



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Extra Nº5 – Verano 2023

Material presentado en la III Asamblea Internacional de Investigación en torno a la Concepción Operativa de Grupo, Salvador de Bahía, 8-10 de septiembre de 2022

### A Clínica Psicossocial, o Grupo Familiar e as Instituições de Saúde<sup>1</sup>

#### Grupo de trabalho<sup>2</sup>

Rosa Gómez Esteban  
Lola Lorenzo  
Alex Scherzer  
Ricardo Klein

Margarita Lorea  
Fiorenza Milano  
Lucia Balello  
Raffaele Fischetti  
Giuseppe Ceresi

#### ABSTRATO

Na Clínica Psicossocial que praticamos, a família e as instituições pelas quais passam os chamados pacientes são sujeitos essenciais a serem considerados em sua intervenção. A abordagem é realizada com uma concepção estratégica destes modos de intervenção.

Estas estratégias psicoterapêuticas incluem abordagens individuais, de casal e de grupo, equipes terapêuticas, análises institucionais, etc.

**Palavras-chave:** Clínicas Psicossociais, Grupo Familiar, Emergentes, Estratégias Terapêuticas.

*“... as conclusões resultantes de nossas próprias experiências nos permitem considerar a doença mental não como a doença de um sujeito, mas como a da unidade básica da estrutura social: o grupo familiar. A pessoa doente desempenha um papel, é o porta-voz, emergindo desta situação total” (EP-R).*

<sup>1</sup> Trabajo presentado en Nodo Clínica.

Nestas duas sentenças, a partir de 1960, Pichon expôs profundas inovações no campo da Saúde Mental, Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise.

O ECRO contém pelo menos três descentralizações, que estão se tornando cada vez mais relevantes:

- 1º:** De uma visão individual antropocêntrica à unidade coletiva: o grupo.
- 2º:** Desde a situação triangular (édipo) de um sujeito (seu kleinismo na época) até os papéis diferenciados - funções de mãe, pai, filho, e outros, no funcionamento do grupo familiar.
- 3º:** Da chamada “doença mental” de um sujeito, à dinâmica do grupo familiar.

O grupo familiar não coincide necessariamente com a família nuclear.

O trabalho na Clínica Psicossocial visa contextualizar histórica e politicamente a compreensão da vida familiar, de suas condições concretas de existência. Sua relação com as gerações (raízes geográficas e históricas como resultado de guerras, fome, exílio, migração), as diferentes situações sociopolíticas, as instituições ligadas a elas como construtoras da subjetividade e do cuidado com a Saúde Mental. Não se trata de interacionismo. É a micropolítica da vida cotidiana.

Não usamos mais a terminologia de patologia mental, nem falamos de doença mental. Estamos discutindo se devemos ou não falar de cura ou não usar este termo para designar “melhoria”.

## Aberturas

Nestas notas continuamos e expandimos alguns aspectos do trabalho de E. Pichon-Rivièvre sobre o grupo familiar.

Pichon-Rivièvre não queria estudantes fiéis, mas continuadores de seu pensamento que abriam novos caminhos no campo do treinamento, da clínica e do ambiente institucional.

Nos últimos 40 anos, aprofundamos as noções de tarefa, emergência, ligação e estratégias terapêuticas, levando-as das noções empíricas e instrumentais aos conceitos.

Não é comum falar de Emergente, Tarefa ou mesmo Bond porque se trata de falar de latente ou inconsciente. É por isso que é fácil entrar em uma banalização destas nossas noções importantes.

Assim, por exemplo, quando falamos de um “elo de quatro vias”, falamos de um movimento duplo entre sujeitos, mas este movimento não é linear porque tem a ver com a fantasia de mim sobre o outro e a fantasia do outro sobre mim.

Scherzer descreve este mecanismo como Mutuação (ver Zona Comum, publicada na “Área 3”) e fala de perspectivas, meta-perspectivas e meta-meta-perspectivas (extraído de R. Laing).

Bleger definiu o grupo através de dois níveis de sociabilidade: um é a sociabilidade mais familiar por interação e o outro é a sociabilidade sincrética ou sociabilidade por participação. O grupo

tende a se burocratizar como organização e a se tornar antiterapêutico não apenas por causa de uma reiteração de padrões nos níveis de interação, mas principalmente por causa da necessidade de manter a clivagem (ou separação) entre os dois níveis.

Não examinar os níveis de sociabilidade sincrética familiar significa assumir a segregação sancionada pela sociedade, assumindo os critérios normativos, os mecanismos pelos quais certos sujeitos estão doentes ou segregados e, sobretudo, assumindo assim o critério de adaptação passiva à saúde e à “doença” e sua segregação como “tratamento”.

As fantasias surgem no vínculo e na tarefa, mais precisamente nos vínculos para realizar tarefas familiares, prescritos pela sociedade.

O emergente se apresenta como uma nova qualidade e é justamente esta diferença que nos permite ver a cena. Aparece uma transformação que está ligada à situação, ao novo contexto do grupo.

Na cena, uma fantasia ou fantasma entra em jogo, na qual todos estão envolvidos e na qual todos participam. As fantasias surgem no elo, não na mente de um indivíduo isolado (solipsismo). A noção de os permitiu ver de uma nova maneira como uma fantasia é feita. A jornada interpretativa consiste em contar ao grupo, cena por cena, o que está acontecendo. A interpretação é utilizada para ajudar a transformar elementos de “participação” (socialização sincrética) em um vínculo.

Nas cenas, vemos as idas e vindas do grupo com a tarefa. O imaginário que o grupo está instituindo está presente nestas idas e vindas do grupo com a tarefa.

## **ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

A situação de sofrimento de uma família não nos serve para elaborar um diagnóstico psicopatológico da família, mas para transformar os sintomas que surgem em um recurso e criar uma nova cena com a presença do terapeuta ou da equipe de serviço público ou privado, transformando a cena inicial baseada nos sintomas em problemas do emergente e de sua família.

Fazemos um diagnóstico situacional da ligação entre a família e os terapeutas para poder pensar a psicoterapia familiar como uma estratégia de intervenção, e não como uma técnica de intervenção, como nos lembra a teoria dos Âmbitos elaborada nos anos 60 por J. Bleger.

Muitas vezes, em outros diagnósticos, o contexto é esquecido, mas no diagnóstico situacional ele é colocado em primeiro plano. Quando um paciente chega, deve-se sempre se perguntar por que ele veio neste momento. Esta pergunta revela os contextos.

O enquadramento situacional introduz uma ordem metodológica e estratégica de suma importância porque enfatiza o estudo do que está acontecendo aqui e agora (*hic et nunc*) no tempo e no lugar atuais. Não há situação sem história, mas a organização disto aqui e agora depende das experiências passadas que compõem o campo atual.

Precisamos pensar em quem podem ser os repositórios confiáveis do contexto: são pessoas que estão em um relacionamento muito próximo ou são pessoas que se estendem à outra pessoa (indiscriminação)?

O ponto de urgência do paciente, aquele que mais o toca naquele momento, indica estratégicamente a direção e o espaço de entrada onde se encontra a menor resistência.

A importância da dimensão estratégica inclui abordagens individuais, de casal e de grupo, equipes terapêuticas, etc. (ver “Estratégias terapêuticas da abordagem pluridimensional”. Combined Therapies, Associated Therapies”, A. Scherzer).

O trabalho clínico que fizemos e ainda fazemos no consultório público, privado, institucional e privado.

Utilizamos dispositivos estratégicos para cada situação clínica. Este tópico será uma prioridade a ser trabalhada, em nosso grupo, após as férias de verão europeias.

## **EM NOSSO GRUPO, TROCAMOS INFORMAÇÕES SOBRE CASOS CLÍNICOS SÉRIOS E COMPLEXOS:**

### **Situação clínica 1**

Um grupo familiar com três crianças adotadas da África, onde houve guerra, com histórias anteriores muito dolorosas, como testemunhar a morte violenta de um de seus pais, e outras sinistras....

Dois pontos importantes emergem na contra-transferência

1. Ligado ao medo de tocar ....
2. algo que emerge como um buraco.

Tomado como um recurso que afirmava no sentido de que eu não estava falando de algo que não estava lá, mas de algo que estava lá; o buraco se tornará o emergente central da “África” de cada um e de todos.

### **Situação clínica 2**

G. afirma ter sempre pensado que a filha era independente e serena, pois sempre se mostrou uma criança autônoma e despreocupada até os dezesseis anos de idade, quando teve seu primeiro ataque de pânico”.

S. responde que sempre se sentiu sozinha e abandonada; “o pânico”, diz ela, “acho que sempre o tive... no berçário fiquei aterrorizada com a idéia de ninguém vir me buscar e de ser deixada lá... sempre me senti culpada”. Pensa que quando ela (a mãe) chorava, eu me sentia ansioso e rapidamente fazia um teste: eu tinha feito meu dever de casa? Eu tinha feito as coisas que eu

deveria ter feito bem? Eu me perguntava o que tinha feito de errado... e também... se eu tinha tudo em ordem? Eu pensei que ela chorava por minha causa; ela tinha 5-6 anos de idade...". G. responde dizendo que sempre a viu como uma criança livre e muito inteligente... enquanto R. (o filho), chorava dia e noite sem parar desde o momento do nascimento e tinha parado "de repente" quando S. nasceu; "ele pensa que desde o berçário, em certo momento, a trouxeram até mim para ver se comigo ela poderia se acalmar, mas ela não se acalmaria".

O Padre N parece ausente, isolado; situado fora, ele fica do lado de fora: ele não diz nada e ninguém lhe pergunta nada.

.....

### **Situação Clínica 3**

Uma adolescente que, da varanda de sua casa (ela não permitiu que ninguém presente se aproximasse dela) ameaçou atirar-se na calçada se os médicos tratantes a admitissem novamente em uma instituição psiquiátrica. Os médicos, a família e a ambulância de atendimento domiciliar estavam lá, em sua casa. E ela fez uma condição prévia: "que eles falassem com Scherzer" e que ele pudesse fazer algo diferente. Ela era uma paciente em um centro de tratamento diurno onde ele administrava tecnicamente a instituição e coordenava seu grupo terapêutico. Finalmente, através de conversas telefônicas feitas ao mesmo tempo (por Scherzer), os psiquiatras foram liberados do caso, a ambulância foi retirada e todos foram liberados da situação.

A paciente foi admitida na instituição que ela freqüentava. Ficou lá por quatro dias, sem medicamentos antipsicóticos, apenas com hipnóticos e ansiolíticos menores para poder dormir, e foi integrada às atividades institucionais.

Quatro sessões familiares foram realizadas com o paciente incluído (obviamente). Após esta estratégia clínica, ela melhorou acentuadamente, voltando a dormir em casa e mantendo sua freqüência na instituição psicopedagógica.

.....

### **Situação clínica 4**

Outra situação clínica: a de uma adolescente de 15 anos com sua menina de sete meses de idade com distúrbios do sono.

Analisamos as discrepâncias no sistema de saúde pública. A indicação terapêutica era para uma terapia familiar que não podia ser realizada porque o marido tinha 18 anos e não estava autorizado a frequentar o Serviço de Psiquiatria Infantil, porque de acordo com os regulamentos, os cuidados estão disponíveis até a idade de 18 anos. Um exemplo claro de como o Estado pode dissociar a família.

### **PERGUNTA FINAL**

Sobre as novas contribuições para a concepção Pichoniana.

Resta-nos explicitar e aprofundar um intercâmbio sobre as novas contribuições à Concepção Operacional no campo da Saúde Mental, já escritas (mesmo publicadas em diferentes livros e websites) pelos colegas do grupo e por outros colegas da Concepção Operacional da Psicologia Social, o que começaremos a fazer após as férias de verão européias.

---

## **<sup>2</sup> Grupo de trabalho**

- *Alex Scherzer*: Graduado em Psicologia. Psiquiatra. Psicólogo social. Psicoterapeuta de grupo e de família. Professor e Supervisor, em diferentes instituições e no setor privado.
- *Lola Lorenzo*: Psicóloga Clínica, em SSP. Psicoterapeuta de grupo. Membro fundador, professor e supervisor da Associação de Psicoterapia Psicanalítica Operacional (APOP).
- *Margarita Lorea*: Psicóloga. Psicoterapeuta. Membro fundador, professor e supervisor da Associação de Psicoterapia Operacional Psicanalítica.
- *Ricardo Klein*: Psicólogo. Psicólogo social. Diretor da Escola de Especialização em Gestalt. Buenos Aires. Professor Adjunto de Teoria e Técnica de Grupo. UBA.
- *Rosa Gomez*: Psiquiatra. Psicanalista. Professor e supervisor de programas de treinamento em Psicoterapia de Grupo e Clínica de Grupo. Membro da Associação para o estudo de questões psicosociais e de grupos institucionais. Área3.
- *Fiorenza Milano*: Psicólogo clínico. Psicoterapeuta de grupo, família e casal. Membro docente e supervisor do GRIPo.
- *Raffaele Fischetti*: Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta de grupo, família e casal. Supervisor institucional. Presidente do GRIPo
- *Giuseppe Ceresi*: Psicólogo clínico. Psicanalista da SPI e IPA. Psicoterapeuta infantil e de grupo. Treinador e consultor no campo da aprendizagem organizacional.
- *Lucia Balello*: Psicóloga clínica. Psicoterapeuta de grupo, família e casal. Fundadora, professor e supervisor do GRIPo. Responsável pelo Mestrado em Psicanálise da cópia e da família.