

Um grupo com mais de 1000 utentes: Análise de Grupo Psicoterapêutico Aberto num Hospital Público

Autores:

António Bento

Psiquiatra e Psicoterapeuta,
Diretor do Serviço de Psiquiatria Geral e Transcultural do
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Mafalda Guedes Silva

Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta,
Membro Candidato da
Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo

Resumo:

O presente trabalho foca-se na caracterização e análise de um grupo psicoterapêutico aberto, de base analítica, com periodicidade semanal, em funcionamento ininterrupto há mais de 15 anos. Este grupo conta com mais de 650 sessões realizadas num hospital público, no serviço de psiquiatria geral e transcultural, e inclui 1135 utentes altamente heterogêneos nas suas características pessoais e diagnósticas (de patologias neuróticas clássicas a psicoses diversas, situações de sem-abrigo, refugiados e migrantes). O grupo, conduzido segundo uma perspetiva grupanalítica, por um médico psiquiatra, funciona com o mínimo de estrutura necessária para fornecer coerência e consistência ao trabalho psicoterapêutico fomentando uma discussão livre flutuante e expressão de sentimentos e afetos. Desempenha também um forte papel no treino das competências relacionais e na construção de uma identidade mais coesa criando coerência grupal e sentimento de pertença. Salientam-se como fatores mais relevantes para a manutenção do grupo: o ambiente de aceitação; a atitude grupanalítica do condutor e a facilitação da comunicação livre. Também a constância do *setting* e a consistência das regras de funcionamento parecem contribuir para essa manutenção. Em suma, conclui-se que este grupo parece constituir uma resposta psicoterapêutica adequada para doentes psiquiátricos com dificuldade de acesso e vinculação a cuidados de saúde; e/ou com dificuldades em envolver-se em relações de ajuda de tipo dual ou em pequenos grupos.

Palavras-chave: doença mental; grande grupo; psicoterapia de grupo; psiquiatria transcultural; sem-abrigo

Introdução

A psicoterapia, a par da psicofarmacologia, constitui um método importante de tratamento psiquiátrico (W. Poldinger, 1980 citado por Cortesão, 1986). Seguindo esta linha, António Bento desenvolveu uma resposta terapêutica integrada num hospital psiquiátrico público, no serviço do qual é Diretor, para atender à população psiquiátrica menos predisposta para se envolver num tratamento psiquiátrico psicoterapêutico. A resposta concebida disponibiliza um seguimento em psiquiatria composto por consulta de psiquiatria/psicologia e grupo psicoterapêutico semanais. Inclui ainda apoio social e intervenções de rua para diagnóstico e mobilização para o tratamento, permitindo um acesso rápido, desburocratizado, eficaz, eficiente, inclusivo e não estigmatizante de atendimento à população com doença mental (incluindo a população com doença mental que é cumulativamente sem-abrigo).

As consultas de psiquiatria/psicologia e de apoio social com a Assistente Social realizam-se nas instalações da consulta externa do hospital. O grupo psicoterapêutico reúne-se num outro pavilhão, no campus do hospital, e os utentes podem comparecer ao grupo sem agendamento prévio e, se o desejarem, podem aguardar e ter acesso a uma consulta de psiquiatria/psicologia e/ou de apoio social. Este funcionamento, de relativa liberdade no acesso desburocratizado, combinado com as intervenções de rua permite ir ao encontro dos utentes nos locais onde estes habitualmente se movem. A articulação direta e efetiva com as instituições locais de intervenção social e terapêutica promovem também o acesso aos cuidados de saúde, tornando menos complicado o processo.

Tal como para as consultas, o acesso ao grupo é aberto e encorajado a todos os utentes do hospital (consulta externa, urgência, internamento) independentemente da patologia, condição socioeconómica, nacionalidade (i.e., há aceitação integral de migrantes) e/ou situação de sem-abrigo. Existiu, no entanto, desde o início, a preocupação de não se constituir como um grupo para sem-abrigo, servindo, com certeza, o propósito de criar uma resposta inclusiva não estigmatizante.

De seguida, apresenta-se um breve enquadramento teórico das psicoterapias de grupo para depois se apresentar uma análise do grupo psicoterapêutico aberto em contexto hospitalar.

No que diz respeito à compreensão e condução de grupos psicoterapêuticos, Foulkes (e.g., 1948) é uma referência incontornável nesta área e os seus trabalhos referem que o grupo psicoterapêutico se caracteriza por uma intensa comunicação verbal e não-verbal, preferencialmente em discussão livre flutuante, não fornecendo o condutor do grupo instruções nem existindo uma tarefa nem agenda específicas (Foulkes, 1968). Embora o grupo possa ser visto como um todo, o indivíduo é o objeto direto do tratamento, visando a ação terapêutica prioritariamente o participante e não o grupo-como-um-todo. Em suma, o próprio grupo constitui-se como principal elemento

terapêutico através da relação terapêutica que se desenvolve entre os membros do grupo (Foulkes, 1968; Cortesão, 2008).

Em Portugal, o trabalho pioneiro de Foulkes (1957; 1968), juntamente com os desenvolvimentos teóricos e a prática da psicoterapia analítica de grupo impulsionados por Cortesão (2008) - nomeadamente a atenção dedicada aos níveis de experiência e interpretação, o papel da contra atitude (ou contratransferência) do condutor do grupo e os conceitos centrais de matriz, padrão e processo grupanalítico - conferiram alguma especificidade à escola portuguesa de grupanálise.

Segundo Fernandes (2003), os grupos distinguem-se pelas formas que assumem e objetivos que perseguem. Quanto à sua tipologia, podem ser de tipo aberto, semifechado ou fechado e com tempo limite pré-definido ou não, ou seja, mais curtos ou prolongados no tempo. No que diz respeito aos objetivos, os grupos podem ser terapêuticos, operativos, comunitários, ou de discussão. Quanto às suas dimensões, segundo Pines (1991), os grupos podem ser classificados como pequenos (+8 até 12 membros), médios (+12 até 30 membros) ou grandes (+ de 30 membros).

A seleção de pacientes para o grupo deve sempre ter em conta o tipo de grupo em causa (Ribeiro, 1995). Neste sentido, a análise das características do grupo tem de ser realizada. De acordo com Ribeiro (1995), o grupo aberto, é aquele em que os «(...) pacientes gozam de certa liberdade e autonomia no que se refere às entradas e saídas. As pessoas entram ou deixam o grupo com certa facilidade. É o paciente quem decide quando entrar ou deixar o grupo, não existindo uma preocupação sistemática de sua continuidade no grupo com relação à permanência dos demais participantes.» (p. 112). O grupo aberto é, frequentemente, um grupo institucional, flexível e que permite muitas vezes o primeiro contacto com uma psicoterapia.

No grupo psicoterapêutico aberto a que nos referimos, a opção por um grupo aberto prende-se com as características da população a que se destina: pessoas com baixo limiar de tolerância a um processo psicoterapêutico que envolva intimidade e níveis de comunicação e de interpretação mais elaborados (processo que os pequenos grupos favorecem). No entanto, o grupo em questão não é um grupo de espera mas, sim, um grupo de psicoterapia institucional que, pelo número de elementos que participam em cada sessão, pode atingir dimensões de grande grupo. Contudo, no que diz respeito aos fenómenos mais regressivos que por vezes tendem a ocorrer nos grandes grupos, estes não são favorecidos neste grupo, quer pela técnica de condução quer pelo *setting*. A este respeito, o *setting*, nomeadamente a disposição da sala - com cadeiras em círculo posicionadas de modo a que todos se possam ver e ser vistos, e o enfoque no estabelecimento de uma comunicação em discussão livre entre os seus membros,

promovem um funcionamento que estimula o contato com a realidade e a expressão emocional.

Patrick De Maré (1991) e Lionel Kreeger (2009) dedicaram-se ao estudo dos médios e grandes grupos com fins psicoterapêuticos e de treino de psicoterapeutas. Para De Maré (1991), o grande grupo providencia um *setting* em que podemos explorar os nossos “mitos sociais”, preencher o vazio entre nós próprios e o ambiente sócio-cultural, adquirindo o prazer de estar em grupo.

Quanto à heterogeneidade ou homogeneidade dos membros do grupo de psicoterapia, encontramos na literatura diversas referências aos benefícios da heterogeneidade dos membros do grupo de psicoterapia (e.g., Foulkes, 1948, 1975; Cortesão, 2008). Não encontramos menção à realização de grupos mistos deste tipo (i.e., doentes de psiquiatria geral, doentes em situação de sem-abrigo e doentes em situação de migração/refugiados), mas existem referências a experiências muito proveitosas de psicoterapia de grupo com refugiados onde as noções de “psicoterapia como libertação” (Blackwell, 2005; Bledin, 2003) e de “capital emocional dos refugiados” (Garland, 2010) assumem especial relevância.

Ao refletirmos sobre a eficácia e benefícios terapêuticos da psicoterapia de grupo, no entanto, várias questões se colocam, nomeadamente, quais os fatores terapêuticos do grupo de psicoterapia e qual a combinação que resulta em mudança e desenvolvimento pessoal.

No que diz respeito a respostas a estas interrogações, Foulkes (1968) identificou e diferenciou fatores específicos de grupo e fatores terapêuticos da situação grupal. Assim, considera como fatores específicos de grupo: a socialização; o fenómeno do espelho; o fenómeno da condensação; a troca de informação e experiência constante entre os membros do grupo. Quanto aos fatores terapêuticos da situação grupal, o mesmo autor refere: o grupo como suporte para os seus membros (tendo em conta a relação entre membros) e a comunicação (que, se facilitada pelo condutor vai sendo progressivamente mais aprofundada do sintoma para o conflito).

A psicoterapia de grupo faz uso das próprias forças dentro do grupo e das interações construtivas. Os membros do grupo são a fonte primária da mudança (Kaplan & Sadock's, 2015). A preocupação com a identificação dos diversos fatores terapêuticos das psicoterapias de grupo que promovem a mudança tem conduzido a várias propostas como a apresentada por Yalom (2008), que identificou 11 fatores terapêuticos primários da experiência de grupo, de onde destacamos: Instilação de esperança; Universalidade; Partilha de informações; Desenvolvimento de técnicas de socialização; Comportamento imitativo; Aprendizagem interpessoal e Coesão grupal. Kaplan & Sadock's (2015)

reuniram, num trabalho mais extenso, múltiplas contribuições e elencaram uma lista de fatores terapêuticos ainda mais vasta, da qual salientamos os seguintes fatores: Abreção; Empatia; Identificação; Teste de realidade.

Independentemente da relevância de todos estes fatores, a relação terapêutica que se estabelece; os laços e vínculos entre os membros do grupo e entre os membros do grupo e o psicoterapeuta; parecem ser os fatores “curativos” mais preponderantes numa psicoterapia de grupo, seja qual for o seu enquadramento teórico (Yalom, 2008).

A importância destes fatores terapêuticos varia ao longo da evolução da psicoterapia. Os doentes mudam e com eles também muda a prioridade e influência dos fatores terapêuticos. Por exemplo, fatores como a Instilação de Esperança e a Universalidade são especialmente importantes no início de uma psicoterapia enquanto fatores como a Coesão Grupal operam ao longo do processo de psicoterapia (Yalom, 2008). Tratando-se este de um grupo aberto, os seus membros encontram-se simultaneamente em fases diferentes atribuindo também um valor diferente aos fatores terapêuticos.

Propositadamente deixado para o fim, discutimos agora o papel do condutor do grupo, o psicoterapeuta. Foulkes (1948) reflete que ser psicoterapeuta é uma arte, um dom, mas também um ato científico. O condutor do grupo é um dos instrumentos de “cura” (i.e., é um promotor da remissão ou diminuição dos sintomas e crescimento e desenvolvimento pessoal) em particular a relação que estabelece com o grupo como um-todo e com os seus membros individualmente. Nas palavras de Cortesão (2008), através do padrão grupanalítico.

Para além de outros autores (e.g., Foulkes, 1968, 1975; Cortesão, 2008; Yalom, 2008), também Zimerman (2010) refletiu e escreveu detalhadamente sobre as características fundamentais do psicoterapeuta analítico de grupo e as condições mínimas necessárias para que possa desempenhar a sua função, que não exploraremos aqui. Cortesão (1986, 2008) realça a adoção de uma “atitude grupanalítica” por parte do profissional de saúde, mesmo que não esteja em *setting* psicoterapêutico. A busca da verdade, a escuta ativa e o questionamento sem juízos para uma melhor compreensão do sofrimento humano são valores a cultivar, assim como uma monitorização constante da contratransferência, ou se preferirmos da contra atitude.

O Grupo

O grupo psicoterapêutico aberto iniciou-se em 2002, a 24 de Janeiro e, desde então, tem estado sempre em funcionamento. As interrupções que ocorrem coincidem com feriados e o mês de Agosto. O grupo funciona com o mínimo de estrutura necessária

para fornecer coerência e consistência ao trabalho psicoterapêutico, fomentando a expressão de sentimentos e afetos, desempenhando um forte papel no treino das competências relacionais e na construção de uma identidade pessoal mais coesa, criando coerência grupal e sentimento de pertença. Para além disso, são encorajados e valorizados os contactos fora do grupo e a criação de uma rede de suporte social entre os membros do grupo.

O grupo tem periodicidade semanal, realizando-se sempre à 5ª feira e cada sessão tem duração de 60 minutos, começando pontualmente às 9:45 e terminando às 10:45. Realiza-se sempre no mesmo local: um ginásio num Pavilhão dentro do Parque Hospitalar. Pelas 9h o médico condutor do grupo chega e, posteriormente começam a chegar lentamente os membros do grupo. Estes utentes auxiliam a dispor as cadeiras em círculo de modo a que todos se possam ver e sejam vistos.

No ginásio existe uma casa de banho e aquecedores e ventoinhas (usados nas diferentes estações do ano para tornar a sala mais confortável). Perto da porta de acesso existe uma pequena secretária junto da qual o condutor se senta para registar os participantes na sessão do grupo. Em todas as sessões é feito um registo de quem participa, tanto utentes como técnicos que assistam à sessão. Assim, quem chega, antes de tomar um lugar na sala, dirige-se ao médico condutor do grupo para o cumprimentar e ser cumprimentado. O hábito de tratar os utentes pelo nome completo diferencia logo à chegada o ambiente de acolhimento que se experiencia.

A sessão inicia pontualmente à hora marcada e o começo do grupo é assinalado pela mudança nas interações: as comunicações dos vários elementos passam a ser feitas para o grupo, abandonando-se o registo do diálogo lado-a-lado; o condutor do grupo passa da cadeira que fica atrás da secretária para a cadeira que está do lado direito da secretária, alinhada em círculo com as restantes cadeiras.

O grupo não tem limite de participantes e geralmente participam mais de 40 membros por sessão. A participação é voluntária, pelo que ninguém é obrigado a permanecer na sala se não o desejar. Assim, no decorrer da sessão, os membros vão chegando, partindo e chegando, podendo ocupar-se os lugares vagos que antes já tinham sido ocupados por outros doentes.

Por ser um grupo aberto todos são convidados a aparecer e tudo pode acontecer durante a hora em que o grupo decorre. Neste sentido, nunca se sabe quem irá aparecer no grupo e o que vai comunicar-se.

Relativamente ao acesso ao grupo, este é feito por encaminhamento direto dos doentes. As instituições que acompanham os utentes podem previamente enviar

informação relevante para o enquadramento do caso e os utentes podem comparecer espontaneamente, sem marcação prévia.

O grupo possui como regras: não existência de agenda prévia; qualquer membro do grupo pode falar se assim desejar mas ninguém é obrigado a fazê-lo; qualquer membro do grupo pode levantar-se do seu lugar e ir à casa de banho, ou sair da sala para o exterior para fumar ou conversar; pode dormir, falar longamente ou permanecer calado durante toda a sessão.

No que concerne às comunicações, estas são fundamentalmente verbais. O contacto físico entre membros é desaconselhado, à exceção do cumprimento inicial, sendo expressamente proibido qualquer ato fisicamente violento no seio do grupo.

Não podem integrar o grupo menores de idade e indivíduos perturbados que ponham em risco a sua segurança e integridade e a dos outros membros do grupo. Mas não são excluídos casos de embriaguez e outras intoxicações mesmo quando acompanhadas de graves alterações de comportamento (Bento e Barreto, 2002).

Em suma, é um grupo psicoterapêutico aberto de grande dimensão, em contexto institucional, heterogéneo nas características dos seus membros, com cariz psicoterapêutico e sem fim previsto; no qual se pretende trabalhar a comunicação e reconstrução de relações partindo do princípio que a comunicação está perturbada nas pessoas com problemas de doença mental (Watzlawick, 1966).

Membros do Grupo

Remetendo-nos a dados de dezembro de 2016 (obtidos através do relatório de registo do grupo psicoterapêutico aberto), o grupo era constituído por 1135 utentes num total de 650 sessões desde o seu início em 2002.

Relativamente à sua constituição, os membros são principalmente homens (663 membros, correspondente a 58.4%); e utentes em situação não sem-abrigo (611 membros, correspondente a 53.8%).

Quanto aos sem-abrigo que frequentam o grupo: 84,8% são do sexo masculino, a maioria (58,4%) tem entre os 41 e os 60 anos de idade; 71,2% frequentaram o grupo mais que 1 vez; e têm como principal diagnóstico psiquiátrico segundo a CID 9 – Perturbação do Uso de Álcool; Esquizofrenia paranóide e Psicose SOE (34,4%) e pelo menos um internamento (40%; Henriques *et al*, 2015).

No que diz respeito aos utentes migrantes/refugiados, estes são provenientes de 26 países, sendo o maior número de membros do Irão (10), Angola (5) e República

Democrática do Congo (5). Dos 57 membros que são migrantes, 37 são do sexo masculino e 20 do sexo feminino. A sua expressão no grupo corresponde a um total de 265 presenças.

Para aprofundar melhor as características e diagnósticos dos migrantes que integram o grupo consultar Henriques, *et al* (2015).

Discussão

Nesta secção, pretende-se refletir sobre o papel do grupo como ferramenta terapêutica e sobre a análise dos fatores que influenciam a continuidade no grupo.

As respostas são múltiplas mas as questões colocadas também. Com esta análise, pretende-se compreender se os membros encontram no grupo um espaço onde podem ter reconhecimento; onde se podem sentir confortáveis e um espaço onde podem pertencer. Para as pessoas em situação de sem-abrigo, em especial, um local onde podem ser tratados como iguais, todos doentes do hospital, atenuando o sentimento de exclusão social. Colocam-se também questões relacionadas com a atitude grupanalítica do condutor, nomeadamente, se será o elemento diferenciador e que ajuda a fidelizar os membros do grupo; e ainda, questões relacionadas com o funcionamento e continuidade do grupo, concretamente, o que muda com a participação no grupo; e que efeitos tem a participação no grupo para os doentes.

A função terapêutica do grupo

No que diz respeito ao funcionamento do grupo, Bento e Barreto (2002) referem que a função terapêutica do grupo deriva da comunicação e partilha, entre os membros do grupo, de níveis de experiência básicos: experiência subjetiva individual; experiência subjetiva múltipla e comunicações associativas. Não há lugar para níveis de interpretação, restringindo-se as intervenções do condutor a estimular a comunicação, clarificação, questionamento e confrontação; ou seja, acima de tudo, a dar voz aos membros do grupo.

Este grupo psicoterapêutico aberto é, especialmente, indicado para doentes que não toleram a intimidade nem as revelações de um pequeno grupo nem uma relação terapêutica com duração superior a uma hora. O receio da intimidade pode ser ilustrado neste diálogo entre dois dos seus membros: Rosária – «(...) nós [membros do grupo] estamos todos no mesmo barco.», Henrique – «eu não, eu sou pirata!».

Um grupo psicoterapêutico aberto de grandes dimensões, em que não existe obrigatoriedade de participação verbal nem de atender à totalidade da duração da sessão fornece, simultaneamente, o acolhimento e o tolerância suficientes para permitir a doentes com vínculos afetivos tão inseguros e desorganizados como é o caso dos doentes com psicoses, doentes em situação de sem-abrigo e doentes migrantes que se estão a reorganizar numa nova cultura, criarem laços e vincularem-se ao espaço do grupo desenvolvendo assim o seu capital emocional (C. Garland, 2010).

Remetendo-nos a Foulkes (1968), ao estarem numa situação de grupo os membros beneficiam com o estar em relação com o outro (a sociabilização); reverem-se no outro ainda que este seja diferente (o fenómeno do espelho); libertarem sentimentos, tensões, temores, sonhos pela acumulação de sensações despoletadas pela discussão livre flutuante (o fenómeno da condensação) e a troca de informação e experiência constante entre os membros do grupo. Numa psicoterapia de grupo, mesmo de tipo aberto, o grupo atua como suporte para os seus membros, dada a relação de uns com os outros, e a comunicação (facilitada pelo condutor) vai-se desenvolvendo. Este aspeto é particularmente fulcral em utentes com problemáticas psiquiátricas tão limitativas da funcionalidade como são os que frequentam o grupo. Yalom (2008) refere que os fatores terapêuticos, nomeadamente os onze fatores primários que identifica vão assumindo uma importância diferente ao longo do percurso terapêutico de cada um dos seus membros. Das interrogações que se colocam, salientamos as seguintes: obterão os membros do grupo esperança (fator instilação de esperança) e reconforto na consciencialização de que os problemas humanos são universais (ou seja, que o outro também sofre da mesma forma que eu com as suas especificidades - factor universalidade); irão experienciar uma relação diferente da que viveram no passado com as figuras familiares (fator experiência emocional corretiva); irão, através da aprendizagem interpessoal (fator aprendizagem interpessoal); e do comportamento imitativo, treinar novas respostas (fator comportamento imitativo).

O grupo parece também desempenhar para estes doentes o que Bion (cit. por Zimerman, 2008^b) designou por função continente. Esta função continente do grupo estará assente em dois pontos: o tempo (início e fim pré-determinados, sempre no mesmo dia, todas as semanas) e o espaço (o grupo realiza-se sempre no mesmo local). Numa época em que as noções de tempo e de espaço estão em crise com a introdução das novas tecnologias da comunicação e com as cada vez mais rápidas mudanças tecnológicas (Nitsun, 2015) e, em especial, para a população sem-abrigo e de migrantes que estão despojados do espaço e desajustados do tempo, esta função continente do grupo assume um papel fundamental na estruturação das relações e laços que se criam no grupo conferindo-lhes coerência e consistência fundamentais para o desenvolvimento do sentimento de identidade pessoal e de intimidade. Uma

comunicação de um dos membros do grupo oferece-nos uma ilustração clínica «(...) eu comecei no grupo logo no início e vim muito tempo, anos, agora já não vinha ao grupo há uns 10 anos mas sabia que havia e hoje cheguei aqui e estava tudo como antes, há muita gente diferente mas o Dr. Bento continua cá.».

De igual modo, a figura do condutor do grupo, por todos conhecido, sempre constante, com a sua atitude grupanalítica promovendo um ambiente de *koinonia* (P. de Maré, 1991), em que todos podem expressar-se, assumindo contornos de figura parental que cuida, protege e assegura a autoridade necessária ao ambiente de confiança. Nas palavras de Natália, 63 anos, membro do grupo, «...o grupo é o afeto e o berço que não tivemos lá fora...».

As mudanças com a participação no grupo

As mudanças ocorridas na área da saúde mental são sempre difíceis de isolar bem como a identificação de relações de causalidade devido à complexidade na análise de fatores de melhoras/mudança nestes estudos. Neste sentido, as considerações tecidas relativamente à participação nos grupos psicoterapêuticos, devem ser analisadas com as devidas ressalvas.

A avaliação das mudanças ocorridas com a participação no grupo é baseada na avaliação médica; na avaliação subjetiva dos próprios doentes relatando menor angústia e ansiedade; e na avaliação dos técnicos que acompanham os doentes integrados em estruturas residenciais que mencionam maior estabilidade emocional e adesão à terapêutica medicamentosa, bem como diminuição dos conflitos interpessoais. O caso de Paulo, membro do grupo, ajuda-nos a ilustrar o impacto da participação no grupo no desenvolvimento pessoal e percurso individual dos doentes e como uma "porta de entrada" para a adesão terapêutica. Paulo, cerca de 40 anos de idade, viveu em situação de sem-abrigo de rua durante longos anos, vivia nos jardins e recantos escuros que circundam o hospital, com diagnóstico de esquizofrenia não aceitava medicação. Quando comparecia ao grupo não conseguia permanecer toda a sessão. Depois de ter aceitado internamento, melhorou visivelmente e após a alta foi possível ir viver com uma irmã e atualmente está estável e irreconhecível (a nível comportamental e de aspeto físico). Tem continuado a participar no grupo.

É de salientar que o grupo acolhe também, como observadores, todos os técnicos de saúde e dos serviços sociais de apoio que queiram assistir. Assim, para além desta intervenção contribuir para a desmistificação da crença de que os sem-abrigo, migrantes e refugiados são essencialmente “casos sociais”, pode também ser útil como método de observação/análise importante para a avaliação realizada pelos técnicos.

Existe também a preocupação em conseguir uma avaliação mais estandardizada que forneça informação quantitativa e qualitativa, estando a equipa a desenvolver uma escala criada para objetivar a avaliação dos resultados deste trabalho psicoterapêutico - Escala Excluídos Difíceis de Integrar – EDI (A. Bento, não publicada). Esta é constituída por 10 itens de severidade crescente, em que 0 corresponde a não apresentar qualquer dificuldade/exclusão e 10 corresponde a risco de morte iminente.

Conclusões

Este é provavelmente o maior grupo psicoterapêutico aberto do mundo, contabilizando mais de 1135 doentes e mais de 650 sessões realizadas. As particularidades de se realizar num hospital público, de forma ininterrupta há mais de 15 anos, sempre com o mesmo condutor e sendo altamente heterogéneo nas características dos seus membros (psicopatologias neuróticas, psicoses de evolução prolongada, perturbações graves de personalidade, situações de sem-abrigo e de migrantes) reveste este grupo de um especial interesse para a investigação nesta área. Através dele, podemos compreender: (1) fenómenos dos grupos de grandes dimensões e o seu impacto na capacidade do indivíduo se vincular e gerar um sentimento de pertença e tolerar as diferenças do outro; (2) compreender a importância dos grupos psicoterapêuticos como resposta adequada às patologias psiquiátricas mais limitativas da funcionalidade, e também na promoção do acesso aos cuidados de saúde e na adesão terapêutica (por parte dos utentes tradicionalmente mais difíceis de se fidelizarem ao plano terapêutico); (3) analisar e compreender a psicopatologia e ensaiar novos modos de relação que conduzam à mudança numa espiral adaptativa, através da discussão livre flutuante das comunicações que ocorre no grupo (partindo do princípio de que a comunicação está perturbada nas pessoas com problemas de doença mental e que a psicopatologia está enraizada num conflito na comunicação com grupos significativos, e que a situação de grupo é ideal para estas análises).

Como fatores mais relevantes para a manutenção do grupo identificamos: (1) o ambiente de aceitação e liberdade de expressão, sem agenda prévia nem obrigatoriedade de intervir; (2) a atitude grupanalítica do condutor e a facilitação da comunicação livre. No grupo analisado, a atitude grupanalítica do condutor promove a liberdade e o espaço para a dissonância dentro do grupo e estimula a autonomia dos seus membros, tendo os membros do grupo o direito a poderem exprimir-se livremente.

Outros fatores relevantes parecem ser: (1) a constância do *setting* e consistência das regras de funcionamento (permite, por exemplo, que um doente que esteja vários anos sem participar no grupo possa aparecer sem aviso prévio e encontrar o grupo a

funcionar); (2) o estilo pessoal do condutor - figura constante do grupo (que se reflete de entre outros aspetos, por exemplo, em tratar todos os doentes pelo nome completo) - facilita a integração no grupo e o desenvolvimento de um sentimento de aceitação e pertença, assim como um reconhecimento da importância da relação terapêutica; (3) a heterogeneidade dos membros do grupo - que maximiza as interações, favorecendo o desenvolvimento da tolerância entre as pessoas, diminuindo os preconceitos, permitindo o confronto com os aspetos universais do ser humano, ser aceite na sua individualidade e a criação de um sentimento de pertença sem se fundir ou diluir no grupo, um dos receios humanos do indivíduo na sua ambivalência face aos grupos, segundo Bion (Zimerman, 2008^b).

A facilidade no acesso, o espaço simples mas confortável, e a possibilidade de sair do grupo quando se deseja serão outros dos fatores preponderantes na aceitação do grupo e participação continuada, tal como a periodicidade semanal. De acordo com Roberts e Pines (1991), a periodicidade semanal, em comparação com a bissemanal, é uma melhor opção por vários fatores: (1) é mais adaptada à população utente do sistema nacional de saúde; (2) constitui um compromisso mais fácil; (3) minimiza o receio de envolvimento excessivo, o receio de dependência; (4) a profundidade do tratamento está mais relacionada com a perlaboração do que com a periodicidade; (5) é melhor para utentes designados por difíceis.

Em suma, o grupo afigura-se como uma resposta psicoterapêutica adequada para doentes psiquiátricos com dificuldade em aceder e se vincular aos cuidados de saúde bem como aqueles que têm dificuldades em envolver-se em relações de ajuda de tipo dual ou em pequenos grupos. Parece-nos relevante ressaltar que a adoção desta boa prática de saúde mental deve ter em atenção que replicar o grupo implica replicar a atitude grupanalítica. Ainda que o estilo pessoal dos condutores possa ser diferente, o seu comprometimento para com o grupo e a consciencialização e manejo dos fenómenos de grupo, incluindo os fenómenos de anti-grupo (Morris Nitsun, 1996; 2015) tem de ser mantida. O impacto do condutor do grupo pode ser determinante para a assiduidade dos membros do grupo, tal como patente no discurso elaborado por João, um dos membros do grupo: *“Não sei porque venho ao grupo, mas gosto de vir. E quando o Dr. Bento não está não é a mesma coisa.”* (sic.)

Concluimos com uma comunicação de um dos membros do grupo, Joaquim, de 63 anos (mais de 30 anos a viver como sem-abrigo de rua). Joaquim, numa consulta individual após mais uma participação na sessão de grupo, teceu o seguinte comentário que nos reforça a convicção de que a psicoterapia de grupo, em grande grupo aberto, tem uma função basilar no tratamento dos mais excluídos: *«(...) enquanto aquilo estiver aqui dentro [a mágoa do que perderam e sabem não conseguir recuperar, no seu caso o afeto*

da família] não vale a pena oferecer trabalho, casa, comida, o sem-abrigo não vai aguentar e volta para a rua».

Abstract

This paper focuses on the analyses of a psychotherapeutic open group, with an analytic framework and weekly periodicity, not interrupted for more than 15 years. This group counts with more than 650 sessions conducted in a public hospital, in the psychiatric service (street and transcultural department). 1135 patients highly heterogeneous in their personal characteristics as well as diagnosis (from neurotic to psychosis; from homeless to migrants and refugees) participate in the group sessions. The group is conducted by a psychiatrist and it follows a groupanalytic perspective; working with the minimum structure to provide coherence and consistency to the psychotherapeutic work and the free discussion and expression of feelings and emotions. It also has a strong role in the development of personal relationships and a more cohere personal identity; as well as facilitating the group coherence and the feeling of belonging. As factors contributing to the maintenance of the group, we highlight: the ambience of acceptance; the group analytic attitude of the conductor; and the free floating communication within the group. Also, the constancy of the setting and the conducting rules seem to be important to that maintenance.

In sum, this group is an adequate psychotherapeutic answer to psychiatric patients with limitations in the access to healthcare treatments and attachment constrains to them; and/or to patients with reluctance in getting help from dual relationships or small groups.

Key-words: homeless; group psychotherapy; large group; mental disorder; transcultural psychiatry

Referências bibliográficas:

- Bento, A.; Barreto, E. (2002). *Sem-Amor Sem-Abrigo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blackwell, D. (2005). "Psychotherapy, Politics and Trauma: Working with Survivors of Torture and Organized Violence". *Group Analysis. The Journal of Group Analytic Psychotherapy* (London). Vol 38 (2): 307-323.
- Bledin, K. (2003). "Migration, Identity and Group Analysis". *Group Analysis. The Journal of Group Analytic Psychotherapy* (London). Vol 36 (1): 97-110.
- Cortês, E.L (2008). *Grupanálise. Teoria e Técnica*. (2ª edição). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Grupanálise.

- Cortesão, E.L; Alves Gomes, A; Silva, E.S. (1986). *Psiquiatria, Neurologia, e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*. Lisboa: Laboratórios U.C.B.
- De Maré, P.;Piper, R.; Thompson, S. (1991). *Koinonia. From Hate, through Dialogue, to Culture in the Large Group*. London: Karnac Books.
- Fernandes, W.; Svartman, B.; Fernandes, B. [et al.]. (2003). *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artmed.
- Foulkes, S.H. (1948). *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy*. London: Heinemann.
- Foulkes, S.H.; Anthony, E.J. (1957). *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach*. London: Penguin Books.
- Foulkes, S.H. (1968). *Grupo-Análise Terapêutica*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Foulkes, S.H. (1975). *Group-Analytic Psychotherapy. Method and principles*. London: Gordon and Breach Science Pub. Inc.
- Garland, C. (2010). *The Groups Book. Psychoanalytic Group Therapy: principles and practice*. London: Karnac Books.
- Kaplan, B.J. e Sadock, V.A. (2015). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. (11th Edition), Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Henriques,S.; Pereira, F. M.; Bento, A.; Barreto, E.; Quaresma, M. (2015). *Seminário: A Ignorância, (Apresentação Oral) 5 Dezembro de 2015, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa*.
- Nitsun, M. (2015). *Beyond the Anti-group. Survival and Transformation*. London: Routledge.
- Nitsun, M. (1996). *The Anti-group. Destructive forces in the group and their creative potential*. London: Routledge.
- Yalom, D.; Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de Grupo: teoria e prática*. (5^a Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J. P.(1995). *Psicoterapia grupo analítico: teoria e técnica*. (2^a Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo, co-edição Livros Neli.
- Roberts, J.; Pines, M. (1991). *The Practice of Group Analysis*. London: Routledge.
- Watzlawick,P.; Beavin, J.; Jackson, D. (1966). *Pragmática Da Comunicação Humana*. São Paulo. Edição Cultrix.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D. (2008a). *Manual de Técnica Psicanalítica. Uma re-visão*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D. (2008b). *Bion da Teoria à Prática. Uma leitura didática*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D. (2010). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.