

## ARTIGO

### **Os doze preconceitos mais freqüentes dos analisandos em relação ao tratamento grupalítico**

**Cláudio Moraes Sarmiento<sup>1</sup>**

Sociedade Portuguesa de Grupanálise e da Group Analytic Society & – London (GAS)  
Sociedade Internacional de NeuroPsicanálise

#### **RESUMO**

Partindo da experiência clínica, faz-se uma avaliação das condições mais freqüentes que condicionam a proposta ou a aceitação de tratamento grupalítico. São os preconceitos mais freqüentemente encontrados e que poderão ser entendidos e trabalhados no processo terapêutico. A sua compreensão e análise introduzem elementos que poderão potenciar o sucesso da adesão ao grupo.

**Palavras-chave:** Preconceito; Grupanálise; Psicoterapia de grupo.

### **Twelve preconceptions most frequently encountered in Group analysis patients**

#### **ABSTRACT**

Based on clinical experience, the author makes an evaluation of the most frequent conditions which condition the proposal or the acceptance of group-analytic treatment. They are the preconceptions most frequently encountered and which can be understood and worked through in the therapeutic process. The author's comprehension and analysis introduce elements that may bring joining a group to a successful outcome.

**Keywords:** Preconception; Group analysis; Group psychotherapy.

### **Los doce prejuicios más frecuentemente encontrados en los pacientes en tratamiento de grupo analítico**

#### **RESUMEN**

Partiendo de la experiencia clínica, se hace una evaluación de las condiciones más frecuentes que condicionan la propuesta o la aceptación del tratamiento grupal. Son los prejuicios más frecuentemente encontrados y que podrán ser entendidos en el proceso terapéutico. Su comprensión y análisis pueden introducir elementos que podrán potenciar el suceso de la adhesión al tratamiento.

**Palabras clave:** Prejuicios; Grupo analítico; Psicoterapia de grupo.

*Que mundo é esse em que vivemos... onde é mais fácil  
quebrar o núcleo de um átomo do que um preconceito?*

Albert Einstein

Não vou abordar os preconceitos do grupalista, até porque provavelmente muitos serão área cega minha e apenas poderão ser visionados pelo supervisor. Confronto-me frequentemente com vários preconceitos quando proponho tratamento grupal a um cliente.

A habilidade, além da formação técnica, permitem lidar com as situações que descrevo abaixo. Mais do que uma lista exaustiva, procuro apenas enumerar aquelas que me são mais frequentes no ambulatório privado. Predominam doentes com estruturas de personalidade e sintomatologia neuróticas. Não se trata de um manual de preconceitos, mas de uma reflexão acerca das situações mais frequentes com que me deparo e do modo como lido com elas.

Destaco a importância de estar atento e valorizar devidamente estas situações em sessões individuais prévias à situação de grupo. Podendo, desta forma, serem melhor abordadas e valorizadas, resultando numa maior facilidade na integração na matriz já estabelecida. O descuidar destas situações pode, no limite, propiciar um *drop out* indesejável.

Destaco pela sua frequência e sem procurar ordenar alguns preconceitos e/ou resistências que poderão radicar em preconceitos:

- 1 - Vai ter menos tempo para mim
- 2 - Não vou conseguir falar à frente dos outros / Acho que vou ficar calado muito tempo / Vou ser observador e experimentar
- 3 - São tratamentos muito longos, não são?
- 4 - Vou ficar mais angustiado e pior com os problemas dos outros / São pessoas com mais problemas do que eu (mais sofredoras)
- 5 - Pode-se ficar dependente do tratamento
- 6 - Há casos semelhantes no grupo? Se tenho experiência com situações semelhantes

- 7 - É difícil organizar a minha vida para vir duas ou três vezes por semana
- 8 - Como é que funciona, gostava de perceber (a dimensão da racionalidade)
- 9 - Vão achar os meus problemas ridículos
- 10 - Medo de conhecer alguém, receio acerca do sigilo
- 11 - Quantas pessoas tem o grupo? (associado ao receio de serem caloiros num grupo já formado)

## **1. VAI TER MENOS TEMPO PARA MIM**

Consubstancia o receio da rivalidade fraterna. Aparece frequentemente como receio inicial. Parece-me que quando se trata de filhos únicos este receio é mais acentuado do que quando as fratrias são grandes. Mas, sobretudo residirá na vivência precoce que tiveram na matriz familiar e do modo como ao longo da vida souberam lidar com a competição e a concorrência.

É diferente se foram primogénitos, do meio, ou irmãos mais novos. Nestes aparentemente é mais fácil. O modo como se relacionaram na matriz familiar de origem e o tipo de vínculos estabelecidos aparece por vezes de modo muito claro, fornecendo material para análise precioso. A dimensão *grupo*, ainda que em fantasma, permite a introdução do terceiro elemento: o pai. Aqui na dimensão grupo. A angústia de separação pode ser evidenciada deste modo e fornecer pistas acerca da relação precoce com a mãe, ao modo como decorreu a separação /individuação.

Uma dificuldade específica de um doente pode assim ser directamente manifestada.

A abordagem deste preconceito implica a tranquilização acerca do amor e atenção dos pais, que não se mede pela quantidade, mas pela qualidade. No reassegurar transferencial de que ali não serão abandonados como eventualmente o foram outrora.

Os receios acerca da composição do grupo por vezes escondem este preconceito.

## **2. NÃO VOU CONSEGUIR FALAR À FRENTE DOS OUTROS / ACHO QUE VOU FICAR CALADO POR MUITO TEMPO / VOU SER OBSERVADOR E EXPERIMENTAR**

Receios paranóides podem ser despertados. O medo da rejeição. O medo do desconhecido e do diferente. Este fantasma de resistência é saudável. Será necessário dar tempo para que as resistências possam ser em segurança reduzidas. É necessário dar tempo à função continente do grupo poder actuar. Há que reassegurar que o terapeuta vai lá estar também. Não se vai ser abandonado. A dimensão de confiança passa sobretudo pelo terapeuta e pela solidez da aliança terapêutica previamente estabelecida. Este preconceito acorda fantasmas mais precoces que poderão estar directamente ligados à relação precoce

mãe / bebê. Grande insistência nesta dimensão parece-me poder apontar para vulnerabilidades narcísicas.

### **3. SÃO TRATAMENTOS MUITO LONGOS, NÃO SÃO?**

A duração do tratamento, mais longo do que um curso de antidepressivo, não significa que o tratamento seja longo. De facto, algumas mudanças em várias dimensões do funcionamento são rápidas e precoces. Relativamente a aspectos implícitos (e como tal, fora da dimensão consciente) há que esperar pelo desenvolvimento da transferência (até dois anos, na minha experiência). De qualquer modo o tempo de duração dos sintomas sem tratamento será inevitavelmente maior e provocador de sofrimento.

A procura do imediato e do fácil, estimulado pela sociedade actual, não favorece a profundidade e seriedade de um tratamento analítico. Como em tudo há que haver *marketing*. O rápido não tem de ser mau, nem o contrário. “Uma gata apressada tem filhos mortos”, diz o ditado. O aparente facilitismo da vida actual, acrescido da sobrecarga resultante de dificuldades reais tais como o trânsito, o alargamento dos horários de trabalho, a distância dos empregos a casa, entre outros, pesam na quotidiano dos nossos pacientes condicionando as suas existências.

O desejo infantil e mágico do pai/mãe onipotente que teria o poder de resolver o sofrimento de modo imediato persiste. Reactivado pelo vulnerabilidade narcísica de nos encontrarmos em sofrimento e a pedir ajuda. A interpretação desse desejo infantil, deste modo reactivado, pode ajudar a vencer esta resistência.

### **4. VOU FICAR MAIS ANGUSTIADO E PIOR COM OS PROBLEMAS DOS OUTROS / SÃO PESSOAS COM MAIS PROBLEMAS DO QUE EU (MAIS SOFREDORAS)**

O receio da comparação, a defesa através da relativização dos próprios problemas, sobretudo nos mais neuróticos, disfarçando o medo do espelhamento (Foulkes).

O espelho humano (PINES, 1994) ou a sala de espelhos, com todos os seus ângulos de reflexão, podem revelar partes nossas para as quais evitamos olhar. De facto pode estar na base deste preconceito o receio do confronto com material pré-consciente que, deste modo, e através do outro, pode saltar para a esfera do consciente, com todos os riscos associados. Ou por espelhamento, ou por ressonância (FOULKES, 1990).

### **5. PODE-SE FICAR DEPENDENTE DO TRATAMENTO**

As dependências não resolvidas e que condicionam inexoravelmente as vidas dos nossos analisandos são até uma fase da análise inconscientes ou pré-conscientes.

Este receio, assim verbalizado, funciona como que como uma caricatura de um anúncio de uma problemática individual e da qual até à data não têm total consciência. Só tem medo de dependência quem nunca pôde depender bem, em segurança e resolver a angústia de separação – *good enough mother* de Winnicott.

Receiam que ao depender (entenda-se baixar as resistências) possam ser vítimas de abusos. Receiam aquilo de que já padecem. Todos dependemos de outros. Isso não é necessariamente destrutivo nem ameaçador, antes pelo contrário, na análise o propósito é ser um potencial para crescimento e libertação. *Só se ultrapassará esta dificuldade não resolvida, se sem ameaça de abuso ou aniquilação, se puder depender hoje e agora de modo diferente de outrora.*

## **6. HÁ CASOS SEMELHANTES NO GRUPO? SE TENHO EXPERIÊNCIA COM SITUAÇÕES SEMELHANTES**

Expressa a dúvida acerca da segurança nas minhas capacidades técnicas. Já não tenho idade para ouvir: “é tão novinho”, num misto de receio, dúvida e/ou agressividade. Mas ouço com frequência esta pergunta. Pode ser posta assim ou afirmativamente. “De certeza que tem imensos casos como eu!” Está de algum modo ligado ao preconceito da dependência. O desejo e necessidade da garantia de segurança que posso oferecer ali. Trabalho com grupos heterogéneos. E semi-abertos. São grupos de análise e não homogéneos.

No desejo de gemelaridade procura-se a segurança mágica de um aliado pela semelhança. Temos medo do diferente e do desconhecido. Reagimos instintivamente à diferença. A eventual existência de alguém parecido permitiria ancorar parte desta angústia de rejeição antecipada. Refiro-me aos objectos do self especulares a que se refere Kohut (1971).

Freqüentemente interpreto esta fantasia por este lado defensivo, mais do que pela dimensão da agressividade latente. Parece-me tratar-se de uma agressividade adaptativa e que freqüentemente é importante nas primeiras sessões em que o grupo testa o *caloio*.

## **7. É DIFÍCIL ORGANIZAR A MINHA VIDA PARA VIR DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA**

É necessário empatizar com as dificuldades reais da vida diária dos nossos doentes, mas ir para além disso. Tentar ver o que não é dito. Quantas vezes vão aos ginásios ou a outras actividades extra-profissionais, tais como massagens, línguas estrangeiras, entre outras, mais do que duas ou três vezes por semana? É fundamental aqui a avaliação criteriosa da motivação.

Tenho grupos uma, duas e três vezes por semana. As indicações podem-se sobrepor e de acordo com a motivação posso propor um ou outro grupo. Mas sabendo que os resultados potencialmente podem ser diferentes.

## **8. COMO É QUE FUNCIONA, GOSTAVA DE PERCEBER**

A racionalização é uma das defesas com que mais me confronto. A tentativa de entender um processo que é sobretudo emocional, é uma resistência habitual. A razão entende que se deve sobrepor à emoção. Quando hoje – e desde António Damásio (1995), com o *Erro de Descartes* – é tão evidente que é a razão que obedece à emoção. É um imenso preconceito da nossa sociedade – que não nos podemos entregar à emoção. O seu controle racional seria o mais diferenciado. A imposição do modelo nórdico e anglo-saxónico de contenção da exteriorização das emoções.

Existem também evidentes nuances culturais e sociais a considerar. Nas culturais basta tomarmos o exemplo dos recentes atentados em Madrid (2004) e Londres (2006) para aferirmos acerca da diferença da latinidade na expressão social das emoções e mesmo na relação com os media relativamente à aparente calma e sangue-frio da velha Albion. Nas sociais o mesmo se pode aplicar, com uma relação inversa entre a exteriorização dos mesmos e a escala social. O limite da exteriorização seria a peixeirada (o mais baixo da escala).

A explicação deste facto pode por si só ser contentora da angústia que está subjacente. Se entregam podem perder o controle e ficar à mercê de outros, reactivando fantasmas de dependências precoces não resolvidas.

## **9. VÃO ACHAR OS MEUS PROBLEMAS RIDÍCULOS**

A relativização defensiva de alguns conflitos, como se pudessem ser objectivamente medidos e comparados, através de um medidor de sofrimento (ainda não inventado) é algo tão freqüente antes, como durante fases iniciais do processo analítico.

É um preconceito freqüente que tem por base a racionalização, tal como no preconceito anterior. A idéia pré-formada de que os outros são mais importantes e mais necessitados de ajuda e, como tal, mais merecedores de atenção e de tempo na análise, pode esconder quer uma fragilidade narcísica, quer uma evitação do confronto com o outro. Ou seja, a escusa da utilização da agressividade na competição pelo tempo e atenção dos outros e/ou do analista. Uma interpretação atempada ainda antes do confronto com o grupo não evita a eclosão desta situação no grupo, mas tranquiliza o fantasma, contendo a situação.

## **10. MEDO DE CONHECER ALGUÉM, RECEIO ACERCA DO SIGILO**

Trata-se aqui de um receio real mais do que de um preconceito e que urge obviar com a própria realidade. A descrição do nome próprio e eventualmente da profissão de alguns elementos pode ser importante. De qualquer modo, se houve previamente um trabalho individual, o analista será detentor de informação acerca dos meios em que o paciente se move e das suas figuras significativas.

O facto óbvio de que o sigilo funciona entre todos e que todos serão detentores de segredos não é muitas vezes evidente e consciente, tal o receio de fuga de informação. Habitualmente é uma resistência mais fácil de lidar. De igual modo a capacidade de confiança no terapeuta é uma vez mais posta à prova.

### **11. QUANTAS PESSOAS TÊM O GRUPO? (ASSOCIADO AO RECEIO DE SEREM CALOIROS NUM GRUPO JÁ FORMADO)**

Uma estratégia que utilizo desde há muito, como factor pré-consciente, é receber os pacientes ainda individualmente, num espaço em que o grupo esteja sempre presente.

Ou seja, recebo ou na sala de grupo, em que necessariamente ficarão cadeiras vazias, ou numa sala individual anexa, mas em que a inclusão das cadeiras do grupo no campo visual está sempre presente.

Deste modo, existe, implicitamente, a integração da entidade *grupo* desde o início, quer na primeira consulta, na minha apresentação enquanto grupanalista, quer na oferta disponibilizada através do *setting* que lentamente será interiorizado (as outras cadeiras).

O grupo constitui-se, assim, progressivamente, como um fantasma ou uma representação, presente desde o início. A resposta a este receio: "Quantas pessoas tem o grupo?" encerra em si implicitamente parte da resposta, através do número máximo de cadeiras.

Este receio traduz muitas vezes o medo de serem novatos, os caloiros que vão ser abusados pelos manos mais velhos e experientes, numa praxe não assumida. Uma vez mais a tranquilização pode passar pelo reassegurar que não vão ser abandonados e que o terapeuta lá estará, para o que for necessário. Uma garantia de atenção num momento de ansiedade é amiúde necessário. Como já referi atrás, pode esconder a dúvida acerca do amor dos pais e o receio de ficarem perdidos numa fratria, sem a merecida atenção.

### **12. MEDO DO QUE PODEM VIR A DESCOBRIR E FICAR COM MAIS SOFRIMENTO**

Esta resistência aparece muito freqüentemente em fases iniciais do processo terapêutico, mesmo em terapia individual. Verifico freqüentemente ser uma tentativa de encobrir a angústia da descoberta dos pais reais (insatisfatórios e frustrantes) que tiveram e que tentam desesperadamente negar. Refiro-me ao conceito de culpa moral de Fairbairn

(1954). Quando persiste num grupo é freqüentemente a causa de *drop out*. Sobretudo em doentes com patologia psicossomática, que têm já de si uma tendência para o escape somático em vez da dor da mentalização.

De qualquer modo há que lidar com muito cuidado este receio, sem tentar apressar a interpretação clássica na resistência, parecendo-me mais eficaz uma intervenção através de uma resposta empática e eventualmente interpretativa, mas mais na atitude e postura do que nas palavras.

De todos estes preconceitos que enumerei e com os quais me confronto freqüentemente, ressalta a necessidade de empatizar e assim dar suporte (*holding*) trabalhando estes preconceitos atempadamente em sessões individuais prévias à integração no grupo. É essencial o respeito pelo tempo do doente. O **saber esperar** que estes preconceitos sejam processados pelos nossos pacientes e não se constituam mais em factores de resistência. Esta atitude parece-me poder funcionar como preventivo de *drop outs* precoces. Acresce a tudo isto a indubitável importância da selecção, aferindo criteriosamente a motivação, que vem temperada quase sempre por alguns destes preconceitos.

Durante o processo de análise surgem outros preconceitos, que manifestam indirectamente muito da problemática individual de cada paciente. Cito, por exemplo, apesar de não os abordar aqui:

- 1- Uns aproveitam mais do que outros.
- 2- Há lugares mais visíveis do que outros.
- 3- Dá mais atenção para A do que a B.
- 4- Eu não funciono em grupos.
- 5- Acho que em individual tinha mais atenção.
- 6- Entre outros.

Para terminar: um preconceito contratransferencial essencial para a análise. O preconceito de **que vai ser um prazer** ter este ou aquele paciente num grupo e que vamos ser capazes de **contribuir para a sua cura**. Este preconceito é essencial, mesmo que mais tarde, após eventual *drop out*, eu reconsidero e possa verificar que poderia ter prevenido uma determinada situação ou poupado o grupo a algo desconfortável e por vezes insegurizante.

Mas sem este preconceito seria impossível fazer o trabalho a que me proponho diariamente. Passa pela capacidade de empatia (antevisão dos sentimentos que acredito poder contratransferencialmente aproveitar) e sobretudo pela dimensão de verdade, que passa também pela comunicação não verbal do terapeuta. Este deve gostar e acreditar em grupos. Refiro-me à verdade que se deve constituir como base para a confiança, para criatividade e para a liberdade a que já se referiu Zimmerman (1999).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DAMÁSIO, A. **O erro de Descartes**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1995.

FAIRBAIN, R. **Psychoanalytic studies of the personality**. London: Tavistock, 1954.

FOULKES, S. H.; ANTHONY, E. J. **Group psychotherapy: the psychoanalytic approach**. 2. ed. Maresfield Library, 1990.

KOHUT, H. (1971). **Análise do self**: uma abordagem sistemática do tratamento psicanalítico dos distúrbios narcísicos da personalidade. Trad. de Maria Tereza B. Marcondes Godoy. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

PINES, M. Reflections on mirroring. **International Review of Psychoanalysis**, v. 11, p. 27-42, 1984.

WINNICOTT, D. W. (1945). **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. 2. ed. Trad. de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

### Endereço para correspondência

Cláudio Moraes Sarmento  
E-mail: clinicatagide@netcabo.pt

Recebido em 20/12/05.

1ª Revisão em 08/02/06.

Aceite final em 22/03/06.

---

<sup>1</sup> Psiquiatra em Lisboa, grupanalista, membro titular da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e da Group Analytic Society – London (GAS). Membro fundador da Sociedade Internacional de NeuroPsicanálise.