

Psicanálise, grupos, instituição pública

Ana Maria Sigal

A mania grupalista serve como paliativo para
as verdadeiras questões que
surgem nas instituições de atendimento em saúde mental.

A simples enunciação de um tema como este pressupõe a análise das implicações e das articulações de cada um dos termos que o compõem: psicanálise, grupo, grupo de crianças e instituição pública. A complexidade destas noções e da trama que, em seu conjunto, eles determinam, sugere quão pretencioso seria propormo-nos a analisá-los e exaustivamente; limitar-me-ei portanto a levantar algumas questões, cujo breve exame poderá auxiliar em nossa reflexão.

Começarei pelo final, focalizando algumas das dificuldades que nos são propostas pelo trabalho institucional. Para isto, utilizarei como analogia uma situação de demanda de aprendizado, que a meu ver reproduz a demanda a que estão confrontados, em seu cotidiano, os trabalhadores da saúde mental por parte de seus pacientes.

Sou parte integrante de uma equipe docente do Instituto Sedes Sapientiae. No Departamento de Psicanálise desta instituição, bem como em seu núcleo de formação sistemática para psicanalistas, tem sido nossa preocupa-

Ana Maria Sigal — psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

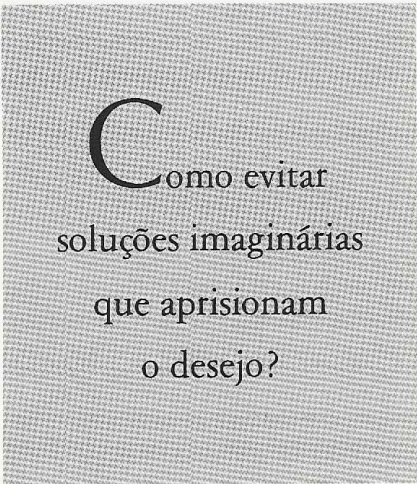
Agradeço a Laurinda R. de Souza Lucci e a Renato Mezan, que me ajudaram na versão definitiva em português.

ção constante a pesquisa referente ao alcance da contribuição que a psicanálise pode oferecer no âmbito da saúde pública. Por essa razão, uma entidade pública nos procura para um convênio. A finalidade deste convênio era conseguir que colaborássemos para a formação dos trabalhadores de saúde mental a ele vinculados. Propunham, inicialmente que oferecêssemos cursos de curta duração (cinco ou seis aulas), consistindo de aulas expositivas para grupos numerosos de "participantes". Tais aulas versariam sobre psicoterapias breves, psicoterapias de família, de grupos, de psicóticos... Estes temas vastíssimos deveriam ser abordados dentro de um referencial teórico psicanalítico. Que pensar de semelhante pedido? Suas implicações não eram claras, e muito menos o que poderíamos oferecer como resposta. Refletindo, demos-nos conta de que continham duas solicitações: que os cursos fossem curtos, e que se dirigissem a muitos indivíduos, visando diminuir os déficits teóricos e técnicos da formação destes profissionais.

Eis aqui a repetição: estávamos, de fato, colocados na mesma situação em que se encontram os trabalhadores da saúde mental no seu dia-a-dia — devíamos dar respostas rápidas a problemas extremamente complexos, cuja resolução imediata é quase impossível. O pedido da entidade consistia, em suma, em que instrumentalizássemos em poucas "aulas" esses profissionais, que os capacitássemos no manejo de uma teoria e de uma técnica supostamente adequadas para fundamentar sua prática clínica. Ora, isto significaria que nos imaginássemos em condições de dar resposta aos problemas de saúde mental da população que demanda atendimento, colocando fora do circuito a situação real: tais profissionais não dispõem nem do tempo, nem dos recursos, nem das condições para realizar um trabalho satisfatório para eles mesmos e para seus pa-

cientes. Isto nos conduziu a uma questão: o que pede a instituição de saúde mental do seu trabalhador? Que demanda? Que desejo? E como evitar soluções imaginárias, que aprisionam o desejo e, impedindo mudanças estruturais, possibilitam a repetição?

Em ambos os casos — o pedido dos pacientes à instituição e o pedido da instituição a seus trabalhadores —, vemos uma demanda que



Como evitar
soluções imaginárias
que aprisionam
o desejo?

denota urgência, um vazio que precisa ser de algum modo preenchido. Temos que dar coisas — em nosso caso, coisas sob a forma de receitas técnicas, supostamente apropriadas para acalmar a angústia dos profissionais frente a seu não-saber. É desta forma, escondendo os sintomas reais da instituição, o que nos pediam implicitamente era esconder as causas destes sintomas, materializados nas carências acima mencionadas. Se assim procedêssemos, estaríamos na verdade contribuindo para deslocar estes sintomas, que sem dúvida reapareceriam em outro lugar — provavelmente, no discurso sobre as "causas não resolvidas". Em tais cursos breves, dar assume a forma de "dar informações". Pouco se escuta; não se processa o conhecimento; não é possível produzir modificações. O que se faz é criar a ilusão de um saber, que alivia a culpa e a angústia,

e apenas impossibilita a reflexão sobre um cotidiano dramático.

Vê-se que tal demanda repete conosco, do Departamento de Psicanálise do Sedes, a mesma situação vivenciada pelos trabalhadores na pressão diária do atendimento, pressão que os põem em contato com a precariedade dos recursos de que dispõem. Estas dificuldades são de várias ordens: burocráticas, salariais, ligadas à formação teórica e técnica dos profissionais, elas se refletem na falta de condições adequadas para trabalhar e também na rareza das supervisões para acompanhar este trabalho. Ao invés de disparar o desejo, estas carências o aprisionam e imobilizam, produzindo uma situação bem conhecida, na qual se combinam empobrecimento no exercício das práticas, limitação na busca de desenvolvimento teórico e bloqueio na aplicação de recursos criativos aptos a fornecer novas fórmulas técnicas. Tais fatores costumam conduzir ao espontaneísmo e à pressa e, na tentativa, acaba por renegar-se a dimensão desestruturante da realidade, o que, em outras palavras, caracteriza-se como uma prática perversa.

A demanda por resultados eficazes e imediatos, na ausência de condições mínimas de efetivação e de qualquer proporção entre as condições reais e o que se espera conseguir, coloca-nos numa posição assistencialista e paternalista, cujo componente principal é o *dar*: dar remédios, dar interpretações, dar entrevistas, dar cursos... Dar tem aqui, claramente, o sentido de obturar a carência, e como finalidade implícita, impedir que o temido possa emergir, buscando proteger-nos do contato intersubjetivo, da dor e do sofrimento do outro. Vivemos um momento em que se verifica uma crise no saber constituído da ordem médica, em que se apagam as barreiras entre o que é saudável e o que é doentio, em que percebemos que os sintomas são tanto dos pacientes quanto nossos e das nossas instituições. É neste con-

texto, e por este motivo, que se procuram respostas rápidas, das quais se espera que recolorem as coisas em seus devidos lugares, isto é, que mantenham disfarçadamente a ordem antiga, e que garanta o nosso lugar enquanto profissionais do lado da saúde. *Demanda-se* assim a mudança, mas não será que se *deseja* a não-mudança? Frente a este panorama, reaparece o *diagnóstico* — não como forma de compreensão do paciente, mas como forma de cristalizar o sofrimento na enfermidade mental classificável, com a óbvia conseqüência de fazer desaparecer a singularidade do paciente. Nestas condições, a burocratização da formação e da prática encontra o seu espaço, e aparece a supermedicalização, fomentando a instalação de novos manicômios como método de “conter a loucura”.

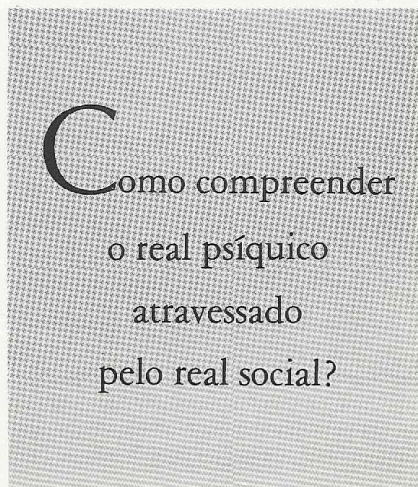
Psicanálise e Instituição Pública

Queremos romper a ordem manicomial. Queremos abrir mais ambulatórios e mais centros de saúde. Queremos estender as práticas psicoterapêuticas. Mas que propostas político-técnicas temos a oferecer, a fim de que tais objetivos se materializem? E sobretudo: o que temos a dizer quanto à possível contribuição da psicanálise a estas instituições?

Sabemos que a relação psicanálise/instituição é sumamente delicada. Frequentemente, a psicanálise penetra na segunda como uma nova e sofisticada nosografia, interna à ordem médica; institui-se desta forma como uma nova variante do saber, cujo uso contribui para a manutenção do poder exatamente onde sempre esteve. Neste quadro, terapias breves e trabalho com grupos podem se impor como *furor curandi*, administrando interpretações como antigamente se administravam remédios. Corre-se assim o risco de que a psicanálise, em vez de contribuir para o acesso à verdade do sujeito, venha a se converter em

pedagogia obscurantista, a serviço de uma adaptação mais eficiente do sujeito a seu meio e contrariando qualquer possibilidade de questionamento. Corre-se um risco, é verdade; mas, por correr estes riscos, a psicanálise não terá nada a contribuir nas instituições?

Frente à dificuldade para pensar a articulação entre psicanálise e instituição, algumas corporações psicanalíticas reafirmam que ambas



nada têm a ver entre si, que é impossível a prática psicanalítica em situações institucionais, que estas a descaracterizam enquanto psicanálise; o máximo que se pode fazer é “outra coisa”, e esta “outra coisa” recebe com freqüência o nome de psicoterapia. Parece-me que aqui existe uma confusão e um aproveitamento insidioso desta confusão. De que psicanálise se fala? Esta é entendida apenas como técnica formalmente determinada? Ou esquece-se, convenientemente, que a psicanálise compreende igualmente um *método* e uma *teoria*?

Frente a esta concepção estreita, entendo que a psicanálise pode oferecer um quadro referencial teórico de grande envergadura. Concordo com Gregório Baremlitt, que pensa a psicanálise como “uma prática social científica composta por uma teoria, com um objeto formal abstrato específico (a estrutura

psíquica) e com sua região determinante última (o inconsciente); por um método; por uma técnica; e por uma situação experimental própria — a situação analítica”⁽¹⁾. Em meu entender, o que varia na prática institucional é a *situação experimental* onde se põem em jogo a conceitualização teórica e a prática clínica dela resultante.

Aqui convém lembrar que, na produção da saúde e da doença, não intervêm apenas as formações do inconsciente organizadas pela história individual, mas ainda fatores históricos, políticos, econômicos e culturais. Em seu livro *Psicanalismo*, Robert Castel afirma que o “o imaginário como imaginário e o simbólico como simbólico são estruturados também por outro real, não apenas o do desejo e da angústia”⁽²⁾. O social está longe de ser uma categoria neutra; é porque sofremos formas extremas de violência social que não poderemos colocar entre parênteses as formas objetivas que modelam nossas vidas cotidianas e assinalam nossas urgências. A questão é outra: como compreender o real psíquico atravessado pelo real social, o discurso do desejo atravessado pelo discurso histórico-social. Insisto em que a dimensão da realidade não é exterior à experiência psicanalítica, e se presentifica tanto mais na clínica quanto mais violenta e injusta ela é. Estas observações, necessariamente esquemáticas, parecem-me no entanto úteis para situar o alcance de nossa contribuição, enquanto psicanalistas, para o problema da Saúde.

Minha hipótese é que a psicanálise não dá e não pode dar conta dos fenômenos que lhe são alheios; não há uma cosmovisão psicanalítica, uma *Weltanschauung*, estendendo seus modelos explicativos a todo o existente. A tentativa de dar conta dos múltiplos conflitos institucionais através de modelos psicanalíticos nos conduz a um reducionismo obscurantista. Contudo, o que podemos fazer em determinados mo-

mentos é proceder a certos recortes, que nos permitam uma compreensão do campo e possibilitam algum tipo de intervenção nele.

Grupos ou Agrupamentos?

Tendo assim situado brevemente o alcance da contribuição analítica no campo que nos ocupa, vejamos agora como vincular os temas “psicanálise” e “grupos”. É muito frequente que os terapeutas de grupo se queixem do fracasso destes nas instituições. Por que eles fracassam? Talvez um dos motivos mais fundamentais para isso seja: tentarmos dar resposta, através de grupos terapêuticos, a problemáticas que não competem nem aos grupos nem à psicanálise. Esta observação nos coloca frente a duas questões cruciais: por um lado, o problema da *triagem* (quais os pacientes que podem se beneficiar com o grupo terapêutico), e, por outro, o problema da invenção e da utilização de *recursos de atendimento* diferentes dos que de hábito nos servem de instrumento. Entre estes recursos, podemos contar com o trabalho com a comunidade, com os agentes de saúde, e todo tipo de ações preventivas que possibilitem a diminuição da afluência aos ambulatórios.

Não é raro observar a tentativa de resolver *estes* problemas com a “mania grupalista”, que serve como paliativo e disfarce para as verdadeiras e espinhosas questões que surgem nas instituições de atendimento em saúde mental. Em geral, não se formam grupos terapêuticos: os pacientes são agrupados de moda a ampliar o atendimento. Pouco se reflete acerca da questão básica: o grupo será a melhor indicação, ou apenas um substituto à mão, já que nada mais temos a oferecer? O que se chama “grupo diagnóstico” não passa, na mais das vezes, de uma anamnese coletiva. Nas equipes, é mais comum se discutir *quem deve fazer a triagem*

— se o psicólogo, o médico ou o assistente social — do que os *critérios de grupalidade*. Convenhamos que aqui se revela mais uma briga pelo poder e pelo prestígio do que uma preocupação pelo destino dos grupos.

Retornemos à articulação entre psicanálise e grupos. Gostaria de alinhar as considerações teóricas a partir das quais conceituo o trabalho grupal, lembrando que a Psicologia Social, a Teoria da Comunicação, a Antropologia e outras ciências têm feito importantes contribuições para elucidar este problema. Direi que o Grupo Terapêutico funciona como um cenário que permite a cada um dos sujeitos expressar-se a partir de seu imaginário, e ao mesmo tempo permite a cada

O grupo modifica seus integrantes e é por ele modificado.

um deles observar os efeitos que suas fantasias produzem no devir grupal. Estas fantasias individuais sustentam as ações, os projetos, as intenções e os desejos do homem, e são o fundamento daquilo que existe em nosso inconsciente. Recuso a idéia de que exista um “inconsciente grupal” — o grupo só existe ali onde se convencionou aceitar um código compartilhado. O inconsciente grupal só se instala onde a individualidade se perdeu, e torna-se necessário que o sujeito possa resgatar deste “grupal comum” aquilo que lhe é próprio e que o determina. Em alguns momentos, se constroem fantasias grupais, mas a forma pela qual cada membro do grupo se defronta e lida com elas

tem a ver com sua própria história. O fato de falar-se em um “inconsciente grupal” e trabalhar com o grupo como se a ele se aplicasse a tóptica do aparelho psíquico me parece um deslocamento conceptual que pode levar a importantes erros teóricos — e técnicos.

O grupo modifica seus integrantes e é por ele modificado; a organização grupal será resultado de um processo estrutural, no qual os sujeitos são sujeitos e objetos da mesma organização. É possível verificar os efeitos que suas fantasias provocam no devir do grupo, e é a partir da intersubjetividade que o sujeito vai reconhecendo a *sua* subjetividade, bem como a existência do *outro*. Neste sentido, o grupo funciona apoiado nas diferenças. Existem, decerto, fantasias comuns universais, porém revestidas da temática particular de cada paciente, e em função de suas séries complementares e suas identificações. No grupo, os pacientes engendram e captam uma *dramática* na qual podem se incluir, transformando-a num código compartilhado; mas isto é bastante diverso da noção de um “inconsciente grupal”, a idéia que resulta da impossível somatória dos inconscientes dos membros do grupo ou da misteriosa massificação dos inconscientes individuais. No grupo, ao contrário, o que ocorre é uma permanente dialetização da intersubjetividade: cria-se um cenário no qual cada um entra com seu imaginário, enquanto o grupo e seus diferentes membros tentam romper este imaginário, a fim de o confrontar com uma *situação outra*; é esta situação outra que possibilita ao discurso aceder a novas significações.

Desta concepção decorre uma modalidade de interpretação. A finalidade desta última é permitir a cada paciente que se re-situe em função e a partir do papel que ele ocupa na cena, enquanto lugar imaginário do outro; isto o remete à sua própria cena ou à cena inconsciente que é a sua. Assim se verifica

que o grupo não é o mesmo que a somatória dos inconscientes individuais; as múltiplas transferências criadas e o lugar em que cada um se coloca e coloca o outro permite restituir, por sua vez, o outro e a si mesmo nas diferentes posições face ao desejo.

Grupo de crianças: características

No grupo de crianças, este processo adquire uma riqueza inigualável. Da mesma forma que as crianças ocupam um lugar no mundo desejante de seus pais, tratando permanentemente de se colocar nele ou de escapar dele — identificando-se com a posição que lhes é designada como objeto do desejo ou buscando alternativas a esta posição — desta mesma forma, no grupo vão se reproduzir as diferentes posições pelas quais cada uma delas transite. É possível verificar assim como o sujeito vive com dúvida, sofrimento e agressão (ou, ao contrário, com prazer, alegria, certeza) aqueles momentos em que se assegura e concordância presente entre a “sombra de mãe” que envolve a criança e ela própria⁽³⁾. É através dos diferentes lugares pelos quais cada criança circula, bem como a partir das interpretações e das transferências relativas a cada uma, que lhe é possível submeter-se, identificar-se ou modificar este lugar previamente designado na fantasia dos pais. Cria-se assim a possibilidade de avaliar em que medida aquilo que a criança é e faz é determinado — ou não — por aquilo que seu desejo inconsciente escolhe como determinação, ou antes por aquilo que acredita que o outro espera dela, enredando-se portanto numa rede imaginária cada vez mais fechada. O grupo entra assim na função de terceiro, que a ajuda a diferenciar o imaginário e permite a entrada no simbólico como portador da Lei.

Na terapia de crianças, parece-me fundamental o funcionamento de grupos terapêuticos de

pais, buscando tornar sensível o contraponto do que se observa no grupo das crianças: o pai e a mãe devem poder perceber qual é o seu desejo, que lugar nele ocupa seu filho, e por que o tentam capturar deste modo. Muitas vezes, através do trabalho com os pais, conseguimos desvendar o que demandam e o que é que de fato desejam.

Por outro lado, é muito comum que os profissionais da instituição pensam ser uma contra-indicação para a entrada da criança num grupo, o fato de que os pais dela (ou seus responsáveis) não se dispõem a “encarregar-se da terapia”. Creio, sim, que tal recusa por parte dos pais configura uma resistência à terapia. Mas também vejo uma resistência na atitude dos pro-

O que o trabalho institucional pode contribuir para o futuro da psicanálise?

fissionais quando tomam tal atitude. Entendo como “encarregar-se da terapia” o fazer parte de um grupo de pais, quando isso é considerado necessário do ponto de vista da terapia da criança, ou ainda a disponibilidade para garantir a participação da criança na situação terapêutica com a frequência necessária para que o processo possa ocorrer. Tal situação costuma ser crítica, pois inúmeras crianças — na instituição pública ou no consultório particular — são quase obrigadas a “fazer terapia”: isso lhes é imposto como algo externo, como instrumento para a adaptação social ou escolar. Impõe-se que reconheçamos a impossibilidade de analisar quem não quer ser analisado, e,

quando nos furtamos a este reconhecimento, a experiência se encarrega de demonstrar nosso engano, através dos freqüentes e rápidos abandonos do tratamento.

Muitas são as dificuldades que surgem quando pretendemos sair das malhas do já conhecido. A psicanálise “extramuros” (fora do âmbito do consultório), sua inserção institucional, seu vínculo com os trabalhos de grupo e com crianças, são algumas destas dificuldades. E dificuldades sérias, já que para encontrar soluções é necessário pesquisar, investir nos desdobramentos teóricos capazes de conduzir a elas. Em *O Futuro da Terapia Psicanalítica*, Freud deixava como “caminhos em aberto” os destinos da psicanálise. Se é importante pensar o que a psicanálise pode trazer para as instituições públicas, é ainda mais importante pensar o que as instituições como campo de possível experiência clínica — fonte na qual Freud sempre se inspirou para fazer avançar nossa disciplina — podem contribuir para o futuro da psicanálise. ■

Notas

- (1) G. Barenblitt — *El Concepto de Realidade en Psicanálisis* — Buenos Aires — 1974 — Ed. Socioanálisis.
- (2) R. Castel — *O Psicanalismo*.
- (3) P. Aulagnier — *A Violência da Interpretação* — Rio de Janeiro — Imago — 1982.

Bibliografia geral

- J. Clauzeul — *El Orden Medico* — Barcelona — Argot — 1983
G. Barenblitt — *El Concepto de Realidade en Psicanálisis* — Buenos Aires — Editorial Socioanálisis — 1974.
E. Hulagnier — *La Violencia de la Interpretacion* — Buenos Aires — Amorrortu — 1977
Bernard e outros — *El Grupo y sus Configuraciones Terapias psicoanalíticas* — Buenos Aires — Lugar Editorial — 1982.
Anzieu e R. Raës — *O Trabalho Psicanalítico nos Grupos* — Lisboa — Moraes Editora — 1978
Freud: *Totem e Tabu* — Obras Completas — Ed. Biblioteca Nueva — Madrid — 1948
Freud: *El Pourvenir de una ilusion* — OC. — Idem
Freud: *Futuro da Terapia Psicanalítica* — Idem.
Freud: *Psicologia de las masas y analisis del yo* — Idem
Freud: *Nuevas Contribuciones del Psicanalisis* — Idem
Vallejos: *Topologia de J. Lacan — del Narcisismo* — Arg. Helguero Editores — 1979
Manoni: *A Teoria como Ficção* — R. de Janeiro — E. Campos — 1982