 1982. Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas.
- _____. – *Estudo descritivo de aspectos psico-sociais de pacientes acometidos de artrite reumatóide, tratados na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.* Campinas, 1985. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.
- CAPLAN, G. – *Principles of preventive psychiatry.* New York, Basic Books, 1963.
- _____. – An approach to preventive intervention in child psychiatry. *Can. J. Psychiatry*, **25**(8):671-82, Dec. 1980.
- CASSORLA, R.M.S. – *Jovens que tentam suicídio.* Campinas, 1981. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.
- CLAWSON, A. – *Bender infantil: manual de diagnóstico clínico.* 3.ed. rev. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- CORTESÃO, E.L. - *Experiência clínica no tratamento de estados neuróticos e psicóticos com grupanálise e psicoterapia grupanalítica.* Lisboa, 1981. Tese-cátedra de psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas.
- CUNNINGHAM, J.M. & MATTHEWS, K.L. – Impact of multiple-family therapy approach on a parallel latency-age/parent group. *Int. J. Group Psychother.*, **32**(1):91-102, Jan. 1982.
- DALGALARRONDO, P. – *Repensando a internação psiquiátrica: a proposta das unidades de internação psiquiátrica de hospitais gerais.* Campinas, 1990. Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas.

- DAYMAS, S. – Abord psychothérapique du petit enfant: psychothérapie mère-enfant. *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 26(5-6):321-27, 1978.
- DECHERF, G. – *Édipo em grupo: psicanálise e grupos de crianças*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- DUBE, B.D.; MITCHELL, C.A.; BERGMAN, L.A. – Uses of the self-run group in a child-guidance setting. *Int. J. Group Psychoth.*, 30(4):461-79, Oct. 1980.
- EFRON, A. M. *et al.* – La hora de juego diagnóstica. In: OCAMPO, M.L.S. *et al.* – *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. 4.ed. Buenos Aires, Nueva Visión, 1978. v.1, p.195-221.
- FÁVERO, R.V. – *Estudo epidemiológico de sinais e sintomas de distúrbios de comportamento em um bairro de Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1972. Tese-doutoramento, Universidade de São Paulo.
- FINI, M.E. – *Sobre a teoria dos processos de renovação*. São Paulo, 1974. Dissertação-mestrado, Universidade de São Paulo, mimeo.
- FIORINI, H.J. – *Teoria e técnica de psicoterapias*. 3.ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979.
- FOULKES, S.H. – Psicoterapia e psicoterapia de grupo. In: KADIS, A.L. *et al.* – *Psicoterapia de grupo*. 3.ed. São Paulo, IBRASA, 1976. p.11-21.
- _____ & ANTHONY, E.J. – *Group psychotherapy: the psychoanalytic approach*. 2.ed. Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books, 1971.
- FREUD, A. – *Infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento*. 3.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- FREUD, S. (1923) – *O ego e o id*. Rio de Janeiro, Imago, 1976. v. xix, p.13-83. (Edição standard brasileira.)

- GINOTT, H.G. – *Psicoterapia de grupo com crianças*. 2.ed. Belo Horizonte, Interlivros, 1979.
- GRINBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUÉ, E. – *Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1976.
- GUIMARÃES, L.A.M. – *Os efeitos da psicoterapia de grupo de orientação psicanalítica com pacientes portadores de cefaléia tensional*. São Bernardo do Campo, 1984. Dissertação-mestrado, Instituto Metodista de Ensino Superior.
- _____: DOMINGUES, M.L.; THEBALDI, B. – A psicoterapia de grupo de orientação psicanalítica no tratamento da depressão. *J. Bras. Psiq.*, 39(6):297-300, 1990.
- GUIMARÃES ROSA, J. (1956) – *Grande sertão: veredas*. 15. ed. Rio de Janeiro, J. Olympio, 1982.
- HOF, D.J. – The function of parent guidance in child psychiatry. *Acta paedopsychiat.*, 50:11-20, 1984.
- HOFFMAN, T.E. *et al.* – Simultaneous semipermeable groups for mothers and their early latency-age boys. *Int. J. Group Psychother.*, 31(1):83-98, Jan. 1981.
- JOSEPH, B. – Identificação projetiva: aspectos clínicos. In: SPILLIUS, E.B. (ed.) – *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro, Imago, 1991, v.1.
- KADIS, A.L. *et al.* – *Psicoterapia de grupo*. 3.ed. São Paulo, IBRASA, 1976.
- KAGEY, J.R.; VIVACE, J.; LUTZ, W. – Mental health primary prevention: the role of parent mutual support groups. *AJPH*, 71(2):166-67, Feb. 1981.
- KLEIN, M. (1932) – *Psicanálise da criança*. 2.ed. São Paulo, Mestre Jou, 1975.

- _____. (1937) – Amor, culpa e separação. *In:* _____ & RIVIERE, J. – *Amor, ódio e reparação: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico*. 2.ed. Rio de Janeiro, Imago; São Paulo, EDUSP, 1975. p.79-162.
- _____. (1952a) – Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In:* RIVIERE, J. (org.) – *Os progressos da psicanálise*. 2.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. p.313-43.
- _____. (1952b) – Sobre a teoria de ansiedade e culpa. *In:* RIVIERE, J. (org.) – *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978, p.290-312.
- _____. (1957) – *Inveja e gratidão: um estudo das fontes inconscientes*. Rio de Janeiro, Imago, 1974.
- KNOBEL, M. – *Infancia, adolescencia y familia: orientaciones sobre salud mental*. Buenos Aires, Granica, 1972.
- _____. – *Psiquiatria infantil psicodinámica*. Buenos Aires, Paidós, 1977.
- _____. – *Psicoterapia breve*. São Paulo, EPU, 1986. (Temas básicos de psicología, 14.)
- LADRIÈRE, J. – *A articulação do sentido*. São Paulo, EPU, EDUSP, 1977.
- LARRABURE, S.A.L. – Grupos de espera em instituição. *In:* MACEDO, R.M.S. (org.) – *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento*. São Paulo, Cortez, 1984, p.63-85.
- LOMAX-SIMPSON, J.M. – The large group as a vehicle for change, maturation and therapy for predominantly unsupported mothers & their children. *Int. J. Social Psychiat.*, 25(4):306-08, Winter, 1979.

- MACEDO, R.M.S. – Psicologia, instituição e comunidade. In: _____ (org.) – *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento*. São Paulo, Cortez, 1984, p.9-23.
- MACLEAN, G. *et al.* – A clinical approach to brief dynamic psychotherapies in child psychiatry. *Can. J. Psychiatry*, **27**(2):113-118, Mar. 1982.
- MAHLER, M. – *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- MALDONADO, M.T. – *Maternidade e paternidade: preparação com técnicas de grupo*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1982.
- _____. – *Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir*. 14.ed. Petrópolis, Vozes, 1991.
- MANNHEIM, K. – *Essays on sociology and social psychology*. 2.ed. London, Routledge & Kegan, 1959.
- MAROT, H.P.R. *et al.* – Estudo descritivo do ocorrido com a população infantil atendida no setor de psicologia e psiquiatria infantil da Unicamp. In: *Congresso Nacional de Saúde Mental, temas livres*, Campinas, 10-12 Jun. 1988.
- MELTZER, D. – *O desenvolvimento kleiniano II: desenvolvimento clínico de Melanie Klein*. São Paulo, Escuta, 1990.
- MILLER DE PAIVA, L. – Dificuldades na aplicação da psicoterapia analítica de grupo. *GRUPO* **1**(1):30-39, 1988.
- _____. – *Psicanálise de grupo: grupanálise combinada, psicoterapia analítica de grupo e co-terapia*. Rio de Janeiro, Imago, 1991.
- NIETZSCHE, F. (1873) – *A filosofia na idade trágica dos gregos*. Lisboa, Edições 70, 1987.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – *Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo*. Ginebra, OMS, 1975. (Serie de informes técnicos, 564.)

_____. – *Atención de la salud mental en los países en desarrollo...* Ginebra, OMS, 1984. (Serie de informes técnicos, 698.)

OUTEIRAL, J.O. – Grupos de terapia em comunidade terapêutica: com crianças. In: OSÓRIO, L.C. et al. – *Grupos de terapia hoje*. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989, p.320-24.

PEGORARO, O. (Org. e introd.) – A manifestação e a articulação do sentido. In: LADRIÈRE, J. – *Filosofia e práxis científica*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978, p.7-19.

PEREIRA, M.E.C. – *Distúrbio de pânico: contribuições para uma abordagem psicodinâmica*. Campinas, 1989. Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas.

PETOT, J. M. – *Melanie Klein I: primeiras descobertas e primeiro sistema*. São Paulo, Perspectiva, 1987. (Estudos, 95.)

_____. – *Melanie Klein II: o ego e o bom objeto*. São Paulo, Perspectiva, 1988. (Estudos, 96.)

PICHON-RIVIÈRE, E. – *O processo grupal*. 2.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1986a.

_____. – *Teoria do vínculo*. (sel. e org. Taragano, F.) 2.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1986b.

- PITTA-HOISEL, A.M. – *Sobre uma política de saúde mental*. São Paulo, 1984. Dissertação-mestrado, Universidade de São Paulo.
- PUENTE, M. – *Referenciais evolutivos para um psicodiagnóstico da criança*. 2. rev. Campinas, Unicamp/FCM, 1989. (Anotações para o ensino da psicologia médica.)
- _____ & MACIEL-JR., J.A. – Procedimentos operacionais na avaliação do teste de Bender infantil. *Estudos de Psicologia*, 1(3-4):76-92, ago./dez. 1984.
- RASCOVSKY, A. – *O assassinato dos filhos*. Rio de Janeiro, Documentário, 1973.
- REZENDE, A.M. – Psicanálise e filosofia das ciências: a questão da verdade. *IDE*, 14:21-24, 1987.
- SALAMONDE, C.M. – *A importância do objeto transicional no desenvolvimento psíquico sadio*. Rio de Janeiro, 1981. Dissertação-mestrado, Fundação Getúlio Vargas.
- SANTOS, I.R. – *Os fundamentos sociais da ciência*. São Paulo, Polis, 1979.
- _____. – *Teoria sociológica do consenso*. Campinas, Unicamp/IFCH, [s.d.]. (Anotações de aula apostilada.)
- SARTORIUS, N. – Mental health in the early 1980s: some perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 61(1):1-6, 1983.
- SCHLEICHER, I.M. – Teaching parents to cope with behavior problems. *Am. J. Nursing*, 5:838-39, May 1978.
- SIBISI, Y.T. & YULE, W. – Parent training in a small group: a pilot study. *Child care, health and development*, 8:141-50, 1982.

- SILVA, O.V.M. – Grupo estruturado de vivência para pais. *In: MACEDO, R.M.S. (org.) – Psicologia e instituição: novas formas de atendimento.* São Paulo, Cortez, 1984. p.99-127.
- SLAVSON, S.R. – *Analytic group psychotherapy, with children, adolescents and adults.* New York, Columbia Univ. Press, 1950.
- SOARES, C.A. – *Estudo das repercussões em filhos da ausência paterna e da desarmonia conjugal através de comparações entre grupos.* Campinas, 1986. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.
- SOIFER, R. – *Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo.* Petrópolis, Vozes, 1982.
- SOUSA, P.R. – *Os sentidos do sintoma: psicanálise e gastroenterologia.* Campinas, 1991. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.
- STRAUS, L. – *Síndrome hipercinética infantil: constante ou orgânica e situacional ou psicogênica.* Campinas, 1985. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.
- TURATO, E.R. – *Infarto do miocárdio: histórias-de-vida e opiniões de pacientes.* Campinas, 1988. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.
- VALLER, E.H.R. – *A mãe devotada e o seu bebê: a teoria do desenvolvimento emocional de D.W. Winnicott.* Campinas, 1989. Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas.
- _____. – A teoria do desenvolvimento emocional de D.W. Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 24(2):155-70, 1990.
- _____ et al. – Uma experiência com um grupo de mães de crianças psicóticas. *In: Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil*, 10, temas livres, São Paulo, 10 set. 1989.

- WESTMAN, J.C. *et al.* – Parallel group psychotherapy with the parents of emotionally disturbed children. *Int. J. Group Psychoter.*, **13**(1):52-59, Jan. 1963.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Child mental health and psychosocial development*. Geneva, WHO, 1977. (Technical report series, 613.)
- ZIEGLER, R.G. – Task-focused therapy with children and families. *Am. J. Psychother.*, **34**(1):107-118, Jan. 1980.
- ZIMMERMANN, D. – *Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo*. São Paulo, Mestre Jou, 1971.
- _____. – Apresentação à edição brasileira. In: KLEIN, M. – *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro, Imago, 1974, p.11-19.

ERRATA

Pág.	§	Linha	Onde se Lê:	Leia-se:
1	2º	8	relacionadas	associadas
11	2º	2	psicodinâmicos	psicodinâmicas
44	-	27	todos	todas
92	2º	2	a qual por	a qual, por
125	1º	3	da	das
134	1º	3	tem	têm
162	1º	1	o mãe	a mãe
163	4º	11	grupo	grupos

Observação: À página 47, o segundo e o terceiro parágrafo compõem um único parágrafo.