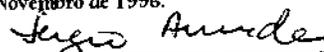


# *Regina Célia Ciriano Calil*

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental, defendida pela psicóloga REGINA CÉLIA CIRIANO CALIL  
Campinas, 22 de Novembro de 1996.

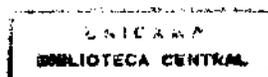
  
Prof. Dr. SÉRGIO LUIZ SABOYA ARRUDA  
Orientador

## ***DISCUSSÃO DOS PRINCIPAIS LIVROS-TEXTOS QUE INFLUENCIARAM A PRÁTICA CLÍNICA DOS GRUPOS DE PSICOTERAPIA DE CRIANÇA NO SETOR DE SAÚDE MENTAL INFANTIL DA UNICAMP***

*Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.*

**Orientador : Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda**

**CAMPINAS  
1996**



# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Sergio Luiz Saboya Arruda

## Membros:

1. Sergio Arruda

2. José Roberto de Moraes

3. M. S. G. S.

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/11/96

*A meus pais, Érica e Roque, por me darem a  
capacidade de lidar com a dor e a alegria.*

*A meu marido Pedro, pela extrema compreensão e  
pela bondade em seu coração.*

*A Sérgio, por me ensinar o caminho e dele,  
generosamente, participar.*

## *Agradecimentos*

---

*Ao refletir sobre os caminhos percorridos por mim durante a realização dessa dissertação, percebo que um dia desejei que ela contivesse, em si, idéias e pensamentos que formassem um todo. Mas, construir um pensamento, uma idéia sobre algo é, sempre, uma tarefa árdua e, na maioria das vezes solitária. Dessa forma, busquei a expressão de minhas idéias, tentando dar-lhes unidade, dia a dia, passo a passo.*

*Caminho imprevisível, árduo, solitário ?*

*Ao final, descobri que nem tanto, ou quase nada, pois só a gratidão, pelo que foi recebido de outros, o permitiu.*

*Assim, primeiramente gostaria de demonstrar minha imensa gratidão ao Setor de Saúde Mental Infantil em especial aos seus docentes que me instruíram, acreditaram em meu trabalho, sempre me incentivaram e me deram a oportunidade de, enquanto aluna e profissional, desenvolver-me. Meus agradecimentos, com respeito e carinho, à Profa. Dra. Lídia Straus, ao Prof. Dr. Miguel de la Puente, à Prof. Dra. Maria José Franklin Moreira, à Profa. Sonia Novaes de Rezende e à Profa. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri.*

*De igual forma, agradeço ao Curso de Pós-graduação em Saúde Mental, oferecido pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, e aos seus professores que contribuíram, de uma forma ou de outra, com essa dissertação. Em especial, aos seus coordenadores, durante esses anos, que me orientaram quando necessitei: professores e doutores Egberto Ribeiro Turato, Neury José Botega e Lídia Straus.*

*Pela inestimável ajuda nessa dissertação e pelo trabalho conjunto desenvolvido com os grupos de criança no Setor Infantil, agradeço aos queridos colegas e amigos Marta Togni Ferreira, Sheila de Lunafreire Guimarães, Herlene Person Marot, Maria da Glória Duarte Miranda, Margareth Brigante, Vera Lúcia de Campos, Paulo Rennes Marçal Ribeiro, Rosemari Urbano Wrany, Marilda Botega, Solange Aparecida da Costa Barros, Sonia Maria Graça de Alencar, Denise Helena Pires Therezo, Antonio Carvalho de Ávila Jacintho, Maria Luisa Gazabim Simões, Maria Isabel Costa Melo, Maria do Carmo de*

*Oliveira Silva e outros profissionais e alunos, que em muito contribuíram para o desenvolvimento desses grupos. Certamente, muitas idéias desenvolvidas nessa dissertação, tiveram origem no trabalho frutífero realizado em conjunto.*

*Agradeço imensamente aos professores Eloisa Helena Rubello Valler Celeri e Sérgio L. Saboya Arruda pelo trabalho prestimoso de orientação dos atendimentos clínicos realizados junto aos grupos de criança no Setor Infantil, por aceitarem, junto com os profissionais e alunos, esse desafio, e pelas valiosas idéias amadurecidas durante suas supervisões.*

*À professora Maria Benedita Santoro, por me fazer entender mais a alma humana, generosamente cedendo seu tempo e vasto conhecimento cultural, minha profunda gratidão.*

*Aos professores, colegas e amigos da Sociedade de Psicoterapia de Grupo de Campinas, agradeço os imprecindíveis ensinamentos e preparação para a prática com grupos, em especial ao Prof. Dr. Antonios Terzis, meu estimado supervisor e orientador, durante os anos em que participei do Curso de Formação em Psicoterapia de Grupo.*

*À minha supervisorora Prof. Sonia Novaes de Rezende pela incalculável e valiosa colaboração junto aos meus pacientes, pela sua paciente escuta e seus generosos ensinamentos, inclusive em relação aos grupos de criança. À Dra. Denise Helena Pires Therezo por compartilhar essas supervisões e realizar comentários preciosos.*

*Aos colegas do Curso de Pós-graduação em Saúde Mental, especialmente às amigas Anália Martins Cosac Quelho, Adriana Campos de Cerqueira Leite e Maria Luisa Gazabim Simões que trouxeram idéias importantes a respeito dessa dissertação, me orientaram e dividiram comigo as angústias características desse percurso.*

*À Sandra Aparecida Moreno, pela paciente, eficiente e inestimável ajuda como secretária do Curso de Pós-graduação em Saúde Mental, e pela afetividade e compreensão naqueles momentos em que as questões administrativas, relativas ao curso, pareciam muito complicadas; também pelo incentivo nos momentos difíceis.*

*Agradeço ainda à CAPES pelo amparo financeiro dado à execução desse trabalho de dissertação.*

*Em especial, minha gratidão ao meu orientador Sérgio Luiz Saboya Arruda por ter confiado em minha capacidade de trabalho, ter dado-me a oportunidade de realizá-lo, pela paciência em relação às minhas dificuldades e dúvidas, que foram muitas, e finalmente, por me fazer compreender melhor o ser humano.*

*Às psicólogas e amigas Maria Sílvia Oliveira Pascote Trevisani, Marta Gennari Dagnoni e Solange Aparecida da Costa Barros pela constante amizade, carinho e incentivo em minha carreira, desde a graduação até o momento, bem como à Elizabeth Ap. Silva Scannavino por, além disso, ajudar-me a pensar sobre os grupos de criança. Também, à Rosemari Urbano Wrany e Marta Togni Ferreira pelo apoio e amizade durante minhas estadias na cidade de Campinas, quando trocamos mais do que nossas idéias sobre grupos.*

*Agradeço, ainda, aos meus pacientes, em especial aos pequenos, por, generosamente, dividirem comigo seus segredos e por me darem a oportunidade de partilhar suas descobertas, por vezes profundas e enriquecedoras.*

*Ao Dr. Everardo Buoncompagno, um verdadeiro e bom companheiro, nos momentos alegres e tristes desses anos, minha profunda gratidão.*

*Finalmente, aos meus amigos e a minha família pelo carinho e apoio, em especial aos meus irmãos Rita, Rose e Roque, aos meus pais, Roque e Érica e ao meu marido Pedro, por sempre me estimularem os estudos, embora, muitas vezes, com sacrifício e esforço de todos.*

*“Em cada problema fundamental fala um imutável: ‘isto sou eu’: a respeito do homem e da mulher, por exemplo, um pensador não pode mudar o curso de suas idéias, mas só estudá-lo a fundo, descobrir as últimas conseqüências daquilo que nele já é preestabelecido. Descubrem-se, por exemplo, soluções de problemas, nos quais precisamente nós acreditamos intensamente: talvez os chamemos sem mais, nossas convicções — Mais tarde, nas mesmas, vemos apenas sombras que conduzem ao conhecimento de si mesmo, pedras milenares no caminho da solução do problema de que somos nós, ou mais precisamente ainda, do grande vazio que nós somos, do nosso destino espiritual, daquilo que no fundo de nós não podemos ensinar.”*

*(NIETZCHE, 1886, p.172)*

# SUMÁRIO

---

	Pág.
RESUMO.....	i
<b>1. INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS.....</b>	<b>1</b>
<b>2. O CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO E O HISTÓRICO DOS GRUPOS DE CRIANÇA.....</b>	<b>10</b>
2.1. No Setor Infantil: aprendendo o desenvolvimento normal e a compreensão diagnóstica.....	11
2.2. O tratamento em ludoterapia: a compreensão do mundo infantil.....	20
2.3. A liberdade de criar: aprendendo com os grupos.....	25
2.4. Pequeno histórico dos grupos de psicoterapia de criança desenvolvidos no Ambulatório de Saúde Mental Infantil da Unicamp no período de 1987 a 1990.....	37
<b>3. REVISÃO E DISCUSSÃO DAS PRINCIPAIS IDÉIAS CONTIDAS NO LIVRO “PSICOTERAPIA DE GRUPO: ENFOQUE PSICANALÍTICO” DOS AUTORES L.GRINBERG, M.LANGER E E.RODRIGUÉ.....</b>	<b>40</b>
3.1. Sobre as bases teóricas e a história da psicoterapia de grupo.....	42
3.2. Sobre o grupo social e o grupo terapêutico.....	47
3.3. Alguns aspectos práticos da psicoterapia de grupo.....	51
3.4. Iniciando o grupo terapêutico.....	61
3.5. Integração, continuidade e estabelecimento do processo grupal.....	70
3.6. Os mecanismos terapêuticos nos grupos.....	74

<b>4. REVISÃO E DISCUSSÃO DAS PRINCIPAIS IDÉIAS CONTIDAS NO LIVRO “ÉDIPO EM GRUPO: PSICANÁLISE E GRUPO DE CRIANÇAS” DO AUTOR GÉRARD DECHERF.....</b>	<b>82</b>
4.1. Sobre o autor, seus objetivos e sua técnica.....	83
4.2. Sobre a composição e funcionamento do grupo de criança.....	87
4.3. Descrevendo os grupos em seu funcionamento.....	99
4.4. Os principais fenômenos grupais.....	108
4.4.1. Os mecanismos de defesa coletivos.....	109
4.4.2. A evolução dos fantasmas.....	115
4.5. Outros fenômenos grupais.....	126
4.5.1. As posições regressivas e o indivíduo no grupo.....	126
4.5.2. A utilização do espaço.....	128
4.6. Formas de intervenção e a interpretação nos grupos de criança.....	134
4.7. O processo de identificação.....	143
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>152</b>
<b>6. SUMMARY.....</b>	<b>158</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>160</b>



## *Resumo*

Os grupos de psicoterapia de criança desenvolvidos no ambulatório do Setor de Saúde Mental Infantil, ligado ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, originaram-se da necessidade da prática clínica e de estudos teóricos concernentes à psicoterapia de grupo de adultos, à psicoterapia de grupo de criança e à psicoterapia infantil individual — em especial, à técnica de ludoterapia — apoiando-se na linha de pensamento psicodinâmico e psicanalítico. A presente dissertação, teve como objetivo realizar um estudo teórico-crítico dos principais livros textos que influenciaram o desenvolvimento dos grupos de psicoterapia de criança no Setor Infantil, usando, como fonte primária para reflexão, os pontos teóricos e técnicos de maior importância abordados pelos autores desses livros. Após ter sido realizada a introdução, enfocando o tema proposto, os objetivos e os caminhos metodológicos percorridos nessa dissertação, no segundo capítulo foi descrito, de modo sucinto, o contexto ambulatorial do Setor Infantil e as bases teóricas mais gerais utilizadas em seu funcionamento clínico, bem como um pequeno histórico dos grupos de psicoterapia infantil desenvolvidos pelo Setor de 1987 a 1990. Posteriormente, efetuou-se respectivamente, nos dois capítulos seguintes, a apresentação do estudo teórico empreendido sobre os dois livros textos utilizados, tecendo, ao final de cada sub-capítulo, comentários críticos sobre os pontos levantados, trazendo também à discussão as experiências desenvolvidas com os grupos de criança pelo Setor de Saúde Mental Infantil. Finalmente, procurou-se sintetizar as principais idéias desenvolvidas durante todo o estudo teórico-crítico, procurando confrontar as informações obtidas, interpretar os pensamentos estudados e organizá-los, utilizando também, para isso, do olhar clínico.



## ***1. Introdução, objetivos e caminhos metodológicos percorridos***

É muito comum, no trabalho clínico em psicologia, nos depararmos com situações nas quais nos vemos em meio a dificuldades de ordem prática. Recorremos, então, a alguns recursos que ao mesmo tempo nos confortam e nos oferecem meios para continuarmos nosso caminho. Estes recursos estariam ligados à supervisão clínica, à análise pessoal e ao estudo teórico.

O embasamento teórico da prática clínica em psicologia é, portanto, uma das ferramentas fundamentais de nosso trabalho, sem a qual, certamente, não poderíamos desenvolver qualquer conduta. Aliás, grande parte dos projetos assistenciais criados para o atendimento público, nessa área, têm se baseado em estudos importantes realizados por autores e pesquisadores de grande capacidade.

Não seria possível pensarmos um projeto de trabalho ou pesquisa, no campo da saúde mental, sem antes realizarmos um cuidadoso estudo sobre o tema de nosso interesse, o que, além de nos dar respaldo teórico e técnico para o desenvolvimento do projeto, nos instiga o raciocínio clínico e coloca-nos diante de nossa própria capacidade criativa. Isso não quer dizer que, necessariamente, tenhamos que repetir a experiência realizada por outrem, mas que podemos adaptá-la à nossa própria realidade assistencial, muitas vezes, criando algo novo.

O início dos trabalhos realizados com psicoterapia de grupo de criança no Ambulatório de Saúde Mental Infantil<sup>1</sup> do Hospital das Clínicas da Unicamp, do qual pudemos participar juntamente com uma equipe de alunos,<sup>2</sup> docentes e profissionais do Setor de Saúde Mental Infantil, não fugiu a esses preceitos.

---

<sup>1</sup> Esse ambulatório se insere no contexto de atendimento clínico do Hospital das Clínicas da Unicamp e está ligado ao Setor de Saúde Mental Infantil do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.

<sup>2</sup> A autora se refere aqui a um grupo de cinco alunos do Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicologia Médica da Infância, do qual ela mesma fazia parte, e mais um aluno do Curso de Residência Médica em Psiquiatria Infantil. Nesta época, esses alunos realizavam atividades clínicas no Ambulatório de Saúde Mental Infantil do Hospital das Clínicas da Unicamp, atividades estas que faziam parte dos referidos cursos. Com o término desses cursos, estes alunos foram substituídos por outros, nos mesmos cursos, ministrados nos anos subsequentes, dando-se continuidade aos atendimentos dos grupos de criança.

Assim, antes de nos estendermos em relação aos objetivos dessa dissertação, gostaríamos de contextualizar o Setor de Saúde Mental Infantil, especificamente no que concerne ao início do desenvolvimento do projeto de atendimento dos grupos de psicoterapia de crianças, em meados de 1987.

Naquela época, a equipe do Setor Infantil tinha o interesse de estudar o desenvolvimento normal da criança, a saúde mental na infância, o psicodiagnóstico infantil e as formas de tratamento, inclusive formas alternativas de atendimento institucional, dentre as quais o atendimento de pacientes em grupo.

Assim, os grupos de psicoterapia de criança, realizados pelo Setor de Saúde Mental Infantil da Unicamp, decorreram de uma necessidade da prática clínica ambulatorial, da demanda da população atendida e dos interesses relacionados à aprendizagem, pesquisa e ensino que os profissionais, alunos e docentes desse Setor possuíam.

Como grande parte dos profissionais e alunos do Setor Infantil, já utilizasse conceitos teóricos e técnicos ligados à psicologia psicodinâmica e à psicanálise em sua prática clínica, a equipe estabeleceu que aplicaria, nesse tipo de atendimento grupal, a técnica de ludoterapia individual adaptada aos grupos e ao funcionamento desse ambulatório, estando, contudo, ciente de suas limitações e das dificuldades que encontraria no uso de tal procedimento.

Essa equipe utilizou, então, para a organização inicial dessa prática de atendimento ambulatorial:

- os preceitos teóricos e técnicos relativos à prática de ludoterapia estudados por KLEIN (1932): o livre brincar como forma de expressão das fantasias e angústias infantis, a interpretação simbólica dos conteúdos inconscientes expressos no jogo da criança e a compreensão dos sentimentos transferenciais.

- os preceitos teóricos e técnicos relativos à prática da psicoterapia de grupo com adultos, mais especificamente os que foram estudados por GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976).
- os preceitos teóricos e técnicos utilizados por DECHERF (1986) relativos à prática da psicoterapia infantil de grupo.

Pudemos, então, participar da montagem, organização ou atendimento de dez grupos de psicoterapia de criança desenvolvidos pelo Setor de Saúde Mental Infantil, entre os anos de 1987 a 1991. A partir dessa prática, nos colocamos algumas questões sobre as quais gostaríamos de realizar uma reflexão.

Como a experiência vivida por nós, junto aos grupos de criança, tratou-se de uma vivência clínica, de que maneira poderíamos realizar um estudo que nos ajudasse a organizar e compreender os métodos e técnicas aplicados para sua realização? Depois de termos trilhado o nosso próprio caminho dentro da clínica, como poderíamos estabelecer um diálogo entre a experiência que tivemos e o referencial teórico que adotamos? Até que ponto a teoria e técnica utilizadas pelos autores, nos quais nos baseamos, teriam influenciado nossa própria prática?

Segundo GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.30), no campo da psicoterapia de grupo há um elevado índice de estudos realizados que se dedicam à avaliação dos resultados terapêuticos. Em contrapartida, um número bastante reduzido de estudos se dedicam à compreensão dos métodos e técnicas utilizados em sua realização. Para esses autores: *“Uma disciplina, cuja literatura praticamente se limita a ratificar sua eficácia, apenas aflorando temas gerais de método e teoria, apresenta, sem dúvida, pontos críticos.”*

Assim, nessa dissertação, tomando como ponto de partida os primeiros grupos de criança desenvolvidos no Setor de Saúde Mental Infantil, estabelecemos, como nosso principal objetivo, realizar um estudo teórico-crítico sobre os conceitos mais elementares

referentes à fundamentação teórica e às formas de aplicação da técnica de psicoterapia de grupo, encontrados nos seguintes livros-textos:

- “*Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico*” de autoria de LÉON GRINBERG, MARIE LANGER e EMILIO RODRIGUÉ.<sup>3</sup>
- “*Édipo em grupo: psicanálise de crianças*” de GÉRARD DECHERF.<sup>4</sup>

Esses livros-textos foram a base dos estudos teóricos que realizamos com o intuito de iniciar os atendimentos de grupos de criança, em 1987. Nessa dissertação, estaremos empreendendo uma releitura desses livros-textos, num segundo momento, após a clínica já ter sido experimentada por nós, o que nos permite estudá-los procurando atingir um nível de compreensão mais profundo.

Os principais conceitos teóricos e técnicos, a serem analisados por nós, são os aspectos práticos da aplicação da psicoterapia de grupo, o enquadre terapêutico, a regra básica da associação livre no grupo, a integração grupal, o processo de identificação, os mecanismos de defesa coletivos, a expressão das fantasias inconscientes no grupo, a interpretação, a relação transferencial e os mecanismos organizadores do desenvolvimento grupal.

São nossos objetivos secundários:

- a) estudar como esses autores desenvolveram suas idéias em relação ao atendimento de grupo de psicoterapia, nos livros-textos citados, destacando os principais conceitos teóricos e técnicos utilizados em sua prática clínica.

---

<sup>3</sup> Este livro-texto foi, originalmente, editado na Argentina, em 1959. Porém, nos utilizaremos da edição brasileira, de 1976, para realizarmos nossos comentários e citações sobre esse texto, no decorrer de nossos estudos, nessa dissertação. Assim, as citações posteriores referentes a esse livro-texto, conterão o ano de edição do livro utilizado, isto é, o ano de 1976.

<sup>4</sup> Este livro-texto foi, originalmente, editado na França em 1981. Utilizaremos, em nossos estudos, no decorrer dessa dissertação, a edição brasileira datada de 1986 e as citações posteriores, referentes a esse livro-texto, terão o ano da edição utilizada, isto é, o ano de 1986.

- b) identificar, descrever e discutir quais as principais influências que esses livros-textos exerceram na forma de atendimento dos grupos de psicoterapia de criança, desenvolvidos no Ambulatório de Saúde Mental Infantil da Unicamp.
- c) relatar como foram desenvolvidos os primeiros atendimentos de psicoterapia de grupo de criança no Setor de Saúde Mental infantil da Unicamp, caracterizando o funcionamento desses grupos e procurando contribuir para a pesquisa nessa área.

Dessa maneira, na presente dissertação de mestrado, não nos propomos pensar a clínica, mas sim, os conceitos teóricos que serviram-lhe de base, muito embora estejamos também nos apoiando em nossa experiência clínica para fazer uma releitura reflexiva, comentar e discutir os textos citados. A clínica, portanto, se encontra implícita, mas não nos utilizaremos do material clínico propriamente dito.

Não tencionamos efetuar um estudo teórico de toda a produção científica dos autores citados. Tão pouco nos aventuraremos na defesa de uma tese, com o levantamento de hipóteses que poderão ser verificadas ou rejeitadas.

Pretendemos que esta dissertação seja desenvolvida de uma forma discursiva, perfazendo os caminhos do nosso pensar crítico e elaborando nossas idéias conforme o andamento de nossos estudos.

Para ARRUDA (1989, pág.11):

*“Etimologicamente, dissertação é o ato de, a partir de um movimento em várias direções, tentar ligar, prender, entrelaçar, amarrar algo a outro algo. Frente a problemas com os quais se pode deparar, muitas respostas e soluções, já, se encontram nas próprias palavras que os contém.”*

Trata-se de perfazer os caminhos de uma dissertação segundo os paradigmas das ciências humanas.

Segundo REZENDE (1987, pág.22-23), nas ciências formais o critério de cientificidade é a racionalidade, sendo a verdade entendida como coerência. Nas ciências

naturais ou empírico-formais, o critério de cientificidade é a realidade, e a verdade, além de coerência, precisa trazer a correspondência com o real. Já nas ciências humanas, temos a verdade como a procura do consenso entre o eu e o outro, entre os sentidos simbólicos.

Para nós, existe um sentido em ligar nossa experiência clínica com a teoria que a orientou, posto que poderemos obter uma maior organização de dados teóricos, rever pontos importantes de nossa prática e, ao estabelecermos esse diálogo, poderemos criar a oportunidade para que surjam idéias novas e originais sobre o tema.

Recorrendo ao pensamento de ECO (1989, pág.2), a pesquisa original se dedicaria a conhecer a fundo os argumentos propostos pelos demais estudiosos relativos ao tema, buscando descobrir algo que ainda não foi colocado por eles. Porém o termo descoberta possui uma conotação especial no campo das ciências humanas:

*“Quando se fala em ‘descoberta’, em especial no campo humanista, não cogitamos de invenções revolucionários (...) podem ser descobertas mais modestas, considerando-se resultado ‘científico’ até mesmo uma maneira nova de ler e entender um texto clássico, a identificação de um manuscrito que lança nova luz sobre a biografia de um autor, uma reorganização e releitura de estudos precedentes que conduzem à maturação e sistematização das idéias que se encontravam dispersas em outros textos.<sup>5</sup> Em qualquer caso, o estudioso deve produzir um trabalho que, teoricamente, os outros estudiosos do ramo não deveriam ignorar, porquanto diz algo de novo sobre o assunto.”*

Segundo esse autor, o pesquisador que resolve fazer um estudo teórico ou historiográfico, “*dado que nada provém do nada*”, elabora seus pensamentos sob a influência de outros autores:

*“Se tiver idéias originais, estas virão à tona também no confronto com as idéias do autor tratado: muita coisa nova se pode dizer sobre a liberdade estudando-se a maneira como outro a abordou. (...) O resultado será que todos*

<sup>5</sup> O grifo é da autora dessa dissertação.

*poderão controlar o que ele disse, pois os conceitos (referidos a um pensador precedente) que põe em jogo serão publicamente controláveis. É difícil mover-se no vácuo e instituir um discurso 'ab initio'. Cumpre encontrar um ponto de apoio (...) nada há de humilhante em partir de outro autor, pois isto não significa fetichizá-lo, adorá-lo, ou reproduzir sem crítica as suas afirmações; pode-se partir de um autor para mostrar seus erros e limitações. A questão é ter um ponto de apoio.” (ECO, 1989, pág.12)*

Assim, procuraremos utilizar as idéias contidas nos livros-textos referidos por nós, no início dessa introdução, como ponto de apoio para uma reflexão mais abrangente, que incluirá o vértice do olhar crítico sobre essas idéias e sobre nossa própria prática clínica com grupos de criança.

Para REZENDE (1987, pág.23), nas ciências humanas temos a verdade como a procura do consenso entre o eu e o outro, entre os sentidos simbólicos:

*“O símbolo é o conceito epistemológico central das ciências humanas. Para elas, a verdade é simbólica, na busca do consenso. Isso significa buscar a união, não do mesmo com o mesmo, mas do mesmo com o diferente (...) o que nos permite entender a criticidade como critério científico para as ciências humanas: a atitude crítica consiste em expor-se ao outro e em acolher a alteridade.”*

Dessa forma, nessa dissertação, pretendemos realizar uma reflexão sobre o tema psicoterapia de grupo de criança, usando, como fonte primária, os conceitos teóricos e técnicos expressos pelos autores nos livros-textos citados, ligando esses dados com as experiências desenvolvidas pelo Setor Infantil com grupos de criança, confrontando afirmações e interpretando os pensamentos estudados. Então, desenvolveremos uma exposição sobre o tema proposto, buscando o consenso pelo exercício da criticidade.

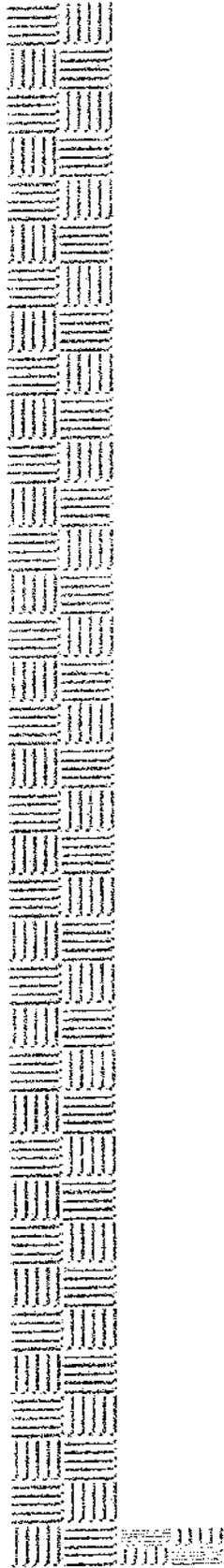
Daremos agora uma idéia dos caminhos que iremos percorrer.

No próximo capítulo, realizaremos uma breve exposição do funcionamento do Setor de Saúde Mental Infantil, ligado ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, onde os estudos referentes às bases teórico-clínicas em saúde mental na infância e os atendimentos dos grupos de psicoterapia de criança puderam ser realizados. Também faremos um pequeno histórico dos grupos de psicoterapia de criança, desenvolvidos pelo Setor, descrevendo como foram realizados seus atendimentos.

No terceiro capítulo, efetuaremos o estudo do livro-texto “Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico” dos autores L. GRINBERG, M. LANGER e E. RODRIGUÉ (1976), destacando os principais pontos teóricos e técnicos defendidos por esses autores em relação ao atendimento de adultos em grupo psicoterapêutico. A cada ponto teórico-técnico relevado, teceremos comentários críticos, trazendo também, à discussão, as experiências desenvolvidas por nós com os primeiros dez grupos de crianças realizados no Setor Infantil.

Da mesma forma, no quarto capítulo, estudaremos o livro-texto “*Édipo em grupo: psicanálise e grupo de crianças*”, do autor G. DECHERF (1986), destacando os conceitos mais importantes, desenvolvidos por ele, com relação ao atendimento dos grupos de crianças. Também comentaremos criticamente seus pontos de vista, de acordo com nossa experiência nesse campo.

Ao final, discutiremos as questões desenvolvidas nos capítulos anteriores, procurando organizar a experiência vivenciada por nós, buscando dar a ela um novo sentido.



## ***2. O contexto da instituição e o histórico dos grupos de criança***

Nesse capítulo, comentaremos as bases teórico-clínicas que foram os fundamentos de nossa prática com crianças, junto ao Ambulatório de Saúde Mental Infantil, ligado ao Setor de Saúde Mental Infantil do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Esta prática desenvolveu-se entre os anos de 1986 e 1991, quando buscávamos especialização nessa área de atuação. Também, daremos uma idéia geral do funcionamento ambulatorial desse Setor.

Nessa época, o Setor de Saúde Mental Infantil desenvolvia suas atividades clínicas e assistenciais tendo por finalidade promover a saúde mental e o bem estar integral a crianças de zero a doze anos e seus familiares, procurando aprimorar o ensino e a pesquisa nesse campo.

De forma crescente e englobante, pudemos aprender cada vez mais sobre a criança e seu mundo, seus sentimentos e necessidades, ampliando nossos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil normal e o psicodiagnóstico, sobre os tratamentos psicológicos e sobre técnicas de atendimento grupal.

Gostaríamos de ressaltar que essas vivências foram enriquecedoras, em grande parte, por estarem ligadas a um trabalho desenvolvido por um grupo formado por alunos, profissionais e docentes do Setor. Aprender junto a uma equipe é, sempre, muito gratificante.

## **2.1. NO SETOR INFANTIL: APRENDENDO O DESENVOLVIMENTO NORMAL E A COMPREENSÃO DIAGNÓSTICA.**

Para que se possa ter um melhor entendimento dos aspectos que serão aqui discutidos, gostaríamos de dar ao leitor uma visão bastante geral do atendimento oferecido, nessa época, pelo Setor de Saúde Mental Infantil, ou Setor Infantil, assim chamado por simplificação, tendo sido esses dados mais claramente descritos por ARRUDA (1989, pág.12-28).

O Setor Infantil atendia, por meio de um serviço ambulatorial inserido no contexto assistencial do Hospital das Clínicas da Unicamp (H.C.), principalmente, a população da cidade de Campinas e região, embora fossem recebidos também encaminhamentos de outras regiões e de outros estados.

Tal população, em sua maioria, pertencia a classes sociais menos abastadas, sem recursos para atendimento psicológico e psiquiátrico em clínicas particulares.

De uma forma geral, os encaminhamentos eram realizados por outros ambulatórios ou serviços do Hospital das Clínicas, escolas e serviços de saúde da rede pública, creches e prefeituras.

Dentro do Ambulatório de Saúde Mental Infantil, um serviço, chamado de "Primeiro Atendimento", recebia os novos pacientes por meio da realização de uma entrevista, visando a um rápido diagnóstico para um melhor direcionamento da assistência específica a ser dada ao paciente. Após uma primeira entrevista, a conduta poderia variar entre:

- a) breve orientação dos pais e alta, quando verificava-se que não se tratava de um comprometimento que exigia uma maior atenção a nível de atendimento psiquiátrico e/ou psicoterapêutico. Nesse item, por exemplo, enquadravam-se crianças que passavam por dificuldades consideradas como parte do desenvolvimento normal infantil ou como resposta a algum fator externo.
- b) retorno ao Primeiro Atendimento, caso uma entrevista não fosse suficiente para que o entrevistador tivesse uma visão do quadro que lhe era oferecido pelo entrevistado, ou caso não tivesse tido tempo suficiente para realizá-la de forma adequada. Era marcada, então, uma segunda entrevista.
- c) encaminhamentos a serviços externos ou a outros ambulatórios dentro do H.C.

e) orientação individual de pais.

f) ludoterapia individual.

g) grupo de orientação de mães (G.O.M.) ou grupo de encontro de mães (G.E.M.).

h) tratamento medicamentoso.

As entrevistas, como eram realizadas no Setor Infantil, levavam em conta os princípios da entrevista psicológica descritos por BLEGER (1980, pág.18-22). Para esse autor, esse procedimento consiste em técnica de investigação da personalidade que se processa por meio da observação. Enquanto observa, levando em conta a teoria da personalidade com que trabalha, o entrevistador vai levantando hipóteses, que poderão ser verificadas ou retificadas durante o transcorrer do processo de entrevista. Entrevistador e entrevistado são vistos por BLEGER como parte de um mesmo processo, formando um campo de interação, comunicação e relacionamento que é muito significativo para o entendimento psicológico pretendido.

O Setor Infantil contava com a assistência de seis docentes responsáveis pela sua organização e funcionamento, bem como com alguns alunos dos cursos de especialização e residência médica, os quais buscavam aperfeiçoamento na área e auxiliavam no atendimento.

O planejamento da assistência oferecida vinha sendo remodelado pelos docentes, nessa época, visando alcançar um atendimento mais amplo à criança e ao seu grupo familiar, levando-se em conta não só a problemática apresentada por eles, mas também o meio sócio-econômico e cultural em que o serviço estava inserido.

Com isso, procurava criar novas estruturas de atendimento que suprissem a demanda e necessidade da população, que ao Setor recorria, de forma a diminuir a fila de espera e as taxas de abandono.

Buscava, também, formar profissionais sensíveis aos problemas apresentados por uma população de terceiro mundo em relação à saúde mental e ao desenvolvimento psicossocial de suas crianças, segundo o que foi disposto pela O.M.S.(1977).

Nosso primeiro contato com o Setor Infantil, foi, justamente, nesse momento de modificação da filosofia de atendimento e replanejamento da assistência. Não é nosso intuito estender-nos sobre a natureza e características dessas modificações, mas apenas ressaltar que, ao termos esse primeiro contato, sentimos, desde o início, um clima propício a transformações e instigador da criatividade.

Então, tínhamos sido aceitos como aluno no Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicologia Clínica da Infância, o qual freqüentamos, de agosto de 1986 a março de 1988, juntamente com outros quatro psicólogos.

Dentro desse novo planejamento da assistência, tivemos a oportunidade de entrar em contato com teorias relevantes, ligadas ao desenvolvimento infantil, dentro de uma concepção psicodinâmica, por meio de autores como ABERASTURY (1982,pág.136) e KNOBEL (1977,pág.20) que colocam a importância de se fazer o psicodiagnóstico da criança levando-se em conta não só a problemática apresentada por ela, que se verificaria por meio das entrevistas psicológicas, da hora de jogo e dos testes infantis, mas também o ambiente familiar e o meio em que a criança vive.

Assim, o desenvolvimento infantil seria analisado colhendo dados de três fontes — a própria criança, a família e o ambiente que a circunda — para que possamos ter uma visão mais completa da problemática apresentada.

Outras valiosas reflexões, relatadas por KNOBEL (1977,pág.18-19), contribuíram, demasiadamente, para que adquiríssemos uma visão mais dinâmica do desenvolvimento infantil. Uma delas, se refere à forma de ver a criança como um ser em constante mutação e interação com seu mundo interno e externo, em constante desenvolvimento, sendo, portanto, o desenvolvimento infantil também influenciado por essa maleabilidade e não rigidez.

É importante destacarmos que cada criança possui um ritmo próprio de desenvolvimento e uma forma própria de lidar com os desafios que se lhe apresentam, o que deve ser respeitado.

Um outro ponto colocado por KNOBEL (1977, pág.87) seria o de que há momentos de regressão, durante o desenvolvimento infantil, que são considerados normais, dependendo da fase em que a criança se encontra, como as dificuldades de separação da mãe no oitavo mês de vida, ou, dependendo de fatores externos como o nascimento de um irmão, a ocorrência de morte na família, etc.

Isso nos remeteu à real necessidade de estudarmos a fundo o desenvolvimento normal e de trabalharmos com base na noção de saúde e não apenas com a noção de doença mental.

Muitos profissionais têm se importado demasiadamente em aprender a classificação das patologias e com seu entendimento para tentar compreender o desenvolvimento da criança. No entanto, acredita-se que o indício mais claro de que há uma patologia baseia-se no rompimento de uma evolução normal: o desenvolvimento pode estar fixado, impedido, desorganizado ou regredido (SOIFER, 1985, pág.36).

A aprendizagem do desenvolvimento normal e a formação de um conceito de saúde mental infantil são aspectos de extrema relevância no trabalho com crianças, trazendo a vantagem de se voltar os estudos e a prática para a busca da saúde, não usando unicamente o parâmetro dos sintomas ou doenças, mas incluindo também o parâmetro da estrutura dinâmica do desenvolvimento.

SOIFER (1985, pág.31) estabelece o conceito de normalidade de acordo com os seguintes pontos:

*"a possibilidade que o ego da criança teve de assimilar as aprendizagens pertinentes à sua idade cronológica, ou seja, a pertinente capacidade psicomotora, a inteligência esperada, a afetividade correspondente e o respectivo grau de resolução da simbiose. Na segunda infância,*

*acrescentamos a oportunidade de cursar normalmente os estudos relativos à primeira parte do primeiro grau, o nível de socialização, a capacidade para o esporte e para as artes (sempre de acordo com a idade) (...) Portanto definimos sinteticamente o conceito de saúde na criança e no adolescente como o grau de organização psíquica, de desenvolvimento libidinal e de aptidões psicofísicas adequados à sua idade cronológica."*

Fundamentam, ainda, sua definição, a análise da dinâmica da formação do psiquismo, da atividade do pensamento, da fantasia inconsciente, da atividade lúdica, a análise da fantasia consciente, da ilusão, da simbiose normal, da evolução libidinal e das séries complementares de Freud.

Concepções relativas aos primórdios da vida infantil, nos auxiliaram na compreensão das angústias mais primitivas da criança, fazendo com que entendêssemos a importância dos primeiros anos de vida para o bem estar emocional.

As idéias relativas ao desenvolvimento infantil, segundo Winnicott, baseadas em sua experiência clínica e no trabalho terapêutico com crianças, dizem ser tal desenvolvimento marcado por períodos de elaboração progressiva da relação de objeto, passando de um período de dependência absoluta do bebê, em relação à mãe, para um período de dependência relativa (WINNICOTT, 1963, pág.79-87). No primeiro, os fracassos maternos podem produzir uma angústia relacionada à ameaça de aniquilação enquanto que, no segundo, estando o ego mais organizado, há a possibilidade de enfrentar a frustração. Winnicott fala da importância da figura materna para que o bebê se sinta seguro e possa se desenvolver, descrevendo o que chamou de "preocupação materna primária":

*"A mãe que desenvolve o estado que chamei 'preocupação materna primária' fornece um setting no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida (...) Em outras palavras, a base para o estabelecimento*

*do ego é um suficiente 'continuar a ser', que não foi interrompido por reações à invasão (...) Somente quando possui uma sensibilidade do tipo que estou descrevendo é que uma mãe pode sentir como se estivesse no lugar do bebê e deste modo responder às necessidades do bebê." (WINNICOTT, 1956, pág.495-496)*

M. Klein estudou as fantasias e angústias primitivas do bebê, por intermédio de seu trabalho com a análise de crianças muito pequenas.

Para essa autora, "uma personalidade bem integrada é a base da saúde mental" e seus elementos seriam:

*"maturidade emocional, força de caráter, capacidade de lidar com emoções conflitantes, equilíbrio entre a vida interna e a adaptação à realidade e uma bem-sucedida fusão das diferentes partes da personalidade em um todo." (KLEIN, 1960, pág.306)*

Para explicar o desenvolvimento, M.Klein estabelece a noção de "posição", de acordo com a qual as angústias e defesas, utilizadas pelo indivíduo, iriam tomando caracterizações diversas, associadas, também, à formas de relações objetais, durante toda a vida.

Segundo seus preceitos (KLEIN, 1946, pág. 20-41), na posição esquizo-paranoide, as angústias experimentadas são de caráter persecutório, os mecanismos de defesa são esquizóides, ligados à cisão do objeto, à negação e idealização. Essa cisão implica em uma separação entre amor e ódio, entre objetos bons e maus. A segunda posição é chamada de depressiva. Nela, os aspectos amados e odiados do objeto não são sentidos como tão separados, dando-se início à introjeção do objeto completo. Aparecem, como ansiedades básicas, os sentimentos de medo da perda do objeto, emoções semelhantes ao luto e um forte sentimento de culpa.. As defesas contra essa ansiedade seriam a integração do objeto e a necessidade de reparação.

*“A própria experiência dos sentimentos depressivos, por sua vez, tem por efeito uma maior integração do ego, porque resulta numa maior compreensão da realidade psíquica e melhor percepção do mundo externo, como também maior síntese entre situações internas e externas. (...) A elaboração das posições depressiva e persecutória estende-se pelos primeiros anos da infância e desempenha um papel primordial na neurose infantil. No decurso desse processo, as ansiedades vão perdendo força; os objetos tornam-se ao mesmo tempo menos idealizados e menos aterrorizantes, e o ego torna-se mais unificado. Tudo isso está interligado com a percepção crescente da realidade e com a adaptação a ela.” (KLEIN, 1946, pág.33-34)*

Citarei, nesse ponto de meu trabalho, um artigo de E.Oshaughnessy, embora seja um texto mais recente, por essa autora ter sido capaz de resumir, de forma bastante clara, em uma mesma parte de seu trabalho, dois conceitos valiosos de Bion que foram, também, muito importantes para a visão do desenvolvimento infantil adquirida por nós, durante os estudos empreendidos no Setor Infantil : o conceito de reverie e o estabelecimento das bases para um desenvolvimento normal.

*“De acordo com Bion, o bebê descarrega desprazer escindindo e projetando percepções, sensações, sentimentos, etc. que despertam ansiedade (...) para dentro da mãe, para que ela os contenha naquilo que Bion chama de sua 'reverie'. Esta é sua capacidade de pensar com amor sobre seu bebê, de prestar atenção, tentar compreender. (...) Seu pensar transforma os sentimentos do bebê em uma experiência conhecida e tolerada. Se o bebê não é excessivamente perseguido ou invejoso, ele introjetará e identificar-se-á com uma mãe capaz de pensar e introjetará também seus próprios sentimentos agora modificados.” (O'SHAUGHNESSY, 1990, pág.198)*

Assim, segundo esta autora, para Bion :

*“cada um destes ciclos projetivo-introjetivos entre bebê e mãe é parte de um processo significativo que gradativamente transforma por inteiro a situação mental do bebê. Em lugar de um ego de prazer evacuando desprazer,*

*uma nova estrutura é lentamente alcançada: um ego de realidade que inconscientemente internalizou em seu núcleo um objeto com capacidade para pensar, isto é, para conhecer qualidades psíquicas em si mesmo e nos outros. Num ego assim, há uma diferenciação entre consciente e inconsciente e o potencial para também diferenciar entre ver, imaginar, fantasiar, sonhar, estar acordado, estar dormindo. Esta é a mente normal, cujo estabelecimento depende tanto da mãe quanto do bebê.”*  
(O'SHAUGHNESSY, 1990, pág.198 )

Os conceitos relativos ao desenvolvimento e à saúde mental na infância, citados até o momento, foram norteando nossa prática clínica junto a crianças e famílias que procuravam o Setor Infantil, dirigindo nossa visão do desenvolvimento infantil e do psicodiagnóstico para um âmbito mais compreensivo e qualitativo, se aproximando do que TRINCA (1983, pág.17) denominou de processos de tipo compreensivo:

*“Objetivam uma compreensão psicológica globalizada do paciente e não, apenas, aspectos ou partes que correspondem a determinados testes psicológicos. A ênfase, nesse enfoque, reside no julgamento clínico, derivado do conhecimento amplo da personalidade do paciente e obtido pelos vários meios disponíveis.(...) A anamnese e a exploração clínica da personalidade constituem as pedras angulares destes processos, com especial referência à comunicação direta e indireta do paciente e às relações paciente-psicólogo. Neles, o psicólogo depende de sua experiência clínica e necessita contar com o melhor de sua formação profissional e humanística. As conclusões do diagnóstico representam integrações de vários elementos e partes, em todos os níveis. As grandes linhas de composição do diagnóstico abrangem as dinâmicas intrapsíquicas, intra-familiares e sócio-culturais, como forças e conjunto de forças em interação, que resultam em desajustamentos individuais”*

O desenvolvimento e a maturação do indivíduo, nesse tipo de procedimento, são considerados do ponto de vista do distúrbio apresentado, mas levando-se em conta, também, a normalidade. (TRINCA, 1983, pág.18)

ABERASTURY (1984) e OCAMPO (1981) foram as autoras utilizadas, ainda, em relação à aprendizagem do psicodiagnóstico infantil de base analítica. Delas pudemos aprender aspectos ligados a procedimentos de extrema valia, como a entrevista psicológica com os pais, a hora de jogo e a utilização de testes projetivos de uso infantil.

De qualquer forma, sempre o processo do psicodiagnóstico transcorreu buscando uma visão mais compreensiva e uma análise mais qualitativa dos dados nele colhidos.

## **2.2. O TRATAMENTO EM LUDOTERAPIA: A COMPREENSÃO DO MUNDO INFANTIL**

Um dos objetivos do Setor Infantil era o de oferecer tratamento especializado para crianças e famílias que procuravam seu ambulatório.

Após a passagem pelo Primeiro Atendimento e pelo Serviço de Psicodiagnóstico, uma das possibilidades de tratamento oferecidas para a criança que demonstrasse a necessidade de atendimento especializado, era a ludoterapia individual.

Tentaremos, nesse momento do trabalho, explicitar as bases teóricas desse tipo de atendimento.

Consideramos que entender o mundo infantil é essencial para o trabalho analítico, independente da faixa etária com que se trabalha, já que, mesmo nos adultos, pode-se observar as fantasias infantis claramente operando e determinando sua forma de ver e de se relacionar com o mundo.

De uma forma geral, KLEIN (1953, pág.150) pôde chegar à suas contribuições mais significativas para a teoria psicanalítica, por meio de seus trabalhos

com crianças muito pequenas e, em particular, pela técnica desenvolvida por ela do livre brincar.

Realmente, logo KLEIN (1932, pág. 30-32) se deu conta da riqueza e do valor, para a psicanálise de uma criança, de sua atividade fantasiosa de caráter inconsciente. Entender, interpretar e ajudar a criança a simbolizar suas fantasias, ansiedades e defesas ou, se as fantasias estivessem inibidas, entender as causas de tal inibição, passou a ser a principal tarefa terapêutica. (KLEIN, 1953, pág.152)

Alguns cuidados tomados por ela, como a preparação do local adequado para as sessões separado da vida cotidiana do paciente, foram necessários, verificando-se a importância de se estabelecer um setting seguro, como na análise de adultos.

Numa sala simples, equipada com uma pia, e onde existia um armário com gavetas individuais ou caixas, que eram trancadas sempre que a criança ali não se encontrava, o pequeno paciente poderia se sentir seguro de que seus pertences e o seu brincar só seriam conhecidos por ele mesmo e por seu analista.

O conteúdo da caixa ou gaveta se constituía de brinquedos não mecânicos, pequenos, simples e variados, permitindo à criança a expressão de uma gama significativa de fantasias e experiências, de forma criativa. (M. KLEIN, 1953, pág.154)

As fantasias, angústias e defesas eram então interpretadas, buscando dar a elas uma significação.

KLEIN (1953, pág.155) notou que a agressividade aparece constantemente no livre brincar da criança e julgou essencial que possamos permitir e dar liberdade de expressão para essas manifestações. Compreender porque a agressividade aparece, e em que momento da relação transferencial, é muito importante para entendermos os mecanismos de funcionamento de seus impulsos destrutivos.

Surgem então a culpa, a ansiedade persecutória e o temor da retaliação, característicos da posição esquizo-paranóide, advindos das pulsões e fantasias destrutivas das crianças.

Nesses momentos, Klein cuidava para que suas colocações não inibissem as fantasias agressivas das crianças, mas deixava claro que não toleraria ataques físicos à sua pessoa. Dizia ser isso importante para a manutenção do tratamento: se não houvesse limites e a criança destruísse demasiadamente todos os objetos, inclusive a terapeuta, isso provocaria culpa e ansiedade persecutórias excessivas, o que aumentaria o risco de interrupção ou as dificuldades no tratamento.

Segundo essa autora, a interpretação adequada, em termos de tempo e conteúdo, esclarecendo para a criança os motivos de sua agressividade, pode perfeitamente fazer com que o terapeuta se proteja em relação à agressividade manifestada.

*“É parte essencial do trabalho interpretativo que ele se mantenha em compasso com as flutuações entre amor e ódio, entre felicidade e satisfação de um lado e ansiedade persecutória e depressão do outro (...) Sempre foi parte de minha técnica não utilizar-me de influência moral ou educativa, mas ater-me apenas ao procedimento psicanalítico que, resumidamente, consiste em compreender a mente do paciente e comunicar a ele o que ocorre nela.”*  
(KLEIN, 1953, pág.157)

As vezes, os sentimentos persecutórios que invadem a criança quando destrói seus brinquedos são tão intensos, que acabam encobrendo outros sentimentos como culpa, depressão, necessidade de reparação e amor. A forma como esses sentimentos aparecem na análise é um sinal indicativo de como a criança estabelece suas relações de objeto e qual a qualidade dessas relações.

Para KLEIN (1953, pág.157) não há limites para a variedade desses tipos de relações que podem aparecer na análise, mas sempre a análise dessas relações nos ajudará a entender a criança.

Mesmo aquelas crianças que se inibem ou se negam a brincar, podem nos revelar o que está se passando em sua mente, pois qualquer atividade da criança pode ser usada para entender e interpretar a sua inibição: expressão facial, pequenos movimentos, gestos. Tudo pode ser fonte para interpretação.

Segundo WINNICOTT (1975, pág.59):

*“A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é.”*

Quando interpretamos o material dentro daquilo que realmente tem significado para a criança, naquele momento, ela nos responde positivamente através dos jogos, ou da fala, ou dos gestos e expressões, algumas vezes de forma mais espontânea que o adulto. A interpretação adequada traz a compreensão dos conflitos de forma intelectual e consciente pelo contato com as emoções reprimidas.

Para R.SPITZ (1979, pág.83):

*“... as memórias do paciente continuam sem significado até que a reconstrução ou interpretação analítica propiciem a parte que falta da gestalt. Todo analista está familiarizado com o súbito aparecimento do insight e reconhecimento que acompanha estas interpretações. É bem natural que o paciente perca a sensação de descoberta dentro de dias; a gestalt reconstruída realmente sempre esteve lá, uma parte inconsciente, mas efetiva, de sua essência psicológica. O ‘fechamento de interpretação’ reintegra a porção que faltava em seu legítimo lugar e perspectiva, como se nunca tivesse faltado. Antes da reintegração, exerceu sua influência fora das verificações e controle do ego consciente, apenas sujeito a regulação*

*do princípio do prazer e desprazer. Reintegrado na reserva de memórias conscientes, ficará agora sujeito a regulação do ego e do princípio da realidade."*

Isso seria a explicação do que R. SPLITZ (1979, pág.83) chama de interpretação analiticamente correta.

Além de trazer a compreensão dos conflitos estabelecidos nos primórdios da infância e nas primeiras relações de objeto, a interpretação, e aí se encontra incluída a interpretação da transferência, traz a diminuição clara das ansiedades.

As questões ligadas às vivências das relações transferenciais tomam importante espaço também na análise de crianças.

*"No transcurso do tratamento o analista representará, na transferência, uma variada gama de figuras, que correspondem às introjetadas pela criança em seu desenvolvimento; será visto como perseguidor e como figura idealizada, com múltiplos graus e matizes. (...) Ao estudar a angústia em relação ao material oferecido, tropeçamos sempre com o sentimento de culpa. Interpretando-o em relação com as fantasias originais e com as transferências, é possível diminuir a transferência negativa em favor da positiva. A ansiedade transferencial mais intensa é a de reviver as primeiras relações de objeto, com o predomínio das ansiedades paranóides e depressivas."* (ABERASTURY, 1982, pág.68).

KLEIN (1953, pág.162) estabelece então o conceito de reparação como um mecanismo importante para a realização de sublimações eficazes e, portanto, para o estabelecimento de um estado de saúde mental. Refere-se ao conceito de reparação como *"a variedade de processos através dos quais o ego sente que desfaz o dano feito em fantasia, restaura, preserva e faz reviver objetos."*

Quando, enfim, há uma diminuição na cisão entre objetos perseguidores e idealizados, por meio da suavização dos sentimentos de ódio e predomínio do amor,

podem existir internamente bons objetos merecedores de gratidão. Então, a relação com o mundo externo experimenta um progresso, havendo uma maior liberdade e espaço para o desenvolvimento criativo (KLEIN, 1960, pág.312).

Os estudos dos conceitos ligados à obra de M.Klein, tornaram nosso caminho na busca da compreensão do mundo infantil incontestavelmente mais interessante, vivo e cheio de descobertas.

Foi na prática da ludoterapia, na relação direta com a criança, que pudemos, por fim, começar a entender o verdadeiro sentido de conceitos que de outra forma seriam inatingíveis. Esses conceitos, no entanto, vieram a ser compreendidos, de forma mais consistente, por meio da supervisão dos casos atendidos e, principalmente, com a valiosa ajuda do processo de análise pessoal.

### **2.3. A LIBERDADE DE CRIAR: APRENDENDO COM OS GRUPOS**

Na época em que os trabalhos em ludoterapia grupal começaram a ser idealizados pelo Setor Infantil, a situação em relação aos tratamentos de crianças, que eram realizados ali, era delicada.

Não havia profissionais suficientes para o atendimento do número de crianças que necessitavam de tratamento especializado em ludoterapia e uma lista de espera, para tal tratamento, se avolumava a cada dia.

Os profissionais procuravam sanar tal necessidade, em parte, montando atendimentos grupais para mães, em trabalhos de orientação ou trabalhos de reflexão sobre a relação mãe-filho, como descrito por ARRUDA (1989, pág. 29-41). Também, com isso, procuravam realizar a assistência materno-infantil preconizada pela O.M.S.(1977, pág.67-69).

Assim, grupos de atendimento a mães puderam ser realizados, enquanto a equipe ia descobrindo, ao coordenar os grupos, que seria possível uma compreensão psicodinâmica grupal em relação aos discursos individuais que estas mães traziam, como o descrito por autores como GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.36) e ZIMERMANN (1971, pág.34).

Embora, nesses grupos, não fossem realizadas interpretações com objetivos psicoterapêuticos, a compreensão do psicodinamismo grupal, por si só, motivava a equipe, da qual éramos integrante, a trabalhar mais com grupos e a tentar aperfeiçoar o trabalho tecnicamente e teoricamente. Assim, o interesse por temas ligados ao atendimento psicológico em grupos foi crescendo.

O que mais nos chamou a atenção nos trabalhos desenvolvidos com grupos pelo Setor Infantil, nessa época, foi a liberdade que a equipe sempre teve para criar e aprender com a experiência criativa.

Os estudos organizados por MACEDO (1984, pág.7-127), ofereceram à equipe a oportunidade de entrar em contato com uma interessante visão sobre novas formas de atendimento no trabalho institucional, enfocando os problemas de atuação do psicólogo frente ao atendimento da população de baixa renda.

Esses estudos exprimiam a necessidade de criarmos programas de atendimento psicológico diferenciado do normalmente oferecido no consultório particular; mostrava vários modelos criativos de atendimento em grupo como grupos de espera em instituição, psicodiagnóstico em grupo ou grupo estruturado de vivência para pais, fazendo uma reflexão sobre formas viáveis de trabalho que pudessem ser mais condizentes com as necessidades dos pacientes e com as limitações das próprias instituições.

*"Sem fantasia e sem imaginação não existe pensamento criador."* (BLEGER, 1986, pág.65)

Foi nesse clima de aprendizagem, liberdade e criatividade que os grupos de psicoterapia de criança puderam ser idealizados, primeiramente, por meio da elaboração de um projeto de trabalho e, depois, pela rápida discussão desse projeto em algumas

reuniões que serviram para sua adaptação à forma de funcionamento do Ambulatório de Saúde Mental Infantil.

Esse projeto retratava a necessidade que a equipe sentia de dar mais espaço, dentro dos atendimentos que eram realizados no ambulatório, para que a criança pudesse ser compreendida em suas múltiplas e espontâneas formas de expressão — gestual, verbal e lúdica — dentro de uma dinâmica grupal.

A idéia de realizarmos o tratamento grupal com crianças veio, então, ao encontro da necessidade ambulatorial, bem como do desejo de conhecer mais sobre grupos e sobre crianças em grupos.

A equipe já tinha, como base, todo conhecimento teórico-clínico adquirido, anteriormente, nos atendimentos individuais e grupais, estes últimos realizados junto à mães.

Para o atendimento de grupo de mães, havíamos estudado textos bastante interessantes como os livros *“Estudos de psicoterapia de grupo”* de DAVID ZIMMERMANN (1971), e *“Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico”* de LÉON GRINBERG, MARIE LANGER & EMILIO RODRIGUÉ (1976) — em especial este último — que muito nos auxiliaram nos procedimentos clínicos com adultos, oferecendo-nos os subsídios básicos para a prática do atendimento psicológico grupal.

Porém, nas reuniões para discussão do projeto inicial de trabalho com grupos de criança, necessitávamos de uma literatura mais específica, relacionada com atendimento grupal infantil, e tomamos como base uma bibliografia então recente, sugerida por um docente do Setor Infantil, intitulada *“Édipo em Grupo”*, de autoria GÉRARD DECHERF (1986).

Por meio desse autor, pudemos, juntamente com o restante da equipe, entrar em contato com uma forma de assistência grupal, em psicoterapia analítica de criança, que sugeria o atendimento de um grupo infantil por um casal de terapeutas, procurando

observar e lidar com as fantasias (ou "fantasmas", como citado por esse autor) que o par terapêutico despertava nas crianças.

Foram estudados os critérios para formação dos grupos e realização dos mesmos, bem como sua forma de evolução clínica através da evolução dos fantasmas como: a procura de uma imago materna precoce (vivenciada por meio do desejo de fundir-se no grupo, ou por meio da busca de um grupo ideal, sem Édipo); a procura da imago paterna (busca de leis e regras, ou de um chefe); o aparecimento dos "fantasmas originários comuns a espécie humana", como a cena primária, por exemplo. (DECHERF, 1986, pág.103-104).

Além desses estudos, a equipe foi influenciada pela formação mais clássica em relação à prática de ludoterapia, baseada nas noções teóricas e clínicas desenvolvidas por KLEIN (1953, pág.150-168) para o atendimento de crianças, como o já descrito na segunda parte desse capítulo.

Outras idéias importantes foram as desenvolvidas por Bion. A noção de pressupostos básicos foi-nos muito útil para o entendimento do funcionamento grupal (pressupostos básicos de dependência, luta e fuga, acasalamento). Bion fala da existência de poderosos impulsos emocionais, ligados a mecanismos grupais inconscientes, que agiriam no grupo, obstruindo, desviando ou, em certos momentos, até ajudando o grupo em sua atividade. Tais noções contribuíram para que a equipe pudesse refletir sobre as dificuldades e facilidades que o grupo teria, no alcance de sua tarefa. (BION, 1969, pág.168)

De igual importância foram os conceitos de mentalidade de grupo, cultura do grupo e valência:

*"A mentalidade de grupo é a expressão unânime da vontade do grupo, à qual o indivíduo contribui por maneiras de que não se dá conta, influenciando-o desagradavelmente sempre que ele pensa ou se comporta de um modo que varie de acordo com as suposições básicas. Assim, trata-*

*se de uma maquinaria de intercomunicação que é construída para garantir que a vida de grupo se acha de acordo com as suposições básicas." (BION, 1975, pág.57)*

A mentalidade do grupo, segundo Bion, desafia o poder que o grupo tem de realizar as necessidades e desejos do indivíduo, o que causa um conflito.

*"O grupo enfrenta esse desafio pela elaboração de uma cultura característica sua. Emprego a expressão 'cultura de grupo' de uma maneira extremamente vaga; incluo nela a estrutura que o grupo atinge em qualquer momento determinado, as ocupações que persegue e a organização que adota.(...) O grupo pode ser encarado como uma ação recíproca entre as necessidades individuais, a mentalidade de grupo e a cultura." (BION, 1975, pág.47)*

A valência seria a capacidade de cooperação instintiva e espontânea, "a *presteza do indivíduo em entrar em combinação com o grupo na elaboração das suposições básicas e em atuar segundo elas*" (BION, 1975, pág.105 ).

Assim, para esse autor, existe um grupo distinto de um mero agregado de indivíduos, com uma dinâmica própria de funcionamento, mas ligado a mecanismos emocionais típicos das fases primitivas do desenvolvimento descritas por Klein:

*"O adulto tem de estabelecer contato com a vida emocional do grupo em que vive; essa tarefa parecerá tão formidável para o adulto quanto a relação com o seio parece ao bebê, e o malogro em satisfazer as exigências dessa tarefa é revelado na sua regressão (...) a regressão envolve o indivíduo numa perda de sua 'diferenciação individual', impossível de distinguir da despersonalização e, portanto, obscurece a observação de que o agregado é de indivíduos." (BION, 1969, pág. 163-164).*

O conceito de FOULKES & ANTHONY (1967, pág.33) de matriz grupal trouxe a importante noção do grupo como o lugar ou fonte de onde se originam a rede de comunicação , o interrelacionamento, o partilhar de espaços, conceitos e idéias. Essa

fonte alimenta o grupo em seu trabalho e promove o desenvolvimento do processo analítico.

É interessante notar que:

*"as pessoas precisam de tempo e esforço para transformar a comunicação restrita e defensiva no intercâmbio livre, honesto e espontâneo de um grupo analítico. A cada vez que a sessão começa, todos os membros entram na sala sozinhos, como indivíduos, e têm que se tornar parte de um grupo novamente. Um grupo tem que se constituir a cada encontro. A matriz tem que ser estabelecida, linhas de comunicação têm que ser formadas, testadas e finalmente usadas."* (GROTJAHN, 1983, pág.41)

Assim, o estabelecimento do fenômeno matriz grupal parece depender do alcance de uma atmosfera analítica e da coesão grupal, entendendo a coesão grupal como a capacidade de um grupo para trabalhar de forma conjunta buscando realizar sua tarefa.

Durante a efetivação dos primeiros grupos de ludoterapia infantil, no Setor de Saúde Mental Infantil, pudemos remeter-nos, paulatinamente, a esses estudos enquanto íamos aprendendo, de modo livre e espontâneo, a prática clínica do atendimento grupal infantil: seu planejamento e organização, junto ao funcionamento ambulatorial, e o atendimento propriamente dito.

Existiam detalhes as vezes inesperados, questões que não podiam ser planejadas e que acabavam sendo resolvidas de forma espontânea pela equipe. Desse modo, a experiência trouxe a aprendizagem.

Com o tempo de trabalho e experiência acumulados, junto aos grupos infantis, a equipe foi percebendo que existiam detalhes importantes, relativos ao planejamento do processo terapêutico, que seriam determinados pela mudança do enfoque individual para o grupal.

Um dos pontos analisados se refere ao psicodiagnóstico infantil dirigido para a montagem de um grupo terapêutico. Tendo em mente tal tarefa, o psicoterapeuta deveria se utilizar de técnicas especiais para o psicodiagnóstico infantil?

Acreditamos que o que muda não são as técnicas. Estas podem ser as mesmas às quais o profissional de linha analítica está acostumado, como as entrevistas não dirigidas ou semi-dirigidas, a hora de jogo diagnóstica, os testes projetivos de uso infantil e outros que se façam necessários.

O que muda é a motivação do terapeuta. Ele está voltado, de forma especial, para a montagem do grupo e dirige o processo diagnóstico, também, para a observação de determinados detalhes que são importantes na consecução de seu objetivo.

Assim, além de utilizar o processo diagnóstico para a compreensão do que está ocorrendo com a criança e para o estabelecimento de um bom vínculo afetivo, base para qualquer trabalho psicoterapêutico, o profissional deve estar atento para detectar e compreender os principais conflitos da criança, para analisar as relações de objeto e as defesas por ela utilizadas, com o intuito de selecionar crianças que componham um grupo razoavelmente integrado e capaz de alcançar progressos em seu tratamento.

Aprendemos que a vivência do profissional, sua sensibilidade e intuição clínica pode fazer com que tenha uma segurança apenas relativa para perceber se uma criança é adequada para grupo ou não.

Dessa forma, percebemos, também, a importância da realização de um encaminhamento adequado. Mesmo aquele que nos encaminha e não trabalha com grupos, deve ser bem informado a respeito do que consiste essa modalidade de tratamento, para que possa dar a devida atenção à realização de um bom encaminhamento.

Assim, na experiência com os grupos de criança, pudemos compreender que o parecer clínico e o encaminhamento bem realizados, num procedimento integrado, são os primeiros passos para a obtenção de uma boa coesão grupal. Outros passos importantes

estariam ligados a uma boa seleção e agrupamento de crianças, bem como a realização de um enquadre adequado.

Muitas vezes, falhas de encaminhamento são detectadas somente nas entrevistas de contrato, durante o tratamento ou mesmo depois que o grupo já foi "destruído", o que faz com que o psicodiagnóstico dirigido para a formação de grupo, juntamente com o fator encaminhamento, sejam pontos importantes a serem mais investigados.

É importante notar que o psicodiagnóstico e o encaminhamento dizem respeito a procedimentos ligados ao atendimento e, portanto, realizados na relação clínica, junto ao cliente. Já a seleção e o agrupamento são procedimentos efetuados pelo terapeuta ou pela equipe de terapeutas que vão se responsabilizar pelo tratamento. Após fazer a listagem dos encaminhamentos recebidos, a equipe pode se reunir para decidir antecipadamente quais os critérios de seleção e agrupamento que irá utilizar, de acordo com suas necessidades ou as da instituição em que o trabalho será realizado.

Reportando-nos à nossa experiência junto ao Ambulatório Infantil, pensamos que nossa equipe não possuía critérios extremamente rígidos para selecionar e agrupar crianças.

Parte da seleção já havia sido feita pelo serviço de encaminhamento, ao qual era solicitado que não encaminhasse crianças com sérios distúrbios neurológicos ou graves comprometimentos da área emocional, como quadros com graves núcleos psicopáticos. Uma ou outra criança hiperativa, ou mesmo psicótica, era aceita para o tratamento, embora os casos mais graves fossem desaconselhados.

Também, a experiência ensinou a evitar crianças pertencentes a famílias que demonstravam, durante o psicodiagnóstico, núcleos confusionais ou muita resistência ao tratamento, pois provavelmente interfeririam constantemente no processo terapêutico, quebrando regras e normas e contribuindo para o insucesso do tratamento.

A outra parte da seleção se realizava por meio de uma entrevista com a criança e sua família. Nessa entrevista procurávamos verificar o interesse da família pelo tratamento e a disponibilidade de tempo, ou mesmo de locomoção, para o comparecimento semanal no ambulatório.

Assim, eram selecionadas crianças que: possuíam condições emocionais e mentais de aceitar o ambiente grupal, bem como condições físicas para tal; pareciam motivadas a participar do tratamento; eram capazes de, juntamente com sua família, assumir um compromisso com o grupo de crianças e com o tratamento.

Em relação ao agrupamento, eram reunidas crianças de forma razoavelmente homogênea quanto à idade, e de forma heterogênea quanto ao sexo e ao tipo de comprometimento apresentado, procurando-se formar um grupo o mais próximo possível das condições encontradas na realidade. Procurava-se manter uma relativa harmonia entre o número de meninos e meninas e, em relação às idades, resolveu-se por agrupar crianças de seis a nove anos, ou de dez a doze anos, dependendo das condições de seu desenvolvimento emocional.

Quanto ao contrato, último passo antes do início do tratamento, podia ser realizado individualmente ou em grupo.

Na entrevista de contrato, de uma forma geral, procurávamos informar a respeito de como o tratamento iria se realizar: o objetivo do grupo de crianças, a forma de funcionamento grupal, o horário, o local, procurando estabelecer um setting terapêutico.

A entrevista de contrato grupal como era realizada, geralmente ao início de um grupo de tratamento infantil, mostrava-se adequada à forma de funcionamento do Setor Infantil que, naquela época, primava por aprender mais sobre grupos. Realizar contratos em grupo era interessante para a aprendizagem. Um outro aspecto é o de ser mais vantajoso e rápido, oferecendo um maior dinamismo ambulatorial.

Havia, porém, uma desvantagem: a de não poder observar com maior precisão as fantasias individuais da criança em relação ao seu tratamento e, portanto, de não poder compreender essas fantasias individuais junto à criança.

A entrada de um membro novo no grupo, em contrapartida, muitas vezes era feita por intermédio de uma entrevista individual. Como o contrato era formalmente explicitado durante essa entrevista, não havia a necessidade de refazê-lo por ocasião da entrada da criança no grupo.

Dessa forma, podíamos trabalhar a emergência espontânea da ansiedade do grupo frente ao novo integrante e suas fantasias em relação a ele.

As linhas gerais do contrato como eram realizados com as crianças eram as seguintes:

- Apresentação dos terapeutas.
- Colocação dos objetivos do tratamento: o tratamento se denomina ludoterapia de grupo e tem por objetivo a compreensão dos sentimentos e emoções da criança que a impedem de crescer, de se desenvolver emocionalmente e de se sentir bem.
- O tratamento é realizado por meio de sessões semanais de sessenta minutos de duração onde as crianças estão juntas, brincando ou se expressando livremente.
- Essas sessões ocorrem sempre em dias e horários fixos. Deixa-se claro o dia e horário.
- O que ocorre nas sessões de tratamento infantil não é, de forma alguma, exposto aos pais ou a quaisquer outros que não façam parte do grupo.
- O término do tratamento deve ser trabalhado com antecedência pelo grupo, isto é, quando alguma criança estiver pensando em interromper o tratamento deve comunicar com antecedência seu grupo. Interrupções abruptas devem ser evitadas.

- Colocação da necessidade da frequência semanal sem faltas para que o tratamento possa se realizar o mais satisfatoriamente possível.
- Combinação sobre a forma de funcionamento em férias, feriados e greves do serviço público.
- Apresentação da caixa lúdica fechada e do espaço da sala, colocando que os terapeutas prepararam uma caixa que contém um material para todo o grupo, o qual podem utilizar como quiserem dentro do espaço daquela sala.
- Colocação dos limites de forma clara: não podem machucar a si ou aos outros e nem quebrar ou destruir as coisas da sala.
- Explicação do funcionamento do grupo: se aberto ou fechado de acordo com a combinação prévia entre terapeutas.
- Apresentação do observador, se houver, dizendo que ele está ali para anotar algumas coisas, e que essas anotações são importantes para os terapeutas trabalharem melhor com o grupo.

ZIMMERMANN (1971, pág.59-60) coloca que:

*"o grupo pode ser aberto ou fechado quanto à recepção de novos pacientes. Em um grupo aberto, quando se produz uma vaga — por alta ou abandono do tratamento — esta é preenchida por outro paciente. Em um grupo fechado os mesmos pacientes seguem no grupo inicial até o fim do tratamento. Os componentes que iniciam o tratamento são os mesmos que prosseguem até obter alta. Deste modo, produzindo-se um abandono, não há substituição do paciente e o grupo prossegue, ainda que incompleto, o tratamento."*

Os primeiros grupos de criança, realizados no Setor Infantil, funcionaram num sistema intermediário, entre o grupo aberto e o grupo fechado. Permaneciam abertos durante as primeiras semanas para a entrada de novos membros. Após um tempo, pré-determinado pela equipe, que variava entre duas semanas a dois meses, não

era mais permitida a entrada de novas crianças, mesmo que houvesse desistências. Esse sistema de funcionamento era chamado, por nós, de semi-aberto.

O tempo de funcionamento variava em torno de seis a doze meses, em média, incluindo aí o tempo de férias, sendo que a equipe que iria trabalhar com o grupo definia esse tempo, de acordo com suas possibilidades e as do ambulatório. O trabalho era realizado, então, com tempo pré-determinado para seu início e término.

Os grupos de crianças do Setor Infantil funcionavam, conjuntamente, com o respectivo grupo de mães que se reunia à mesma hora, dia e local, mas em salas diferentes. O grupo de mães não se constituía em um grupo de psicoterapia. Era um grupo que se propunha a acompanhar as mães, durante o tempo que estas permaneciam no ambulatório aguardando seus filhos, que participavam da ludoterapia grupal. Tinha como objetivo trabalhar as angústias das mães relativas ao desenvolvimento emocional e ao processo terapêutico do filho, servindo de continente a essas angústias e possibilitando uma maior compreensão desses processos. (ARRUDA, 1991, pág.17-18)

A experiência com os grupos infantis foi se desenvolvendo e pudemos participar dela até o ano de 1991, quando o Setor Infantil já havia realizado dez grupos. Durante esse tempo, algumas modificações na forma do atendimento puderam ser efetuadas pela equipe já amadurecida pelas vivências de então.

Mais especificamente, foi na reunião clínica para finalização do oitavo grupo infantil que pudemos sentir uma maior segurança para a concretização dessas mudanças que há muito eram discutidas mas para as quais não nos sentíamos amadurecidos. Na verdade, havia uma resistência em mudar, relacionada com fantasias da equipe, de ordem inconsciente.

Essas mudanças incluíam a passagem do funcionamento semi-aberto, com tempo determinado do término do tratamento, para um sistema aberto, com tempo indeterminado para o término. Também, foi modificada a forma de finalização, abandonando-se o procedimento avaliativo final, apoiado nos testes projetivos, e adotando-

se um método mais compreensivo, levando-se em conta a observação e o conhecimento adquirido, em relação à criança, durante todo o processo de tratamento.

Outra questão importantíssima, foi a introdução de pais nos grupos que anteriormente só eram destinados à mães, embora já alguns avós e pais, timidamente, houvessem arriscado uma participação.

Pensamos, inicialmente, que essas modificações trariam muitas dificuldades de ordem prática. Na realidade, essas dificuldades não existiram e as modificações vieram a enriquecer ainda mais uma experiência já gratificante.

Tais alterações na forma de funcionamento não foram, no entanto, incorporadas a todos os grupos dali em diante, mas de certa forma, predominaram. Dependendo, porém, das condições ambulatoriais ou das preferências pessoais dos profissionais, as formas anteriores puderam ser normalmente realizadas.

#### **2.4. PEQUENO HISTÓRICO DOS GRUPOS DE PSICOTERAPIA DE CRIANÇA DESENVOLVIDOS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL INFANTIL DA UNICAMP NO PERÍODO DE 1987 A 1990.**

- 1978: criação do Setor de Psiquiatria e Psicologia Médica Infantil, atual Setor de Saúde Mental Infantil da UNICAMP, ligado ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da F.C.M., UNICAMP.
- 1982: Primeira proposta para a montagem de um grupo de psicoterapia de criança não realizado devido a não haver, no Setor Infantil, nenhum supervisor que pudesse orientar o trabalho.
- 1985: montagem de um grupo de crianças psicóticas, desenvolvido por meio do uso de técnica de musicoterapia por residentes do Setor Infantil; neste ano também houve uma nova proposta de montagem de um grupo de psicoterapia de criança utilizando-se a

técnica do brincar e outra vez não houve nenhum coordenador disposto a supervisionar o trabalho.

- 1986-primeiro semestre: realização de um Grupo de Espera dirigido a mães; se propunha a lidar com algumas angústias das mães provenientes da espera do tratamento do filho; segundo semestre: criação do Grupo de Orientação de Mães e, posteriormente, do Grupo de Encontro de Mães, o primeiro trabalhando mais em linha de orientação e o segundo em linha mais reflexiva.
- 1987-agosto: apresentação de um projeto de trabalho relacionado ao atendimento de grupos de psicoterapia de criança aceito pelo Setor Infantil. Seguiram-se várias reuniões para discussão desse projeto de trabalho nas quais procurou-se embasá-lo técnica e teoricamente, bem como adaptá-lo à forma de funcionamento do Ambulatório de Saúde Mental Infantil naquela época.
- 1987-setembro: início do primeiro grupo de psicoterapia de criança (GIP 1) e, logo em seguida, do segundo grupo (GIP 02) e de seus respectivos GAM (Grupo de Acompanhamento de Mães); estes últimos objetivavam trabalhar as angústias das mães relativas ao desenvolvimento emocional e ao processo terapêutico do filho. Tais grupos funcionaram por dez meses, até junho de 1988, em sistema semi-aberto, com tempo determinado para início e término.
- agosto/1988 a junho/1989: realização dos GIP 03 e GIP 04.
- abril/1989 a setembro/1989: funcionamento dos GIP 05 e GIP 06.
- setembro/1989 a março/1990: realização dos GIP 07, GIP 08 e GIP 09. Na supervisão de finalização do oitavo grupo de criança, a equipe se posiciona a favor de mudanças significativas em relação à forma de funcionamento desse tipo de atendimento, forma essa que vinha sendo utilizada até então.
- 1990/abril: início do décimo GIP, já utilizando as mudanças decididas: funcionaria em sistema aberto, sem tempo determinado para término, não se procedendo mais, também,

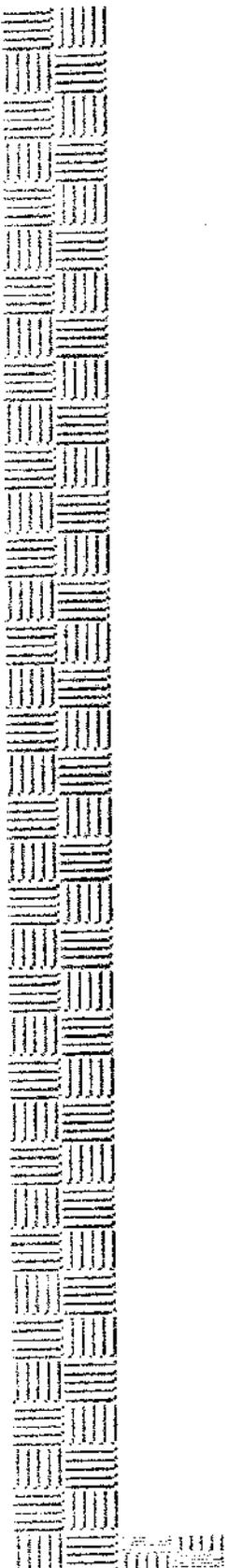
a um processo avaliativo final das crianças, buscando, em contrapartida, uma compreensão de seu desenvolvimento durante todo o tempo do tratamento grupal. Também, começa a funcionar o primeiro GAP- Grupo de Acompanhamento de Pais.

Neste capítulo, nossa intenção foi localizar o leitor em relação aos trabalhos com psicoterapia de grupo de criança que foram realizados no Setor de Saúde Mental Infantil, desde 1987 até o ano de 1990, inclusive: seu histórico, desenvolvimento e, de uma forma geral, as influências teóricas que receberam como base.

Dentre todas estas influências, na presente dissertação, destacaremos dois livros-textos que serviram como bases iniciais para os grupos de criança e que nos auxiliaram desde seu planejamento até seu desenvolvimento posterior.

São eles: “Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico” de GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976) e “Édipo em grupo: psicanálise e grupo de crianças” de DECHERF (1986). Esses livros-textos nos trouxeram os principais fundamentos teóricos e técnicos que possibilitaram iniciar nossa prática clínica, junto aos grupos.

Passaremos, então, nos próximos capítulos, à revisão das principais idéias contidas nos textos citados e à análise de suas influências em nossos atendimentos de grupo com crianças.



***3. Revisão e discussão das principais idéias  
contidas no livro “Psicoterapia de grupo :  
enfoque psicanalítico” dos autores L.  
Grinberg, M. Langer e E. Rodrigué***

No Setor de Saúde Mental Infantil da Unicamp, por ocasião do início de nossa experiência de atendimentos de grupos, procuramos estudar alguns livros-textos, de diferentes autores, que pudessem nos auxiliar na compreensão do funcionamento grupal.

Ao nos depararmos com a obra *“Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico”* de autoria de GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976), tivemos uma grata surpresa.

Primeiro, porque nos encontrávamos diante de autores argentinos que, por serem de um país vizinho ao nosso, devido a haver uma certa semelhança de nossas culturas e necessidades, nos ofereciam idéias e pensamentos com os quais mais facilmente nos identificávamos.

Em segundo lugar, porque se tratava de autores que possuíam uma formação psicodinâmica e psicanalítica: já estávamos familiarizados com a linguagem utilizada por outros autores argentinos que influenciaram profundamente nossa própria formação em linha psicodinâmica como KNOBEL (1977), ABERASTURY (1982), BLEGER (1980) e SOIFER (1985).

Em terceiro lugar, por serem autores que, além de argentinos de formação psicodinâmica, assim como nós, se interessavam em trabalhar e compreender os grupos terapêuticos.

Dessa forma, houve, de imediato, uma identificação de nossa parte com os autores citados no que se referia aos objetivos, interesses, procedimentos técnicos e embasamento teórico.

Os seminários realizados por nós para o estudo desse livro-texto<sup>6</sup>, do qual participamos como alunos, foram momentos relevantes e de extrema importância para o desenvolvimento posterior dos grupos de psicoterapia de criança e, praticamente, semeou

---

<sup>6</sup> Esses seminários foram realizados no decorrer do III Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicologia Clínica da Infância, promovido pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, da F.C.M., Unicamp, durante os anos de 1986 e 1987.

em nós o desejo de realizá-los e a confiança de que seria possível entender seu funcionamento do ponto de vista psicodinâmico.

Pretendemos, nesse capítulo, destacar alguns pontos teóricos e técnicos abordados por esses autores, que foram significativos no desenvolvimento de sua prática com grupos. Teceremos, também, alguns comentários críticos sobre cada tema estudado.

### 3.1. SOBRE AS BASES TEÓRICAS E A HISTÓRIA DA PSICOTERAPIA DE GRUPO

O primeiro ponto que nos chamou a atenção, ao estudarmos o referido livro texto de GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág. 14), foi o postulado básico, defendido por esses autores, sobre a necessidade de se considerar o grupo como uma totalidade expressiva, aspecto mencionado desde o início do texto:

*“O diálogo, que se apresentava banal, se considerado isolada e superficialmente, adquiria um interesse singular, a partir do momento em que se passava a encará-lo como uma produção conjunta e se tentava inferir seu significado emocional subjacente.”*

Realmente, para nós havia um interesse especial em estudarmos esse aspecto pois, por já estarmos realizando alguns atendimentos grupais, embora não fossem atendimentos em psicoterapia de grupo (ARRUDA, 1989, pág.30-31), a visão do conjunto e as idéias, que o grupo como um todo nos proporcionava, eram consideravelmente mais ricas, significativas e abrangentes do que se considerássemos as comunicações isoladas ou individuais.

Estabeleceu-se assim, portanto, o primeiro ponto em comum com esses autores que foi ratificado, ainda mais, quando, na introdução e no primeiro capítulo de sua obra, deixaram claro a importância, para a ciência e para a humanidade, das generalizações e do trabalho integrador realizado por Freud, por meio da psicanálise. Consequentemente,

pudemos perceber todo um enfoque psicodinâmico, como base primordial dos trabalhos realizados em psicoterapia de grupo por esses autores.

Segundo GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.21-23), Freud veio unificar dualismos antes considerados irredutíveis como normal-patológico, consciente-inconsciente e o clássico dualismo corpo-mente, integrando-os em um sistema amplo, complexo e dinâmico.

No campo da sociologia, citaram três relevantes contribuições deixadas por Freud para a compreensão do dualismo indivíduo-sociedade: o reconhecimento da importância do meio ambiente no desenvolvimento emocional do indivíduo; a teoria do super-ego, que implica em que as figuras de autoridade e a sociedade, em sua complexidade, são assimiladas na estrutura da personalidade do indivíduo a partir da crise edípica, por meio da internalização das figuras paternas; o método analítico, que implica em uma visão do homem em interação constante com a sociedade em que vive, integrando de forma compreensiva sua história passada e seu momento presente, inclusive por meio da compreensão do conflito transferencial.

Para esses autores, o campo psicanalítico é delimitado pelo paciente e pelo terapeuta e, portanto, utiliza-se do método psicológico bipessoal; já a psicoterapia de grupo ou microsociologia, como os autores preferem chamar, se ocuparia do:

*“estudo de grupos reduzidos e das relações multipessoais que se criam em seu seio. A microsociologia apresenta um novo enfoque, compreendendo um campo intermediário entre a psicologia e a sociologia, trazendo, conseqüentemente, novos conhecimentos a ambas as ciências.” (GRINBERG et al., 1976, pág.37)*

Dessa forma, interessavam-se em delimitar um novo campo de estudo, distinto da sociologia e da psicologia, ao qual chamavam de microsociologia, que poderia ser investigado por meio da psicoterapia de grupo: *“Na realidade, apenas com grupos*

*reduzidos conseguimos manter um contacto mais ou menos íntimo, constituindo os verdadeiros padrões de nossa vida social.” (GRINBERG et al. , 1976, pág.29)*

Ao realizarem a revisão histórica de meio século de psicoterapia de grupo, GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.37), mais uma vez, nos esclareceram com seus conhecimentos, dando-nos uma visão das diferentes correntes existentes na prática da psicoterapia de grupo, desde seu início com Pratt, em 1905, por meio do acompanhamento de um grupo de tuberculosos.

A técnica, desenvolvida por Pratt, se denomina “Terapia Exortiva Paternal” e se caracteriza por utilizar os sentimentos que aparecem no decorrer do grupo, manipulando-os, deliberadamente, para atingir seus objetivos. Por exemplo, utiliza sentimentos de disputa e rivalidade, dependência e idealização, que normalmente ocorrem em qualquer grupo, para que seus integrantes alcancem resultados positivos. No entanto, embora exorte tais emoções, não tenta compreendê-las nem interpretá-las. É considerada técnica paternal, por estimular o sentimento de idealização do terapeuta no grupo, recompensando o “bom paciente” que busca se assemelhar, cada vez mais, aos líderes.

Já a “Terapia de Estrutura Fraternal” — embora se utilize também das emoções coletivas sem procurar entendê-las, como, por exemplo, o sentimento de solidariedade, o vínculo e a união — evita a formação de líderes, “*estimulando a homogeneização dos integrantes, apoiando-se nessa igualdade, para obter seus objetivos terapêuticos*” (GRINBERG et al., 1976, pág 38). Nesse tipo de terapia de grupo, o conteúdo das conversas dos pacientes reunidos não tem a menor importância, desde que se crie esse clima de união fraternal e igualdade.

Uma terceira corrente, que surgiu de forma significativa no desenvolvimento da história das psicoterapias de grupo, foi a técnica de “Terapia Grupal de Orientação Psicanalítica” que introduz a interpretação — procedimento de orientação psicanalítica — no ambiente coletivo. Ao utilizar a interpretação, “introduz um instrumento capaz de compreender e modificar os dinamismos mais profundos do grupo e, portanto, de transformar sua estrutura” (GRINBERG et al., 1976, pág.34). O procedimento sugestivo,

que era utilizado pelos outros tipos de grupos terapêuticos, estudados anteriormente, aqui é substituído pela interpretação.

Esses autores destacam duas formas de orientação da terapia grupal psicanalítica.

A primeira seria a terapia interpretativa individual no grupo, que utiliza o discurso individual para elaborar a interpretação, e a dirige ao próprio indivíduo, dentro do grupo. Emprega, no entanto, *“um artifício que consiste em buscar a unificação do grupo, de várias maneiras, de modo a que a interpretação oferecida em seu seio seja válida para todos (ou para a maioria) dos participantes”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.34-35).

Para isso procura: a-) montar grupos homogêneos em relação à patologia, sexo, idade, nível sócio-econômico, etc; b-) realizar estrita seleção dos integrantes, evitando membros que difiram da norma imperante, ou que apresentem grave doença mental, o que poderia interferir no curso das sessões; c-) realizar a preparação prévia do grupo quanto ao tema que poderá ser discutido na sessão, unificando o grupo em torno desse tema.

A função do terapeuta, na terapia interpretativa individual no grupo, consiste em *“orientar e manter a discussão e, eventualmente, interpretar as causas ou motivação de um determinado problema”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.35) que é apresentado por um indivíduo dentro do grupo, sendo a interpretação dirigida a esse indivíduo. Espera-se que, por se tratar de um grupo homogêneo e previamente preparado, seus resultados alcancem os outros integrantes do grupo.

A segunda forma de orientação da terapia grupal psicanalítica, seria a técnica interpretativa de grupo. Nela, o grupo é o fenômeno central, ponto de partida de toda e qualquer interpretação, sendo que *“a situação transferencial no grupo é determinada pela interação de todos os seus participantes”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.38); não minimiza, no entanto, a importância do indivíduo dentro do grupo, considerando que:

*“o individual deve ser sempre contemplado dentro de um marco coletivo, a partir do qual se manifesta. (...) Trata-se de uma psicoterapia ‘do’ grupo e*

*não do indivíduo 'no' grupo, ou dos pacientes 'pelo' grupo." (GRINBERG et al., 1976, pág.36)*

#### COMENTÁRIOS:

No Ambulatório de Saúde Mental Infantil, por ocasião da montagem dos trabalhos realizados em terapia de grupo de criança, já havíamos participado de grupos de atendimento psicológico para mães, segundo o descrito por ARRUDA (1989, pág.30-41), e pudemos nos identificar com a prática utilizada pelos autores da terapia grupal de orientação psicanalítica, com a utilização da técnica interpretativa de grupo, já que tínhamos utilizado, para o atendimento das mães, a compreensão do grupo como um todo.

Resolvemos, então, usar esse aspecto da técnica de adultos, também, no atendimento dos grupos de criança e percebemos que, de igual forma, nesses grupos, a visão do conjunto dos jogos e comunicações realizados pelas crianças, nos trazia uma compreensão mais rica e abrangente do que se considerássemos os jogos e atitudes individuais.

Especificamente, para GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.28), havia um campo de estudos e de interesses que denominavam de microsociologia. Quanto a nós, embora procurássemos utilizar a técnica interpretativa do grupo como um todo, interessava-nos o indivíduo e seu mundo mental, expresso dentro do grupo. Estudávamos o grupo e seu funcionamento como forma de expressão do mundo mental individual e grupal, ou, dizendo de outra maneira, as formas de expressão coletiva dos mecanismos psíquicos individuais, mantendo-nos dentro do campo da psicologia.

Podíamos pensar que esta divergência de propósitos nos trouxesse dificuldades posteriores, com relação à compreensão dos diversos temas que se seguiriam em discussão pelos autores, o que, na verdade, não se verificou.

Os princípios fundamentais da psicoterapia de grupo, colocados no primeiro capítulo desse livro-texto, tanto os relativos ao campo psicanalítico individual quanto às noções gerais concernentes aos atendimentos realizados com grupos, nos foram de grande

valia, por nos inserirem dentro de um contexto teórico e histórico significativos para um melhor entendimento da técnica que iríamos aplicar.

### 3.2. SOBRE O GRUPO SOCIAL E O GRUPO TERAPÊUTICO

Para GRINBERG *et al.* (1976, pág.46), a diferença essencial do grupo social e do grupo terapêutico está na presença do terapeuta que, por meio de uma atitude de neutralidade, *“pode ver, intuir e vivenciar os conflitos reais, por detrás das aparências”* oferecendo aos integrantes do grupo a *“oportunidade de conhecê-los, mediante suas interpretações”*.

O primeiro grupo, ao qual o indivíduo estaria ligado, seria o grupo familiar onde nasce, se desenvolve, estabelece as primeiras ligações de objeto e vivencia os primeiros conflitos, havendo a influência dos primeiros anos de vida sobre a formação de seu caráter e saúde mental, bem como sobre a forma como lidará com os grupos dos quais participará, no futuro. Tenderá a repetir, na relação bipessoal ou na relação grupal, o tipo de vínculo que experimentou em suas relações primárias, em especial na vivência edípica.

Nesse ponto do texto, GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.40) fazem uma explanação do desenvolvimento infantil do ponto de vista psicodinâmico, falando, primeiramente, sobre a dependência inicial do ser humano da mãe, ou do substituto materno, durante os primeiros anos de vida, numa relação bipessoal. Posteriormente, se desenvolveria a relação com um terceiro — o pai — estruturando-se, a partir daí, uma relação tripeessoal, estabelecendo-se as bases do conflito edípico.

Para esses autores:

*“A constelação edípica interessa particularmente à psicologia de grupos, por constituir o primeiro conflito tipicamente social que a criança sofre. O caráter social não é determinado pelo fato de serem 3 os personagens do drama edípico. As primeiras situações vividas pelo par mãe-filho são, de certo modo,*

*sociais, embora não tenham esse caráter, dentro da perspectiva da criança.”*  
(GRINBERG *et al.*, 1976, pág. 41)

Mas, a relação bipessoal do início da vida não é considerada por eles como tipicamente social. Seria uma condição relativamente social, pois o bebê não vê a mãe como objeto separado dele:

*“A criança deve adquirir certo grau de maturidade antes que possa conceber a existência de pessoas semelhantes, mas independentes de si próprio. O reconhecimento do ‘outro eu’ ocorre em relação ao conflito edipiano; a introdução do pai na constelação emocional da criança atua como agente catalizador.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.42)

Citando os postulados de M. Klein, esses autores falam de uma contínua interação entre o mundo interno e externo da criança pequena, desde o início da vida:

*“este mundo fantasmático interno é tão vivido e real como o mundo externo, sendo que as imagens que o povoam exercem uma influência decisiva. Daí se falar de uma sociedade interna, constituída por um sistema de objetos internos.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.42-43)

A família e a cultura em que o indivíduo está inserido, oferecem-lhe um padrão básico de comportamento que, paulatinamente, o levam a controlar a natureza fantasmática de seu mundo interior. Esses autores, então, destacam:

*“Daí se concluir que o desenvolvimento normal das relações interpessoais, nos anos formativos da infância, sejam de importância vital para a futura adaptação à sociedade (...) De qualquer modo, é evidente que, quando o indivíduo penetra no mundo extrafamiliar, sua atitude dependerá de dois fatores: a capacidade de adaptação adquirida em seu lar, através de experiências bem sucedidas, e a atitude assumida pelo grupo extrafamiliar ao recebê-lo”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.43)

Nos grupos sociais, dificilmente o indivíduo estaria livre de repetir, compulsivamente, as vivências de sua história primitiva, estabelecendo um círculo vicioso sem fim.

No grupo terapêutico, o terapeuta, por não estar envolvido emocionalmente no interjogo da compulsão à repetição, pode ver mais claramente o conteúdo latente por trás daquilo que é manifesto pelo grupo e, ao realizar a interpretação, permite aos seus integrantes adquirir uma maior compreensão, por meio do “insight” restaurador, o que romperia o círculo vicioso da compulsão à repetição:

*“a cura se inicia quando partes em luta se unem, quando o grupo se integra; o mesmo ocorrendo quando, em um indivíduo, desaparecem os conflitos internos que o mantém dividido. Para que isto aconteça, o indivíduo ou o grupo têm que adquirir, antes de mais nada, o insight, ou seja, a compreensão de si mesmo e de sua culpa, não uma compreensão intelectual, mas uma compreensão vivencial e total.” (GRINBERG et al. , 1976, pág.51)*

Para esses autores os dois pilares sobre os quais o terapeuta assenta sua interpretação são os seguintes:

*“1) considerar o que for expresso pelos membros de um grupo como produto da interação das fantasias e vivências individuais, levando em conta que cada um procura ‘colocar’ os demais nos papéis que correspondam a tais fantasias; 2) considerar o grupo como um todo, ou seja, como uma única personalidade, dividida em ‘egos’ parciais.” (GRINBERG, et al. ,1976, pág.49)*

Os elementos desintegradores de um grupo terapêutico estariam ligados aos sentimentos relativos ao conflito edípico — a inveja, o ataque e a culpa — enquanto que os elementos integradores ou, segundo os autores, os elementos curativos, seriam a coesão e integração trazidas pelo “insight”, a reparação, a projeção e a introjeção de algo novo, menos destruído.

Em um plano, esses autores analisam os sentimentos edipianos da culpa e inveja que aparecem no material produzido pelo grupo. Em outro plano, analisam a existência simultânea de ansiedades de caráter mais primitivo, como as ansiedades paranóides, esquizóides e depressivas estudadas por Melanie Klein e seus seguidores. Bion, inclusive, demonstrou o importante papel que tais ansiedades exercem no funcionamento dos grupos.

#### COMENTÁRIOS:

Nesse capítulo GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.39-55) confirmaram suas influências analíticas ao nos colocar em contato com uma visão psicodinâmica do desenvolvimento do indivíduo, o que foi de extrema importância para podermos entender, na época da montagem dos grupos de criança, a possibilidade de se exercer o raciocínio analítico, em relação ao funcionamento do grupo terapêutico, e de realizar a interpretação.

Estamos de pleno acordo com esses autores quanto a influência dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil, a influência dos modelos de relação de objetos desenvolvidos no grupo familiar e quanto ao mecanismo de compulsão à repetição determinando a forma com que o indivíduo vai desenvolver suas relações nos grupos sociais de que fará parte.

No entanto, embora esses autores falem dos aspectos primitivos do desenvolvimento infantil estudados por Klein — como as fantasias inconscientes presentes no bebê desde o início da vida e a existência de ansiedades persecutórias e depressivas dentro do grupo — ao nosso ver, dão particular importância ao conflito edípico por constituir, segundo eles, *“o primeiro conflito tipicamente social que a criança sofre”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.41)

Em nossos estudos, percebemos que, com o decorrer dos trabalhos realizados com os grupos de criança, nossos interesses se voltavam para a compreensão das ansiedades e defesas mais primitivas, tendo estas como tema central de nossas observações,

o que veio a exigir de nós o empenho em estudar mais a fundo os postulados de M. Klein e Bion. Talvez pelo fato de lidarmos com crianças em grupo, enquanto os autores GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976) tratavam de adultos, o material eclodia nas sessões grupais de uma forma bastante espontânea, evidenciando claramente seu caráter regressivo.

Um outro ponto importante a ser comentado, é o objetivo claro que esses autores mostravam de buscar a cura, referindo-se muitas vezes aos aspectos curativos, como o “insight”, a reparação e a integração. Nosso propósito porém não era a cura, já que estávamos nos iniciando nessa nova forma de atendimento, mas sim, promover o desenvolvimento do grupo e dos indivíduos que o integravam por meio da compreensão dos mecanismos psíquicos grupais, da interpretação e do “insight”.

Foi-nos de extrema valia a técnica de interpretação utilizada por esses autores, técnica esta centrada em dois pilares, ou seja, considerar a comunicação individual como expressão da interação das fantasias comuns aos membros do grupo e considerar o grupo como um todo expressivo.

### **3.3. ALGUNS ASPECTOS PRÁTICOS DA PSICOTERAPIA DE GRUPO**

Segundo GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.57-58), do ponto de vista sociológico, para que um grupo se forme há a necessidade de que seus membros compartilhem de normas e objetivos comuns sobre algo em particular; os papéis sociais de seus membros devem se encontrar interligados num sistema interdependente; a mudança no papel de um membro determina mudança para todos.

O grupo, do ponto de vista psicológico e terapêutico requer, além de tudo isso, a união especial ou coesão em seu seio; tem um objetivo comum, no caso a cura dos sintomas; o terapeuta desempenha o papel de líder e realiza a interpretação proporcionando o “insight”.

*“Formalmente, poderíamos defini-lo como um conjunto de pessoas que se reúnem em um local determinado ( o consultório médico, por ex.), a uma hora estabelecida de comum acordo, e que compartilhem uma série de normas, tendentes à consecussão de um objetivo comum: a cura. Todas essas pessoas, e cada uma delas em particular, desempenham, inconscientemente, determinados papéis ou funções em estreita ligação de interdependência. Enquanto seus papéis estão sujeitos a mudanças contínuas, o terapeuta desempenha o papel de líder formal do grupo. Isto não impede que, simultaneamente, o grupo atribua, tanto a ele, como aos observadores, as mais diversas funções ou papéis.” (GRINBERG et al., 1976, pág.58)*

A primeira função do terapeuta, como líder formal, seria constituir o grupo de forma adequada, tentando formar um grupo com possibilidades de estabelecer a coesão necessária para funcionar, de forma a adquirir vida própria e continuidade.

Esses autores sugerem que o ideal seria evitar contatos individuais entre o terapeuta e os pacientes, antes do grupo ou fora dele, sejam esses contatos de caráter explicativo, com função diagnóstica, ou mesmo para entrevistas:

*“Quando possível, nos abstermos de um contato individual prévio com o paciente, para evitar o desenvolvimento de laços transferenciais, fora da situação terapêutica escolhida, ou seja, fora do grupo. Preferimos desconhecer sua história íntima para não perder a visão geral do grupo, em função da qual estará atuando, nem nos sentirmos inclinados a interpretações individuais.” (GRINBERG et al , 1976, pág.59)*

Sustentam, tais autores, que as informações prévias fazem com que o paciente use da intelectualização, baseado nos conhecimentos adquiridos, para se defender da angústia característica do início de qualquer trabalho terapêutico, fonte importante para interpretação e para o desenvolvimento inicial do tratamento.

Para eles, é necessário conhecer previamente apenas os dados mais importantes como a idade, sexo, nível intelectual, social e diagnóstico, para podermos integrar o paciente no grupo mais adequado a ele.

Estando o grupo em funcionamento, um fator integrador seria a comunicação que seus integrantes vão pouco a pouco estabelecendo, sendo que os limites dessa comunicação é fixado pelo próprio grupo. Inicialmente, os integrantes podem parecer assustados ou reticentes, pois não é fácil quebrar as resistências ao trabalho de comunicação livre, dentro de um grupo de pessoas que não se conhecem e sem qualquer garantia de discrição. Mas :

*“existem fatores particularmente determinantes da coesão do grupo, que contribuem para a criação de uma atmosfera de permissibilidade e solidariedade, facilitando a exposição de intimidades. Criar-se-ia uma forma de estímulo recíproco, tendente a facilitar uma colocação, cada vez mais minuciosa e profunda, dos respectivos problemas.” (GRINBERG et al., 1976, pág.62)*

Por exemplo, pode-se criar um clima de simpatia e compreensão, nas primeiras sessões, que facilita o trabalho inicial do grupo.

Mesmo os membros que se mantêm em silêncio se beneficiam do trabalho do grupo, à medida que este avança e se aprofunda em seus temas. Isto acontece por dois motivos: o grupo constitui-se como uma totalidade expressiva; os conflitos expressos por qualquer integrante contêm, de forma latente ou manifesta, algo que também pertence aos demais participantes. (GRINBERG et al., 1976, pág.79)

A qualidade da composição do grupo também pode promover uma maior ou menor coesão: o número de participantes, a idade, o sexo, o tipo de personalidade dos indivíduos que o formam, a peculiaridade dos sintomas e o nível sócio-cultural de seus integrantes.

Alguns terapeutas grupais sustentam que deve ser usado um critério de homogeneidade, em relação a esses pontos, ao ser composto o grupo, fundamentando-se nas vantagens evidentes de uma comunicação e interrelacionamento, facilitados pelos aspectos comuns existentes entre seus membros. Quanto maior os pontos em comuns entre os integrantes de um grupo, maior seria sua capacidade de integração.

GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.65), ao contrário, sugerem que, na medida do possível, sejam formados grupos mistos em relação ao sexo e heterogêneos em relação à sintomatologia, nível sócio-cultural e tipo de personalidade, evitando-se, é claro, que as diferenças cheguem a extremos que não sejam suportados pelo grupo. Grupos mistos e heterogêneos, se aproximariam mais dos grupos naturalmente encontrados na sociedade, além de que podem trazer um equilíbrio, resultante da junção de personalidades opostas, o que favoreceria a expressão de características psicológicas reprimidas.

Com relação aos critérios de indicação, esses autores recomendam a psicoterapia de grupo para todo tipo de neurose e psicose, distinguindo-se, neste último caso, se estariam submetidos a atendimentos ambulatoriais ou a atendimentos em instituições que se prestam a internação; recomendam-na, também, para pacientes que possuem dificuldades no convívio social por serem extremamente inibidos ou reprimidos; para pacientes que apresentem clara rejeição à psicoterapia individual; para aqueles que se dedicam ao trabalho com dinâmicas de grupos humanos ou ao conhecimento de seus processos psicossociológicos; aos que desejam complementar os resultados de sua própria psicoterapia individual; aos que sentem-se atraídos por ela, pelas vantagens econômicas ou por uma demanda menor de tempo, embora a psicoterapia de grupo tenha méritos próprios, suficientes para poder ser indicada como um método de significativo valor terapêutico, por si só. (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.67)

A psicoterapia de grupo seria contra-indicada nos casos de grave depressão e de pessoas que denotam tendências suicidas, bem como personalidades psicopáticas graves que poderiam exercer uma influência negativa nos demais integrantes do grupo.

Os psicóticos mais comprometidos poderiam ser colocados em grupos especiais, enquanto que um ou outro paciente “borderline”, segundo esses autores, seriam bem tolerados em um grupo de neuróticos e, pela sua especial sensibilidade e poder de captação dos mecanismos inconscientes, poderiam, inclusive, se projetarem como líderes regressivos do grupo.

No entanto, esses autores evitam a colocação de *“certos pacientes, tipo borderline, que podem chegar a se converter em fatores de perturbação para o bom funcionamento do grupo”*, monopolizando a atenção, e em nada contribuindo para a coesão grupal. Também consideram inadequada, a introdução de *“pacientes que apresentam sintomas de grandes desvios sociais (como, por exemplo, antecedentes criminais), assim como personalidades psicopatas muito impulsivas.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.68-69)

Quanto ao número de participantes, haveria um consenso em torno de cinco a oito membros.

*“O grupo excessivamente numeroso costuma criar pouco spirit de corp, como pode ser demonstrado pelas ausências reiteradas de seus integrantes, enquanto que, os que formam um grupo demasiadamente pequeno, de três ou quatro, se sentem sobrecarregados por uma excessiva responsabilidade. O medo de que a sobrevivência e andamento do grupo dependa de sua assistência e boa vontade lhes tira a liberdade de ação.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.69)

Os autores estudados aqui, inclinam-se a negar o atendimento de membros de uma mesma família, ou muito próximos, em um único grupo, ou mesmo em grupos diferentes, acreditando que as desvantagens procedentes de intensos sentimentos de ressentimentos, ciúmes e inveja superariam em muito as vantagens de facilitação da comunicação e de maior compreensão dos relatos colocados no contexto grupal.

Com relação ao funcionamento, optam pelo atendimento semanal pois consideram um ritmo aceitável e satisfatório para a boa evolução do grupo, embora reconheçam que duas ou mais vezes semanais poderia trazer um melhor aproveitamento

terapêutico. Evitam, também, prolongar, por um período maior do que uma semana, o intervalo entre as sessões, o que poderia trazer prejuízo para o grupo. Consideram, assim, que *“a regularidade com que se realizam as reuniões é de especial importância para o andamento do grupo.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.70)

O tempo de duração das sessões varia entre uma hora a uma hora e um quarto, mas cada grupo vai desenvolver sua própria forma de lidar com o tempo de que dispõe, se chegam cedo ou tarde, se alguns se atrasam, ou mesmo todos. Cada grupo possui seu ritmo e horário, porém, a forma como lida com seu tempo vai depender dos fatores inconscientes que o mobilizam.

Segundo GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.72), só podemos reconhecer, como início real da sessão, o momento em que o terapeuta chega e se une aos seus pacientes, mesmo quando vários integrantes do grupo comparecem ao tratamento e se reúnem antes do horário combinado, ou depois, por exemplo, na sala de espera.

Com relação ao número mínimo de participantes para o início do grupo, esses autores pensam não haver problemas em se iniciar a sessão com apenas um dos integrantes, já que acreditam que esse integrante seria o representante de todos os ausentes, estando o clima do grupo sempre presente, como pano de fundo, para suas colocações individuais. Mas, julgam ponderado perguntar ao paciente se quer ser atendido individualmente e se pode sentir-se à vontade assim.

Além de haver a classificação dos grupos em homogêneos, heterogêneos e mistos, notamos ainda a distinção entre grupo aberto ou fechado. O grupo aberto é o grupo que vai se modificando constantemente, pois sempre está recebendo novos participantes. Assim, alguns dos participantes vão abandonando o trabalho enquanto outros permanecem, havendo também a entrada de novos membros. Já o grupo fechado é aquele que, desde o início, permanece sem modificações em sua estrutura, não aceitando a entrada de novos participantes.

Independente do grupo ser aberto ou fechado, o que se busca é a unidade do grupo:

*“o ‘nós’, quando usado em sentido não aditivo, poderia equivaler à expressão do grupo psicológico (...) no momento em que o grupo terapêutico se sente especialmente unido, integrado, em uma situação de equilíbrio harmônico e de estabilização, é quando maior sentido adquire o ‘nós’ ” (GRINBERG et al., 1976, pág.74)*

Segundo esses autores, a atitude de unidade não é privilégio do grupo fechado. Muitas vezes, o grupo aberto funciona como um grupo fechado, opondo-se à entrada de novos, para não ver modificada determinada situação ou configuração que tem importância para o grupo, naquele momento.

Quanto ao papel do terapeuta de grupo, esses autores consideram que deve ser de caráter exclusivamente interpretativo, *“evitando tudo que implique participação de normas, instruções ou sugestões de qualquer natureza”*. O terapeuta é o líder formal do grupo e suas intervenções constituem-se em fator dinâmico primordial que dirige e mantém a constituição do mesmo (GRINBERG et al., 1976, pág. 74).

Já a participação do observador é importante para alguns, discutível para outros. Os que utilizam essa prática, a justificam, por exemplo, pela afirmativa de que *“as observações feitas pelo terapeuta estariam, inevitavelmente, viciadas pela interferência de suas próprias emoções no processo que está dirigindo”*. As funções do observador seriam: registrar as comunicações verbais e não verbais ocorridas no grupo; observar e registrar o relacionamento entre os membros do grupo e as mudanças ocorridas de uma sessão para outra; discutir com o terapeuta o que observou, a cada sessão, ao término da mesma; analisar os dados obtidos. (GRINBERG et al., 1976, pág.75)

De uma forma geral, o material, fruto da observação, é de muita valia para o terapeuta pois, com frequência, traz elementos novos e significativos que vêm complementar sua visão do movimento e do desenvolvimento grupal. A formação e

preparo adequado do observador é de extrema importância para que possamos ver os bons resultados dessa prática.

O observador, pelo sua participação silenciosa e seu caráter passivo, facilita, também, as projeções do grupo, servindo como tela branca onde se desdobram as tendências e fantasias inconscientes dos seus integrantes.

Muitos terapeutas, porém, julgam não necessitar do trabalho do observador. Tal decisão, vai depender da segurança e confiança que o terapeuta tem em seu próprio trabalho e da qualidade da relação que é capaz de ter com seus observadores, já que um trabalho em equipe exige capacidade de colaboração e um razoável entrosamento.

#### COMENTÁRIOS:

No terceiro capítulo do livro texto de GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.57-80), esses autores descreveram os aspectos práticos da psicoterapia de grupo que desenvolveram.

Em sua grande maioria, esses aspectos práticos foram também utilizados por nós em nosso trabalho com grupos. Nos identificamos com sua forma de pensar pois, ao nosso ver, tentaram adaptar a técnica da psicoterapia de base analítica individual para a psicoterapia de grupo, com a ressalva de que nós tentamos adaptá-la, ainda, aos grupos de criança.

Para nós, o terapeuta também se constituía no líder formal do grupo, cabendo a ele a tarefa de selecionar seus integrantes e montá-lo.

Tentamos seguir a norma de evitar entrevistas prévias sempre que possível. Porém, por estarmos dentro de um ambulatório de serviço público, muitas vezes, isso não era viável por termos de realizar entrevistas prévias no psicodiagnóstico.

Outras vezes, por ser mais dinâmico e também coerente — segundo nossa forma de pensar os processos de psicoterapia de base analítica para crianças — optamos

por realizar a entrevista de contrato, com a criança e seus pais, antes de entrarem em seus respectivos grupos, efetuando, portanto, um procedimento de caráter individual.

Estas entrevistas não tinham um caráter explicativo, mas de comunicação da forma de funcionamento do tratamento, bem como das regras do contrato. Consideramos que, dessa maneira, a situação de impacto, gerada pelo primeiro contato com o grupo, era preservada, não prejudicando o aparecimento das ansiedades iniciais, fonte importante para o trabalho interpretativo no princípio do funcionamento grupal.

Quanto aos critérios de seleção e agrupamento, procuramos montar grupos mistos em relação ao sexo e heterogêneos em relação à patologia e ao nível sócio-cultural, respeitando o critério de heterogeneidade defendido por esses autores. No entanto, fomos cuidadosos com alguns limites relativos às idades das crianças, agrupando as menores separadas das maiores.

Também, respeitamos a forma de pensar dos autores quanto a evitar a colocação, em grupo, de casos de séria depressão ou de personalidades psicopáticas consideradas graves.

Coincidimos, novamente, nossa maneira de pensar, sobre o número ideal de participantes do grupo: oito participantes, em média; porém, nem sempre nos era possível atendermos um grupo com número ideal de integrantes. Pela demanda ambulatorial que, naquela época, era significativa, muitas vezes nossos grupos superavam, em muito, esse número.

Realizamos sessões semanais e o tempo de duração era de, no mínimo, uma hora, tempo e frequência considerados bons por esses autores.

Alguns grupos funcionaram em sistema aberto, outros funcionaram num sistema que chamamos de “semi-aberto” pelo fato de, inicialmente, aceitarem a entrada de novos membros e, depois de um ou dois meses, funcionarem de forma fechada, não aceitando mais a entrada de novos participantes.

Inicialmente, na ocasião da montagem dos primeiros grupos realizados no Setor Infantil, trabalhamos com um quorum mínimo de três participantes.

Com relação a esse aspecto da técnica, diferimos dos autores GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.71), pois julgamos que o trabalho com um paciente único poderia trazer uma dificuldade de ordem técnica, ou seja, a mudança do enfoque grupal para o individual. Porém, o principal motivo, para evitarmos tal procedimento, se deveu ao fato de acreditarmos que o paciente possui desejos inconscientes de receber atenção individualizada e, ao procedermos o atendimento individual, estaríamos realizando seu desejo e criando um clima deveras persecutório.

No início, também, não tínhamos recursos humanos suficientes para podermos utilizar observadores. Porém, concordamos com esses autores, considerando seu papel importante, na medida em que colaboram para uma maior compreensão dos mecanismos grupais. Assim, logo que possível, a equipe pode se valer de observadores bem treinados e capazes.

Portanto, embora tenhamos trabalhado com grupos de criança e esses autores com pacientes adultos, foi possível utilizarmos grande parte de seus preceitos concernentes à preparação prévia, constituição, composição e formas de funcionamento dos grupos terapêuticos.

Em alguns pontos, porém, pensamos com algumas diferenças em relação a esses autores, como no que se refere ao grupo terapêutico ter a cura como objetivo.

É claro que, em última instância, o paciente e sua família procuram o tratamento para alívio de seus sintomas ou de seu sofrimento. No entanto, pensamos que o termo cura, no que concerne ao tratamento psicológico, depende de muitos fatores difíceis de serem analisados, sendo os critérios de cura definidos de acordo com o referencial teórico ou a linha de trabalho psicológico de cada terapeuta. Para uns, a cura significa a melhora do comportamento, para outros, a remissão dos sintomas, para outros, ainda, a

modificação de algumas estruturas emocionais que estariam impedindo o desenvolvimento normal do paciente.

Por isso, em nossos grupos, procuramos não utilizar o termo cura ao estabelecermos nossos objetivos. De forma mais abrangente, pretendemos a compreensão, junto à criança — utilizando sua maneira lúdica e natural de expressão — dos processos inconscientes que estariam impedindo seu desenvolvimento e uma maior integração de sua personalidade.

Em outros pontos, ainda, tivemos de utilizar procedimentos próprios à técnica de atendimento de crianças em grupo. Esses pontos seriam: a preparação do material e da caixa lúdica, que conteria brinquedos não mecânicos, simples, variados e material gráfico em número suficiente para serem divididos entre os participantes do grupo, por meio dos quais, as crianças poderiam se expressar; a preparação da sala, onde se realizariam as sessões, que deveria ser equipada com uma pia e ser o mais ampla possível, a fim de conter um grupo e, ao mesmo tempo, oferecer espaço para a movimentação espontânea; a realização do contrato junto aos pais, e o planejamento da assistência psicológica a ser dada a eles, levando-se em conta a necessidade especial de atenção à família, durante o tempo de tratamento da criança.

### **3.4. INICIANDO O GRUPO TERAPÊUTICO**

O início de um grupo terapêutico sempre transcorre com o surgimento de reações de caráter regressivo e ansiedades paranóides, já que seus membros se encontram frente a uma situação nova e desconhecida.

Que acontece, então, quando o grupo começa a funcionar?

No momento inicial do grupo, segundo GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.81), os propósitos, técnica e experiência anterior do terapeuta ditarão os critérios e os procedimentos a serem seguidos. Para eles, a técnica a ser utilizada no

atendimento do grupo terapêutico, deve estar, portanto, de acordo com a experiência e formação anterior do profissional.

Dessa forma, esses autores não têm como objetivo a instrução ou orientação educativa, e estabelecem, como seu propósito, compreender o grupo para modificá-lo. Sendo assim, sua técnica é a mesma durante todo o tratamento, inclusive desde seu início: o uso da interpretação; a focalização da totalidade das manifestações do grupo; a ausência de diretividade.

Para esses autores:

*“o início do tratamento representa um momento psicológico de grande importância para o grupo. Por um lado, reativamos, em cada indivíduo, todas as angústias que o desconhecido desperta; por outro, colocamos os alicerces de uma entidade coletiva, a qual se encontra, neste momento, quase que exclusivamente centrada em nós, esperando nossas normas e diretrizes”*  
(GRINBERG *et al.*, 1976, 83)

Oferecer ao grupo, neste momento, explicações prévias, ou qualquer outro tipo de esclarecimento, modificaria a dinâmica do fenômeno coletivo, extremamente importante, que se desenvolve desde a primeira sessão. *“Interessa-nos compreender e interpretar as angústias que vão aparecendo e, a medida que o conseguirmos, ir elaborando-as, desde o início.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.84)

É importante, também, focalizar a totalidade dos fenômenos manifestados pelo grupo, de modo que o processo de comunicação das várias pessoas reunidas, faça um sentido único, permitindo a visualização dos mecanismos grupais inconscientes, evidentes desde o início do grupo.

Em qualquer ocasião, onde observamos a reunião de pessoas em grupo, podemos verificar que se reúnem com o propósito de realizar algo. Podemos observar, também, que o grupo, assim reunido, possui determinadas qualidades de vínculos, normas

e relações. A estrutura do grupo é definida pelo conjunto desses vínculos, e sua complexidade dependerá do número e natureza das relações existentes em seu seio.

Sem explicações prévias, a *“situação analítica cria, deliberadamente, esta falta de estruturação, de forma controlada.”*, o que faz vir à tona o fenômeno coletivo da necessidade de estrutura: o grupo pode, por exemplo, fazer analogias entre essa situação, completamente nova, e outras já vivenciadas por eles, a fim de diminuir o impacto ocasionado pelo desconhecido; pode, também, eleger um líder inicial que terá a função de organizar o grupo e dar-lhe a diretividade de que necessita. (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.87-88)

Segundo esses autores, a emergência de líderes e a determinação de papéis ou funções, constituem um dos fenômenos iniciais observados em um grupo e estariam ligadas à necessidade de diminuir as angústias despertadas por ocasião das primeiras sessões.

Aparece, então, a figura importante do líder inicial, cuja conduta será determinada pelo tipo de relação que mantém com o terapeuta e com os membros do grupo, associado às características próprias de sua personalidade. De uma forma geral, o líder inicial é aquele que não suporta a passividade predominante nos momentos iniciais do grupo, e tenta, com seu esforço, tirá-lo da paralização em que se encontra. Expressa, em sua conduta, os sentimentos coletivos ambivalentes que o grupo tem em relação ao terapeuta: por um lado denota hostilidade, rivalidade e desconfiança por outro lado um significativo desejo de cooperação.

O líder inicial, comumente, é de grande auxílio para o grupo e para o terapeuta pois ativa o funcionamento grupal em seu princípio. Porém, em geral, sua função tem pouco tempo de duração e logo será substituído por outro. De acordo com as necessidades do grupo, seus membros elegerão outros participantes, que por suas características de personalidade, poderão melhor encarnar o papel de seu representante. Em qualquer momento do grupo, *“o líder é um representante ou se encontra em função dos demais.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pág.90)

No campo da psicologia, GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.91) citam a colaboração pioneira de Bion que, por meio de um projeto realizado para as Reais Forças Britânicas, por ocasião da segunda guerra mundial,<sup>7</sup> chegou à concepção de que *“cada tarefa determina a emergência de um dado tipo de líder, ou seja, o líder era determinado pela função do grupo ”*

No grupo terapêutico, a emergência do líder não é determinada pela tarefa consciente do grupo, mas pelo clima emocional, de natureza inconsciente, subjacente ao seu funcionamento.

Para a explicação dos mecanismos de liderança, esses autores trabalharam, também, com o conceito de pressuposto básico, de Bion, que designaria:

*“uma crença emocional da qual participam todos os membros do grupo e que os impele, em uníssono, a terem ‘um determinado tipo de fantasias e desejos’. Na medida em que se trata de um produto emocional coletivo, organizado e unitário, se pode falar de uma mentalidade coletiva (em um sentido quase literal).”* (GRINBERG et al. ,1976, pág.91)

GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.92) assinalam, também, de forma bastante esquematizada, os três tipos de pressupostos básicos especificados por Bion em seu estudo, bem como os tipos de lideranças correspondentes a eles.

*“Bion distingue 3 tipos de Pressupostos Básicos (P.B.). O primeiro é o P. B. de dependência. Quando atua, o grupo depende, se apóia e venera seu líder, o qual, pelo fato de ser idealizado, assume características de deidade. O segundo P.B. é o de luta e fuga, sendo que a emergência desta fantasia emocional coletiva leva o grupo a agredir ou defender-se de um perseguidor, seja dentro, ou, mais comumente, fora do grupo. O líder deste pressuposto básico assume características de chefe. O terceiro P.B. é o emparelhamento ou pairing, em*

---

<sup>7</sup>Esses autores se referiram, aqui, às experiências desenvolvidas com grupos, descritas por Bion, que tiveram o objetivo de selecionar pessoal com capacidade para dirigir grupos de combate. (BION, 1975)

*inglês, que se pode traduzir como ato de se pôr de acordo, convir. Quando esse pressuposto entra em atividade, o grupo tende a centrar-se em torno de um par (misto ou do mesmo sexo), criando, ao seu redor, um clima emocional de expectativa e esperança. Por isso, Bion assinala que o líder do grupo em emparelhamento pode ser considerado como projetado no futuro (...) É uma figura de tipo messiânico."*

Dessa forma, para esses autores, Bion descreveria três tipos de líderes distintos correspondentes a cada tipo de configuração emocional, ou pressuposição básica, pela qual estaria passando o grupo como um todo. O líder se definiria como aquele que *"melhor interpreta, encarna ou simboliza as necessidades ou crenças que configuram o pressuposto básico do grupo, neste momento."* (GRINBERG et al., 1976, pág.92)

Os preceitos descritos por Bion, não invalidam a ocorrência de outras maneiras diferentes de funcionamento, de configurações emocionais menos distintas umas das outras ou, até mesmo, de formas mistas de configurações, que podem se suceder ou oscilar, até em uma mesma sessão grupal.

A ocorrência dos fenômenos de pressupostos básicos, indica, também, que a falta de estrutura formal do grupo, ou seja, a falta de diretividade, estimula a regressão nos indivíduos que dele fazem parte, reativando, nesses indivíduos, seus mecanismos de defesa contra as angústias mais primitivas.

Neste ponto de seu estudo, GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.93-94) sugerem uma ligação entre os mecanismos de pressuposto básico de Bion e os mecanismos de defesa primitivos descritos por M.Klein. Por exemplo, analisam o grupo de dependência como aquele que *"espera receber alimentos reais e concretos do seu guia, o que nos dá a medida para calcular o nível de regressão do indivíduo, o qual, neste caso, retorna a um padrão emocional de tipo oral."* Produz-se um *"fenômeno coletivo semelhante ao da despersonalização. Na necessidade de ser alimentado pelo terapeuta, cada ego individual perde seus limites e se funde em uma entidade comum, mais ou menos*

*indiferenciada*". O terapeuta é encarado como ser ideal e sua capacidade de dar é inesgotável, como um seio bom que nunca se exaure.

Para manter-se funcionando de acordo com os pressupostos básicos, o grupo precisa, portanto, utilizar os mecanismos de idealização, despersonalização, negação, projeção e introjeção.

Para uma compreensão mais profunda da dinâmica grupal esses autores julgam necessário, então, recorrer aos postulados de M.Klein<sup>8</sup> referentes aos primeiros estágios do ego infantil e às posições esquizo-paranóide e depressiva.

Estas posições se referem às formas opostas com que a criança muito pequena lida com a angústia. Os mecanismos de adaptação do bebê ao mundo, faz com que desenvolva defesas contra tudo que traz desprazer e que o angustia.

Na primeira posição, a esquizo-paranóide, a criança identifica, como boas experiências, tudo aquilo que lhe cause prazer e projeta, ou rejeita, toda a experiência que é penosa para si. Essas vivências são personalizadas pela criança que as atribui a algo fora de si.

*"Deste modo, concebe um objeto 'bom', que a gratifica, e um 'objeto mau', que a frustra. Assim o mundo interno da criança se povoa de objetos benéficos e maléficos, formando um sistema totalmente irracional e arbitrário."*  
(GRINBERG *et al.* , 1976, pág.101)

A experiência acumulada com os objetos bons passa a ser o núcleo integrador do ego, que utiliza os mecanismos de defesa de cisão, negação e idealização, enquanto, por parte do sistema de objetos maus, advêm fortes sentimentos relacionados à angústia persecutória, da qual o ego tenta se defender com os mecanismos de defesa de cisão e projeção.

---

<sup>8</sup> Esses autores, estudados por nós, tomam como base para sua exposição, principalmente, o estudo de M. Klein "Inveja e gratidão". de 1957.

O grupo, no pressuposto básico de luta e fuga, parece vivenciar as mais intensas ansiedades persecutórias, características da relação do ego com os objetos maus.

Assim, podemos observar que os grupos, de uma forma geral, passam do funcionamento em suposição básica de dependência, idealizando o objeto, para a suposição básica de luta e fuga, rejeitando o objeto mau.

*“Dizemos assim, que o grupo está em uma posição esquizóide, pois a análise destas situações de idealização e de perseguição nos mostra que, infalivelmente, ambas as crenças irracionais coexistem no grupo, mas que, enquanto uma delas é ostensiva e enfaticamente sustentada pelo grupo, a outra se encontra dissociada e de forma inconsciente. Além disso, falamos de uma posição esquizo-paranóide, considerando que as angústias, que o grupo está experimentando, nestes momentos, apresentam uma tal intensidade, que produzem a impressão de angústias psicóticas.” (GRINBERG et al., 1976, pág.102)*

Por volta do sexto mês de vida, o ego imaturo, que sofreu a cisão esquizóide pelas vivências da posição esquizo-paranóide, se depara com uma nova fase de seu desenvolvimento, que exige o reconhecimento de que o mesmo objeto que o frustra é aquele que o gratifica. Dessa maneira, começa a perceber o objeto como total e complexo, conduzindo-se para a posição depressiva.

A posição depressiva caracteriza-se pelo sentimento de pesar pelo que a criança imagina ter atacado e destruído. Aparece, então, a culpa e o desejo de reparar aquilo que sente ter danificado. Há uma reorganização do psiquismo em relação a capacidade de integração dos objetos, antes parciais, a diminuição da onipotência, a noção de causalidade, maior capacidade de abstração e, conseqüentemente, uma maior capacidade de diferenciação entre realidade e fantasia, mundo interno e externo.

Para GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.106), o grupo que funciona no pressuposto básico de emparelhamento, por meio da formação do par idílico,

tenta realizar a integração e a reparação que o grupo como um todo não conseguiu, lidando com sua impotência e se aproximando da posição depressiva. Seus integrantes assistem à cena do par, sem qualquer indício de ciúmes ou inveja: numa aparente aceitação do fenômeno, o “*grupo, mediante o mecanismo de identificação projetiva, vive através do par.*”

#### COMENTÁRIOS:

Nesse ponto do livro-texto dos autores GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976), pudemos estudar, por um lado, a técnica utilizada por eles no início de um grupo terapêutico, e, por outro lado, os mecanismos grupais que já se encontram evidentes, desde o princípio do grupo.

Como nossa experiência prévia, no Setor Infantil, incluía alguns trabalhos com grupos de adultos — no caso grupos de mães — e vínhamos de uma formação teórica psicodinâmica, com bases semelhantes à dos autores estudados, foi-nos relativamente fácil compreender a técnica utilizada por eles ao iniciar os grupos para, posteriormente, poder adaptá-la aos grupos de criança.

Tomamos, então, como base para nossos trabalhos, os mesmos princípios técnicos: o uso da interpretação desde o início; a focalização da totalidade das manifestações do grupo e a ausência de diretividade. Estes foram preceitos, retirados da técnica de atendimento grupal de adultos, que julgamos plenamente válidos para o atendimento de crianças em grupo, e que nos orientaram no início dos trabalhos com crianças.

Dessa maneira, nos apegamos a princípios já conhecidos da técnica de adultos para nos adentrarmos num campo de estudo totalmente novo.

Mesmo assim, não foi fácil sua utilização, pois focalizar o todo e interpretá-lo exigia treino, raciocínio analítico aguçado e capacidade de generalização. Suportar junto com o grupo a angústia inicial sem dirigi-lo exigia, além de tudo, maturidade.

Pouco a pouco, esses preceitos foram sendo incorporados à nossa técnica e naturalmente utilizados.

Quanto aos mecanismos psíquicos grupais, presentes desde o início dos grupos, como a formação de liderança, os pressupostos básicos de Bion, o fenômeno de regressão no grupo iniciante e os mecanismos de defesa primitivos estudados pelos autores, foram-nos de grande valia como instrumento de observação e de compreensão das necessidades dos grupos de criança.

Nos grupos de criança, pudemos, também, constatar sua ocorrência e utilizá-los para entender as ansiedades mais primitivas, expressas na matriz grupal.

Trata-se de material teórico denso, mas básico para o entendimento do dinamismo grupal. Quando vistas desse parâmetro, as regressões maciças, observadas nos grupos de criança, ganham novas e mais ricas possibilidades de serem trabalhadas, sob o ponto de vista psicodinâmico.

Pudemos então verificar, nos grupos infantis, o aparecimento de líderes de acordo com a necessidade dos grupos; o funcionando sob o domínio dos mecanismos de defesa descritos pelos pressupostos básicos; as ansiedades paranóides, os mecanismos de negação, cisão e projeção determinando o funcionamento do grupo em posição esquizo-paranóide; e as ansiedades depressivas determinando movimentos de reparação, com o grupo funcionando em posição depressiva.

### 3.5. INTEGRAÇÃO, CONTINUIDADE E ESTABELECIMENTO DO PROCESSO GRUPAL

Após um grupo enfrentar os primeiros momentos persecutórios e regressivos, que, em geral, são observados no início de seu funcionamento, poderíamos pensar quais as probabilidades dele sobreviver a vivências de tamanha intensidade e violência.

Para GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.109), pouco a pouco, o processo terapêutico vai se estabelecendo, de forma paulatina, com o grupo se integrando e tendo continuidade.

O grupo interage através da comunicação franca e livre de seus participantes. Por meio dela, nos mostra seus conflitos e se mantém unido, buscando o alcance de seu objetivo. Mesmo aqueles que permanecem em silêncio podem se beneficiar da dinâmica grupal e todo tipo de comunicação, seja ela verbal ou não verbal, é objeto de nossa observação e interpretação.

O terapeuta teria a função de interpretar o conteúdo latente, existente nas mensagens verbais e não verbais dos integrantes do grupo, e de elaborar, junto com eles, a fantasia inconsciente comum aos seus membros. *“Desta maneira, procura-se desenvolver o insight dos integrantes e conseguir que expressem em palavras aquilo que, inconscientemente, estiveram descartando.”* (GRINBERG et al., 1976, pág.148)

Esses autores apontam o insight como um dos fatores de integração do grupo e o definem como:

*“ ‘um olhar para dentro’, o que implica um compreender o que se passou e está passando dentro de si mesmo, assumindo, assim, a responsabilidade daquilo que descobrimos em relação com os próprios atos, fantasias e sentimentos.”* (GRINBERG et al., 1976, pág.109)

O esclarecimento, trazido pelo “insight”, restaura a capacidade de pensar do grupo que pode, então, perceber seus sentimentos de agressividade, rivalidade, ciúmes e inveja por trás das condutas individuais e coletivas. Surge a necessidade de reparar, de

assumir a responsabilidade pela agressão e de elaborar a culpa, processo esse que se mostra também um mecanismo integrador.

Para garantir sua continuidade, o grupo necessita formar líderes, subgrupos e distribuir papéis num sistema variável, sem montar um esquema corporal muito rígido. Assim, ocorre que, ao faltar aquele ou aqueles que desempenhavam uma determinada função, imediatamente são substituídos por outro ou outros, o que mantém o grupo em sua dinâmica funcional. A motilidade nesses processos é indício do bom funcionamento do grupo terapêutico.

*“A situação de regressão, que se apresenta em todo grupo, em maior ou menor grau, leva seus integrantes a rejeitarem qualquer tipo de modificação, por temor à mudança no esquema corporal do grupo. Fundamentalmente, isto se baseia em uma atitude paranóide, que os defende de cair na posição depressiva. O grupo evolui para uma cura, na medida em que rompe estes modelos rígidos e se modifica.”* (GRINBERG *et al.* , 1976, pág.149)

Torna-se muito importante, também, o trabalho e cuidado especial do terapeuta referentes aos sentimentos de inveja e rivalidade que os integrantes do grupo desenvolvem em relação à sua imagem. O terapeuta é aquele que nutre o grupo, é fonte de todo alimento intelectual e afetivo. Esses sentimentos podem se traduzir no “acting-out”, na dificuldade de lidar com as regras ou na reação terapêutica negativa e devem ser sempre entendidos e interpretados, à luz dos sentimentos transferenciais.

A ansiedade e agressividade projetadas no ambiente grupal, em especial, na figura do terapeuta, poderiam se tornar mecanismos desintegradores do grupo. Mas, na verdade, constituem processos defensivos onde o grupo tenta projetar o mal para fora, utilizando mecanismos de cisão e projeção, denotando um funcionamento em posição esquizo-paranóide.

*“O grupo costuma funcionar com certa dissociação que, por momentos, se pode ativar, e com repartições de papéis e constante utilização dos mecanismos*

*de identificação e contra-identificação projetivas. Quando se integra, o faz como consequência da atividade interpretativa do terapeuta e do insight de seus mecanismos dissociativos. Em todo processo terapêutico, ocorrem vários momentos de integração e dissociação.” (GRINBERG et al., 1976, pág.142)*

O recurso à interpretação e ao insight facilita o aparecimento dos mecanismos depressivos. Então, podemos observar o desejo de reparar o mal que o grupo imagina ter causado a si, ou ao terapeuta.

Para GRINBERG et. al.(1976, pág.147) a culpa, a projeção e introjeção de bons objetos, a percepção do grupo e do terapeuta como objeto mais integrado, e o desejo de neles reparar o que sente que danificou, caracterizam o funcionamento do grupo em posição depressiva. A posição depressiva constitui, segundo esses autores, um dos mecanismos fundamentais de cura nos grupos terapêuticos, promovendo sua maior integração.

*“Uma vez integrado um grupo adquire vida própria, rica em acontecimentos e fantasias, forjando sua própria história e criando seu próprio idioma. Descrever o que nele se passa, detalhadamente, exigiria muito espaço (...) Ao integrar-se o grupo adquire sua própria Gestalt, sua continuidade sociológica. Seus integrantes têm uma finalidade consciente comum — a cura — um marco definido, dado pelo local onde se reúnem, o horário e o terapeuta, como líder formal.” (GRINBERG et al , 1976, pág.128)*

#### COMENTÁRIOS:

O capítulo de número cinco do livro-texto de GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976), foi-nos bastante útil pelos inúmeros relatos clínicos oferecidos como exemplos. Os dados clínicos, trazidos pelos autores, nos fizeram entender melhor a teoria e técnica, de caráter complexo, referentes à continuidade do grupo terapêutico, ali exposta.

Em nosso caso, por atendermos crianças, ao pensarmos sobre a questão da comunicação grupal que seria objeto de nosso trabalho interpretativo, estabelecemos, como objeto de nossa observação, toda forma de expressão livre da criança em grupo, fosse ela verbal, não-verbal ou lúdica. Também, pensamos que, mesmo a criança que não interage, não brinca, não conversa com as outras, pode se beneficiar da dinâmica grupal, como o paciente adulto que permanece em silêncio no grupo.

Assim como esses autores, consideramos que a interpretação e o “insight” são mecanismos de extrema importância para a integração do grupo terapêutico, e pudemos observá-los, também, nos grupos de crianças. A cada momento de regressão do grupo, verificamos que a interpretação e o “insight” restaurador traziam o alívio das angústias primitivas manifestadas, por meio de sua compreensão intelectual e da integração dos conteúdos inconscientes ao consciente.

O grupo de criança parecia, então, alcançar uma forma de funcionamento mais espontânea e integrada, denotando uma maior liberdade de expressar seus conflitos mais profundos e uma maleabilidade nas trocas de funções e papéis.

Buscamos, como os autores estudados, o funcionamento grupal mais integrado. No entanto, não nos utilizamos do termo “cura” para nos referir aos nossos objetivos em relação ao grupo, por considerá-lo possuidor de muitos significados intrincados, de caráter complexo. Procuramos estabelecer um objetivo que fosse mais abrangente, e de caráter mais compreensivo: o entendimento dos mecanismos grupais e a utilização desse conhecimento para o desenvolvimento emocional dos participantes do grupo.

Em nossa concepção, nos grupos de criança que atendemos, os episódios regressivos do grupo não terminavam com sua maior integração, num movimento crescente. Os momentos de regressão e reorganização integrativa se sucediam, alternadamente, de forma contínua, como nos grupos de adultos estudados por GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.142).

Assim, observamos que o grupo de criança funcionava, de forma integrada, em seus momentos defensivos, e pudemos pensar que os mecanismos de defesa primitivos e o funcionamento em pressuposição básica também são fatores de integração do grupo terapêutico, pois seus participantes trabalham unidos para sua consecução. (BION, 1969, pág.168)

Nos grupos de criança, coordenados por nós, encontramos os sentimentos de inveja, disputa e rivalidade dirigidos a nós — os terapeutas — ou às próprias crianças, manifestados de uma maneira muito espontânea. A criança não consegue camuflar seus sentimentos de agressividade de forma tão eficaz como o adulto. O “acting-out” e as dificuldades de lidar com as regras são claramente observados desde muito cedo, nas primeiras sessões, e devem ser trabalhados, também, desde o início do tratamento. Muitas vezes, podemos relacioná-los diretamente aos sentimentos transferenciais.

Desta forma, a interpretação dos sentimentos transferenciais e sua compreensão ganham destaque, também, como mecanismo integrador dos grupos de criança.

Ela propicia a elaboração da culpa pelo que o grupo imagina ter destruído nos terapeutas. Traz a necessidade de reparação, mecanismo característico da posição depressiva. Em última instância, esse mecanismo permite ao grupo uma maior integração, trazendo como consequência, uma maior liberdade de ação e espontaneidade para os psiquismos individuais das crianças reunidas em grupo.

### 3.6. OS MECANISMOS TERAPÊUTICOS NOS GRUPOS

Para GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág. 152), o grupo atua de forma terapêutica *“na medida em que suprime os sintomas, facilita e estimula melhor adaptação individual, tende à integração de seus membros no grupo e, por extensão, na sociedade onde vivem.”*

Para esses autores, além dos mecanismos já citados que contribuem para a integração do grupo, como o “insight”, a elaboração da culpa e a necessidade de reparação, julgam que seria ainda preciso esclarecer outros aspectos e mecanismos que são efetivos nos grupos terapêuticos, como, por exemplo os mecanismos de identificação projetiva e introjetiva.

*“Para melhor compreendermos a essência das situações e processos que ocorrem no grupo, teríamos que nos referir, especialmente, aos mecanismos de identificação, projetiva e introjetiva, uma vez que se constituem — para nós — os de maior atração na função terapêutica do mesmo.” (GRINBERG et al., 1976, pág.152)*

Antes de esclarecer-nos sobre esses mecanismos, esses autores, definem o conceito de Freud de identificação, segundo o qual um ego se transforma em outro ego por meio de um mecanismo de incorporação, sendo que o primeiro passa a se comportar como o segundo. A identificação seria *“a expressão mais precoce da relação afetiva com outra pessoa”* (GRINBERG et al., 1976, pág.153)

No desenvolvimento do indivíduo, sua personalidade é formada por sucessivas identificações que contém em si, todas as relações de objeto vivenciadas por ele, ao longo de sua história pessoal.

O processo de identificação pode ser observado também em todos os momentos de evolução e regressão do grupo terapêutico, nele ganhando uma especificidade: ligada à identificação sempre encontramos a projeção. Assim:

*“Quando várias pessoas se reúnem em um grupo, cada uma delas projetará os objetos de sua fantasia inconsciente sobre os demais, tentando recriar, no plano do grupo, o padrão específico de suas relações interpessoais conflitivas.” (GRINBERG et al., 1976, pág.154)*

Esses autores utilizam o conceito de “tensão de grupo” de Ezriel para identificar o resultado de todas as tensões inconscientes individuais projetadas no espaço

grupal. Para compreender esse processo e interpretá-lo, o terapeuta terá que captar qual o “denominador comum” entre todas as tensões individuais projetadas. Para eles:

*“o melhor enfoque, para uma terapia de grupos, consiste no emprego sistemático de interpretações, ao mesmo tempo profundas e acessíveis, que levem em conta o sucessivo jogo recíproco de introjeções e projeções (...) é no cenário do grupo terapêutico onde melhor se pode apreciar o funcionamento, a esfera de ação e a influência dos referidos mecanismos.” (GRINBERG et al., 1976, pág.154)*

As interpretações do terapeuta, realizadas dessa forma, isto é, levando em conta a rede e a estrutura do sucessivo e recíproco jogo de identificações projetivas, produzem significativas modificações no padrão estrutural do grupo. Constituem um fator terapêutico de grande alcance, já que transformam as estruturas emocionais primitivas dos participantes, que se encontram sob o domínio da constante imutabilidade e repetição.

Esses autores denominam de “constelação dinâmica coletiva” as estruturas emocionais primitivas projetadas no grupo, em conjunto com o funcionamento em pressupostos básicos na atualidade e, ainda, com os papéis ou funções que servem para expô-las na dinâmica grupal. A evolução da constelação dinâmica coletiva deve ser considerada, caso se queira avaliar o aspecto terapêutico do grupo:

*“um grupo que, durante certo tempo, permanece estático, com pressupostos básicos fixos e papéis invariáveis, será um grupo de prognóstico terapêutico negativo; ao contrário, as transformações patentes em suas estruturas e funções serão índice de progresso.”(GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ, 1976, pág.157)*

Consideram de especial importância também o aspecto denominado por Foulkes e Anthony de “reação de espelho”:<sup>9</sup> na dinâmica grupal, o indivíduo se vê

---

<sup>9</sup> FOULKES & ANTHONY, 1967, p. 207.

refletido nos demais e, por meio desse processo, pode tomar consciência de seus sentimentos mais profundos, de suas atitudes e formas de conduta, desde que haja a ajuda de uma técnica interpretativa que leve em conta a situação transferencial dentro do grupo. Também, nesse mecanismo, percebemos como base os processos de identificação projetiva e introjetiva.

Podemos notar, então, a interpretação como elemento terapêutico primordial. Segundo esses autores os princípios nos quais toda interpretação se deve basear são os seguintes:

*“procurará tornar consciente o que está latente no material manifesto, expresso durante a sessão; tentará demonstrar as resistências e os mecanismos defensivos, que se opõem à emergência do reprimido; chamará particular atenção para os conteúdos emocionais das situações expostas. Tudo isto, integrado e estruturado dentro do marco de referência do ‘aqui e agora’ da sessão, como já foi explicado anteriormente, e obedecendo à estrita formulação transferencial.” (GRINBERG et al., 1976, pág.160)*

A interpretação no grupo não busca os antecedentes individuais de cada um em sua história pregressa, em sua infância remota. O grupo, diferente do paciente individual, não possui história anterior, a não ser que consideremos o início do grupo como seu passado infantil.

Se a interpretação for válida, imediatamente após sua realização, seguirá uma mudança do clima de tensão e angústia anterior e a emergência de novos conflitos.

Esses autores também referem:

*“a conveniência de usar somente interpretações transferenciais, relacionadas ao ‘aqui e agora’, e dirigidas, principalmente, ao ‘denominador comum’ das tensões do grupo.” (...) “qualquer material exposto no seio do grupo transcende — sem exceção — os limites individuais, contendo, em todas as situações, uma*

*alusão ou referência ao problema coletivo.” (GRINBERG et al., 1976, pág.161)*

Denominam de “transferência gestáltica” o fenômeno especial de transferência que transcorre dentro do limite grupal, considerando que, além dos sentimentos dos participantes do grupo dirigidos ao terapeuta, existe um outro mecanismo se desenvolvendo, que incluiria as reações emocionais recíprocas existentes entre os integrantes do grupo:

*“as interações espontâneas, nascidas entre os diversos integrantes, produzem uma multiplicidade de relações recíprocas, pelo que se deve encarar a existência de situações transferenciais sumamente complexas no seio de um grupo.” (GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ, 1976, págs.163-164)*

O conceito de contratransferência, como *“a totalidade de atitudes e reações emocionais, conscientes e inconscientes, que experimenta o terapeuta em relação aos pacientes” (GRINBERG et al., 1976, pág.166)*, surge como instrumento essencial para a compreensão do material exposto pelo grupo, seja verbal ou não verbal; por meio dela, o terapeuta pode sentir qual o ponto de maior tensão para onde deve se dirigir, com maior urgência, a interpretação.

A interpretação dos sentimentos transferenciais no grupo, traz a vivência do “insight” restaurador, que pressupõe a introspecção, a descoberta e o contato — tanto intelectual quanto afetivo — com experiências emocionais que, até aquele momento, permaneciam inconscientes. Por meio dele, o paciente pode alcançar uma visão mais integrada do mundo interno, em especial dos aspectos que estiveram, por muito tempo, divorciados da realidade. É importante que alcancemos um “insight” suficientemente profundo para modificar as rígidas estruturas da neurose já estabelecida.

Para obter esse resultado, GRINBERG et al. (1976, pág.164) ressaltam a importância de se compreender os mecanismos de identificação projetiva nos grupos, em

sua rede dinâmica de interações, a constelação dinâmica coletiva e a transferência gestáltica.

A distribuição de papéis no grupo terapêutico, constitui-se em mecanismo necessário para o desenvolvimento natural do grupo e, entre os papéis mais comumente desempenhados, estão: o submisso, o cético, o “bode expiatório”, o “radar”, o agressivo, o otimista. Quando um deles falta ou abandona o grupo, seus participantes se reorganizam de modo a que outro se aproprie de sua função.

Dessa forma, os papéis que os participantes de um grupo assumem, durante seu desenvolvimento, não são fixos e possuem uma importância especial dentro do processo de identificação. Estão estreitamente vinculados às fantasias inconscientes dos membros do grupo, de maneira que, os papéis são imputados a eles por motivações dessa natureza, não ocorrendo um processo de escolha consciente ou voluntária.

Por meio dos diferentes papéis ou funções e dos mecanismos de identificação projetiva e introjetiva, cada membro do grupo coloca no outro, ou incorpora em si, os aspectos maus e destruídos, num processo esquizóide, no qual o ego do grupo se divide em egos parciais.

*“Na medida em que o grupo evolui e vai adquirindo insight, ou seja, compreensão profunda dos conflitos e ansiedades que mantinham sua divisão, a tomada de consciência de seus sentimentos de culpa e a necessidade de reparação se vão integrando através do que se denominou posição depressiva. Esta integração implica, para cada participante, a aceitação do grupo como totalidade, com suas partes boas e más, e na convicção, em cada um deles, de ser aceito pelo grupo da mesma maneira. Tudo isso ocorre com base na identificação projetiva e introjetiva.” (GRINBERG et al., 1976, pág. 175)*

Para esses autores, este seria o último mecanismo terapêutico e integrador — a entrada na posição depressiva — resultado final de todos os outros mecanismos, anteriormente comentados. A aceitação das diferentes partes da personalidade faz eclodir no indivíduo o *“critério da realidade que lhe permite adquirir um julgamento mais*

*objetivo e a possibilidade de melhor se relacionar com o mundo externo.” (GRINBERG et al., 1976, pág.175)*

O fato de um grupo ser aberto ou fechado influencia o alcance dos objetivos terapêuticos, segundo esses autores. Os grupos fechados alcançariam sucesso mais provável, pois *“são grupos evoluídos e maduros, com poucas mudanças em sua constituição, e que adquirem uma integração bastante estável”*. Já os grupos abertos se aproximam mais do conceito de grupo interminável, devido ao seu processo contínuo. (GRINBERG et al., 1976, pág.179)

*“O aspecto concreto que o grupo oferece, ao lado da multiplicidade e simultaneidade com que se desenvolvem os processos psicodinâmicos em seu seio, contribuem para a consolidação de sua eficácia terapêutica. A possibilidade de identificação com os diferentes sentimentos, que expressam uns e outros integrantes, permite corrigir mais facilmente os padrões estruturais neuróticos. (...) A tomada de consciência de todo esse jogo recíproco de funções e papéis faz surgir, através das interpretações do terapeuta, o critério da realidade (...) tal se consegue quando as partes, que estavam divididas, se unem, ou seja, quando o grupo elabora a situação depressiva e se integra” (GRINBERG et al., 1976, pág.179)*

#### COMENTÁRIOS:

Para nós, a possibilidade de compreender o grupo terapêutico do ponto de vista psicodinâmico foi extremamente gratificante.

Pudemos analisar, pelos relatos clínicos desses autores, a intensidade com que os mecanismos de identificação projetiva e introjetiva ocorrem nos grupos, verificando-se a formação de uma verdadeira rede complexa de interações que nos deu a real dimensão, profundidade e alcance da psicoterapia de grupo (o que foi possível corroborar por meio dos atendimentos, realizados por nós, dos grupos de criança)

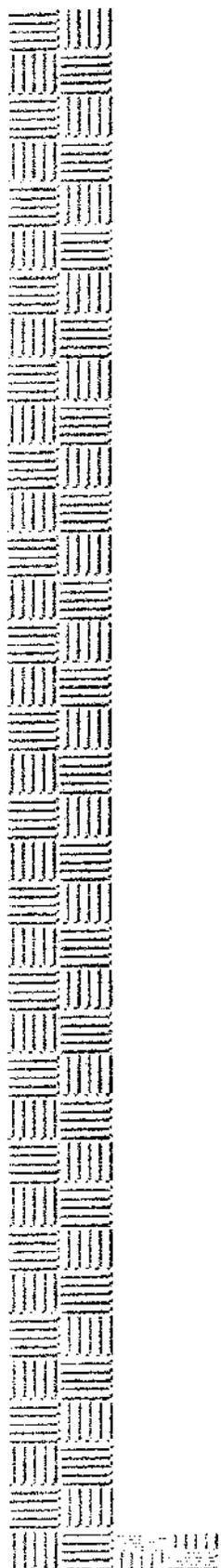
De igual modo, ao compreendermos e lidarmos com a transferência gestáltica, como a denominam esses autores, tivemos acesso ao verdadeiro significado da expressão

“grupo como um todo”. Por meio de sua observação, nos grupos de criança, pudemos ter a confirmação de que é possível entendermos o grupo utilizando os referenciais psicodinâmicos. A vivência do “insight” pelos integrantes do grupo, após uma interpretação significativa, foi a comprovação disso.

No sexto capítulo desse livro-texto, tomamos contato, ainda, com autores importantes a serem estudados como Foulkes & Anthony, Anzieu e Ezriel, este último trazendo as relevantes noções de denominador comum do grupo e de tensão do grupo, decorrentes das projeções, no ambiente grupal, das fantasias inconscientes de cada participante.

Discordamos de GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976, pág.179), no que concerne a ser o grupo fechado mais evoluído e maduro do que o grupo aberto, por haver, em seu meio, uma menor modificação. Tão pouco, pensamos ser o grupo aberto aquele que menos terá acesso aos resultados da psicoterapia de grupo, por estar constantemente mudando. Nosso parecer é que os mesmos mecanismos terapêuticos que se encontram presentes na dinâmica do grupo fechado, estão presentes no grupo aberto, embora este último tenha que lidar mais freqüentemente com situações de mudanças e com as fantasias subjacentes a elas.

Concluindo o terceiro capítulo dessa dissertação, que versou sobre o livro-texto “*Psicoterapia de Grupo: enfoque psicanalítico*” de GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976), podemos dizer que, embora seu conteúdo se referisse à psicoterapia de grupo para adultos, muito conseguimos absorver da experiência vivida por esses autores; grande parte de seus preceitos práticos e teóricos pôde ser utilizada e ainda aprofundada por nós, por ocasião da realização dos dez primeiros grupos de psicoterapia de criança, no Setor de Saúde Mental Infantil da Unicamp.



***4. Revisão e discussão das principais idéias  
contidas no livro “Édipo em grupo:  
psicanálise e grupo de crianças” do autor  
Gérard Decherf***

Em 1987, no Setor de Saúde Mental Infantil, quando realizávamos estudos concernentes ao atendimento de grupos, procurávamos uma bibliografia que nos falasse do atendimento de crianças em grupo e, ao mesmo tempo, tivesse uma abordagem psicodinâmica dessa questão, à qual pudéssemos nos referir, servindo de base para nossas análises e aplicações clínicas.

Nessa época, não havíamos ainda iniciado nossos trabalhos com grupos de criança. Porém, nos preparávamos para isso, e um docente do Setor Infantil nos sugeriu a leitura do livro texto *“Édipo em grupo: psicanálise e grupos de crianças”*, de Gérard Decherf, edição brasileira de 1986.

Trazendo-nos uma visão peculiar das crianças reunidas em grupo, esse livro passou a ser um de nossos principais referenciais teóricos nos trabalhos iniciais de montagem dos atendimentos de grupos de criança e, posteriormente, nas análises clínicas de seu funcionamento.

Como no capítulo anterior, nesse capítulo, estaremos ordenando os pontos teóricos e técnicos mais importantes levantados por DECHERF e tecendo alguns comentários sobre sua utilidade para os trabalhos realizados com crianças em grupo, nessa época, pelo Setor Infantil.

#### **4.1. SOBRE O AUTOR, SEUS OBJETIVOS E SUA TÉCNICA**

Gerard Decherf, autor francês, desenvolveu seus trabalhos com grupos de criança em centros especializados de atendimento infantil na França, que dispunham, de uma maneira geral, de várias formas de assistência psicológica.

Uma delas seria a psicoterapia analítica de grupo dirigida para crianças que, segundo esse autor, aborda *“a personalidade em sua totalidade, apoiando-se igualmente na transferência e na interpretação”* ao mesmo tempo que *“coloca em ação um certo número de mecanismos coletivos.”* (DECHERF, 1986, pág.13)

Ficou interessado nos grupos psicoterapêuticos de crianças, a partir do acompanhamento do trabalho de Nicole Coupère, realizado em 1968 com os “grupos de observação de crianças”, e desenvolvidos nessa mesma instituição. Essa terapeuta tinha o objetivo, com esses grupos, de retirar as crianças de lista de espera, oferecer algum tipo de atendimento grupal e observá-las, antes de decidir sobre o tipo de tratamento que deveriam receber no referido centro de assistência especializada. Coupère utilizava-se de material diverso, principalmente jogos, e o grupo, montado por ela, pode então se desenvolver num clima de grande liberdade. As regras de funcionamento do grupo apresentaram uma importância crucial em seu trabalho, passando a denotar um interesse terapêutico. Posteriormente, convidou, para dirigir o grupo consigo, uma colega reeducadora da psicomotricidade. (DECHERF, 1986, pág.19)

Quando, em 1970, Decherf e sua equipe assumiram pessoalmente a coordenação desses grupos, iniciados por Coupère, deram-lhe um enfoque psicoterapêutico mais específico, introduzindo duas modificações: a dupla de terapeutas seria composta por um homem e uma mulher; ambos seriam analistas ou analistas em formação, embora esse autor não deixasse definido o sentido que, para ele, teriam tais termos.

Algumas das perguntas que esse autor se faz, no início de seu estudo, são as seguintes: *“A origem dos distúrbios diversos que as crianças apresentam, remontaria ao seio de seu grupo familiar?”*; desde que, dentro dos grupos, são múltiplos os meios de expressão das crianças reunidas, seria possível utilizá-los, da forma como se apresentam, *“num enfoque terapêutico que se apóie na psicanálise?”*; e ainda, *“A terapia psicanalítica de grupo para crianças apresentaria alguma especificidade, um interesse particular no campo das terapias analíticas de crianças?”* (DECHERF, 1986, pág.13;15)

DECHERF (1986, pág.16) define, então:

*“A terapia psicanalítica de grupo com crianças consiste em reunir crianças e um casal de analistas num enquadre que se assemelha ao da família e numa situação transferencial que se apóia, essencialmente, no método psicanalítico. As crianças, em número de 5 a 8, são incitadas a se exprimirem como o fazem*

*habitualmente, isto é com a palavra ou com o corpo, diretamente ou por intermédio de produções, brincadeiras ou cenas baseadas ou não em convenções, no imaginário ou em símbolos. A observação analítica mostra que a maioria de suas atividades ou de seus meios de expressão são sustentados por seus fantasmas pessoais ou por fantasmas que têm em comum com outros membros do grupo. Pode-se, em geral, seguir cadeias associativas que revelam uma certa continuidade nesses fantasmas através dos suportes tão diferentes com os quais se manifestam. Este encadeamento caracteriza o que propomos denominar de associação livre pluriexpressiva”.*

Segundo esse autor, a interpretação do material expresso por meio do processo de associação livre pluriexpressiva, pode auxiliar a criança a estabelecer a ligação entre o passado e o presente, entre os sentimentos, as emoções que experimenta, e os brinquedos e atitudes que adota. (DECHERF, 1986, pág.16)

A criança pode utilizar o grupo para compreender suas próprias atitudes num ambiente de liberdade, protegido pelo enquadre analítico, mediante as intervenções e atitudes das outras crianças; pode utilizar o grupo como um sistema social reduzido, onde vai aprender a se relacionar de forma modificada, tendo também a possibilidade de ampliar essa aprendizagem para outros grupos sociais; pode, ainda, utilizar o grupo como cenário para a representação de cenas e, como no psicodrama, associá-las a momentos de sua própria vida.

Portanto, a técnica utilizada por ele de psicoterapia de grupo faz uso dos *“meios naturais de expressão da criança, explorando certas vantagens oferecidas pelo psicodrama e pela terapia psicanalítica individual.”* visando a: mudanças de atitudes; liberação dos afetos ligados à repetição de situações que geram ansiedade; reorganização do equilíbrio libidinal resultante, de um lado, da interpretação em situação transferencial e, de outro lado, dos efeitos que os fenômenos de grupo desencadeiam na vida psíquica do indivíduo.(DECHERF, 1986, pág.17)

## COMENTÁRIOS:

Para a equipe de profissionais e alunos do Setor de Saúde Mental Infantil, ligada aos trabalhos iniciais com grupo de psicoterapia de criança, o estudo desse livro-texto foi interessante desde seu início.

Primeiro, porque pudemos verificar que Decherf se baseava em uma experiência clínica com grupos de criança, dentro de um centro assistencial especializado onde eram realizados outros tipos de atendimento, o que, de certa forma, era também o nosso caso.

Em segundo lugar, porque esse autor parecia acreditar que seria possível atender um grupo de crianças usando o referencial da psicoterapia analítica individual, e, nesse caso, utilizando as múltiplas formas de expressão espontâneas na criança, a compreensão de seu simbolismo e sua interpretação, levando-se em conta a relação transferencial.

Da mesma forma, acreditávamos que poderia ser possível atender um grupo de crianças utilizando esses referenciais, com os quais já trabalhávamos, tanto no atendimento de grupo de mães (ARRUDA, 1989, 30-41), como no atendimento individual de crianças.

Porém, percebemos que alguns preceitos teóricos e técnicos, utilizados, por DECHERF (1986, pág.15) não nos eram familiares como, por exemplo, os ligados ao psicodrama.

Também, preferimos não denominar as expressões espontâneas das crianças de “associação livre pluriexpressiva”, como sugerido por esse autor. O termo “associação livre”, vindo da técnica de atendimento de adultos em psicanálise, não nos parecia apropriado. Preferíamos a utilização do termo “livre brincar”, oriundo da técnica de ludoterapia descrita por KLEIN (1932, pág.30-31), já que grande parte de nossa experiência com crianças se baseava em conceitos proferidos por essa autora.

Aliás, num primeiro momento, essa talvez tenha sido a maior diferença entre o trabalho que nos propunhamos a fazer e o que descrevia DECHERF (1986, pág.15): ao contrário do nosso, seu trabalho não utilizou os princípios técnicos e teóricos da ludoterapia individual, adaptando, aos grupos de criança, os conceitos utilizados na técnica de análise de adultos e no psicodrama, se aproximando mais da linha de trabalho francesa desenvolvida por ANZIEU (1993).

Quanto a nós, não podíamos abandonar, naquele momento, os princípios psicodinâmicos ligados à escola inglesa de psicanálise, que sempre nortearam nossa formação e com os quais nos sentíamos mais seguros para iniciar uma nova experiência.

#### **4.2. SOBRE A COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO DO GRUPO DE CRIANÇA**

DECHERF (1986, pág.19) procurou, então, explicar o funcionamento dos grupos de criança que desenvolveu.

Os grupos eram atendidos por um casal de terapeutas que, juntamente com as crianças, criavam a impressão de uma situação familiar, facilitando a emergência dos sentimentos transferenciais, dos fantasmas sexuais ligados à cena primária, além de trazer as vantagens comumente encontradas por serem dois os terapeutas. Estas vantagens estariam ligadas a uma melhor qualidade de trabalho decorrente da possibilidade de realizar uma observação mais completa; de ser mais fácil, a dois, lidar com situações inusitadas; de ter com quem, eventualmente, discutir o material trazido pelo grupo logo após a sessão.

Eram reunidas, numa mesma sala, cinco a dez crianças, de idade entre cinco a sete anos nos grupos de crianças pequenas, ou entre sete e dez anos, nos de crianças maiores.

A duração da sessão era de 45 minutos e reservavam um tempo antes da sessão para preparação da sala e material, bem como um tempo após, para poderem descansar e discutir o ocorrido durante o atendimento.

DECHERF (1986, pág.20) procurou adaptar a associação livre, regra fundamental da psicoterapia analítica individual de adultos, à técnica que utilizou com crianças em grupo, sendo que, ao invés de dizerem tudo o que ocorresse em sua mente, como na técnica de adultos, as crianças poderiam dizer e fazer o que quisessem. Assim, permitiu que se movimentassem num clima de grande liberdade, tanto no plano gestual quanto verbal.

No entanto, essa liberdade possuía um limite que deveria ficar definido no início do trabalho, junto às crianças, de uma forma impessoal, como regras ou leis do grupo. Nos momentos de muita instabilidade, excitação ou violência, esse autor julgou ser necessário a colocação de limites, especificamente dirigidos a um ou outro participante. (DECHERF, 1986, pág.21)

Considerou que, provavelmente, a partir do momento em que a criança se confronta com as regras do grupo, ela pode lidar com os seus próprios limites. Especificou, em seu livro texto, algumas regras com as quais trabalhou: não se machucarem ou não machucar uns aos outros; não estragar o material que foi colocado à disposição do grupo pois seria utilizado novamente, por eles ou por outras crianças; terminar a sessão antes do tempo previsto para que todos juntos pudessem guardar o material, inclusive os terapeutas.

Os poucos minutos de arrumação final da sala, além de propiciar um clima de unidade, aproximação, induzindo à noção de grupalidade (todos têm que participar da arrumação, mesmo aquele que não brincou ou não desarrumou a sala, incluindo aí os terapeutas), servem, também, como um momento de transição entre a fantasia e a realidade. Durante todo o tempo da sessão, as crianças permanecem num clima de liberdade que favorece a eclosão da vida fantasmática e necessitam, então, retornar à realidade de seu cotidiano.

Quando resistem a guardar o material, na verdade resistem ao término da sessão e evidenciam *“o desejo de não colocar um ponto final na vida fantasmática que se desenrolou paralelamente às histórias que as crianças puderam imaginar e aos jogos que as ocuparam.”* (DECHERF, 1986, pág.23)

A mudança de atitude dos terapeutas, no momento de término da sessão, sendo mais participante, ajuda o grupo a retornar à realidade, fazendo com que os terapeutas se tornem figuras de identificação para o grupo e seus integrantes.

O conjunto de *“regras e diversas convenções de lugar, de tempo (presença, horários), de espaço e de associação livre pluriexpressiva (associações verbais, gestuais, lúdicas)”* determinam o enquadre analítico. *“Por enquadre entendemos as condições nas quais irá se desenrolar a psicoterapia analítica, tal como é definida e convencionada com os pais e com a criança”* incluindo também a regra de abstinência e da escuta analítica. (DECHERF, 1986, pág.24)

O enquadre, para esse autor, possui dois aspectos distintos e significativos: é um continente, um espaço protegido, onde as crianças podem depositar seus desejos, seus sentimentos, suas fantasias e angústias, determinando a projeção em seu seio, de uma imago materna; é também uma moldura limitante que especifica as fronteiras, medidas, direitos e deveres do grupo, aproximando-se de uma imago paterna. Para esse autor, tomando-se como base esses dois sentidos, o enquadre poderia ser encarado como um dos elementos mais estruturantes da técnica analítica.

Com relação à composição do grupo, DECHERF (1986, pág.24) define alguns critérios de inclusão e exclusão que colocaremos a seguir.

Para ele, algumas crianças podem se sentir constrangidas em situação dual — ela e o terapeuta — resistindo à essa condição. São crianças que, muito provavelmente, se sentirão melhor em situação grupal, pois o grupo pode lhes oferecer uma condição mais aceitável, com muitas possibilidades de expressão, comunicação e jogos espontâneos, que lhe serão proveitosos.

O grupo também pode assimilar crianças que têm um funcionamento mental mais primitivo. Segundo DECHERF (1976, pág.27), Bion considera que a matriz do pensamento primário seria a psique materna a qual, por meio do processo de identificação projetiva, decodifica os proto-pensamentos da criança e ajuda o ego primitivo a integrar-se.

Para DECHERF (1986, pág.27), de forma semelhante, nos grupos, a matriz do pensamento individual seria o pensamento do grupo que, por meio de um processo de ressonância, ajuda o indivíduo a perceber suas sensações e emoções:

*“Mais tarde, o eu integrado pessoal, fechado ao mundo dos outros, conservaria de sua origem materna uma parcela de psique ‘extra-territorial’ aberta ao mundo dos outros, pronta, nos grupos, para entrar em ressonância com essa mesma parte que sobrevive no ego dos outros. (...) ocorre algo fundamental para a criança bem antes da constituição de seu ego psíquico ter-se integrado ao processo soma-psique. Este processo, descrito como uma integração, uma personalização ou uma individuação, tem sua origem numa circularidade entre a mãe e a criança e, num sentido mais amplo, entre a família e a criança. Portanto é perfeitamente lógico que ele seja revivido em qualquer situação de grupo.”*

Para o autor desse livro-texto, com crianças que ainda não passaram por esse processo de integração, *“é preciso lançar mão de tudo que estiver ao nosso alcance para facilitar uma integração somato-psíquica”*, utilizando, inclusive, a técnica de psicoterapia analítica de grupo que, segundo ele, facilita uma melhor coordenação psicomotora e, ainda, pode mostrar às crianças de que maneira um *“fantasma se exprime de forma contínua, de um modo pluriexpressivo, isto é, através de suportes que envolvem o corpo e o espaço, o mundo do sonho, do jogo e do símbolo.”* (DECHERF, 1986, pág.28)

Assim, esse autor reúne, num grupo, crianças com patologias variadas, embora tente manter um certo equilíbrio na configuração do todo: distúrbios psicomotores, inibição e retraimento, dificuldades afetivas e de relação, pré-psicóticos (“borderlines”) ou

mesmo psicóticos, enurese, encoprese, distúrbios intelectuais, “distúrbios profundos de personalidade” e “tendências perversas” (DECHERF, 1986, pág.29).

Também, procura montar um grupo com um número mais ou menos semelhante de meninos e meninas, evitando situações em que haja apenas uma menina para muitos meninos, ou apenas um menino para muitas meninas, para que não seja criado um clima persecutório.

Utiliza os termos heterogêneo e harmonioso para definir o conjunto de seu grupo que, embora compreenda em si patologias tão diversas, não se caracteriza pela predominância de um tipo de sintomatologia sobre outra, formando um “conjunto harmonioso que, em última análise, reproduz uma pequena sociedade.” (DECHERF, 1986, pág.29)

Faz, contudo, duas ponderações com relação a esses critérios utilizados para a formação de grupos: prefere não incluir, num mesmo grupo, duas ou mais crianças agitadas, ou muito instáveis, que apresentem tendências psicopáticas significativas; prefere também misturar uma ou duas crianças psicóticas, ou pré-psicóticas, às crianças neuróticas. (DECHERF, 1986, pág.30-31)

Esse autor ressalta, ainda, que algumas crianças necessitam do atendimento em psicoterapia individual, onde encontram uma situação dual mais propícia ao seu desenvolvimento emocional. A criança que demonstra sinais claros dessa necessidade, por meio de seu comportamento regredido, não tolerando a situação grupal, pode ser retirada do grupo para ser colocada em atendimento individual. Esse procedimento é considerado menos prejudicial, ao grupo e ao paciente em questão, do que sua permanência infrutífera no ambiente grupal.

Com relação à participação da família no tratamento das crianças, DECHERF (1986, pág.31) considera que a “confiança e a aceitação dos pais é primordial para que a criança possa investir o grupo e beneficiar-se com ele”, dedicando atenção especial aos progenitores em entrevistas que são realizadas periodicamente.

Desta forma, após os contatos habituais para realização de observação do caso, levantamento da história da doença e busca do significado dos sintomas, são explicados aos pais, durante uma entrevista e da maneira mais clara possível, em que consiste a psicoterapia analítica de grupo para criança:

*“Não se tratará de escolarização, nem de psicomotricidade ou de reeducação da fala. Não exercemos nenhuma pressão sobre as crianças, pois trata-se de um grupo livre, sem tarefa e sem objetivo direto. Esse conjunto representa uma pequena sociedade, na qual as crianças irão encontrar seu lugar em função de suas possibilidades e necessidades atuais, levando em consideração as dos outros, assim como os pais também se situam em seu meio profissional e em outros. Ajudamos as crianças a descobrir o sentido de seu comportamento, que será mais ou menos o reflexo daquele que adotam habitualmente, a fim de possibilitar que adquiram novas condutas, mais favoráveis ao desabrochar de sua personalidade. Nesta situação de liberdade privilegiada, cada criança poderá evoluir com a ajuda dos diferentes meios de expressão que poderá utilizar: brincadeiras individuais ou coletivas, cenas psicodramáticas, entrevistas conosco, etc...O grupo pode ser considerado como um território de aprendizagem, e a criança poderá, a seguir, expandir suas aquisições para outros contextos.(...) o sintoma, em razão do qual vieram nos consultar, está ligado à totalidade do comportamento, do qual não pode ser isolado e que se trata de uma manifestação exterior, expressão de distúrbios mais profundos. Só a modificação da economia libidinal da criança poderá provocar o desaparecimento do sintoma.” (DECHERF, 1986, pág.32)*

Esse autor procura realizar, ao menos, uma entrevista com os pais no final do ano, para fazer um balanço do tratamento até aquele momento. Também a realiza, quando os pais desejam ou necessitam. O tema que se desenrola nas entrevistas com os pais, geralmente, é relativo à repercursão que neles tiveram as modificações de atitudes da criança, durante o tempo de psicoterapia de grupo.

Sem o apoio dos pais é impossível trabalharmos com a criança em psicoterapia e, tê-los como aliados do tratamento, parece ser a melhor conduta. Porém, muitas vezes a família pode funcionar como um sistema fechado e resistente a mudanças. As entrevistas com os pais são uma forma de acompanhar a família como um todo, e ver como reage às mudanças que podem ocorrer, durante o tratamento: *“não é possível, isolar o sintoma e praticamente impossível trabalhar sem os pais ou, bem mais ainda, contra estes últimos.”* (DECHERF, 1986, pág.33)

Segundo esse autor:

*“Quando recebemos os pais e a criança, encontramos-nos em presença de remanejamentos de catexias que concernem à dinâmica dos conflitos intersistêmicos do paciente, bem como da família inteira considerada em seu todo. Se os pais nos procuram, isto se dá porque um elemento do grupo familiar está se modificando e ameaçando o equilíbrio de todo o sistema. O elemento que sai do lugar geralmente é a criança, em função de suas novas necessidades que tendem a modificar a homeostase familiar.”* (DECHERF, 1986, pág.34)

Assim, para obter uma maior chance de sucesso, esse autor considera que se deve agir em dois pólos: junto à criança, colocando-a diante de seus conflitos inconscientes e de seus objetos internos no trabalho grupal, e junto aos pais, buscando compreender, com eles, a dinâmica familiar e suas relações, tentando, também, reduzir a reação terapêutica negativa.

Obter a motivação da família para o tratamento não é uma tarefa fácil e a motivação da própria criança, para realizar sua terapia, depende, em grande parte, da disponibilidade de seus pais. Algumas crianças raramente, segundo esse autor, têm consciência de seu sofrimento e da necessidade de mudança; precisam de seus pais para atingir uma motivação verdadeira para o tratamento. Decherf considera:

*“Seja qual for a motivação da criança, propomos a ela uma ação centrada nos pontos que a fazem sofrer, ajudando-a a compreender e ultrapassar suas dificuldades. Antes de iniciar realmente um trabalho em comum, pedimos à criança seu consentimento. Excepcionalmente, sobretudo nos casos de sintomas fóbicos, propomos à criança que participe de duas sessões, à título de experiência, antes de assumir um compromisso definitivo frente ao grupo.”*  
(DECHERF, 1986, pág.36)

Mesmo em grupo, assim como na psicoterapia individual, as crianças parecem conseguir guardar segredo sobre o que ocorre nas sessões e, geralmente, não o revelam nem aos seus pais. É necessário que os pais suportem essa frustração, o que supõe a aceitação de uma maior autonomia de seu filho e de seu crescimento, bem como de que se passa algo, entre seus filhos e os terapeutas, sobre o que não terão, necessariamente, acesso. Esta é uma tarefa muito difícil para muitos pais. Sua aceitação, porém, cria um clima de verdadeira colaboração entre progenitores e terapeutas.

Da mesma forma, devemos procurar o apoio da instituição onde os trabalhos com grupos de criança são realizados:

*“A instituição deve estar sensível a este trabalho, para que sejam propostas aos analistas, crianças cuja sintomatologia corresponda a esse tipo de tratamento. Caso contrário, não tardará a considerar o grupo como um saco-de-gatos.”* (DECHERF, 1986, pág.37)

Além disso, a instituição poderá criar resistências aos grupos ou rejeitá-los. Por isso, assim como os pais, a instituição deve ser informada sobre os trabalhos com grupos e respeitada em suas regras. Os terapeutas devem aceitar os limites impostos por ela, facilitando o inter-relacionamento com os colegas e buscando uma aliança favorável a um clima de colaboração.

## COMENTÁRIOS:

Nos trabalhos desenvolvidos com grupos de criança no Setor Infantil procuramos, assim como G.Decherf, realizar o atendimento grupal utilizando uma dupla de terapeutas pelas vantagens já assinaladas: melhor qualidade de trabalho, observação mais completa, maior facilidade para lidar com um grupo e a possibilidade de discussão posterior à sessão.

No entanto, não nos foi possível, na maior parte das vezes, a utilização do par terapêutico — um homem e uma mulher — por falta de profissionais disponíveis. Não possuíamos um número de profissionais, ou mesmo de alunos especializados, suficiente para termos o privilégio de recorrer a um par terapêutico, sendo que contávamos com um número muito maior de profissionais e alunos especializados do sexo feminino.

Por outro lado, consideramos que, de qualquer forma, as crianças iriam projetar na dupla terapêutica as figuras parentais, independente de seu sexo, e foi interessante observar, ao longo do tempo de atendimento de vários grupos, como, realmente, essa projeção ocorreu muito mais pelo papel exercido por cada um dos terapeutas no grupo — papel esse variável no tempo e espaço das sessões de acordo com as necessidades fantasmáticas do grupo — do que pelo seu sexo.

Também reunimos em uma sala, para atendimento, crianças pré-selecionadas conforme resultado de psicodiagnóstico anterior. Mas, o número de crianças variava mais ou menos em torno de cinco a doze crianças, de acordo com os critérios da equipe de terapeutas que iria trabalhar com o grupo.

A duração de nossas sessões era de uma hora. Consideramos quarenta e cinco minutos um tempo muito pequeno por se tratar de atendimento grupal, ainda mais pelo fato de ser realizado com criança, pois temos todos os momentos tomados com retirada de brinquedos da caixa, guarda de brinquedos e arrumação da sala, junto com elas. Gostaríamos de ter aumentado esse período para uma hora e dez ou quinze minutos, porém,

tínhamos outros atendimentos a realizar dentro do ambulatório e precisávamos dividir nosso tempo de forma prática.

Com relação à regra básica da associação livre na psicoterapia individual de adultos, adaptada por DECHERF (1986, pág.21) aos grupos de criança que dirigiu, pensamos de forma um pouco diferente desse autor. Preferíamos pensar que a regra básica que norteava nossos grupos era “o livre brincar”, tendo sido adaptada dos trabalhos realizados em ludoterapia individual (KLEIN, 1953, pág.150-168), do qual nossos trabalhos com grupos de criança sofreram uma profunda influência, além, é claro, da influência sofrida pelos princípios que norteavam a psicoterapia individual de adultos.

Também, como na técnica de ludoterapia, o material disponível para o grupo, era composto de brinquedos não mecânicos, simples e variados, em número suficiente para divisão em grupo, que permitiam às crianças a expressão de suas fantasias e experiências, de forma criativa. Esse material era colocado em uma caixa possível de ser fechada, pelos participantes, quando a sessão terminasse, e que só era aberta, pelo próprio grupo, em seu retorno.

Julgamos muito importante a colocação de regras que se limitavam a não machucar a si ou aos outros, e a não destruir ou estragar a sala e os materiais nela contidos, pertencentes ao hospital. Quanto ao material contido na caixa de brinquedos que pertencia ao grupo, não lhes era colocada nenhuma restrição. Desde que consideramos, como fonte de observação e interpretação, o que fizessem com sua própria caixa de brinquedos e com o material nela contido, a espontaneidade, nesse sentido, era crucial para nossa técnica.

Muitas vezes, tivemos que ajudar o grupo, nos finais de sessão, a se organizar e arrumar a sala, mas procurávamos evitar essa situação. Considerávamos que esta era uma função do grupo e, se o ajudássemos, acabariamos prejudicando nossa capacidade de pensar analiticamente sobre o significado do que estávamos vivendo naquele instante. A interpretação significativa, nesse momento, também nos aproximava do grupo e trazia, aos seus participantes e a nós, um sentido de grupalidade. Quando era necessário ajudar o fazíamos procurando nos manter atentos a nossa função interpretativa.

Concordamos completamente com DECHERF (1986, pág.23-24) com relação à importância do enquadre analítico, aos dois aspectos nele contidos em termos da imagem materna e paterna, bem como com o ponto de vista relativo à sua função estruturante para o grupo. Pudemos inclusive, no decorrer de nossa experiência com os grupos de criança, constatar esses fatores na prática clínica.

Concordamos, também, com ele, no que concerne aos critérios de seleção utilizados para a montagem de grupos mistos, de caráter heterogêneo em relação às patologias, porém buscando uma certa harmonia em sua composição.

Assim, preferimos, como esse autor, montar grupos mistos e heterogêneos em relação à patologia, evitando a colocação de um número reduzido ou mínimo de integrantes de um mesmo sexo, o que, pudemos confirmar no decorrer de nossos atendimentos, cria um clima persecutório.

Procuramos impedir, no entanto, a colocação de crianças muito comprometidas, psicóticas ou “borderlines”, por não nos sentirmos preparados para isso, já que estávamos iniciando um novo tipo de atendimento. Muito embora não fosse essa a nossa intenção, uma ou outra criança psicótica era introduzida nos grupos por falha do processo seletivo. Então, podíamos confirmar quão interessante, realmente, era sua participação no funcionamento grupal.

Com relação ao papel da família no tratamento, consideramos sua participação de caráter crucial. Por isso, resolvemos montar grupos especiais de acompanhamento psicológico para pais cujos filhos estivessem participando de ludoterapia de grupo (ARRUDA, 1991, pág.17-33). Estes grupos tinham frequência semanal e eram realizados no mesmo horário que os grupos de criança. Assim sendo, eram coordenados por profissionais diferentes, que se responsabilizavam por acompanhar os pais durante o tempo de tratamento do filho, lidando com as angústias e expectativas dos pais em relação a esse tratamento.

Ao nosso ver, a criança possui suas próprias motivações para o tratamento, tem a percepção de seu sofrimento e do que a trouxe para o consultório. Muitas vezes, essa percepção não é claramente consciente ou é deturpada pela negação da família, mas ela nos aparece, claramente, já nas entrevistas iniciais com a criança, ou na hora de jogo, ou mesmo depois de iniciado o tratamento. O grupo como um todo, também, tem a noção de suas dificuldades e do porque está ali.

Ocorre que, o verdadeiro envolvimento dos pais no tratamento dos filhos possibilita às crianças uma maior consciência de sua motivação e, por sua vez, uma maior participação no tratamento, diminuindo as faltas, os processos resistenciais e abandonos precoces.

Assim, buscamos sempre o apoio dos pais e procuramos, junto com eles, compreender suas dificuldades em participar do processo de crescimento do filho, com o intuito de desenvolver um clima de confiança, entre nós e eles, e de aceitação de suas dificuldades, sem o que o grupo de criança jamais poderia sobreviver.

Quanto à instituição, também procurávamos respeitá-la e realizar nossos atendimentos sem infringir suas regras, cientes de que estávamos dentro de um hospital, onde, muitas vezes os serviços psicológicos não são compreendidos em relação aos seus objetivos, métodos e técnicas, por vezes tão diferentes dos objetivos, métodos e técnicas da área médica.

Nesse ambulatório, no entanto, não houve restrições ao nosso trabalho e pudemos perceber, nas condutas das atendentes, uma certa surpresa, curiosidade e simpatia, quando viam, por exemplo, as crianças em grupo de oito a doze correndo pelo corredor para chegar o mais rápido possível à sala de atendimento de grupo, cena esta quase impossível de se imaginar dentro de um hospital geral.

### 4.3. DESCREVENDO OS GRUPOS EM SEU FUNCIONAMENTO.

Quando DECHERF (1986, pág.39) inicia a descrição, no segundo capítulo de seu livro, de dois grupos de crianças com os quais trabalhou, começa por narrar a história pessoal e os dados sobre a patologia das crianças, participantes desses grupos.

Pudemos então perceber que os grupos foram montados com crianças de ambos os sexos que apresentavam distúrbios bastante variados como imaturidade psicomotora, dificuldade escolar, comportamento agressivo e instável, fobia, imaturidade emocional, retraimento e dificuldade no relacionamento social. Pela leitura dos quadros, algumas das crianças atendidas em grupo por Decherf e sua equipe, nos exemplos citados, pareciam tratar-se de crianças bastante regredidas.

Decherf observou o comportamento individual dessas crianças no grupo mas procurou analisar principalmente o aparecimento de alguns mecanismos coletivos de defesa como a sideração grupal, a busca de um líder, a violência coletiva, a disputa e rivalidade, a busca de um “bode expiatório”, a quebra das regras e convenções, a expressão dos sentimentos contraditórios dirigidos ao outro. Em última instância, estes fenômenos, que ganharam expressão grupal, representariam maneiras de “*recalcar a vida fantasmática dos participantes de forma bastante eficaz*”, consistindo em mecanismos coletivos de defesa de caráter inconsciente. (DECHERF, 1986, pág.39)

Usou de material clínico para explanar suas idéias e relatou o início de um grupo, descrevendo o momento inicial como repleto de inesperados e de dúvidas, tanto para as crianças quanto para os terapeutas. Os terapeutas se encontram, ao mesmo tempo, ansiosos e curiosos para ver qual seria a reação das crianças em grupo. Por sua vez estas se encontram diante de figuras peculiares — os terapeutas — que se comportam de modo totalmente novo, não lhes solicitando nada e não dirigindo seu comportamento, diferente de pais, professores, médicos e adultos de uma forma geral. A tensão é grande e a expectativa também.

Durante a primeira sessão, segundo DECHERF (1986, pág.44), é comum que as crianças passem por um período de completa inatividade, como se estivessem sideradas. Há um certo desconforto no ar e os terapeutas sentem a tentação de se adiantarem a elas mostrando-lhes o que podem fazer, procurando por fim à angústia inicial. As crianças examinam-se umas às outras e examinam os terapeutas furtivamente. Separadas e sozinhas, pouco a pouco, vão rompendo, timidamente, o silêncio, mas permanecem pouco animadas a desenvolver um maior contato; algumas olham para os terapeutas como que esperando ajuda ou direção. (DECHERF, 1986, pág.45)

Esse movimento coletivo inicial representa a forma que as crianças têm de se defender da angústia perante o novo e foi chamado por Decherf de sideração grupal.

Aos poucos, as crianças vão interagindo mais, conversando e se conhecendo. Propõem-se jogos a serem realizados em conjunto de dois ou três, formando os sub-grupos. Então, não tardam a chegar os movimentos de disputa e rivalidade, geralmente representados por dois líderes que medem forças entre si.

Muitas vezes, também, a agressividade é dirigida a uma terceira criança que se revela o “bode expiatório” do grupo. Assim, a uma determinada criança, eleita pelo grupo, são dirigidos os sentimentos de raiva, rejeição, desprezo, sendo objeto de trapaças e zombarias de todo o grupo e do líder, em particular.

A violência coletiva também pode dirigir-se a objetos concretos existentes na sala ou fora dela, e aos terapeutas na relação transferencial.

De qualquer forma, no primeiro grupo analisado por DECHERF (1986, pág.47), os líderes acabam por “arrastar todo o grupo para um movimento de violência coletiva e de confronto com as regras do grupo” que, segundo esse autor, simbolizaria o medo de serem subjugados pela onipotência de suas pulsões e o apelo à autoridade dos terapeutas para controlá-la.

Além do fenômeno de sideração, da violência coletiva, da busca de um líder e do fenômeno do “bode expiatório”, a chegada de um membro novo no grupo também foi

abordada por esse autor, que destaca a importância de se observar os fenômenos que esse fato propicia.

Pode acontecer de ser modificada a conduta de um membro do grupo, que até então permanecia à sombra, trazendo alguma mudança importante no dinamismo grupal: *“Ora, face a um recém chegado, não se tem história, e isso talvez favoreça uma modificação”*. (DECHERF, 1986, pág.48)

O segundo efeito observado pela entrada do novo, foi uma maior atividade do grupo gerando, posteriormente, uma demonstração de violência. A demonstração de rivalidade e violência expressas no brincar grupal, pode tomar conta de todo o grupo, ou de grande parte dele, sempre que esse se sentir ameaçado:

*“A violência é dessa forma ‘orquestrada’ pela totalidade do grupo, e ao mesmo tempo passa a fazer parte de uma convenção, é representada, ritualizada. Numa ocasião como esta, cada um poderá aprender a exercer o controle de suas pulsões, a separar fantasmas e realidade. Essas brincadeiras nos fazem pensar nas manifestações rituais de certos animais. Os búfalos realizam simulacros de combate no limite de seus territórios, mas lutam sem mercê no interior destes últimos. Assim, a espécie é preservada através dos combates que se travam nas fronteiras.”* (DECHERF, 1986, pág.49)

Outros processos, que puderam ser observados com o desenrolar do grupo, foram a transferência lateral, na medida em que os afetos são dirigidos não só para as figuras dos terapeutas, mas também para as outras crianças do grupo, e o fenômeno de identificações múltiplas favorecido pela situação grupal, com cada criança imitando as outras, tentando se apropriar de determinadas características do outro, ou mesmo se identificando com os terapeutas (DECHERF, 1986, pág.51).

Segundo esse autor, durante toda a evolução do grupo as crianças vão encenando seus fantasmas individuais que poderão ser compreendidos em meio à dinâmica grupal, sendo possível, por vezes, interpretá-los:

*“As crianças agem freqüentemente seus fantasmas nessa época de sua vida (latência) (...) Muitas vezes sentimo-nos em condições de acompanhar o fantasma inconsciente que está na base do material manifesto e, eventualmente, de interpretá-lo.” (DECHERF, 1986, pág.52)*

Concomitante ao aparecimento dos fantasmas individuais, os fantasmas coletivos são encenados com uma freqüência cada vez maior.

Nesse ponto de seu livro, esse autor dá como exemplo de fantasmas coletivos que podem ser observados, o fantasma de castração, que se expressa principalmente por meio das preocupações e sentimentos de medo nos jogos coletivos, em especial, nos jogos de combate e nos jogos em que a sexualidade é diretamente enfocada. Um outro exemplo são os fantasmas de devoração, mais regressivos, que aparecem em jogos onde as crianças encenam o risco de serem devoradas por animais ou seres perigosos. (DECHERF, 1986, pág.52)

Podem ser expressos também os sentimentos ligados à sexualidade denotados pela reação dos participantes diante da formação de pares no grupo ou, mais diretamente, ligados às imagens que formam do par terapêutico na relação transferencial: *“Com este material, pudemos interpretar os fantasmas de cena primitiva, marcando uma evolução importante do grupo.” (DECHERF, 1986, pág.53)*

Assim, para Decherf, parece haver uma certa progressão em relação ao comportamento das crianças do início do grupo para o decorrer das sessões. Inicialmente, as crianças realizam atividades isoladas, por meio das quais exprimem seus fantasmas individuais, passando progressivamente para uma atividade realizada em sub-grupos de duas ou três crianças e posteriormente movimentando-se, com relativa facilidade, de uma atividade para outra, de um sub-grupo para outro. Os fantasmas originários são, então, abordados mais diretamente do que antes, assim como as questões relativas à sexualidade, mesmo que de forma simbólica. O grupo, portanto, logo em seu início, adquire uma forma de expressar coletivamente seus conflitos:

*“Desde o início do grupo, os participantes reagiram como um todo aos acontecimentos ocasionais (atrasos, ausências, etc.) ou aos mecanismos coletivos que se instalavam no grupo (liderança, etc.). Continuamos a vê-los reagir da mesma forma a tudo que diz respeito ao grupo, em particular à vida fantasmática induzida por uma ou outra das crianças.” (DECHERF, 1986, pág.56)*

No segundo grupo relatado por esse autor, após um momento inicial que teve a duração de mais de quinze minutos, onde as crianças permaneceram estáticas ocupando o mesmo lugar, desde sua entrada na sala, o grupo começa a interagir.

Durante a sessão inicial e nas sessões ulteriores, aparece uma maior preocupação em torno de dois temas:

*“a angústia, a morte, a destruição , o espedaçamento, de um lado (...) e, do outro lado, a esperança de terminar todos juntos, todos iguais, com uma boa mãe que está lá para cuidar deles (...) é visível a ressonância fantasmática em torno desses dois temas que preocupam o grupo.” (DECHERF, 1986, pág.70)*

Nas sessões seguintes aparece uma oscilação entre movimentos marcados pelo processo primário, com crianças denotando atitudes mais regressivas características da fase pré-genital, e movimentos mais evoluídos, mais característicos da fase genital com as crianças recorrendo a defesas edipianas ou pré edipianas.

Com o decorrer dos atendimentos, o grupo começa a quebrar regras e convenções, buscando, inconscientemente, a intervenção dos terapeutas, que colocam os limites necessários para que não se machuquem e não tentem machucar os terapeutas. As crianças denotam, com seus jogos, a necessidade de manipulação do proibido. Sentem curiosidade em relação à sexualidade dos pais-terapeutas, mostrando-se excitadas e desejosas de tomar o lugar do pai, no caso dos meninos, ou da mãe, no caso das meninas.

Segundo DECHERF (1986, pág.65), portanto, os dois grupos exemplificados desenvolveram mecanismos de defesa coletivos contra o eclodir de seus fantasmas e

angústias mais primitivos. Esses mecanismos permitiram que os grupos se estruturassem “*a fim de lutar da maneira mais eficaz possível contra as angústias arcaicas suscitadas pela situação grupal.*” Decherf vai procurar mostrar, posteriormente, como os fantasmas arcaicos se desenvolvem em torno de três organizadores.

O autor aqui estudado, ainda dá um exemplo de como ele e sua equipe realizam uma avaliação das crianças, individualmente, e do grupo, como um todo organizado, após um determinado tempo de tratamento grupal.

A avaliação do grupo como um todo utilizada por eles abordou os seguintes pontos:

- o grupo deve evoluir progressivamente, com o decorrer das sessões, para uma situação em que tenha menos necessidade de se organizar em torno de um líder.
- também, deve haver uma necessidade menor de eleição de um “bode expiatório”.
- há uma regressão da violência e os terapeutas não precisam intervir tanto, como antes, para a colocação de limites.
- as estruturas no interior do grupo estão menos rígidas, havendo uma maior liberdade de movimentação dos pares, sub-grupos, papéis e apresentando maior dinamismo na passagem de um jogo para outro.
- há uma maior liberdade também para abordar os fantasmas coletivos, em especial, os relativos à sexualidade.
- as crianças se mostram mais capazes de lidar com seus fantasmas individuais. “*Podem, eventualmente encená-los com parceiros diferentes, de acordo com o momento, ou expressá-los individualmente (desenhos, histórias inventadas, etc.)*” (DECHERF, 1986, pág.56)

Além dessa avaliação, realizam entrevistas com os pais e criança para conhecer o desenvolvimento individual dela, fora do grupo, e verificar se os resultados são os mesmos observados pelos terapeutas, dentro do grupo.

Dependendo das conclusões obtidas nessas avaliações, definem a conduta em relação a cada criança: pode continuar no centro de atendimento para tratamento em grupo; pode ser encaminhada para tratamento psicológico individual, ou para outro tipo de tratamento, dentro do próprio centro, como, por exemplo, acompanhamento pedagógico; ou pode, ainda, encerrar seu tratamento por já ter alcançado resultado considerado satisfatório.

#### COMENTÁRIOS:

Ao estudarmos o capítulo dois do livro-texto, escrito por DECHERF (1986), pela primeira vez entramos em contato com exemplos clínicos relativos ao atendimento de criança em psicoterapia de grupo, e pudemos observar a riqueza de seu dinamismo.

Poderíamos ficar preocupados com as situações extremamente difíceis vivenciadas pelos terapeutas, que tiveram várias vezes de colocar limites nas crianças. Mas, inicialmente, pensamos que o funcionamento de seus grupos mostravam aspectos de maior regressão pelo fato de Decherf e sua equipe atenderem também crianças consideradas “borderlines” e psicóticas.

Só depois, quando viemos a realizar nossa própria experiência com grupos de crianças, é que percebemos que a situação grupal, por si só, remete os participantes do grupo a uma situação de regressão, e os leva a se defender como um todo, por meio dos mecanismos de defesa coletivos.

Em nossos atendimentos, também pudemos observar os mecanismos de defesa coletivos se organizando para ajudar o grupo a se defender de sua angústia: a sideração grupal, a busca de um líder, a violência coletiva, a eleição do “bode expiatório” e a quebra das regras.

Da mesma forma que Decherf, pudemos notar nos grupos de crianças desenvolvidos posteriormente por nós, os mecanismos de transferência lateral, identificações múltiplas e a expressão dos fantasmas individuais e coletivos.

Mas, não nos atemos muito à observação dos fantasmas individuais, como o fizeram Decherf e sua equipe, pois nos interessávamos em compreender com mais afinco os mecanismos grupais e pensávamos que, por meio deles, poderíamos atingir a personalidade individual.

Concordamos com esse autor no que se refere a chegada de um novo participante: realmente o novo traz uma carga de angústia extra com a qual o grupo não consegue lidar. Trata-se de uma situação que merece, de nossa parte, uma atenção realmente especial para podermos interpretar as emoções que se encontram subjacentes.

Mas, não concordamos com a afirmação de que diante de um recém-chegado o grupo não possui história. Acreditamos que a história do grupo é mantida e passada para o novo participante que a assimila por meio das comunicações grupais que se fazem por vias conscientes e inconscientes, assumindo posturas coletivas mesmo em relação a assuntos ou temas debatidos antes de sua chegada. Já que agora ele faz parte do grupo, assume seus problemas, seus conflitos e sua história.<sup>10</sup>

O que ocorre, na realidade, é que a entrada do novo trás a necessidade de serem reorganizados os papéis atribuídos, até então, aos indivíduos dentro do grupo, modificando-se, por vezes, sua forma de funcionamento e sua estrutura.

Embora Decherf e sua equipe compreendam o movimento transferencial do grupo, não colocam exemplos de interpretações que enfoquem esse aspecto. Grande parte

---

<sup>10</sup> Encontramos esta idéia melhor descrita em GRINBERG *et al.* (1976, pág. 176): "já vimos que todo grupo tem sua história e seu código próprios, que equivalem à história e à tradição de um povo, e que asseguram e preservam sua continuidade e coesão. À medida que se vão incorporando novos participantes, são informados dos episódios ou acontecimentos mais importantes da vida do grupo, o que lhes permite melhor assimilação ao que se poderia denominar a estirpe específica do grupo."

dos exemplos de interpretações dados são de caráter individual, não transferencial e, muitas vezes, não mencionam a angústia subjacente à defesa.

A questão da interpretação aparece como um ponto importante, pois pensamos ser mais produtivo interpretar a angústia que se encontra subjacente a esses mecanismos de defesa e não, apenas, apontar o mecanismo de defesa para o grupo como o colocado por DECHERF (1986, pág.124): “Mostramos como as crianças unem-se contra nós, usando principalmente de violência, em vez de aliarem-se a nós” Ao nosso ver, esse tipo de procedimento só reforçaria a resistência.

Também, assim como com os pressupostos básicos de BION (1969, pág.168), acreditamos que compreender os mecanismos de defesa coletivos nos ajuda a entender o tipo de angústia que produziu seu funcionamento para podermos, então, interpretá-la gerando uma mudança pelo “insight” transformador. Mas não vamos apontar o mecanismo de defesa por si só, sem abordar a angústia que o motivou.

Não realizamos interpretações do indivíduo no grupo o que observamos ser feito por DECHERF (1986, pág.74-75), procurando, na medida do possível, interpretar o grupo como um todo. Nesse ponto seguíamos as linhas de interpretação, já descritas no capítulo anterior dessa dissertação, de GRINBERG *et al.*(1976, pág.161), procurando adaptá-las ao grupo de criança, atendo-nos ao livre brincar coletivo visto como um todo significativo.

Nessa releitura que empreendemos do livro de Decherf, o processo de avaliação grupal nos pareceu bastante interessante. Só que nunca o utilizamos durante o desenvolvimento dos dez primeiros grupos, acompanhados por nós. Pelo menos não diretamente, de forma completa e organizada, perfazendo todos os itens, como ele e sua equipe realizaram. Analisamos um ou outro ponto, citado por esse autor, durante as discussões das sessões ou em supervisão, mas não como um pensamento organizado. Esta é uma idéia que poderia ter sido mais explorada por nós.

#### 4.4. OS PRINCIPAIS FENÔMENOS GRUPAIS

Para DECHERF (1986, pág. 77), a proposta de associação livre na experiência grupal não diretiva e, no caso das crianças, a regra da associação livre pluriexpressiva, remetem os participantes dos grupos aos fantasmas arcaicos, em especial o de espedaçamento, de perda da identidade e de simbiose, bem como aos fantasmas de natureza oral, que estão na base dos sentimentos de ansiedade e culpa.<sup>11</sup>

O grupo tenta, a todo momento, alcançar um mesmo objetivo inconsciente: eliminar a ansiedade. Para isso lança mão dos mecanismos defensivos.

Segundo esse autor, no grupo terapêutico, concomitante ao aparecimento dos mecanismos defensivos, podemos acompanhar e analisar o aparecimento sucessivo dos fantasmas coletivos e das angústias que estão em sua base. Explica, então, o desenrolar do grupo de crianças segundo o desencadeamento dos fantasmas individuais e coletivos, que vão sendo estruturados por intermédio dos mecanismos organizadores do desenvolvimento grupal.

Define, portanto, dois processos que são desencadeados no funcionamento grupal: os mecanismos de defesa coletivos e a expressão dos fantasmas coletivos; estes últimos, se desenvolveriam por meio dos mecanismos organizadores do grupo.

---

<sup>11</sup> Para M. Klein, segundo seus estudos referentes à análise individual de crianças, a angústia é liberada pelas tendências destrutivas: "Desde o começo de meu trabalho analítico, meu interesse se centralizou na ansiedade e suas causas, o que me trouxe mais perto do entendimento da relação entre agressividade e ansiedade (...) proponho a hipótese de que — tanto no desenvolvimento normal da criança quanto no desenvolvimento patológico — a ansiedade e a culpa surgidas no primeiro ano de vida estão intimamente ligadas aos processos de introjeção e projeção, aos primeiros estágios do desenvolvimento do superego e do complexo de Édipo; e que, nessas ansiedades, são de suma importância a agressividade e as defesas contra ela." (Klein, 1948, p.62)

#### 4.4.1. Os mecanismos de defesa coletivos

DECHERF (1986, pág.77) enumera quatro mecanismos de defesa que encontrou operando nos grupos de criança e que têm, como objetivo, afastar o grupo dos sentimentos e angústias que o assolam, durante seu desenvolvimento. Segundo ele:

*“Os mecanismos de defesa do ego têm o mesmo objetivo: reduzir a excitação (pulsão), suprimir as representações (recordações, etc.), os afetos e os conflitos que a situação analítica, principalmente, faz o indivíduo reviver. Se as exigências do ego ou as das forças exteriores representadas pelo ego não exercessem nenhuma pressão, a pulsão só iria conhecer um destino: o da satisfação (...) Isso provavelmente explica a cumplicidade dos co-participantes: não é mais o ego de uma criança, mas o grupo como um todo que se estrutura para eliminar a ansiedade ligada a essa situação, ansiedade tanto mais intensa, porquanto encontra-se neste caso reforçada por um fenômeno de contágio devido à situação de grupo, provavelmente por cada um reconhecer ou projetar no outro as pulsões ou desejos nele recalcados, que a situação assim criada faz somar-se aos outros.” (DECHERF, 1986, pág.80)*

Dessa forma, nos grupos, os mecanismos de defesa encontram-se reforçados pela situação coletiva. O primeiro mecanismo de defesa apontado por Decherf seria a sideração grupal:

*“Propomos chamar de sideração grupal o fenômeno descrito anteriormente e que encontramos em todos os inícios de grupos terapêuticos de crianças (...) De modo geral as crianças não se conhecem e ainda não têm afinidades umas com as outras. Elas permanecem em pé sem se movimentarem. Trocam olhares e se observam discretamente. Esta situação dura em média de 15 a 20 minutos e às vezes mais de meia hora (...) Nossa conclusão é de que as crianças pressentem que a situação de grupo irá fazê-las regredir para estágios pré-genitais e, em particular, fazê-las reviver angústias arcaicas ligadas à oralidade e ao espedaçamento. É a situação de grupo como um todo que nos*

*parece ser evitada por este mecanismo coletivo.*" ( DECHERF, 1986, pág. 77-78)

Esse fenômeno parece existir, em maior ou menor grau, em todo grupo que se inicia e, algumas vezes, o funcionamento do grupo em sideração pode durar toda uma sessão. Podemos entender que quanto mais petrificadas ou paralisadas estiverem as crianças, maior é o receio da situação de liberdade e dos sentimentos ou fantasmas que desperta. Portanto, a análise do conteúdo fantasmático, que se encontra contido nesse fenômeno, é de fundamental importância para o desenvolvimento do grupo em seu início.

O segundo mecanismo de defesa, observado pelo autor por nós estudado, seria a violência coletiva, quando o grupo como um todo, ou grande parte dele, se movimenta em grande atividade até chegar ao ponto de agredir ou quebrar regras.

As crianças atuam seus fantasmas para não sentir a angústia que eles despertam; essa é a essência desse mecanismo defensivo.

A violência coletiva pode ser observada na competição e rivalidade intensa entre os participantes do grupo, ou mesmo entre sub-grupos existentes (por exemplo: entre os sub-grupo das meninas e o sub-grupo dos meninos); também pode aparecer por ocasião da entrada de novos membros, denotando a rejeição da situação inesperada.

Parece haver um elo entre esse mecanismo e o fenômeno de transgressão às regras do grupo, ligado, por sua vez, à busca sistemática do proibido.

De qualquer forma, esse comportamento das crianças sugere a necessidade de haver limites claramente estabelecidos. Elas querem saber até onde podem ir, e toda sua ação se dirige para a quebra das regras estabelecidas.

DECHERF (1986, pág. 79) julga ser de extrema importância a intervenção dos terapeutas nesse momento, dirigindo o comportamento do grupo, esclarecendo as regras estabelecidas no contrato e lembrando às crianças que os terapeutas estão ali para protegê-las de suas pulsões destrutivas:

*“Nossa intervenção teve por objetivo protegê-los contra si próprios, limitando sua ação, e por efeito o de tranquilizá-los. Procuramos mostrar-lhes que o uso abusivo das liberdades de que gozavam era uma atuação, isto é, uma tentativa de viver na realidade os fantasmas que se encontravam recalcados.”*

O terceiro mecanismo de defesa coletivo seria a busca de um chefe. Na verdade esta seria, segundo DECHERF (1986, pág.79), a primeira realização efetiva do grupo, isto é, a primeira tarefa do grupo como grupo, pois todos se unem em torno de sua consecussão de forma a, realmente, concretizá-la.

*“Trata-se de uma obra coletiva, resultando ao mesmo tempo do desejo de uma das crianças de se afirmar e de dominar, e da necessidade das outras de aceitarem uma submissão, mesmo que a contestem (...) o chefe, por seu papel organizador, transforma a situação inicial de não-diretividade numa situação diretiva. Existe uma cumplicidade inconsciente entre os membros do grupo que favorece a ascensão de um chefe ou a sua designação. A transferência, que tem por objeto o casal de terapeutas, é deslocada para o líder...”* (DECHERF, 1986, pág.79)

Diluindo a transferência, diminui, conseqüentemente, os sentimentos persecutórios ocasionados pela situação transferencial.

Além de diluir a transferência, a busca de um chefe reduz as excitações e ansiedades, pois o grupo pode lidar melhor com seus temores fantasmáticos quando projetados em outro, isto é, na figura do líder.

A busca do chefe suprime o contrato de liberdade estabelecido com o grupo, segundo a regra da associação livre pluriexpressiva, pois o chefe vai dar agora ao grupo uma estrutura e diretividade, o que, em última instância, acaba, também, por diminuir a ansiedade determinada pela situação não-diretiva.

O líder vai promover um clima de rivalidade edipiana entre si e os terapeutas, disputando com eles o controle da situação grupal, o que, em última instância, remete o

grupo ao trabalho num nível mais evoluído, eliminando, por algum tempo, as angústias pré-genitais.

*“A situação de grupo favorece a emergência de fantasmas arcaicos, particularmente os de natureza oral, e o aparecimento de um chefe, por pior que ele seja, transforma os temores imaginários, fantasmáticos, numa certa realidade, ou, dito de outra forma, a ansiedade torna-se medo. Será mais fácil defender-se contra o medo, e será uma tarefa que os outros participantes do grupo poderão assumir”* (DECHERF, 1986, pág.80)

DECHERF (1986, pág.86) especifica três tipos de líderes, correspondentes a três processos distintos que promovem sua ascensão no grupo.

O primeiro tipo é o megalomaniaco que desperta, nos participantes do grupo, o temor e a fascinação. O grupo o obedece como que hipnotizado pela sua onipotência, que lembra a onipotência da primeira infância.

Esse tipo de liderança é exercido por um indivíduo que habitualmente funciona num esquema egocêntrico e possui uma estrutura de personalidade paranóica ou psicopática. Parece não ter lei, ou, dizendo de outro modo, ele é a lei:

*“vive sem culpabilidade aparente num sistema de valores diferente do dos outros ou, antes, num sistema (processo primário) ao qual tiveram que renunciar, mas cujos vestígios ainda conservam em si. (...) Por trás da onipotência exibida pelo chefe de tipo megalomaniaco, encontra-se a depressão, contra a qual ele e os que o vêem agir se defendem.”* (DECHERF, 1986, pág.83)

Devido aos traços paranóicos de sua personalidade, considera-se sempre ameaçado pelos mínimos acontecimentos, os mais banais, projetando neles uma situação persecutória. Para defender aquilo que julga ser seu direito, assume posturas invasivas e controladoras, incitando relações do tipo perseguidor-perseguido, encontrando-se sempre no centro de todas as discussões e de todas as brigas. Assim, cada *“possibilidade de*

*conflito torna-se conflito, fonte de excitação e de tensão que ele não cessa de descarregar.*" (DECHERF, 1986, pág.81)

Seus liderados o obedecem e se submetem a ele, que distribui os papéis no grupo segundo seu desejo e organiza os jogos grupais de forma centralizada e despótica. Se submetem mais por temê-lo do que por amá-lo, nutrindo por ele sentimentos ambivalentes.

O segundo tipo de chefe é o chefe de tipo edipiano, que é líder pelo exercício da sedução e denota uma necessidade de confirmação narcísica importante. Desperta mais admiração, em seus liderados, do que fascinação e exerce seu domínio dirigindo-se muito mais à organização genital de cada um, do que à organização pré-genital.

É o chefe bem amado que consegue a simpatia de todos e, embora tenha um ego mais estruturado que o líder descrito anteriormente, não vai provocar uma adesão tão imperiosa dos participantes do grupo, pois se dirige a níveis de evolução libidinal mais elevados.

Não utiliza de sua força de liderança para oprimir, perseguir ou para obter ganhos de interesse pessoal; organiza os jogos e distribui os papéis de acordo com os desejos de cada um.

Segundo o autor estudado, em um número reduzido de grupos, surge o terceiro tipo de chefe: o chefe mítico ou o herói.

O recurso ao mito é utilizado pelo grupo quando nenhuma criança possui meios, ou mostra-se disponível, para assumir o papel de chefe. Geralmente, ocorre em grupos com pacientes bastante regredidos, nos quais as crianças não são dotadas de uma organização emocional que permita a elas se manterem como líder, por um período razoável.

Mas, como a necessidade de um chefe é tão imperiosa como em qualquer outro grupo, a certa altura, no desenrolar dos acontecimentos de uma sessão, é sugerida uma dramatização onde alguém faz o papel do herói, se sobrepondo aos demais. Este papel não

é definido previamente e nem é fixo, podendo ser representado cada vez por uma das crianças numa mesma sessão, ou em sessões sequenciais.

*“No fundo, o herói representa o desejo de toda criança no que este tem de onipotente, porém desvencilhado de qualquer agressividade, de qualquer sentimento de injustiça. Compreende-se assim, que ele se torne uma figura ideal de chefe toda vez que um chefe não se destaque naturalmente...”*  
(DECHERF, 1986, pág.85)

A atitude dos terapeutas, diante do mecanismo da busca de um chefe, limita-se a evitar os abusos de poder por parte dos líderes e interpretá-lo para o grupo como um mecanismo de defesa coletivo. Os terapeutas procuram fazer com que as crianças tomem consciência do caráter arbitrário desse poder; questionem sua própria posição no interior do grupo e frente à liderança, mostrando também, quando necessário, a *“cumplicidade existente entre aquele que quer impor a lei e os que se submetem a isso”*. (DECHERF, 1986, pág.86)

Após analisar, portanto, a ocorrência nos grupos dos mecanismos de defesa de sideração grupal, violência coletiva e busca de um chefe, Decherf define o quarto mecanismo de defesa que se refere ao fenômeno da busca de um *“bode-expiatório”*. (DECHERF, 1986, pág.86)

Decherf observa esse fenômeno no caso de crianças, geralmente muito retraídas, que nunca ou quase nunca se relacionam e que, quando o fazem, são drasticamente atacadas por todos ou quase todos os colegas.

Estas crianças são as receptoras de toda a agressividade do grupo. Para DECHERF (1986, pág.87), elas aceitam esse papel porque canalizam para si a culpa pelos danos que o grupo imagina ter causado, por meio da agressividade vivida transferencialmente, na relação com os terapeutas.

*“Estamos em presença de um mecanismo de defesa coletiva. A agressividade normalmente experimentada na transferência com o casal de terapeutas, é*

*intensamente culpabilizada, sendo então deslocada para um (ou eventualmente vários) membro(s) do grupo. Este será o suporte, através de um duplo mecanismo de deslocamento e de projeção, de todos os 'maus' sentimentos, de toda a culpa e da agressividade de seus colegas. O bode expiatório está inconscientemente pronto a aceitar essa situação, e se torna mais ou menos cúmplice da perseguição organizada contra ele.*" (DECHERF, 1986, pág.87)

Os terapeutas não intervêm para defender a criança que está sendo alvo das outras, no fenômeno do bode expiatório, para não reforçar o papel de vítima desempenhado por ela. Procuram, no entanto, mostrar a relação existente entre a agressividade dirigida a ela e a agressividade que seria, originalmente, dirigida aos terapeutas na relação transferencial, e mostrar, também, a cumplicidade existente, entre os membros do grupo, para a consecussão desse fenômeno.

#### **4.4.2. A evolução dos fantasmas**

Após o estudo dos mecanismos de defesa coletivos, encontrados por Decherf e sua equipe no funcionamento dos grupos de criança — a sideração grupal, a violência coletiva, a busca de um líder e a busca do bode-expiatório — esse autor nos remete ao estudo mais aprofundado dos mecanismos projetivos ligados à circulação fantasmática no ambiente grupal.

Para DECHERF (1986, pág.77) a vida do grupo se organiza em torno da evolução dos fantasmas de natureza inconsciente.

Essa organização se refere à noção de D.Anzieu sobre os organizadores do grupo terapêutico (ANZIEU, 1993, pág.179), utilizando o termo "organizador", segundo o

definido anteriormente por Spitz<sup>12</sup> com relação ao desenvolvimento psicológico individual de crianças.

O grupo seria um local ideal para a projeção dos fantasmas arcaicos. Nele, os mecanismos de projeção e introjeção adquirem importante papel. Cada integrante poderia projetar no meio grupal aspectos de sua vida fantasmática, suas pulsões e defesas. Assim, o grupo ganharia uma imagem ou representação coletiva, segundo as projeções que lhes são feitas pelos seus integrantes,<sup>13</sup> havendo posteriormente a introjeção dessa imagem.

Portanto, a circulação fantasmática faz com que o grupo se unifique numa tensão comum, e se torna o mecanismo organizador do grupo em evolução.

*“Os temores experimentados pelos membros do grupo estão ligados, evidentemente, menos à situação real do que à vida fantasmática de cada um. A fantasmática é particularmente estimulada em qualquer situação de grupo, a menos, bem entendido, que mecanismos de defesa eficazes consigam bloqueá-la (...) A circulação dos fantasmas é, com efeito, a base de todo elo (...) todo grupo informal ou institucional apoia-se nela.” (DECHERF, 1986, pág.92)*

No início, de acordo com DECHERF (1986, pág.92), os membros do grupo projetam nele uma imago materna precoce que possui uma perspectiva bipolar.

De um lado, o grupo é sentido como mãe temerosa, onipotente e controladora, que conhece os pensamentos escondidos de seus filhos e os desvela com seu olhar perseguidor:

<sup>12</sup> Spitz refere a existência de períodos críticos dentro do processo de evolução da criança onde “as correntes de desenvolvimento integrar-se-ão umas com as outras nos vários setores da personalidade, bem como as funções emergentes e capacidades resultantes dos processos de maturação. A saída desta integração é uma reestruturação do sistema psíquico em nível mais elevado de complexidade. Esta integração é um processo delicado e vulnerável o qual, quando bem sucedido, conduz ao que chamamos de um ‘organizador’ da psique. (...) Estes pontos críticos, estes organizadores da psique, são de importância extraordinária para a progressão ordenada e livre do desenvolvimento infantil. Se a criança estabelecer e consolidar com êxito um organizador no momento apropriado, seu desenvolvimento pode prosseguir na direção do próximo organizador.” (SPITZ, 1979, p.115)

<sup>13</sup> Para D.Anzieu “O grupo é uma colocação em comum das imagens interiores e das angústias de seus participantes (...) é um lugar de fomentação de imagens.” (ANZIEU, 1993, p.21)

*“Sabemos que a criança pequena não vê limites à onipotência de sua mãe, capaz, em particular, de conhecer seus pensamentos (...) Toda imago materna faz, no nosso entender, com que esse temor dos fantasmas ‘desvelados’ seja revivido.”* (DECHERF, 1986, pág.93)

Esta imagem acaba por criar um clima persecutório, levando o grupo a vivências muito primitivas onde ainda não há consciência do corpo ou do objeto.<sup>14</sup> Como defesa, então, pode aparecer o processo de sideração grupal.

*“A sideração grupal é talvez uma regressão para essa vivência primitiva, onde psique e corpo não estão integrados, onde ainda não existe individuação. Segundo esta hipótese, os participantes estariam precisamente em busca de um suporte, de um ‘continente grupal’, antes de poder encontrar mais tarde, seu suporte corporal individual (...) Todos esses temores: perda objetal, espedaçamento, devoração, castração, perda da identidade, desencadeiam mecanismos de defesa que agem no mesmo sentido: fundir-se no grupo.”* (DECHERF, 1986, pág.93)

O grupo desenvolve, então, uma tendência à isomorfia, isto é, busca *“constituir um aparelho psíquico grupal, que resultaria da fusão dos aparelhos psíquicos individuais”* (DECHERF, 1986, pág.94). Paralisados, os membros do grupo não se diferenciam entre si, nem se diferenciam dos terapeutas, tudo faz parte de um só corpo. O grupo é visto como corpo fusionado: a ansiedade diminui quando os participantes resolvem fundir-se no grupo.

Uma outra forma do grupo lidar com essas fantasias ameaçadoras, características de seu funcionamento inicial, é lançar mão do processo de “ilusão grupal” para projetar, em seu corpo, a imagem do grupo familiar ideal. Este é o segundo aspecto da imago materna, em sua tendência isomórfica. Nesse processo, as crianças tenderão a

<sup>14</sup> Segundo D.Anzieu “essa co-presença de muitos outros sem unidade, desperta no indivíduo uma angústia de um tipo particular, a angústia da unidade perdida, do Eu quebrado (...) O grupo reconduz o indivíduo muito longe para trás, lá onde ele não estava ainda constituído como sujeito” (ANZIEU, 1993, p.33)

eliminar toda e qualquer relação agressiva entre elas, criando um ambiente sem conflito, um grupo sem Édipo, sem diferenças, sem ansiedades.

Para esse autor, o fato do grupo ser atendido por um casal de terapeutas facilita esse tipo de projeção, onde os terapeutas são vistos como pais ideais que protegem igualmente seus filhos, os membros do grupo, sem fazer diferenças, afastando-os de todo mal. O pensamento imperante é: estamos bem juntos e formamos um bom grupo; nossos chefes são bons chefes e não vão nos abandonar, pois são como bons pais.

Num mesmo grupo, ou numa mesma sessão, podemos encontrar, portanto, exemplos do funcionamento dessas duas imagos uma especificando a tendência isomórfica passiva (na sideração grupal) e a outra especificando a tendência isomórfica ativa (a tentativa de criar um grupo familiar ideal).

Estas tendências juntas determinam a imago materna precoce, e se constituem o primeiro organizador do grupo, isto é, os primeiros fantasmas em torno dos quais as crianças vão se agrupar e que, na realidade, adviria de uma “ressonância inconsciente” de um fantasma individual que encontra eco nos demais integrantes do grupo.

*“Em resumo, pensamos que a tentativa de criar um grupo familiar ideal é a vertente negativa dos fantasmas que acionam o mecanismo de sideração grupal, e associamos um ao outro enquanto constituintes do primeiro organizador dos grupos.” (DECHERF, 1986, pág.96)*

Estas duas vertentes da imago materna, a sideração e a ilusão —mãe que persegue, separa e parte, ou mãe que une, ama, alimenta e protege — nunca desaparecem totalmente, mesmo que outros mecanismos significativos se sobreponham ao seu funcionamento. O grupo vai, assim, se desenvolvendo num processo dialético, alternando essas tendências e outras que veremos a seguir.

O segundo organizador dos grupos de criança, para esse autor, estaria ligado a projeção da imago paterna no grupo, ou a busca de uma lei ou um chefe.

Tratando-se de um grupo analítico, onde os terapeutas frustram mais do que gratificam, a ilusão grupal, que pretende obter um grupo familiar ideal, não pode se concretizar. Os participantes do grupo, frustrados em sua intensão, estão diante da desilusão grupal que traz o perigo de retorno às angústias anteriores. Assim, seus integrantes buscam um segundo organizador, *“em torno do qual poderão estruturar-se, uma vez que o primeiro foi incapaz de atingir seu objetivo.”* (DECHERF, 1986, pág.96)

Este segundo organizador, a lei grupal ou a imagem paterna, pode ser encontrado junto aos terapeutas, como representantes e guardiões do enquadre terapêutico, ou no interior do próprio grupo, na medida em que este estabelece seus próprios limites, por meio das realizações de seu líder.

Junto aos terapeutas, o grupo se desenvolve em torno da manipulação do proibido: já que existe uma lei estabelecida existe, também, em contrapartida, o desejo de usurpá-la.

Os participantes do grupo podem fazer vir à tona a violência coletiva ou individual, buscando incessantemente os limites do grupo, testando os terapeutas e levando-os, constantemente, a sair de seu papel analítico.

Ao provocar os terapeutas com sua conduta, querem levá-los a intervir diretamente fazendo com que representem o protótipo de um pai controlador, rígido e onipotente mas, ao mesmo tempo, de um pai que tranquiliza e protege o grupo de suas tendências auto-destrutivas.

Então a regularidade do enquadre terapêutico é essencial para que o grupo evolua:

*“A lei grupal constitui um modo de defesa coletivo contra a ansiedade, e em geral tranquiliza o grupo (...) Mencionemos aqui, unicamente, que os horários, as regras, a arrumação da sala, a regularidade de participação, numa palavra, o enquadre, constitui um sistema operatório provido de uma coerência interna e por si só é capaz de provocar modificações. Provisoriamente, o enquadre*

*representa uma instituição simbólica que age como um operador. Não é ele nem os terapeutas que agem diretamente sobre as crianças, mas, por outro lado, é ele que favorece sua evolução, servindo de referência, de símbolo, de órgão externo. Os terapeutas, bem entendido, devem por sua vez respeitar esse enquadre (...) e fazer com que seja respeitado por todos os participantes, caso contrário não há mais coerência simbólica e operatividade.” (DECHERF, 1986, pág.96-97)*

Para esse autor, quando se trata de manter a lei do grupo, os terapeutas podem mostrar-se, de uma forma concreta e real, assumindo o papel de superego proibitório.

*“Assim temos de abandonar a posição puramente analítica que pretendíamos manter. Temos de nos mostrar a nível da realidade como um superego proibitório. (...) Assim, o grupo funciona numa instituição simbólica, cuja estrutura é representada por nós. Garantimos o respeito a suas leis de diversas formas, em particular controlando a violência de seus membros.” (DECHERF, 1986, pág.97)*

Uma outra forma que o grupo encontra de lidar com a imago paterna é por intermédio da figura do líder.

Quando os terapeutas não sucumbem aos apelos do grupo de uma maior diretividade, nem mesmo diante das constantes manifestações de violência coletiva, permanecendo em seu papel analítico, o grupo acaba por ter de encontrar, em si mesmo, uma organização e lei próprias.

Buscam se organizar, então, em torno da figura de um líder capaz de captar suas necessidades, distribuir papéis e coordenar sua atividade.

*“Assim estruturado, o grupo poderá funcionar com suas leis próprias, aparentemente sem ter de recorrer aos terapeutas, utilizando a transferência lateral. Simultaneamente, os fantasmas pré-genitais, em particular aqueles que*

*estão ligados à oralidade, são momentaneamente descartados.*” (DECHERF, 1986, pág.98)

A busca de uma lei ou de um chefe, garante a redução da ansiedade do grupo, enquanto as crianças começam a mostrar suas diferenças e a exprimir suas contradições, aparecendo a cisão entre bons e maus participantes, bons e maus chefes, bons e maus terapeutas. A imago paterna (do terapeuta ou do líder) é necessariamente bipolar: por um lado o pai é bom, justo, generoso e, por outro, é egoísta, mau, as vezes até sádico.

Seja através da figura dos terapeutas ou por meio da figura do líder, o grupo pode, então, se defender de seus fantasmas primitivos ao ter, como ponto de apoio, uma imago paterna que representa a lei. Ela é estruturante para o grupo e favorece, ainda, o processo de identificação.

Dessa forma, a representação da imago paterna será assimilada progressivamente pelo grupo que, pouco a pouco, poderá ir se estruturando, dentro de uma lei tranqüilizadora. Determinado e instituído o segundo organizador do desenvolvimento grupal, o grupo pode, então, preparar-se para o próximo movimento evolutivo.

Internalizadas as leis, o grupo se encontra mais estruturado e possui os recursos para dar vazão aos seus fantasmas mais primitivos. São eles os fantasmas universais, comuns à espécie humana, e que podem ser expressos por meio do processo de ressonância fantasmática, possibilitando o alcance de uma descarga pulsional e catártica. (DECHERF, 1986, pág.100)

Este se constituiria então, no terceiro organizador do grupo — a circulação dos fantasmas originários — por meio do qual seus integrantes podem regredir a níveis de desenvolvimento pré-genital e elaborar as angústias relacionadas aos fantasmas mais primitivos, tais como o da vida intra-uterina, da cena primária, da castração, da sedução, da mãe devoradora.

*“Os fantasmas originários poderão se desenvolver de uma forma lúdica e proporcionar uma descarga pulsional e catártica nas cenas psicodramáticas e nos jogos*

*imaginários de que serão objeto. Quando o grupo se une em torno de fantasmas partilhados por todos os seus membros, não se trata apenas de uma cumplicidade, mas também de uma convergência de interesses e de um efeito de reverberação entre cada indivíduo e o grupo, que lhe serve de eco.” (DECHERF, 1986, pág.100)*

Nesse período, os fantasmas mais arcaicos e recalçados, que foram encenados rápida e furtivamente em períodos anteriores, voltam a eclodir, mas agora, com toda força pulsional.

A liberdade de criar e viver cenas ou jogos coletivos que representam os fantasmas originários, *“o fato de poder igualmente viver todos os fantasmas da vida pré-genital, ou regredir a níveis de desenvolvimento pré-genital”* apresentam um efeito catártico indiscutível. (DECHERF, 1986, pág.102)

O resultado da evolução dos fantasmas sobre o grupo é percebido à medida que seu funcionamento consegue uma maior fluidez e mobilidade entre um esquema de funcionamento e outro, embora conserve, como base, uma história fantasmática comum. (DECHERF, 1986, pág.102)

Ao final, poderemos ver seus efeitos também no que concerne aos fantasmas individuais, havendo um maior espaço para uma retomada dos mesmos, o que constitui uma evolução decisiva e importante. O grupo age, então, no sentido de alcançar uma maior autonomia e liberdade de ação dos participantes, uma aceitação das diferenças e abre o espaço para o desenvolvimento da criatividade.

Para DECHERF (1986, pág.103-104), portanto, os grupos estruturam seu desenvolvimento por meio primeiramente da organização de uma imago materna bipolar projetada em seu meio, depois por intermédio da organização de uma imago paterna projetada na figura dos terapeutas ou dos líderes, e, posteriormente, por meio da circulação dos fantasmas originários e universais.

Para que esse nível de evolução seja alcançado, no entanto, Decherf considera essencial a introjeção da lei:

*“O momento mais importante para o grupo é aquele em que este se estrutura em torno de uma imago paterna . A partir de então, tudo poderá se desenrolar em torno da lei, por trás da qual perfila-se esta imago. O jogo da manipulação do proibido (e das possibilidades de identificação) que se estabelece com os analistas permite a liberação dos fantasmas e a evolução do grupo.”*  
(DECHERF, 1986, pág,103)

#### COMENTÁRIOS:

Foram muito interessantes para nós os aspectos teóricos extremamente ricos expostos, por Decherf, no capítulo três de seu livro-texto.

Em nossos atendimentos clínicos junto aos grupos de crianças, pudemos presenciar a maior parte dos processos descritos por ele, tanto no que se refere aos mecanismos de defesa, quanto aos mecanismos organizadores e aos fantasmas que lhe são característicos.

Não obstante, gostaríamos de colocar em discussão alguns desses aspectos, inclusive para podermos ter uma melhor noção de nossos próprios pontos de vista sobre conceitos tão importantes.

Primeiramente o que nos chamou a atenção foi o uso do termo “fantasma” ao qual não estávamos acostumados. Posteriormente, após leitura mais detalhada, levando-se em conta nossa formação teórica, pudemos entendê-lo como as fantasias inconscientes: a repercursão dos instintos primitivos do bebê em seu psiquismo, sendo a base dos processos psíquicos e das relações objetais.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Paula Heimann define: “Pela expressão fantasias inconscientes entendemos as mais primitivas formações psíquicas, inerentes à ação dos impulsos instintivos; e, porque estes são inatos, atribuímos fantasias inconscientes ao bebê desde o início de sua vida. As fantasias inconscientes não se apresentam apenas no bebê, constituem parte da mente inconsciente em qualquer época e formam a matriz a partir da qual se desenvolvem os processos pré-conscientes e conscientes. (...) As fantasias inconscientes se associam à experiência infantil de prazer ou desprazer, de felicidade ou ansiedade; envolvem a relação da criança com seus objetos. São processos dinâmicos, porque estão carregadas de energia dos impulsos instintivos, e influenciam o desenvolvimento dos mecanismos do ego.” (HEIMANN, 1986, p.50)

Também o conceito de “ressonância fantasmática”, já o tínhamos estudado por meio de GRINBERG *et al.*(1976, pág. 154-155), que o retomaram de Ezriel. Diferente de Decherf, os autores Grinberg, Langer e Rodrigué concebem-no claramente ligado ao processo de identificação projetiva, influenciados que foram, assim como nós, pela teoria kleiniana.

O conceito de organizador do grupo nos foi extremamente importante para o entendimento dos grupos infantis e pode nos remeter, posteriormente, a estudos mais profundos realizados por ANZIEU(1993, pág.179). Em nossos atendimentos, pudemos utilizá-lo para obter uma maior compreensão do funcionamento coletivo do grupo em constante evolução.

Portanto, os conceitos estudados por Decherf referentes à evolução dos fantasmas, à ressonância fantasmática e aos fenômenos dos organizadores grupais, foram pontos de elevado interesse para nós na busca de compreensão do funcionamento grupal e também pudemos observá-los durante nossos atendimentos.

Quanto aos mecanismos de defesa coletivos, não verificamos a ocorrência do fenômeno de sideração grupal em todos os grupos por nós atendidos. Em muitos deles pudemos observá-lo, em outros, porém, as crianças passavam à atividade imediatamente após a realização do contrato. Quanto aos mecanismos da busca de um líder, os tipos de liderança, o fenômeno do bode-expiatório e a violência coletiva, pudemos verificá-los nos grupos e estamos de pleno acordo com as explicações sobre seu funcionamento defensivo, bem como sobre as angústias a eles subjacentes levantadas por Decherf.

Não chegamos a verificar, nos grupos atendidos por nós, o retorno aos fantasmas individuais, num outro nível de maturidade, com o grupo mais integrado, livre e criativo, como o descrito por DECHERF (1986, pág.103), simplesmente por não estarmos atentos a esse processo o qual, agora, mediante esta releitura do texto, nos parece ser um ponto atraente a ser analisado.

Também, dificilmente abordávamos as crianças com interpretações individuais. Nos ativemos sempre mais nos processos grupais, em detrimento dos aspectos individuais. Isso por termos sempre nos pautado, inclusive com as crianças, pela técnica de analisar e interpretar o grupo como um todo, sempre buscando atingir, por intermédio dessa técnica, o psiquismo individual. Talvez, com o tempo, pudéssemos nos sentir mais livres para estar junto à criança individualmente, e até realizar uma ou outra intervenção individual, sem perder a noção do todo. Em nosso campo de trabalho, muitas vezes, o domínio da técnica traz uma maior liberdade.

Pareceu-nos, também, que esse autor deu uma demasiada importância aos fenômenos de busca da lei. Concordamos que a busca do chefe ou da lei seja crucial para o desenvolvimento do grupo. Porém, pensamos que esse processo seja importante dentro de um todo que contém as projeções das fantasias, a ressonância fantasmática, os mecanismos de defesa, o desenvolvimento dos fenômenos grupais por meio dos organizadores, de uma forma geral, estando todos esses processos interligados e interdependentes.

Devemos tomar cuidado para que a lei não seja tão ansiosamente lembrada por nós aos integrantes do grupo, pois corremos o risco de despertarmos sentimentos superegóticos. Desta forma o limite funcionaria como elemento repressor e não como organizador do desenvolvimento.

Interpretar os momentos de violência coletiva e a quebra de regras, dando às crianças um sentido e compreensão de suas motivações mais inconscientes, pode trazer o alívio da tensão de uma forma mais produtiva.

Assim, após tecermos tais comentários, gostaríamos de ressaltar que, por meio do estudo mais aprofundado dos temas abordados por Decherf, pudemos entrar num campo teórico e técnico de grande relevância para o entendimento dos grupos de criança ligado à vida fantasmática nos grupos.

#### **4.5. OUTROS FENÔMENOS GRUPAIS.**

Além dos mecanismos de defesa coletivos, da circulação dos fantasmas e dos mecanismos organizadores que agem para uma integração necessária ao desenvolvimento do grupo, DECHERF (1986, pág.107) relevou, ainda, outros fenômenos observados por ele no processo grupal.

Um dos fenômenos destacados é o comportamento individual no grupo, vivenciado pelas crianças por meio do estabelecimento de relações do tipo simbiótico, pelo retraimento autístico e pela utilização de brincadeiras onde predominam uma organização pré-genital. Todos estes movimentos, realizados na área individual, têm como objetivo a maturação progressiva do ego da criança que dele faz uso.

Outro fenômeno destacado por esse autor, é a utilização pessoal do espaço e sua progressiva conquista, do âmbito pessoal ao âmbito grupal.

##### **4.5.1. As posições regressivas e o indivíduo no grupo**

Mesmo que estejamos trabalhando tendo em vista a observação do grupo como um todo, o comportamento de cada criança, suas atitudes individuais e suas características de personalidade pessoais nunca deixam de chamar nossa atenção.

Há crianças que interagem e têm facilidade em estar no ambiente coletivo. Outras, regridem facilmente, às vezes levando consigo todo o grupo, mesmo que por um período temporário.

As posições regressivas, adotadas por algumas crianças no grupo, podem ser observadas por meio do estabelecimento de relações do tipo simbiótico que estas crianças desenvolvem conosco ou com o grupo, ou então, por meio da realização de jogos ou brincadeiras fortemente marcados pela pré-genitalidade.

No primeiro caso, podem oscilar entre uma coexistência adesiva com os integrantes do grupo — em especial com os terapeutas que representariam para a criança um núcleo de proteção — e movimentos de fuga ou retraimento autístico, com a criança tentando se colocar a salvo dos sentimentos persecutórios que estão na base de sua relação com os terapeutas ou com o próprio grupo.

Esse autor faz uso do termo “retraimento autístico” no sentido de uma regressão e não de uma fixação, já que não se trata de crianças com diagnóstico de autismo, mas crianças que se utilizam de uma defesa autística, havendo uma necessidade de retirada temporária do investimento libidinal do objeto, como proteção do ego em formação. Nesse caso, as crianças sentem, tanto o grupo como os terapeutas, de uma forma persecutória e, retraindo-se, pretendem livrar-se da angústia.

Na “coexistência adesiva” a criança busca uma proximidade fusional com os terapeutas, onde não há uma diferenciação entre o eu e o não-eu. Rejeitam o grupo, isto é, as outras crianças, projetando os sentimentos desagradáveis para fora da esfera mãe-filho, no caso criança-terapeuta, por meio de um mecanismo de isolamento ou anulação.

Com o decorrer dos atendimentos, estas crianças podem sentir o ambiente grupal de uma forma menos ameaçadora e integrar-se a ele de maneira menos regredida:

*“No momento em que os objetos interiorizados são sentidos como menos destrutivos, a criança pode começar a integrar-se progressivamente no grupo, ao mesmo tempo em que tem menos necessidade de se proteger contra ele e de manter uma relação fusional conosco. A força da projeção tendo diminuído, o objeto-grupo será cada vez menos ameaçado pela onipotência da criança, ao mesmo tempo em que se tornará cada vez menos destrutivo para ela. Diminuindo a clivagem, o grupo começará a ser sentido como objeto global, em vias de reunificação, isto é, capaz de conter os bons e os maus objetos.”*  
(DECHERF, 1986, pág.108)

Um outro tipo de posição regressiva adotada por alguns integrantes do grupo, pode ser observado por meio de brincadeiras que seriam esperadas em crianças muito pequenas, entre um ano e meio e três anos, sendo que, o recurso a tais brincadeiras traduz um movimento de regressão. Determinadas crianças se integram ao grupo por meio dessas brincadeiras e fazem com que o grupo regrida junto com elas. (DECHERF, 1986, pág.111)

Esse autor cita, como exemplo, o uso, por uma determinada criança, de jogos ligados a analidade que trazem uma forte descarga de prazer, chamando a atenção dos outros integrantes que se envolvem rapidamente no jogo. Após a descarga pulsional, o grupo pode ser levado novamente para brincadeiras mais evoluídas onde há o predomínio da genitalidade, muitas vezes, levando consigo, aquele que iniciou o movimento de regressão.

Algumas crianças se valem desses jogos, marcados pela pré-genitalidade, como parte de um movimento de evolução de sua personalidade com o intuito de alcançar, por meio deles, uma maior autonomia e maturação. Outras crianças já alcançaram esse nível de maturação e regridem para não se sentirem sozinhas ou ameaçadas, se identificando momentaneamente, com os integrantes mais imaturos do grupo. Depois, também por meio de um processo de identificação, desta vez com os integrantes mais maduros, saem progressivamente da posição de regressão, consolidando mais ainda a estrutura de seu ego. (DECHERF, 1986, pág.113)

#### **4.5.2. A utilização do espaço**

Para DECHERF (1986, pág.113), o espaço do local onde se desenvolve as sessões do grupo de crianças possui uma importância particular, devido a podermos detectar modificações no seu uso, de acordo com a evolução pessoal e as mudanças internas verificadas nos integrantes do grupo, a medida que o tratamento vai se desenvolvendo.

Esse autor reparte o espaço em zonas aparentes — pois na verdade não existem concretamente — com o objetivo de obter uma maior compreensão desse fenômeno.

A zona pessoal é o território individual, o canto de cada um, que é demarcado desde a primeira sessão. Muitas vezes, a criança permanece nele durante sessões inteiras, por meses, inclusive. É uma zona de segurança para onde a criança se dirige nos momentos difíceis, mesmo depois que saiu dela para galgar outros espaços, à medida de sua evolução. Quanto mais se sentir segura e à vontade no grupo, será menor a necessidade de retornar a ela.

A zona social é o espaço coletivo e social do qual se apropriam as crianças capazes de esboçar relações. É um espaço que não pertence a ninguém e, ao mesmo tempo, pode ser utilizado por todos: pelo indivíduo — quando as crianças mais arrojadas fazem nele suas primeiras experiências — pelos sub-grupos ou pelo coletivo.

A zona de regressão ou de refúgio é o espaço situado ao redor dos terapeutas onde as crianças têm a possibilidade de regressão, ou de alcançar proteção, quando são ameaçadas em sua zona pessoal, ou, ainda, quando fazem algumas tentativas na zona social e necessitam se realimentar para retornar a ela.

Nas crianças mais regredidas há, como se poderia esperar, uma confusão significativa entre a zona pessoal e a zona de refúgio. Mesmo depois que progredem um pouco, conservam uma maior necessidade, em relação às outras crianças, de voltar para junto dos terapeutas.

Para esse autor, a passagem de uma zona para outra pode ser um sinal de progressão interna. Distingue, então, cinco momentos nessa progressão que lembram a passagem de uma estágio de união completa do bebê com sua mãe e de dependência absoluta em relação à ela, para um estágio de dependência relativa, segundo conceitos elaborados por Winnicott em relação ao desenvolvimento emocional infantil. (DECHERF, 1986, pág. 115-118)

O primeiro momento se caracteriza pela negação da existência do grupo, com a criança buscando ou o isolamento ou o contato muito próximo com os terapeutas.

*“Como Winnicott o demonstra, a criança que não se sente suficientemente amada, só poderá encontrar refúgio na experiência vivida em seu próprio corpo, ou buscar manter a unidade que forma com a mãe. Ela não poderá tomar qualquer distância em relação à mãe, desenvolver sua vida mental e fantasmática ou utilizar o brinquedo e a realidade.” (DECHERF, 1986, pág.115)*

Num segundo momento, progressivamente, a criança começa a expandir um pouco seu espaço de atuação, projetando, numa área ainda bastante restrita, alguns de seus fantasmas. Procura manter, então, poucos brinquedos ao seu redor, que permanecem ali, a sua disposição, num campo de muito fácil acesso, onde possam ficar ao alcance de suas mãos.

Fazendo um paralelo com o conceito de Winnicott de objeto transicional (WINNICOTT, 1975, pág.14), Decherf introduz a noção de espaço transicional utilizado pela criança no grupo, um espaço que:

*“ ao mesmo tempo que não é mais o seu próprio interior, continua a ser um mundo fechado aos outros. (...) Acreditamos que esse estado indistinto, no qual não se pode falar ainda nem de eu nem de objeto, constitui o espaço transicional (...) O fato de que seus fantasmas tomem corpo no espaço já representa para ela uma forma de decifrá-los, de pô-los à distância, de manipulá-los através do suporte que lhes dá, de formar um elo entre ela e o espaço, e mais precisamente entre ela e o que não é ela.” (DECHERF, 1986, pág.116)*

O espaço transicional possibilita a abertura para outros campos, e a criança que o tiver galgado já existe para o grupo e o grupo para ela. Bastará apenas um pedido, uma palavra, um sorriso, um sinal para que haja o encontro e as produções conjuntas. A criança conserva, no entanto, o acesso à zona de refúgio, caso necessite estabelecer novamente o retraimento autista ou a relação fusional.

Num quarto momento, após as primeiras experiências de contato e de expressão de seus fantasmas, o espaço transicional ganha uma nova dimensão para a criança:

*“O espaço transicional torna-se o espaço dos outros, no interior do qual a criança encontra um lugar. Já não são mais seus personagens movendo-se num mundo imaginário, mas a própria criança que se integra num mundo real, o espaço dos outros, ainda que isto se dê graças ao auxílio proporcionado através de jogos.”* (DECHERF, 1986, pág.117)

De forma um tanto desajeitada, a criança ganha o espaço comum, na zona social, utilizando mais jogos de movimento ou jogos que tragam um contato com objetos reais. Isso dá aos outros a chance, também, de se relacionarem com ela.

O domínio do espaço coletivo faz com que a criança tenha acesso a jogos cada vez mais simbólicos, isto é, jogos que tenham uma representação, um sentido inconsciente que poderá ser compreendido por ela dentro de um contexto terapêutico:

*“A conquista pessoal do espaço permite a criança passar de uma posição de retaguarda, desligada do mundo dos outros, a outras posições, nas quais sua vida imaginária pode exprimir-se num espaço transicional que, a seguir, abre-se cada vez mais em direção aos outros. Ela acede finalmente ao símbolo, isto é, à possibilidade de estabelecer um elo entre os movimentos manifestos de suas produções e seu significado inconsciente.”* (DECHERF, 1986, pág.107)

Nisso constitui-se o quinto momento que se caracteriza pelo domínio do espaço individual e coletivo, trazendo uma certa integração psique-soma, uma maior diferenciação entre fantasia e realidade e a realização de uma síntese parcial do objeto. (DECHERF, 1986, pág.118)

## COMENTÁRIOS:

Como já dissemos anteriormente, no atendimento dos grupos, mesmo que nos pautemos pela visão do todo significativo expressa, nos movimentos coletivos, o comportamento individual dos participantes do grupo sempre nos chama a atenção.

O fascínio pela psique individual exerce um apelo quase irresistível: não estamos diante de uma criança, mas de várias e nossa formação mais básica tenderá para o exercício da análise da personalidade individual de cada uma delas, como uma prática natural que se faz sem grande esforço, fazendo-nos, por vezes, esquecer momentaneamente a utilização da técnica grupal.

Não foi o caso, no entanto, dos aspectos teóricos desenvolvidos por DECHERF (1986, pág.107-118) no quarto capítulo de seu livro-texto, embora seu título — *“Fenômenos individuais e utilização do espaço”* — o sugerisse.

Quando iniciamos nossos atendimentos com os grupos de criança, tentamos compreender os grupos e os indivíduos que os integravam, por meio de suas produções e movimentos coletivos e surpreendeu-nos, portanto, as idéias de Decherf e sua equipe com relação à observação do comportamento individual no grupo: as atitudes regressivas de algumas crianças, a utilização do espaço por elas a atenção individual dirigida pelo terapeuta a determinada criança que assim o requeria.

Com o tempo, pudemos perceber a importância de estarmos junto com as crianças, compreendendo-as em suas necessidades individuais e em seus movimentos regressivos no sentido de darmos continência a essas necessidades, embora sem interpretá-las diretamente ao indivíduo.

Nesse sentido, entendemos que esse autor nos agraciou com suas análises realizadas, com discernimento e coerência, no que concerne aos fenômenos individuais no grupo. Sua liberdade de estar com a criança e de compreendê-la em suas exigências mais primitivas, sem perder o movimento do grupo em seu todo, é que, ao nosso ver, tornou esse tipo de atendimento realizado por ele viável para crianças mais regredidas, psicóticas e “borderlines”.

A análise da forma de utilização do espaço pelas crianças reunidas em grupo foi extremamente preciosa, já que, nesse tipo de grupo, a utilização do espaço ganha uma dimensão própria e especial.

Ao estudar a exploração do espaço pelas crianças, Decherf consegue fazê-lo também sem perder a noção do todo, sempre relacionando o movimento individual ao coletivo. Assim, o espaço individual só adquire sentido pela existência do grupo, e o espaço do grupo só adquire vida e integração pela progressão dos movimentos individuais.

Concordamos, portanto, com a existência dos movimentos regressivos no grupo, que podem eclodir por intermédio de alguns fenômenos de expressão individual, e com as formas progressivas de utilização do espaço.

Acreditamos que estes temas sejam de bastante interesse para a compreensão do desenvolvimento das crianças psicóticas, ou daquelas que possuem um funcionamento mais primitivo, no tratamento grupal.

Em grande parte de nossos atendimentos, porém, não nos reportamos à análise desses aspectos e evitamos, inclusive, a atenção dirigida especificamente a um determinado indivíduo dentro do grupo, mesmo em relação às interpretações que realizávamos, por acreditarmos que a observação e compreensão dos fenômenos coletivos nos traria a possibilidade de alcançar o psiquismo individual.

Pensamos, ainda, que se deva dar prioridade ao grupo, mas vimos nos estudos de DECHERF (1986, pág.107-118) que uma certa liberdade para estar junto às crianças em grupo, é extremamente importante para entendê-las em suas necessidades, bem como para entender as necessidades coletivas. A visão do individual não necessariamente nos faz perder o grupo como nosso foco central de observação, ao qual vamos dirigir nossos esforços de interpretação.

#### 4.6. FORMAS DE INTERVENÇÃO E A INTERPRETAÇÃO NOS GRUPOS DE CRIANÇA

Uma das regras essenciais colocadas, desde o início, na situação analítica para o paciente, é a regra da associação livre.

Na psicoterapia de grupo de crianças, DECHERF (1986, pág.20) define a associação livre pluriexpressiva como regra básica para o tratamento, envolvendo todas as formas e possibilidades de expressão da criança, seja ela verbal, gestual ou lúdica.

Esse autor considera que a maior parte dos jogos representados pelas crianças nos grupos atendidos por ele e sua equipe, não possui uma estrutura definida por papéis determinados e pré-definidos, que serão posteriormente encenados, invertidos, dublados, para serem, então analisados.

Aproximam-se muito mais dos jogos de imaginação que trazem movimentos associativos espontâneos, resultando da improvisação no brincar e da liberdade de ação, sem combinações prévias entre crianças e terapeutas. Pode ocorrer, no entanto, a combinação prévia e determinação de papéis entre as próprias crianças durante o jogo, mas isso é natural do brincar coletivo infantil.

O material expresso no decorrer da sessão de psicoterapia de grupo, por meio da associação livre pluriexpressiva e dos jogos de imaginação, aparentemente não possui lógica ou continuidade. O terapeuta experiente, no entanto, perceberá uma linha de continuidade entre as idéias expressas nos jogos, palavras, gestos e expressões livres das crianças, dentro de uma lógica determinada pelos fantasmas inconscientes.

*“A palavra, o gesto e o brinquedo parecem-nos participar de um mesmo movimento, permitindo assim a expressão de um desejo ou de um fantasma inconsciente que sustenta o material.(...) Consideramos essas passagens do verbal ao gestual, do jogo ao símbolo, que contém fantasmas agidos, muito construtivas, na medida em que a tomada de consciência dos fantasmas subjacentes favorece progressivamente a mentalização dos conflitos.”*  
(DECHERF, 1986, pág.121)

Segundo DECHERF (1986, pág.122), com extrema facilidade a criança “age” um fantasma ao invés de mentalizá-lo ou verbalizá-lo; esta é sua forma de expressão natural, característica de sua fase de desenvolvimento, não existindo uma integração suficiente em seu psiquismo para que possa expressar seus conflitos verbalmente, como o fazem os adultos.

É claro que o fato de agir um fantasma não é característico apenas da situação grupal. Está sempre presente também na psicoterapia individual de crianças. Porém, esse autor acredita que *“a situação de grupo facilita este modo de expressão, que mais tarde permitirá que a criança passe para um registro verbal”* (DECHERF, 1986, pág.123).

Como, em grupo, a atuação dos fantasmas é mais numerosa, o terapeuta não deve denotar exatamente a mesma neutralidade benevolente esperada na psicoterapia individual ou na psicanálise. A benevolência do terapeuta de grupo de criança não deve ser tão passiva, pois a atuação dos fantasmas ocorre de forma intensa diante de seus próprios olhos, e ele deve mostrar o sentido dessas atuações em relação à transferência, ao mesmo tempo que garante o respeito à lei.

O terapeuta poderá utilizar-se, então, do que esse autor definiu como “intervenção benevolente” todas as vezes que o grupo quebrar as suas regras na atuação de um fantasma:

*“Na prática, quando ocorre uma atuação, começamos geralmente lembrando às crianças as regras do grupo, sem intervir realmente, a não ser em caso de urgência. Porém se a busca do proibido torna-se sistemática, ou se pode vir a representar um perigo para o seu autor, ou para outra criança, intervimos de modo mais ativo e, eventualmente (mas muito raramente), seguramos a criança pelo braço.”* (DECHERF, 1986, pág.123)

Esses movimentos de atuação suscitam no terapeuta todo tipo de sentimentos contratransferenciais e, por isso mesmo, o terapeuta deve ter necessariamente uma

formação analítica, para saber distinguir quando é realmente necessário agir e quando sua ação pode estar sendo deliberada por um movimento contratransferencial.

Um outro tipo de intervenção é a interpretação:

*“Interpretar é sobretudo permitir que a criança estabeleça elos entre sua vida inconsciente e sua vida consciente, para que possa se conhecer melhor e tirar maior proveito de suas capacidades diversas. A interpretação em grupo é particularmente delicada: o analista deve levar em conta a presença dos outros e, em princípio, não poderá utilizar a história pessoal do paciente, a fim de evitar qualquer indiscrição ou ferimento narcísico.”* (DECHERF, 1986, pág.119)

A interpretação ganha características próprias no grupo de crianças. Esse autor destaca que:

*“Tudo o que as crianças fazem ou dizem no grupo tem um sentido, quer se trate de atitudes, produções, demandas afetivas, provocações eventuais, etc. (...) é preciso também que de vez em quando o significado do que exprimem, individual ou coletivamente, seja interpretado.”* (DECHERF, 1986, pág.123)

Para ele, a interpretação pode ser realizada em dois níveis. No primeiro tenta compreender, junto ao grupo, seus mecanismos de defesa coletivos. Segundo DECHERF (1986, pág.123), para cada movimento grupal existe uma forma de compreensão e interpretação do fenômeno ali ocorrido.

No movimento de violência coletiva, por exemplo, a “bagunça” generalizada é um meio dos participantes se defenderem contra a angústia provocada pela falta de diretividade, contida na atitude inicial dos terapeutas. As crianças têm muita vontade de exprimir suas pulsões, mas têm medo de não conseguir controlá-las. Então, realizam jogos ou cenas perigosas que concretizam suas pulsões agressivas, materializam seus desejos e temores, ao mesmo tempo que mostram aos terapeutas a necessidade de uma intervenção limitante.

Os terapeutas mostram ao grupo, nesse caso, como seus participantes preferem unir-se contra as regras do grupo, usando a violência ao invés de trabalharem juntos na produção livre de cadeias associativas.

Quanto ao fenômeno do aparecimento de líderes, seja ele de tipo megalomaniaco, edipiano ou herói, esse autor desaconselha qualquer intervenção que se oponha ao seu surgimento dentro do grupo, bem como as críticas em relação a suas atitudes. A figura do líder é importante na medida em que traz a diminuição da ansiedade, já que *“o chefe representa uma figura parental e o grupo funciona de uma forma quase diretiva”* sob seu domínio. A partir de seu aparecimento, *“já não existe um confronto com a vida fantasmática, e sim com a autoridade de um chefe que impõe sua lei”*. (DECHERF, 1986, pág.124)

Para Decherf, quando a liderança é exercida por algumas crianças de forma a pressionar a maioria, que se sente paralisada e oprimida, os terapeutas *devem “mostrar o caráter arbitrário dessa autoridade, que só pode ser explicado pelo consentimento de todos os membros.”* (DECHERF, 1986, pág.124)

Semelhante a este movimento, o surgimento do “bode-espiatório” também ocorre com a cumplicidade de todos os participantes do grupo, inclusive da própria vítima desse fenômeno grupal. A agressividade, que seria destinada aos terapeutas, é dirigida ao “bode espiatório”. Ao mesmo tempo, tudo o que as crianças sentem de negativo em si próprias também é projetado nessa figura.

Os terapeutas intervêm para evitar que seja dirigida, ao “bode-espiatório”, agressividade muito intensa, ou ainda para evitar que o fenômeno se produza de maneira repetida, bloqueando o funcionamento grupal. No entanto, procuram não interferir demasiadamente ou bloquear seu aparecimento inerente ao desenvolvimento do grupo. Mostram aos seus participantes que esse movimento é um processo coletivo e que surgiu pela permissão de todos.

Num segundo nível DECHERF (1986, pág.125) destaca a interpretação realizada diante de seqüências psicodramáticas e de movimentos associativos diversos (jogos imaginados, associações livres verbais ou pluriexpressivas). São movimentos espontâneos que não têm caráter defensivo e que possibilitam a descarga pulsional, por trazerem à tona os fantasmas comuns aos membros do grupo:

*“Não se trata, como no caso precedente, de mecanismos de defesa do grupo, mas de movimentos pulsionais que envolvem várias crianças. De fato, trata-se de seqüências que se originam num jogo ou num acontecimento qualquer. De um modo geral, procuramos mostrar o ou os fantasmas subjacentes que estão sendo exprimidos através desses diferentes modos de expressão. Mostramos igualmente os movimentos, isto é, os desejos e os temores ligados aos fantasmas.”* (DECHERF, 1986, pág.125)

Esse autor distingue as interpretações que são mais centradas no movimento que desencadeou a descarga da pulsão, daquelas que são centradas mais nos conteúdos fantasmáticos, embora a realização de uma não exclua a realização da outra.

A interpretação pode trazer o bloqueio de um movimento em curso se ocorrer precipitadamente, enquanto estiver acontecendo a descarga pulsional. Mesmo correndo esse risco, para esse autor, a técnica da interpretação espontânea realizada ao final de uma cadeia associativa oferece melhores resultados do que a técnica da interpretação ao final da sessão.

Muitas vezes, esse autor e sua equipe reuniram as crianças ao final da sessão para falar sobre o que havia acontecido durante ela, mas desistiram disso ao perceber que o momento associativo já havia passado, e o que falavam não fazia mais tanto sentido para as crianças. Já a interpretação espontânea dada no momento oportuno, trazia vantagens para o alcance dos fins terapêuticos:

*“a interpretação dada no momento, ao término de uma seqüência associativa por exemplo, apresenta o interesse de utilizar o afeto dos participantes no*

*momento em que é vivido e, assim, dar uma dimensão muito maior ao que é dito.*” (DECHERF, 1986, pág.126)

Distingue, também, a interpretação individual da interpretação dirigida ao grupo e conclui que *“a interpretação individual pode envolver uma criança em particular e, mesmo assim, dirigir-se à totalidade do grupo.”* ( DECHERF, 1986, pág.126-127)

Os fenômenos individuais observados no grupo, podem dar início aos movimentos coletivos, porém esse autor vai além, procurando entender os conteúdos fantasmáticos individuais que determinam a expressão de conflitos pessoais, por vezes interpretando-os à própria criança que os expressou, ou a um determinado sub-grupo e não ao grupo como um todo. Esse autor parece acreditar que o grupo, de alguma forma, se aproveita das interpretações que são realizadas individualmente. Por outro lado, compreender os conteúdos fantasmáticos individuais dá margem ao entendimento do movimento grupal.

De qualquer forma, DECHERF (1986, pág.127-128), pelos exemplos citados, parece realizar interpretações individuais em meio às intervenções dirigidas ao grupo.

Destaca ainda a interpretação lateral:

*“Trata-se da interpretação que uma outra criança dá em nosso lugar, e que reveste uma importância totalmente diversa em razão de nossa presença (...)  
Por vezes, a intervenção de uns em relação aos outros situa-se num contexto tal que a interpretação nos parece construtiva, atingindo talvez muito mais do que se nós mesmos a tivéssemos formulado.”* (DECHERF, 1986, pág.128)

Este tipo de intervenção é bastante comum no grupo de crianças e esse autor dá vários exemplos de como uma criança, por responder à outra situando-se no mesmo nível que ela, atinge seu alvo (o interior da outra) sem sair da brincadeira, de forma a diminuir os mecanismos persecutórios.

Por fim, DECHERF (1986, pág.129) sinaliza a interpretação realizada fora do grupo, isto é, fora do contexto terapêutico. Para ele esse tipo de intervenção deve ser evitado e, quando houver necessidade de ocorrer, deverá ser comunicado ao grupo, o mais rápido possível.

De uma forma geral, representa o desejo inconsciente de obter atenção exclusiva dos terapeutas, que simbolizam os pais, excluindo os companheiros, que simbolizam os irmãos. Indo mais além, pode representar o desejo de espedaçamento do próprio grupo, ou os desejos agressivos da criança em relação à família.

Assim, esse mecanismo pode fazer vir à tona processos de conteúdos destrutivos intensos e devemos tomar o cuidado para que não contamine o restante do grupo, mostrando à criança qual o seu desejo inconsciente ao isolar-se do grupo, em busca de uma atenção individual.

Por outro lado, algumas crianças que já alcançaram um certo desenvolvimento no tratamento, parecem necessitar, às vezes, de um contato individual com os terapeutas para se reassegurarem em sua nova estrutura libidinal, como se a entrevista individual, nesse caso, tivesse um papel integrador.

#### COMENTÁRIOS:

Como já comentamos anteriormente, por nossa formação dentro dos princípios teóricos e técnicos especificados pela linha de trabalho em ludoterapia individual, desenvolvida por M.KLEIN (1932), preferimos denominar a regra básica dos atendimentos psicoterapêuticos realizados com os grupos de criança de “livre brincar interativo”. Acreditamos que o termo “associação livre pluriexpressiva”, como o define DECHERF (1986, pág.20), advindo da técnica de psicoterapia de adultos, individual ou grupal, não dá o devido destaque ao livre brincar.

Assim, concordamos plenamente com esse autor quando pontua o brincar como a forma de expressão natural das crianças e com seu parecer quando afirma que o brincar

em grupo traz à tona, com uma facilidade muito maior, a expressão dos fantasmas individuais e coletivos.

Com relação à “intervenção benevolente”, pensamos que realmente os mecanismos de violência coletiva eclodem, por vezes, com tamanha força que dificilmente os terapeutas não são invadidos por intensos sentimentos contratransferenciais. Muitas vezes, há a necessidade de intervir diretamente separando crianças que estão se machucando, ou destruindo parte do material pertencente à sala, ou ainda a própria sala.

Mas, quando tínhamos a necessidade de utilizar um limite mais diretivo dessa ordem, nos preocupávamos, pois sabíamos que não tínhamos conseguido compreender o movimento grupal ou realizar a interpretação de forma a atingir o núcleo fantasmático contido no movimento destrutivo.<sup>16</sup> Restava, então, levar o material para supervisão clínica e discussão posterior, onde tentávamos entender o ocorrido, em termos dos conteúdos fantasmáticos, transferenciais e contratransferenciais.

Procuramos sempre, portanto, desenvolver uma postura mais interpretativa buscando o “insight” restaurador, utilizando, cada vez menos, posturas educativas e diretivas. Estávamos aprendendo a interpretar o grupo de crianças, e essa aprendizagem era um de nossos principais compromissos diante de nossos pequenos pacientes.

Também, evitamos o uso de interpretações dirigidas ao indivíduo dentro do grupo, procurando nos manter dentro dos princípios da interpretação do grupo como um todo, entendendo as expressões individuais como manifestação dos conteúdos fantasmáticos grupais, nos aproximando muito mais da forma de compreender a técnica da interpretação desenvolvida por GRINBERG et al. (1976, pág.160), embora fosse utilizada para adultos.

---

<sup>16</sup> M. Klein adverte para a necessidade de se dar à criança a oportunidade de expressar sua agressividade e de que esta seja compreendida dentro do âmbito da relação transferencial: “Fui algumas vezes inquirida sobre o método através do qual eu evitava ataques físicos, e penso que a resposta é que eu tomava muito cuidado em não inibir as fantasias agressivas da criança. De fato, lhe era dada a oportunidade de atuá-las de outras formas, incluindo ataque verbais a mim. Quanto mais eu era capaz de interpretar em tempo os motivos da agressividade da criança, mais a situação podia ser mantida sob controle. Mas com algumas crianças psicóticas foi ocasionalmente difícil proteger-me contra sua agressividade.” (KLEIN, 1953, p.156)

Nossas interpretações procuravam atingir os conteúdos assinalando as fantasias inconscientes evitando permanecer só na pontuação dos mecanismos de defesa.

Quanto aos mecanismos de defesa coletivos, os utilizamos para compreender os grupos em seus movimentos. Não os interpretamos ao grupo pois acreditamos que são necessários ao seu funcionamento. Ao deixarmos esses mecanismos evidentes ao grupo, poderíamos, de certa forma, reprimi-los.

Portanto, não realizávamos a interpretação dos fenômenos grupais, como o citado por esse autor, mas nos detínhamos mais na interpretação dos movimentos associativos diversos realizados pelas crianças nos jogos livres, assinalando esses movimentos mas também interpretando seu conteúdo fantasmático, sempre que fosse possível entendê-lo.

Embora nos exemplos citados por Decherf, no capítulo cinco de seu livro-texto, apareça a compreensão dos mecanismos transferenciais (DECHERF, 1986, pág.127), esse autor não lhe dá destaque como uma forma de intervenção diferenciada das demais. Para nós, a interpretação da transferência tem uma importância especial, já que podemos observar sua ocorrência desde muito cedo, no início do processo terapêutico. Sabemos, também, que sua compreensão e interpretação traz um aprofundamento dos trabalhos com os grupos e uma maior possibilidade de alcançar o “insight” terapêutico.

Estamos de acordo com esse autor com relação a ser muito mais proveitosa a interpretação dada no momento em que se fecha uma determinada cadeia associativa. Também, acreditamos que utilizar a interpretação no momento oportuno, quando a descarga afetiva está sendo vivenciada pelos participantes do grupo, auxilia sua própria compreensão no “insight”.

Sentimos alguma dificuldade em encontrar modelos claros de interpretações que trabalhassem a transferência nos exemplos clínicos citados por Decherf. Isso nos trouxe alguns empecilhos no alcance de uma maior compreensão da forma de funcionamento e de interpretação desse mecanismo específico, nos grupos de criança.

Com relação à interpretação lateral, pensamos ser um recurso extraordinário nos grupos de psicoterapia de criança. As manifestações espontâneas, verdadeiras, incisivas, certeiras e, às vezes, bem humoradas dos pequenos pacientes reunidos em grupo, constituem-se numa grande inovação terapêutica trazida por essa técnica. A liberdade e astúcia de determinadas crianças, aliada ao ambiente protegido oferecido pelo setting, resultam em intervenções terapêuticas muito produtivas. Por meio dos grupos de criança, tivemos a oportunidade de observar este mecanismo que é, ao mesmo tempo, tão interessante e espontâneo.

Acreditamos, como DECHERF (1986, pág.129), que as interpretações fora do grupo devem ser evitadas e eventualmente realizávamos entrevistas individuais somente a pedido dos pais, em caso de término do tratamento ou de risco de interrupção abrupta por parte da família. Nesses casos, invariavelmente, o grupo era avisado de tal procedimento. Quando ocorria uma entrevista individual, não havia o intuito de interpretar fora do grupo, mas se fosse necessário para a continuidade do tratamento, ou para algum ganho terapêutico, a interpretação poderia ser usada com o devido cuidado.

#### **4.7. O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO**

Quando um grupo se estrutura e alcança certa integração, fica estabelecida uma organização grupal, um conjunto que é o resultado da interação dinâmica de suas partes. O grupo possui, então, uma disposição própria, bem como leis e princípios que o regulam.

No sexto capítulo de seu livro-texto, DECHERF (1986, pág.131) faz uma relação entre as organizações grupais e as organizações psíquicas individuais, ou as instâncias psíquicas dispostas pela teoria freudiana.

Segundo essa relação, juntamente com o jogo das instâncias grupais estaria ocorrendo, paralelamente, um outro jogo, isto é, o jogo das instâncias psíquicas individuais o que favoreceria, em último plano, o processo de identificação no grupo terapêutico.

*“A organização psíquica individual compreende sistemas que se assemelham a pessoas interiorizadas: o SUPEREGO, comparável a um juiz, o IDEAL DO EGO, comparável a um modelo, ambos destinados a controlar ou a guiar o EGO com o objetivo principal de que este coexista da melhor maneira possível com o ID, esta parte da psique que exprime a energia pulsional inconsciente. O enquadre grupal, cujo papel essencialmente benéfico para a criança já pôde ser constatado, favorece a consolidação do SUPEREGO, do mesmo modo que os modelos oferecidos pelo grupo favorecem o estabelecimento do IDEAL DO EGO. As pressões instintivas devem poder encontrar uma expressão no grupo, a fim de favorecer a estruturação do EGO em formação” (DECHERF, 1986, pág.131)*

Para DECHERF (1986, págs.132-133) o grupo se organiza como um sistema psíquico e favorece, de forma considerável, as identificações múltiplas, a partir do momento em que oferece à criança a oportunidade da coexistência com outros, num ambiente terapêutico. A criança pode, então, introjetar, por meio de um mecanismo de incorporação, características que deseja para si, bem como projetar aquilo que incomoda em si, depositando-o nos outros.

*“O processo de identificação é uma base essencial da constituição da personalidade. É graças a ele que a criança assimila, apropria-se dos aspectos ou das qualidades do objeto, rejeitando aquelas que não quer conservar em si (...) O que caracteriza antes de mais nada a identificação é a sua ambivalência. Identificar-se a alguém implicará sempre uma contradição, ligada sem dúvida à incorporação: tomar em si algo que se ama, destruí-lo e conservar em parte suas qualidades.” (DECHERF, 1986, págs.132-133)*

Segundo Decherf, as observações de Freud,<sup>17</sup> a partir de 1912, colocam o mecanismo oral de incorporação na origem da identificação. Posteriormente essa noção é

<sup>17</sup> Para suas análises, nesse sexto capítulo, Decherf utilizou os seguintes textos de S.Freud: “Totem e Tabu” de 1912. “Introdução ao narcisismo” de 1914. “Psicologia das Massas e Análise do Ego” de 1921 e “O Ego e o Id” de 1923. (DECHERF, 1986, p. 131-160)

ampliada e aprofundada, apontando a identificação como um mecanismo central, base da formação do ego, do superego e do ideal do ego.

Esse autor dá-nos um exemplo clínico em que um menino, submetido à psicoterapia de grupo, após um breve período de isolamento, aproxima-se de uma das crianças mais regredidas do grupo para não estar só e, ao mesmo tempo, como meio de proteger-se dos outros. No entanto, furtivamente, observa os movimentos e jogos principalmente de dois outros meninos que utilizam brincadeiras mais evoluídas, mostrando seu desejo de ir além de seu próprio espaço. Observar o outro, absorvendo-o com os olhos, pode indicar o primeiro passo no caminho do processo de identificação.

Começa, então, a usar brinquedos que os outros usavam muito timidamente. Mas, de forma progressiva, vai galgando espaço, chegando cada vez mais perto de seus modelos — os dois meninos — assimilando cada vez mais suas qualidades, em especial de um deles que, aparentemente, é o líder do grupo:

*“a qualidade geral do líder compreende todo um sistema de relações com os meninos e as meninas do grupo e um conjunto de desempenhos (...) Pensamos que todo este movimento, que inclui praticar as mesmas brincadeiras (...), o desejo de se mostrar, como ele, sádico em relação às meninas, por exemplo, e de se aliar a ele, corresponde a um mecanismo de identificação ao modelo”*  
(DECHERF, 1986, pág.134)

Após assimilar as qualidades do modelo e de realizar um processo de identificação com ele, a criança dá início a um movimento de liberação de suas pulsões, de disputa e rivalidade com esse modelo, que pode traduzir-se na oposição ao líder, às regras do grupo ou aos terapeutas, passando assim de uma relação mais idealizada e narcísica para uma relação mais autônoma que abre caminho para a individuação secundária.

*“Esta fase intermediária entre os dois édipos (...) é sem dúvida aquilo que poderíamos chamar de ‘individuação secundária’. Dito de outra forma, a confrontação com a lei, neste caso representada por nós, lhe permite*

*abandonar um tipo de relação positiva e muito próxima, constituída pelo apego homossexual e o desejo de se identificar a um modelo, para abordar uma relação de rivalidade. A identificação com um modelo é logo sem saída, na medida em que supõe que se viva como o modelo e para ele, numa relação dual e fechada, e implica o recalçamento de todos os sentimentos negativos.”* (DECHERF, 1986, pág.135)

Muitas vezes o grupo oferece a oportunidade para a criança continuar amando seu modelo enquanto dirige sua agressividade e rivalidade a outros, por exemplo, a uma outra criança ou aos terapeutas. O importante é que a criança pode, no grupo, realizar múltiplas identificações, tanto a nível primário, desenvolvendo uma relação objetal mais narcísica onde o objeto não existe como tal, quanto a nível secundário, numa evolução mais genital, na qual o objeto de amor passa a ser rivalizado e ao mesmo tempo protegido.

A criança pode, assim, diferenciar-se do objeto de amor e cessar de viver à sua sombra. *“Esta individuação genital e secundária irá permitir-lhe por fim ser ao mesmo tempo idêntico ao objeto (em certos aspectos) e diferente dele.”* (DECHERF, 1986, pág.136)

Esse processo vai se desenvolver por meio de um mecanismo de separação e individuação em relação ao objeto, de caráter secundário, o que requer a intervenção de vários mediadores, em especial, da confrontação com a lei e a manipulação do proibido.

Segundo DECHERF (1986, pág.138), durante o decorrer da evolução do grupo, todas as crianças passam por um período de oposição às regras, que vai ter características de maior ou menor intensidade, de acordo com sua história pessoal. Distingue a manipulação do proibido como etapa normal de evolução da criança em tratamento ou como fixação, quando ocupa um lugar desproporcional no conjunto de suas atitudes, assumindo características de rigidez.

De qualquer forma, a criança terá *"necessidade de uma imago paterna, à qual poderá opor-se, ao mesmo tempo, de um modelo ao qual poderá identificar-se (ideal do ego)."* (DECHERF, 1986, pág.137)

O ideal do ego está relacionado com os sentimentos de admiração que a criança experimenta por seus modelos ao mesmo tempo que deseja superá-los, o que se traduz num conflito para ela.

É o substituto do narcisismo, característico da primeira infância, o qual trazia uma sensação de completude e onipotência. Após a perda desse estado original de completude (estado de indiferenciação do eu e do não-eu) e o estabelecimento da ferida narcísica, o ego não cessa de buscar reencontrar seu ideal que, outrora, era ele mesmo fusionado à mãe. Esta fazia parte dele apenas como uma extensão narcísica de si mesmo.

*"a criança terá tentado recriar um estado próximo da fusão com o objeto primário (estado de indiferenciação do eu e do não-eu), com sua mãe (simbiose), e cujo luto deverá novamente ser feito antes que o Édipo venha instalar-se num terreno preparado para os dilaceramentos e para a castração (...) Uma frustração real decorrerá necessariamente da perda desse estado, levando a criança a projetar sua onipotência na mãe (o narcisismo, portanto, é considerado aqui como origem do ideal do ego). Ao mesmo tempo, o ego nascente poderá identificar-se a esta imago, da qual extrairá parte de suas forças, constituindo também uma das raízes do superego precoce."*  
(DECHERF, 1986, pág.140-141)

Portanto, de uma forma geral, o ideal do ego tem sua origem numa fase muito precoce da vida do indivíduo, sendo o resultado de uma frustração ligada à perda da unidade mãe-bebê. É o substituto do narcisismo primário que, agora, projetado na mãe, faz com que esta adquira uma imago onipotente. A lembrança inconsciente desse período, desperta, no indivíduo, o desejo de reencontrar a unidade perdida agora projetada, o que se traduz na própria formação do ideal do ego.

Para DECHERF (1986, pág.141) a busca do ideal do ego moverá o indivíduo em sua evolução psíquica, tendo portanto um papel maturativo. No entanto, funcionará mais como um modelo do que, propriamente, como uma instância psíquica autônoma.

Enquanto o ideal do ego corresponde à forma como o ego deve comportar-se para corresponder à expectativa de autoridade, o superego é o próprio representante da autoridade. Assim, o primeiro pode ser visto como parte do segundo.

*“O superego é sem dúvida herdeiro do complexo de Édipo: renunciando à satisfação imediata dos seus desejos edipianos, a criança interioriza a proibição de seus pais (...) Em definitivo, o superego edipiano aparece certamente como juiz em relação ao ego e, por assim dizer, toma-o por objeto.”* (DECHERF, 1986, pág.142)

Da mesma forma que o ideal do ego, o superego tem uma função estruturante para o psiquismo, organizando-se como uma instância psíquica que representa a realidade, conservando em sua constituição os limites que o ego deve impor a si próprio. Seu estabelecimento depende da interiorização das regras e proibições por meio de uma bem sucedida identificação com as figuras parentais.

Para esse autor, os fenômenos descritos até agora — o processo de identificação, a busca do ideal do ego e as forças determinantes do superego — encontram-se em funcionamento também nos grupos de criança.

A criança, então, pode projetar nas figuras dos terapeutas ou de outras crianças, aspectos proibitivos ou superegócios, aspectos benevolentes ou idealizados advindos do ideal do ego; pode, também, utilizar os mecanismos de identificação, projetando e introjetando partes boas e desagradáveis de si mesmo ou do outro, tomando algumas para si.

*“No grupo ela encontrará mais facilmente do que em outro lugar objetos que serão depositários de suas partes ‘boas’ e ‘más’, que poderá amar ou combater, tomar por modelo ou não (...) o grupo nos parece apresentar um*

*interesse particular, pelo menos em certos casos, uma vez que permitirá à criança exteriorizar seus conflitos e encontrar à sua volta suportes que representarão suas pulsões e seus desejos contraditórios.” (DECHERF, 1986, pág.143)*

Para DECHERF (1986, pág.143) o grupo ajudaria a criança, assim como o jogo ou o desenho, a “projetar mais facilmente suas tendências ou até mesmo vivê-las diretamente”.

Dessa forma, é essencial que as pulsões, principalmente as ligadas à analidade, encontrem, no grupo, um lugar de expressão para que possam favorecer o processo de formação do ego. Por meio do exercício do controle dessas pulsões, a criança começa a percebê-las como menos perigosas e pode integrar mais os aspectos que sente como bons e maus em si.

Também o exercício de controle das pulsões ajuda a criança a passar para uma fase de maior maturidade, onde poderá deixar um pouco as identificações primitivas com uma imago materna com características sádicas e destrutivas, para realizar novos processos de identificação, desta feita com a imago paterna, internalizando as leis e as regras do grupo. (DECHERF, 1986, pág.146)

*“No nosso entender, é antes de mais nada um equilíbrio dosado de benevolência e de proibição, adaptadas ao nível da criança e às circunstâncias, que forma o núcleo maturativo essencial em torno do qual a evolução poderá realizar-se. Mas sob a condição de que este duplo componente permita que se projete no superego assim constituído, um componente ideal. Evidentemente, o ideal do ego poderá ser projetado num modelo particular do grupo, analista ou participante (graças a transferência lateral) (...) A dialética do permitido e do proibido dá-se a nível do superego benevolente e proibitório (...) Este jogo é favorecido pela clivagem, que permite à criança vivê-la com objetos parciais diferentes. A seguir, a analidade, responsável pelo controle das pulsões em seu conjunto (...) permitirá que a criança as integre nas diferentes fases de sua evolução. A ambivalência que caracteriza o período*

*anal diminuirá progressivamente e poderá ser integrada pela criança a medida que o 'primado anal' for cedendo lugar ao primado genital."* (DECHERF, 1986, pág.150)

#### COMENTÁRIOS:

O sexto e último capítulo desse livro-texto colocou-nos diante de conteúdos teóricos bastante densos e de difícil compreensão, principalmente para nós, que estávamos nos iniciando na técnica de psicoterapia de grupo realizada com crianças.

Com o decorrer de nossos atendimentos pudemos, como DECHERF (1986, pág.131), verificar que o grupo em interação alcança um nível de integração e um dinamismo próprio. É interessante observar como cada grupo irá se desenvolver em torno de um movimento que lhe é peculiar.

Em grande parte deles, percebemos a facilidade com que as fantasias primitivas ganham expressão, principalmente após o grupo alcançar um certo nível de integração. Portanto, concordamos com DECHERF (1986, pág.131) com relação a que, nos grupos, as pulsões devam encontrar uma forma de expressão espontânea.

Então, os processos de projeção e introjeção ocorrem de maneira facilitada e, conseqüentemente, os fenômenos de identificação e identificação projetiva são mais observáveis. No entanto, esse autor não cita, explicitamente, o termo identificação projetiva e parece trabalhar mais claramente com o conceito freudiano de identificação, quando define suas características e seu desenvolvimento baseado na incorporação das qualidades do modelo: tomar em si algo que se ama, destruí-lo e conservar parte de suas qualidades.

Concordamos plenamente com ele no que concerne à idéia de que o grupo funciona como um sistema psíquico, favorecendo os processos de identificação. Acharmos, ainda, que pode auxiliar algumas crianças no que se refere ao estabelecimento do ideal do ego e na consolidação do superego.

Realmente, o processo de identificação é base para a constituição e funcionamento do grupo e percebemos, como DECHERF (1986, pág.133), as maneiras

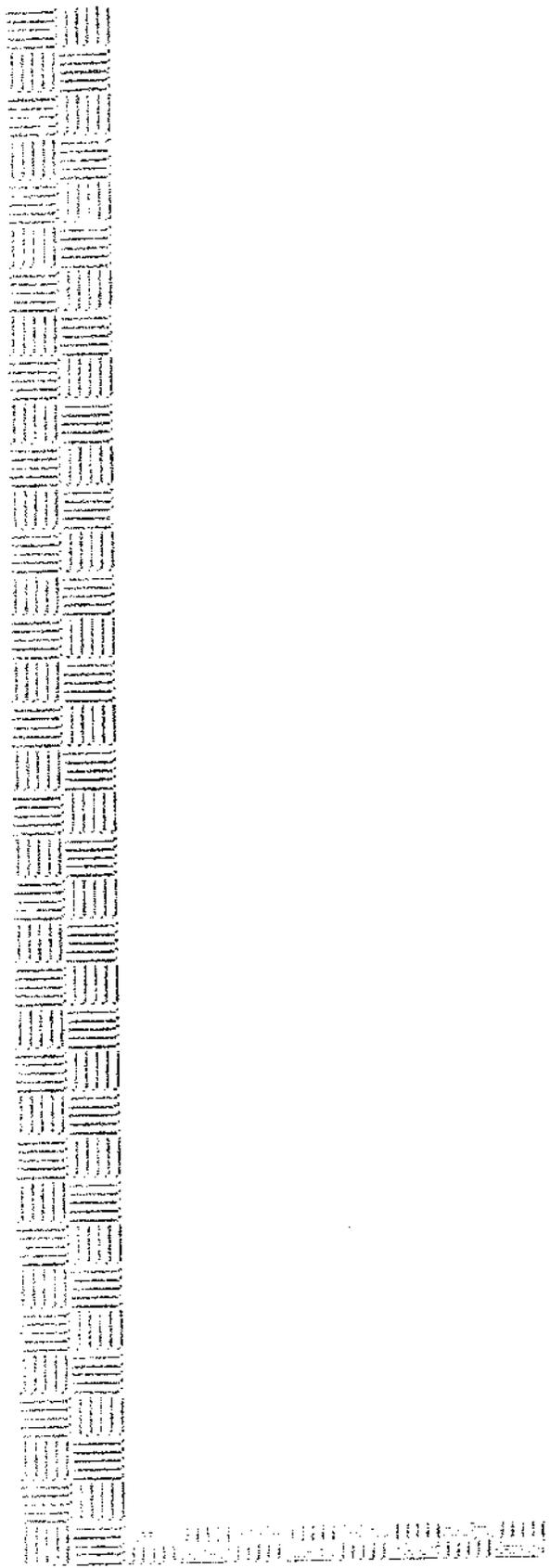
peculiares pelas quais as crianças se aproximam e incorporam características de outras que lhe servem de modelo.

Quanto à idéia de que o processo grupal auxilia o estabelecimento do ideal do ego, oferecendo às crianças modelos que podem aceitar ou rejeitar, e de que a internalização das leis do enquadre favoreça a consolidação do superego, pensamos que necessitam de um estudo mais aprofundado de nossa parte.

Pensamos, como esse autor, que o superego não deva ser desenvolvido no grupo de uma forma extremamente rígida, deixando espaço livre para a formação do ideal do ego, por meio da projeção no meio grupal, em especial, na figuras dos terapeutas, de aspectos de benevolência e proibição de forma equilibrada, que serão posteriormente internalizados, facilitando as identificações múltiplas.

São idéias interessantes mas, por ocasião dos atendimentos grupais com crianças realizados por nós, nos ativemos mais ao estudo de outros processos já citados como a expressão das fantasias inconscientes no grupo, os mecanismos de defesa, a identificação projetiva, a interpretação, os sentimentos transferenciais, o "insight", aspectos estes mais relacionados à dinâmica grupal do que a um ponto de vista tópico.

Assim, de uma forma geral, o livro-texto "*Édipo em grupo: psicanálise e grupos de crianças*" do autor G.DECHEUF (1986), ofereceu-nos subsídios teóricos e técnicos que nos auxiliaram extremamente no alcance de uma maior compreensão dos atendimentos clínicos realizados com crianças em grupo, sob perspectiva psicodinâmica, como pudemos verificar nos estudos empreendidos neste quarto capítulo de nossa dissertação.



## ***5. Considerações finais***

Os grupos de psicoterapia de criança, desenvolvidos no contexto institucional do Setor de Saúde Mental Infantil, ligado ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Unicamp, decorreram de uma necessidade da prática clínica ambulatorial e dos interesses relacionados à aprendizagem, pesquisa e ensino que os profissionais, alunos e docentes desse Setor possuíam.

Nessa dissertação, nos propomos a efetuar um estudo teórico-crítico dos principais livros-textos estudados para o desenvolvimento inicial de sua prática.

Os estudos que empreendemos nos trouxeram a satisfação de poder organizar as contribuições teóricas e técnicas encontradas, num todo mais compreensível.

Faremos aqui o resumo de algumas idéias a que pudemos nos remeter durante a consecussão dessa dissertação:

1) Os estudos teóricos realizados por nós no Setor de Saúde Mental Infantil, e sua discussão em seminários ou reuniões clínicas, facilitaram demasiadamente a montagem, o início e o desenvolvimento dos grupos de psicoterapia de criança. Essa dissertação colaborou para reforçar a importância e a necessidade de realizarmos estudos teóricos em que possam se basear nossos projetos de trabalho, no planejamento de assistência pública.

2) Pudemos observar que estes estudos realmente influenciaram nossa prática junto aos grupos de criança nos seguintes pontos:

- acreditamos que é possível o exercício do raciocínio analítico em relação ao grupo terapêutico e, em especial, nesse caso, em relação ao grupo de criança.
- procuramos desenvolver a prática da terapia grupal de orientação psicanalítica com a utilização da técnica interpretativa do grupo, empregando a interpretação do grupo como um todo expressivo.

- acreditamos que o terapeuta constitui o líder formal do grupo, cabendo a ele montá-lo, coordená-lo, compreendê-lo e interpretá-lo. Desta forma para ele se dirigem, também, os sentimentos transferenciais do grupo como um todo.
- de uma forma geral, coincidimos com os autores em relação aos critérios de seleção e agrupamento dos pacientes, procurando montar grupos não muito grandes, mistos e heterogêneos em relação à patologia apresentada pelos participantes. Evitamos a colocação de pacientes com séria depressão ou de personalidades psicopáticas consideradas graves. Pudemos atender algumas crianças psicóticas ou personalidades consideradas “borderline”, o que nos trouxe resultados interessantes para serem questionados pela equipe, talvez em outro estudo.
- coincidimos também com a forma de funcionamento semanal, com um tempo em torno de uma hora, respeitando-se as regras de abstinência — dentro do possível a um atendimento ambulatorial — e do sigilo.
- acreditamos na função do enquadre terapêutico como mecanismo estruturante dos grupos terapêuticos.
- tomamos como base para o nosso trabalho o uso da interpretação desde o início do grupo, a focalização da totalidade das manifestações do grupo e a ausência de diretividade.
- a técnica de interpretação utilizada por nós se baseou nos estudos empreendidos e se centrou em dois pilares: considerar a comunicação individual como expressão da interação das fantasias comuns aos membros do grupo e considerar o grupo como um todo expressivo.
- acreditamos que a interpretação e o “insight” possuem extrema importância como mecanismos de integração do grupo terapêutico em funcionamento.
- utilizamos os sentimentos transferenciais dirigidos a nós, como terapeutas do grupo, para realizar a interpretação. Utilizamos também a transferência lateral.

- usamos, para a compreensão do grupo, alguns conceitos de grande importância como a ressonância fantasmática, os pressupostos básicos, os mecanismos de defesa coletivos e o conceito de organizador do desenvolvimento do grupo.

3) Outro ponto, a ser considerado, é que houve questões em que não concordamos completamente com os autores estudados e tivemos a liberdade de acolher as diferenças sem criticá-las. Pensamos com algumas diferenças em relação às seguintes questões:

- embora utilizássemos a técnica de compreensão e interpretação do grupo como um todo, nosso objetivo sempre foi, por meio delas, atingir o psiquismo individual. Estudamos o grupo como forma de expressão do mundo mental individual e grupal ou, dizendo de outra maneira, estudamos as formas de expressão coletivas dos mecanismos psíquicos individuais, mantendo-nos no campo de atuação da psicologia psicodinâmica.
- ainda que, como os autores estudados, buscássemos um funcionamento grupal mais integrado, não tivemos como objetivo, nos grupos de criança desenvolvidos nesse período, a cura dos sintomas ou a avaliação de sua evolução clínica. Consideramos que esses termos — cura e evolução clínica — possuem muitos significados, intrincados entre si, de caráter complexo, e dependentes, ainda, do referencial teórico e linha de trabalho psicológico utilizados. De forma mais abrangente, procuramos promover o desenvolvimento do grupo e dos indivíduos que o integravam por meio da compreensão dos mecanismos psíquicos grupais, da interpretação e do “insight” realizados dentro do setting estabelecido.
- em nossa opinião os movimentos de regressão e reorganização integrativa se sucedem alternadamente e de forma contínua nos grupos de criança. Observamos o movimento do grupo sob o constante domínio de mecanismos de defesa primitivos, como a projeção e a introjeção, ora funcionando de acordo com os pressupostos básicos, ora se utilizando dos processos organizadores do desenvolvimento grupal. De qualquer forma, ao nosso ver, não há uma modelo evolutivo fixo e, a um movimento organizador do

desenvolvimento grupal, se sucede um outro com sentimentos de intensa angústia e tensão, e assim sucessivamente.

- não estudamos a utilização do espaço grupal pela criança, como forma de observação de seu desenvolvimento individual dentro do grupo. Pensamos que, realmente, a utilização do espaço adquire um caráter singular nos grupos de criança, quando protegido pelo setting terapêutico. Esse nos parece ser um ponto que deveria ter recebido uma maior atenção em nossas indagações.
- não tínhamos, por meio de nossos estudos, a intenção de empreendermos a compreensão do grupo do ponto de vista tóxico, como aparelho psíquico grupal provido de uma organização psíquica que favoreceria, em seus integrantes, o estabelecimento do ideal do ego, a consolidação do superego e a estruturação do ego em formação. Mantivemos nossos interesses relacionados ao estudo de questões referentes ao funcionamento dinâmico do grupo e à compreensão psicodinâmica dos fenômenos observados na matriz grupal.

4) Mas, se recebemos influências dos autores estudados e ainda de toda uma bagagem teórica e técnica que nos era específica, acabamos por montar uma forma própria de atendimento. Ao nosso ver, o projeto de atendimento de grupos de psicoterapia de criança, desenvolvido pelo Setor Infantil, denotou um caráter singular, em relação aos livros-textos estudados, nos seguintes aspectos:

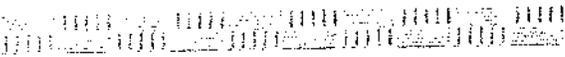
- utilizamos a técnica de ludoterapia individual adaptada aos grupos de criança, oferecendo a elas a caixa lúdica, com brinquedos em número suficiente para serem divididos, dentro de um espaço reservado e protegido pelo setting terapêutico.
- propusemos como regra básica e fonte de nossa observação, o livre brincar interativo.
- com o decorrer do trabalho, nossos interesses se voltaram para a compreensão das ansiedades e defesas mais primitivas expressas no grupo, tendo estas como tema central

de nossas observações. Encontramos os mecanismos de identificação projetiva e introjetiva funcionando de forma maciça nos grupos de criança, formando uma rede complexa de interações que passou a ser também nossa fonte de estudos.

- com relação ao papel da família no tratamento, consideramos sua participação de caráter crucial. Por isso, resolvemos montar grupos especiais de acompanhamento psicológico para pais cujos filhos estivessem participando de psicoterapia de grupo. Funcionavam no mesmo dia e horário do grupo de criança. Com o tempo esses grupos alcançaram importância própria e deram ao projeto de trabalho com crianças em grupo, realizados no Setor Infantil, um caráter inovador.

5) Verificamos a necessidade da continuidade de nossos estudos teóricos em consonância com o desenvolvimento de nossos trabalhos com os grupos de criança. Assim, o estudo de GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ (1976) nos remeteram ao estudo de ZIMMERMANN (1971), BION (1969) e FOULKES & ANTHONY (1967), enquanto que os estudos de DECHERF (1986) puderam nos levar ao estudo de ANZIEU (1993), por exemplo. Também, os trabalhos de supervisão clínica, com docentes capacitados, muito influenciaram para o desenvolvimento de nossos estudos teóricos e o aprimoramento de nossa técnica. Sem a constante supervisão e discussão dos casos clínicos, esse desenvolvimento não teria sido possível.

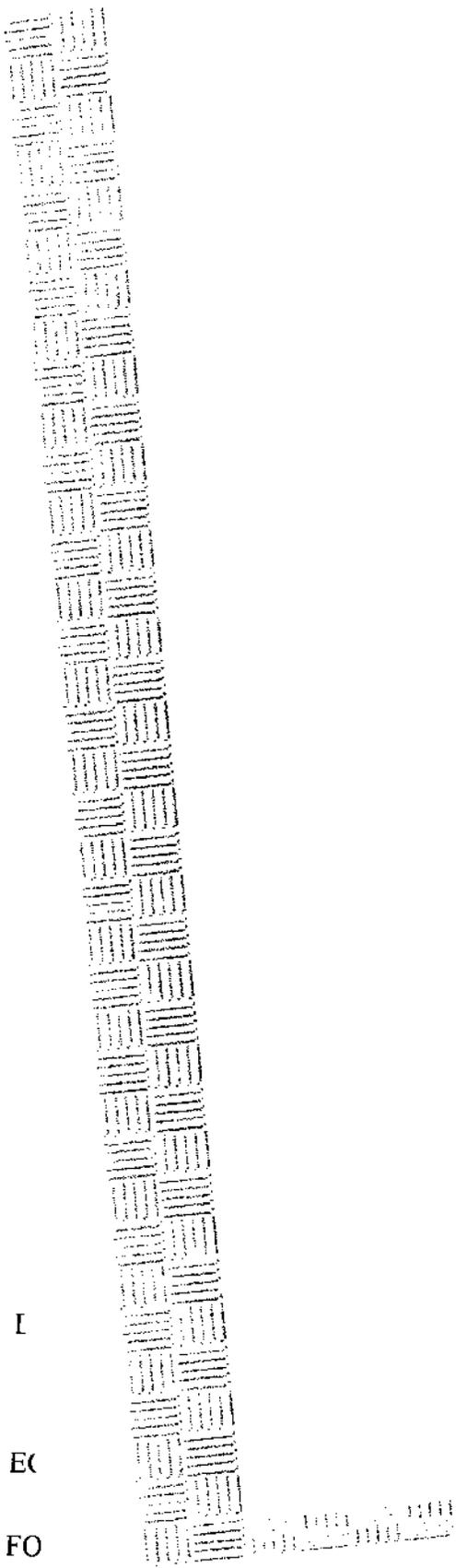
6) Essa dissertação se referiu a conhecimentos teóricos e técnicos desenvolvidos em um tipo de prática clínica e assistencial ocorrida dentro de uma instituição universitária, não sendo possível, todavia, a generalização dessas conclusões para outros serviços. Não tínhamos tal objetivo, e os caminhos metodológicos definidos por nós, não nos permite generalizações. No entanto, pensamos que talvez as questões aqui refletidas possam ser importantes para outros que venham a se interessar pelo tema da psicoterapia de base analítica realizada com grupos de criança em instituição.



## ***6. Summary***

The child psychotherapy groups developed in the Child Mental Health Clinic of the Psychiatric and Psychological Medicine Department of the School of Medicine at UNICAMP (University of Campinas) originated from the need of clinical practice and of theoretical studies, pertinent to adult group psychotherapy, child group psychotherapy and individual infant psychotherapy — specially the ludotherapy technique — supported by psychodynamics and psychoanalytical line of thought. The present dissertation has the objective of undertaking a theoretically critical study of the principal writings that influenced the development of child psychotherapy groups in the Child Sector of Department, using as primary source of reflection the more important theoretical points presented by the authors of these books. After the introduction, which focuses on the theme proposal, the objectives and the methodology employed in this dissertation, the second chapter makes a succinct description of the clinical context of the Child Sector and the theoretical bases most generally utilized in the clinic, as well as a brief history of the infant psychotherapy groups developed by the Sector from 1987 to 1990. Afterwards, in the two following chapters the theoretical study of the two books used is presented, and at the end of each sub-chapter there is critical commentary about the points surveyed, including discussion of the experiences of the child groups developed by the Child Mental Health Sector. Finally, a synthesis of the principal ideas developed during the course of the theoretically critical study was made, challenging the information obtained, interpreting the ideas studied and organizing them and also utilizing for this purpose visual clinical assessment.

I  
E(   
FO



## ***7. Referências bibliográficas***

- FREUD, A. - *Infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento*. 3.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- FREUD, S. (1909)- Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. *In: \_\_\_\_\_*. - *Obras Completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1976. v. x, p. 13-153. (Edição standard brasileira.)
- GRINBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUÉ, E. - *Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1976.
- GROTJAHN, M. - *Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo*. Rio de Janeiro, Imago, 1983.
- HINSHELWOOD, R.D.- *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- HEIMANN, P. - Uma contribuição para a reavaliação do complexo de Édipo — os estágios primitivos. *In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; MONEY-KYRLE, R.E. (orgs.) - Novas tendências na psicanálise*. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986. p.49-66.
- ISAACS, S. - A natureza e a função da fantasia. *In: RIVIERE, J. (org.) - Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. p. 79-135.
- KLEIN, M. (1932) - *Psicanálise da criança*. São Paulo, Mestre Jou, 1969.
- \_\_\_\_\_. (1946) - Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In \_\_\_\_\_*. - *Obras Completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1991. v. III. p.17-43.
- \_\_\_\_\_. (1948) - Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. *In \_\_\_\_\_*. - *Obras Completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1991. v. III. p. 46-62.
- \_\_\_\_\_. (1953) - A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. *In \_\_\_\_\_*. - *Obras Completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1991. v.III. p.150-168.

- \_\_\_\_\_. (1957) - Inveja e gratidão. In \_\_\_\_\_. - *Obras Completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1991. v.III. p. 205-267.
- \_\_\_\_\_. (1960) - Sobre a saúde mental. In \_\_\_\_\_. - *Obras Completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1991. v. III. p. 305-312.
- KNOBEL, M.- *Psiquiatria infantil psicodinâmica*. Buenos Aires, Paidós, 1977.
- MACEDO, R.M.S. et al.- *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento*. São Paulo, Cortez, 1984.
- MILLER DE PAIVA, L.- *Psicanálise de grupo: grupanálise combinada, psicoterapia analítica de grupo e co-terapia*. Rio de Janeiro, Imago, 1991.
- NIETZSCHE, F.W. (1886) - *Além do bem e do mal ou prelúdio de uma filosofia do futuro*. São Paulo, Hemus, 1981.
- OCAMPO, M.L.S. et al.- *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - *Salud mental y desarrollo psicosocial del niño*. Ginebra, OMS, 1977. (Série de informes técnicos 613.)
- O'SHAUGHNESSY, E. - A teoria do pensar de W.R. Bion e novas técnicas em análise de análise de crianças. In: BARROS, E.M.R. (coord.) - *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro, Imago, 1990. v. II. p.196-209.
- 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.

REZENDE, A.M.- Psicanálise e filosofia das ciências: a questão da verdade. *IDE*,14: 21-24. 1987.

SOIFER, R.- *Psiquiatria infantil operativa*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1985. v.2.

SPITZ, R.- *O primeiro ano de vida*. São Paulo, Martins Fontes, 1979.

STRAUS, L.- *Síndrome hiperkinética infantil: constante ou orgânica e situacional ou psicogênica*. Campinas, 1985. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.

TRINCA, W.- *O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis, Vozes, 1983.

VALLER, E.H.R.- *A mãe devotada e o seu bebê: a teoria do desenvolvimento emocional de W. WINNICOTT*. Campinas, 1989. Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas.

WINNICOTT, D.W. (1956) - Preocupação Materna Primária. In \_\_\_\_\_. - *Textos Selecionados*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

\_\_\_\_\_. (1963) - Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In \_\_\_\_\_. - *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do pensar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. - *A criança e seu mundo*. 6.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. - *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

ZIMMERMANN, D.- *Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo*. São Paulo, Mestre Jou, 1971.

## **Errata**

<i><b>Pág.</b></i>	<i><b>Linha</b></i>	<i><b>Onde se lê...</b></i>	<i><b>Leia-se ...</b></i>
Resumo	02	Psiquiatria e Psicologia Médica	Psicologia Médica e Psiquiatria
26	19	mostrava	mostravam
89	24	à essa	a essa
105	21	a se defender	a se defenderem
141	20	as expressões	as expressões
153	02	Psiquiatria e Psicologia Médica	Psicologia Médica e Psiquiatria
157	22	não nos permite	não nos permitem