

NO LIMITE

Um relato do início de um grupo psicoterapêutico destinado a pacientes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão.¹

Mafalda Guedes Silva

Psicóloga Clínica, Membro Efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses
Membro Candidato da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e
Psicoterapia Analítica de Grupo (SPGPAG)
Email: mafalda.guedes.silva@gmail.com

RESUMO

Propomos neste artigo descrever a génese de um grupo psicoterapêutico de orientação analítica, realizado em ambulatório, num Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um Hospital local. O grupo é conduzido em modalidade de coterapia, com técnicos de diferentes grupos profissionais, destinado a utentes encaminhados pela DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais ou diretamente pelo Tribunal para cumprimento de tratamento psiquiátrico como uma das injunções de suspensão da execução da pena de prisão. São apresentadas uma caracterização da metodologia de seleção/avaliação, o processo de supervisão clínica, a dinamização da articulação com os Serviços da Justiça e uma reflexão sobre as principais dificuldades sentidas. A intervenção proposta fundamenta-se, com as devidas diferenças e especificidades, nos trabalhos teóricos de Otto Kernberg, Nancy McWilliams, Glen Gabbard e, na prática clínica de Murray Cox e Gwen Ahead com grupos psicoterapêuticos analíticos para doentes psiquiátricos que cometeram crimes.

Palavras-chave – Intervenção em Ofensores; Grupanálise; Psicoterapia Analítica de Grupo; Supervisão Clínica; Suspensão de Execução da Pena de Prisão; Violência.

ABSTRACT

The author proposes to describe the genesis of an analytic psychotherapeutic group, performed on an outpatient basis in a Mental Health Service of a local General Hospital. The group is conducted in form of co-therapy with three therapists from different professional groups, aimed at clients referred by Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, Ministry of Justice for submission to psychiatric treatment as one of the suspension injunctions execution of imprisonment. We introduce a characterization of the selection / evaluation methodology, the clinical supervision process, the dynamics of interaction with the Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, and reflect on the main difficulties encountered. The proposed intervention, with the necessary differences and specificities, is based on the theoretical work of Otto Kernberg, Nancy McWilliams and Glen Gabbard, and the clinical work of Murray Cox and Gwen Adshead with analytical psychotherapy groups for psychiatric patients that committed several types of injuries.

Keywords – Group Analytic Psychotherapy; Group Analysis; Clinical Supervision; Intervention with Offenders; Suspension of Execution of Prison Penalty; Violence.

¹ Este artigo é uma adaptação da apresentação discutida nas sessões de março e junho de 2015 do Seminário Eduardo Luís Cortesão (SELC), que decorreram, respetivamente, nas instalações da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, Lisboa. Dessa apresentação fez parte integrante a análise do relato, em discurso direto, de uma sessão do grupo que por motivos de garantia da confidencialidade e anonimato dos seus membros suprimimos deste texto, assim como, pelos mesmos motivos também eliminámos a caracterização dos membros que integram o grupo e as suas histórias clínicas.

INTRODUÇÃO

A intervenção com ofensores não tem sido ao longo dos anos bem aceite tanto no plano nacional como no plano internacional (Manita, 2008). De entre outros, encontramos como argumentos que os ofensores deveriam ser punidos e não ajudados, e que os recursos humanos e económicos a canalizar para a intervenção junto dos ofensores são recursos que fazem falta para o apoio e a intervenção junto das vítimas, logo não deveriam ser aplicados nos primeiros. Argumenta-se ainda que tratar estes sujeitos significa desculpabilizar o seu comportamento e desvalorizar a vertente criminal (Manita, 2008).

Contudo, os nossos Tribunais continuam a aplicar sentenças em que o tratamento psiquiátrico e /ou psicológico é uma imposição para a reinserção dos culpados e para a aplicação da medida de pena de prisão suspensa. O que podem os Serviços Públicos de Saúde fazer? Propõe-se aqui a autora descrever a génese de um grupo psicoterapêutico de orientação analítica realizado em ambulatório, num Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um Hospital local, destinado a utentes encaminhados pela DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais ou diretamente pelo Tribunal para cumprimento de tratamento psiquiátrico como uma das injunções de suspensão da execução da pena de prisão.

Mas antes da apresentação do grupo em si, importa incidir sobre o enquadramento teórico da intervenção que aqui defendemos. Têm sido nossas referências as obras de *Otto Kernberg; Anthony Bateman & Peter Fonagy; Nancy McWilliams; Glen Gabbard; Murray Cox e Gwen Ashead.*

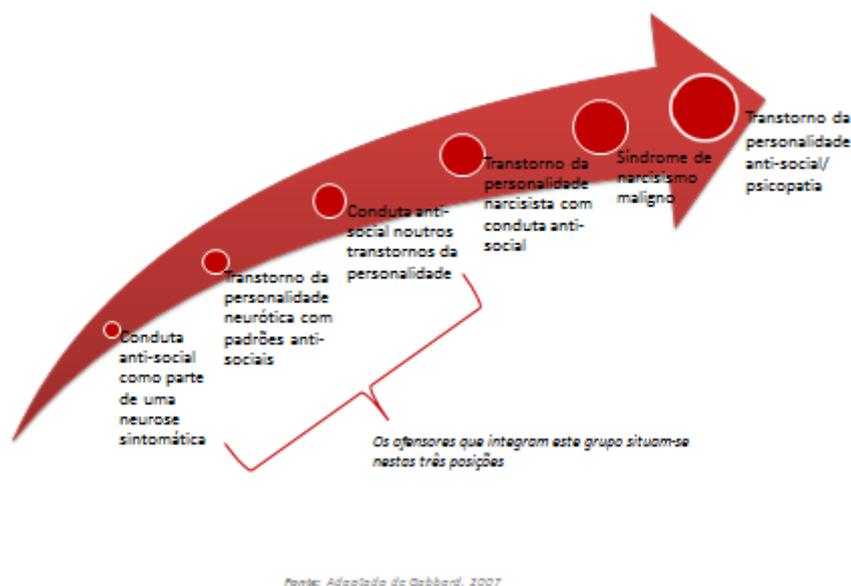
COMPREENSÃO PSICODINÂMICA DO OFENSOR

Glen Gabbard (2007), na sua obra *Psiquiatria Dinâmica na Prática Clínica*, no capítulo dedicado à perturbação de personalidade antissocial, assim como *Nancy McWilliams* (2005), realçam a importância de um cuidadoso diagnóstico diferencial entre psicopatia, patologia antissocial e narcisista para auxiliar o clínico na tomada de decisão sobre se um paciente é tratável e sobre que condições justificam um esforço de tratamento. Alertam ainda para a importância de compreender dinamicamente a patologia antissocial como um “*continuum*” que apresenta graus variáveis de conduta antissocial que os pacientes podem manifestar, em que no extremo mais oposto se encontra a psicopatia - condição de paciente intratável, pois não desenvolveu o superego (*ver figura 1*).

No campo do diagnóstico diferencial, *Glen Gabbard* (*op. cit.*) reforça que é importante distinguir entre a conduta antissocial e a verdadeira personalidade antissocial. A conduta de natureza antissocial pode surgir por pressão dos iguais, por conflito neurótico ou por pensamento psicótico. Situação em que poderão não se verificar quaisquer relações com a perturbação antissocial da personalidade.

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

Figura 1. “Continuum” da Conduta Antissocial e Psicopática de Otto Kernberg



Nancy McWilliams e Glen Gabbard (*op. cit.*) assinalam alguns fatores genéticos, ambientais e educacionais/ relacionais relevantes para esta compreensão dos quais salientamos que a psicopatia é mais frequente em homens e tem uma forte componente genética como comprovam diversos estudos que têm sido conduzidos com gémeos monozigóticos.

Os autores de referência reforçam também a importância da relação precoce. Identificando-se, geralmente, crianças maltratadas, humilhadas e abusadas fisicamente, batidas. Com progenitores com psicopatologia e padrões comportamentais e educacionais inconsistentes. Estas crianças viveram numa amálgama de insegurança e caos, disciplina severa e excessiva indulgência, com mães percebidas como fracas, deprimidas ou masoquistas, e pais explosivos, inconsistentes ou sádicos. O alcoolismo e outros abusos de substâncias na família de origem são comuns, assim como os padrões de mudanças de residência, perdas e ruturas familiares.

Pensando no “Self” do psicopata deparamo-nos com um grau de agressividade que fará com que, em quaisquer circunstâncias, seja uma criança difícil de acalmar, confortar e espelhar de forma amorosa. Esta condição de ser considerado uma criança-problema, torna difícil ao potencial psicopata encontrar a autoestima pelo caminho normal de sentir o amor e orgulho dos cuidadores. Os objetos exteriores falham, o único objeto a investir é o “Self” e o seu poder impulsionado de dentro. A inveja primitiva, o desejo de destruir o que a pessoa mais deseja, está fortemente presente nestas personalidades. Desvalorização e depreciação ativas de toda a esfera mais delicada da vida humana são características dos psicopatas, independentemente do nível de severidade em que se posicionem.

Neste sentido, podemos tentar sintetizar duas principais linhas de investigação psicodinâmica da génese da psicopatia. Uma linha assente na perspetiva de que o psicopata tem um carácter organizado em torno de fantasias onnipotentes e

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

comportamento antissocial, em que o papel da ausência de um sentido de poder em momentos apropriados do seu desenvolvimento emocional é tido como fundamental podendo incitar o sujeito, que em criança viveu nesta situação dura de desproteção e caos, a passar o resto da vida a procurar a confirmação da sua onipotência, e a recorrer à utilização da linguagem para manipular, em vez de a utilizar para articular sentimentos devido ao bloqueio do afeto. Outra linha que podemos ter em consideração enquadra o caráter do psicopata como assente numa história pessoal na qual os pais ou outras figuras importantes investiram muito na demonstração do poder da criança e deixaram ao longo do seu desenvolvimento repetidas mensagens de que a vida não lhe deveria colocar limites. A título ilustrativo podemos mencionar que seriam pais que tendem a reagir com violência quando professores ou agentes de autoridade procuram estabelecer limites ao filho, identificando-se com a provocação da criança e agindo o seu próprio ódio em relação à autoridade. Quanto ao prognóstico, é um campo que ainda carece de investigação consistente mas, talvez possamos falar de um melhor prognóstico quando as principais fontes da psicopatia são a modelagem e o reforço parentais do comportamento manipulativo e de afirmação de direitos, do que quando a condição está enraizada em situações caóticas e dramaticamente abusivas. Pelo menos uma criança proveniente de pais indulgentes, subornáveis, conseguiu a identificação com alguém e não está completamente destituída de uma capacidade para se ligar ao outro.

A respeito do tratamento, apoiamo-nos em *Glen Gabbard (2007)*, que analisa dois tipos: o internamento hospitalar ou institucional e a psicoterapia individual. Em ambos, o objetivo terapêutico deverá ser ajudar os pacientes a inserir o pensamento entre o impulso e a ação (a capacidade de mentalização aprofundada por *Bateman & Fonagy*).

O clínico do hospital deve determinar que pacientes antissociais merecem uma tentativa de hospitalização psiquiátrica. Existindo um amplo consenso de que “os verdadeiros psicopatas” não têm lugar nas unidades de psiquiatria geral, por serem incapazes de beneficiar desse tratamento, transformando a experiência numa situação de exploração. Ainda assim, deverá estar presente que as modificações comportamentais que ocorrem nos pacientes antissociais durante a hospitalização, geralmente, não continuam depois da alta.

Meloy, autor de referência no âmbito do tratamento de pacientes com conduta antissocial (citado em *Gabbard, 2007*), identificou alguns padrões clínicos que invalidam qualquer tipo de psicoterapia, são eles: 1) História de comportamento sádico e violento resultando em sério dano ou morte de outrem; 2) Ausência total de remorso ou racionalização desse tipo de comportamento; 3) Inteligência nos limites superior ou inferior; 4) Intenso medo contra transferencial de ataque por parte de clínicos experientes, mesmo sem um claro comportamento desencadeante por parte do paciente.

A tratabilidade do paciente será, essencialmente, determinada pela capacidade de formar algo semelhante a um vínculo emocional com os outros e de exercitar algumas funções rudimentares do superego. O tratamento de pacientes com conduta antissocial, pela confrontação em grupo pelos pares parece ser uma estratégia terapêutica válida. Tal como relatam as experiências de tratamento em ambiente homogêneo, na Instituição de *Patuxent, Maryland* e na Instituição *Herstedvester*, Dinamarca. Ambas altamente

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

especializadas, com regras firmemente estabelecidas, numa estrutura firmemente controlada (*Gabbard, op. cito*).

Podemos resumir em sete princípios gerais da técnica (*ver figura 2*), as recomendações para o tratamento psicoterapêutico dos pacientes com conduta antissocial, apoiando-nos na longa experiência de vários terapeutas com ampla experiência, tais como *Adler e Shapiro; Kernberg; Meloy*, de entre outros.

Em suma, algumas características do psicoterapeuta que trabalha com ofensores, segundo *McWilliams, e Gabbard, (op. cito)* serão: a) Ser genuíno na relação. Recomendam que quando os terapeutas ficam chocados com a conduta antissocial do paciente, devem dizê-lo; b) Terapeutas competentes que são capazes de evitar ser destruídos pelo paciente são os que apresentam maior probabilidade de despertar intensa inveja, a qual pode aparecer sob a forma de raiva do objeto amado ou idealizado, o que poderá conduzir a uma reação terapêutica negativa intratável; c) Muito importante que não deixe depender a sua autoestima do sucesso terapêutico dos seus pacientes. Com este tipo de pacientes irá sentir-se sempre incompetente e frustrado.

Figura 2. Recomendações para o tratamento psicoterapêutico da conduta antissocial

<p>1. O terapeuta deve ser estável, persistente e totalmente incorruptível. (Escrupuloso a respeito da manutenção de procedimentos normais da terapia.)</p>
<p>2. O terapeuta deve repetidamente confrontar a negação e a minimização que o paciente faz da conduta antissocial. (Ajudar os pacientes a reconhecer e aceitar a responsabilidade pela sua conduta antissocial.)</p>
<p>3. O terapeuta deve ajudar o paciente a fazer a associação entre ações e estados internos. (Favorecendo o desenvolvimento da capacidade de mentalização e estimular o <i>insight</i>)</p>
<p>4. Confrontações da conduta no aqui e agora são mais eficazes do que interpretações de material inconsciente do passado.</p>
<p>5. A contratransferência deve ser rigorosamente monitorizada para evitar a atuação por parte do terapeuta.</p>
<p>6. O terapeuta deve evitar ter excessivas expectativas de melhora. (Estes pacientes terão grande prazer em se opor aos desejos do terapeuta em mudá-los.)</p>
<p>7. Condições psiquiátricas existentes devem ser identificadas e tratadas. (Por exemplo, transtornos que se possam enquadrar no Eixo 1 do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM 5)</p>

Fonte: Adaptado de McWilliams, 2005 e Gabbard, 2007

A PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO COM OFENSORES

Focando-nos agora na Psicoterapia Analítica de Grupo com ofensores, já em 1948 *S. Foulkes* (citado em *Adshead* 2005 e 2011a), sugeriu que a grupanalise poderia ser terapêutica para pessoas antissociais. Verificamos, atualmente, que este é um campo em crescimento na literatura científica e, neste âmbito, sobre o processo de grupo apuramos que *Murray Cox* (1978) atribui grande importância à noção de comunicação descrevendo três tipos de comunicação que surgem nos grupos associados a uma ansiedade elevada nos seus membros. Primeiro regista-se um tipo trivial de comunicação em que o paciente não exhibe sinais de ansiedade; em seguida, com o avançar do tempo no grupo, o paciente vai acabar por fazer uma comunicação mais significativa, pessoal, que será associada à presença de ansiedade e por fim surge um tipo mais profundo de comunicação que se refere à revelação de material em processo primário e é acompanhado por ansiedade marcada e uma certa surpresa por parte do paciente. Este material revelado possui fortes componentes afetivos e pode não estar acessível para a introspeção antes da revelação. Estas comunicações fundamentais não são necessariamente revelações da culpa, podem mesmo ser sobre boas experiências que permaneceram ocultas até então.

Gwen Adshead (2011b), também sobre o processo de grupo, defende que é fundamental encorajar o pensar no futuro e trabalhar o aqui e agora.

Dan McAdams (citado por *Adshead* 2011b), sociólogo, sugere que a nossa personalidade é composta por diferentes níveis de organização e complexidade, e envolve diferentes tipos de atividade psicológica: genético, das cognições, da narrativa pessoal. Defende a autora que é a este nível, da narrativa pessoal, que a mudança estimulada pela psicoterapia pode ocorrer, em especial através do recontar da narrativa pessoal. Todos nós temos uma narrativa integrativa que nos permite uma identidade composta pelos vários papéis que desempenhamos e pela nossa experiência desses mesmos papéis. Estas narrativas de identidade podem ser entendidas como o “nível de narrativa da personalidade”. *Gwen Adshead* (2011a) destaca que as narrativas dos pacientes que cometeram crimes possuem falta de coerência e de agente. *Garland* (citada por *Adshead*, 2011a) sugere que o processo grupanalítico é eficaz exatamente porque os outros membros do grupo podem ver para além das histórias de fachada “*cover story*” até à história real, ou pelo menos até uma história diferente. A história de fachada pode ser desmantelada e reconstruída: os mesmos fatos, uma interpretação diferente.

A questão a ser trabalhada pelo terapeuta com os pacientes agressores é em que medida os défices em mentalização e empatia podem ser reparados. O terapeuta deverá estar atento a pequenas e subtis alterações no discurso. *Cox* (citado por *Adshead*, 2011a), na mesma linha de *McWilliams e Gabbard*, (*op. cito*) observou na condução das psicoterapias psicodinâmicas com ofensores que a vergonha, angústia e constrangimento podem impedir os pacientes de falar sobre os seus crimes, tanto como o orgulho, a duplicidade e a antisociabilidade.

Gwen Adshead (2011a) realça três razões principais para justificar o porquê dos grupos de psicoterapia analítica serem a proposta terapêutica mais indicada para os ofensores: 1) vergonha e culpa são, provavelmente, melhor abordadas em grupo, pois são emoções de autoavaliação que pressupõem uma audiência que julga; 2) o processo

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

de vinculação a um grupo e desenvolver uma identidade como membro desse grupo é em si mesma uma atividade pró-social que desafia os estados antissocial e anti grupo; 3) vários pacientes, em ambientes seguros, não têm experiências de segurança e bem-estar ao estarem sozinhos com um terapeuta numa sala, e podem necessitar de passar primeiro algum tempo em pequenos grupos para desenvolverem um sentimento de si próprios que possam usar para conseguir pensar.

Abordaremos agora como vai ocorrendo a estruturação dos grupos analíticos com ofensores. A organização segundo uma hierarquia é comum, verificando-se uma tendência para introduzir uma hierarquia de cima para baixo, em que o poder dos técnicos é exacerbado e estes aparecem como figuras idealizadas com uma vida perfeita.

Sobre as manifestações da ansiedade no grupo podemos agrupá-las em ansiedades conscientes e ansiedades inconscientes. Quanto à ansiedade consciente, em grupos novos é comum os membros sentirem receio da exposição e vergonha nas fases iniciais. Estes medos são acentuados nos grupos forenses e não são facilmente dissipados ou relacionados com fantasias ansiosas inconscientes. Os pacientes que cometeram crimes ou ofensas lidam com sentimentos de vergonha que tornam o compromisso com a psicoterapia, o estabelecimento da aliança terapêutica, mais difícil de conseguir tanto para o paciente como para o terapeuta. Quanto à ansiedade inconsciente, nos grupos com pacientes que cometeram crimes que funcionam em ambiente institucional de internamento, são frequentes as manifestações de “*acting outs*”, tais como sair do grupo para ir fumar; dormir durante a sessão; faltar às sessões. Na generalidade, os membros dos grupos estão disponíveis para ouvir interpretações alternativas das suas experiências, *Gwen Adshead* (2005). Mas as interpretações sobre a ansiedade e raiva devem ser geridas cuidadosamente para não originar situações de violência.

Um outro tipo de “*acting out*” são as defesas psicóticas, como é o caso do pensamento psicótico desorganizado, que a autora considera uma forma de escapar ao processo do grupo. Não obstante, o material psicótico que surge pode ser uma importante fonte de metáforas que podem promover uma discussão reflexiva no grupo. *Adshead (op. cit.)* Em nosso entender, o uso de metáforas e do humor deve ser manuseado cuidadosamente para não resvalar em sarcasmo.

Neste campo dedicado à estruturação dos grupos não podemos deixar de nos referir aos membros silenciosos. Tal como sucede noutros grupos, existem sempre membros silenciosos, mas aqui o silêncio parece ser mais uma manifestação de discurso agressivo e não de tristeza ou medo.

Importa ainda referir que, inicialmente, os membros do grupo parecem, somente, preocupados consigo próprios, ignoram os novos elementos não lhes falando. Parece também que ninguém consegue expressar uma opinião sobre os outros, não se querem comprometer a opinar sobre os outros. Os discursos são parcos em palavras e desencorajam a reflexão ou a resposta...Um longo caminho a percorrer até se atingirem níveis de comunicação e de experiência mais evoluídos.

Uma atenção especial deve ser também dada aos sentimentos contra transferenciais, é fundamental para o processo terapêutico que após o final de cada sessão o terapeuta reflita e escreva sobre o que sucedeu e sentiu no grupo.

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

Gwen Adshead (2005, 2011a, 2011b) destaca nos seus trabalhos várias tarefas para o psicoterapeuta que podemos sintetizar da seguinte forma: 1) ajudar os pacientes a pensar, a nomear, atribuir um nome ao que fizeram; 2) para pessoas que têm receio de recordar o que fizeram é importante criar um espaço seguro, estável, onde se possam expressar livremente; 3) transformação do negativo para o positivo, de uma narrativa pessoal incoerente (no sentido de ser fragmentada, ter lacunas) para uma narrativa pessoal coerente; 4) ajudar os pacientes a desmontarem a narrativa inicial que funciona como uma espécie de carapaça; 5) perspectivar o tratamento como uma descoberta do próprio em vez de uma recuperação (“*recovery*”).

Na condução de um grupo o terapeuta assume riscos, e existem riscos inerentes tanto a grupos que são muito perigosos como riscos inerentes a grupos que são muito seguros, sendo que em grupos com pacientes que cometeram crimes o principal risco é o da agressão emocional, *Murray Cox* (1978). O terapeuta corre um risco quando convida os pacientes a fazer associações. E o convite para “falar sobre o que quiser” implica que pode afastar-se da realidade sendo importante que o trabalho com grupos de pacientes com estas características seja fortemente enraizado na realidade.

Para terminar esta breve resenha sobre o papel do condutor do grupo teceremos algumas considerações sobre o “*timing*” das intervenções, o tempo certo das intervenções. O “*timing*” das intervenções assume especial relevância na psicoterapia de ofensores. Não é só quando dizer algo, mas também a forma de dizê-lo. *Murray Cox* (1978), quanto à interrupção das defesas dos pacientes, distingue entre pacientes psicóticos - cujas defesas considera, em geral, devem ser deixadas intactas. E pacientes psicopatas - que considera poderem beneficiar de um melhor autoconhecimento e alcançar níveis mais profundos da sua personalidade.

Creemos ser necessário neste ponto esclarecer que os pacientes que *Murray Cox* designa por psicopatas serão aqueles que *Glen Gabbard* designa por antissociais tratáveis, o extremo menos perturbado do espetro da psicopatia descrito por *Kernberg*.

Chegados a este ponto, não podemos deixar de abordar a questão da modalidade de condução do grupo. Vários autores (*Cox*, 1978; *Adshead*, 2005, 2011a) relatam as suas experiências de condução de grupos, com pacientes que cometeram crimes, em modalidade de coterapia. Sendo os coterapeutas de diferente área de formação. *Gwen Adshead* (2005, 2011a) refere a importância de se conduzirem grupos com estas características com o recurso a três terapeutas, destacando que tal permite manter as condições de segurança e gerir as ausências dos terapeutas mantendo o grupo sempre a funcionar sem interrupções.

Por Terras Lusas

Em Portugal existe pouca divulgação da literatura sobre o trabalho com grupos psicoterapêuticos de orientação analítica com ofensores. Em meio prisional, temos publicado o trabalho desenvolvido por Domingos Carreto Silva já apresentado em

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

Congressos Nacionais e Internacionais, sob o tema “Traços de um projecto grupal”, embora existam muitos mais trabalhos por divulgar.

A ligação entre a grupanálise e os serviços prisionais já é longa, e foi Eduardo Luís Cortesão (2008), quem deu início à articulação entre a Psiquiatria e os Serviços Prisionais, através de uma equipa por si supervisionada e coordenada por Rodrigues da Silva (pela Faculdade de Ciências Médicas) e António Alves Gomes (pelo Ministério da Justiça), equipa esta que foi responsável pela elaboração das principais linhas pelas quais se iria reger o Acordo de Cooperação Científica entre a Faculdade de Ciências Médicas e a então Direção-Geral dos Serviços Prisionais. Deste Acordo nasceu a organização dos cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental nos estabelecimentos prisionais de norte a sul do país.

NO LIMITE – O GRUPO

Explanados os fundamentos teóricos, vamos agora dedicar-nos ao grupo que designamos de *No Limite*, numa alusão à situação limítrofe face à justiça e à comunidade em que estes utentes se encontram.

Referenciação dos utentes e objetivos

De acordo com o protocolo em vigor no Serviço o pedido de tratamento psiquiátrico/psicológico é médico, a primeira triagem é assim da responsabilidade do médico que faz a triagem de todos os utentes. O pedido é recebido no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – SPSM, e encaminhado para a avaliação pelos terapeutas do grupo, mas muitas vezes já foi, previamente, discutido com os técnicos da DGRSP em reuniões regulares de articulação entre os serviços.

Sendo definidos como objetivos gerais, melhorar a saúde mental dos utentes; fomentar as capacidades relacionais, afetivas, cognitivas e comportamentais; e avaliar os efeitos deste tipo de intervenção terapêutica.

Protocolo de seleção

Os critérios de seleção aplicados são que o utente se posicione junto ao pólo menos grave do “*continuum*” da psicopatia descrito por *Otto Kernberg*. Para além de não conhecer os outros membros do grupo ou não ser familiar ou conhecido próximo de nenhum utente acompanhado por qualquer um dos terapeutas.

O processo de seleção para integração no grupo segue o seguinte esquema:

1ª Fase – realizada individualmente pelo enfermeiro de saúde mental

Entrevista clínica de avaliação psicossocial.

2ª Fase – realizada individualmente pelas psicólogas

Avaliação psicológica:

Método de avaliação da personalidade;

Inventário de sintomatologia psicopatológica;

Questionário de avaliação da impulsividade;

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

Tomada de decisão/risco;
Atenção sustentada e dividida;
Flexibilidade mental;
Capacidade de planeamento;
Fluência lexical e semântica.

3ª Fase – Discussão do caso com o supervisor – decisão sobre a admissão ou recusa do utente.

Admissão / Frequência do grupo

Pós-alta - repetição da bateria de provas de avaliação, a fim de avaliar a ocorrência de modificações e aplicação de um Questionário de avaliação da satisfação do utente. O contato com estes utentes cessa após terminar a medida judicial. Não foi, inicialmente, previsto um “*follow up*”, mas seria interessante programar entrevistas pós-intervenção para perceber se voltaram a reincidir e avaliar a qualidade atual das relações interpessoais.

Membros do grupo

Os membros deste grupo são utentes encaminhados pela DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais ou directamente pelo Tribunal para cumprimento de tratamento psiquiátrico/psicológico como uma das injunções² de suspensão da execução da pena de prisão. Geralmente são utentes sem motivação para o tratamento e sem queixa manifesta de sintomatologia psiquiátrica.

Atualmente fazem parte do grupo 4 elementos do sexo masculino³.

Tipologia e duração do grupo

Este grupo psicoterapêutico enquadra-se na tipologia de pequeno grupo, semifechado, com orientação analítica e desenhado para um máximo de 10 pacientes. Tem periodicidade semanal, com duração de 1 hora e 20 minutos por sessão e realiza-se nas instalações do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, em sala fixa preparada para o efeito. Foi definida uma interrupção durante o mês de Agosto.

Promove-se uma participação mínima de 12 meses por utente, ainda que tal não seja fácil de conseguir devido à morosidade dos processos judiciais, fazendo com que alguns utentes não sejam referenciados para tratamento logo no início da aplicação da medida judicial.

A não adesão é outro fator perturbador, até janeiro⁴ contamos já com três utentes que abandonaram o tratamento após terem iniciado a participação no grupo; com quatro utentes que abandonaram o tratamento na fase de avaliação diagnóstica e, com dois utentes que foram recusados por grave perturbação de personalidade tendo por referência o “*continuum*” da psicopatia de *Otto Kernberg* situavam-se mais perto do pólo extremo da psicopatia (*consultar figura 1*).

² Injunções são obrigações impostas pelo Ministério Público que propõe a suspensão do processo. Se não forem cumpridas o Ministério Público pode optar por enviar o processo para julgamento. Na medida de suspensão provisória do processo a vítima tem de concordar com as injunções propostas.

³ Ver nota de rodapé 1.

⁴ Referente ao ano de 2015. Estando o grupo em funcionamento há nove meses naquela data.

Normas de funcionamento

São apresentadas aos utentes as seguintes normas/regras de funcionamento com as quais todos têm de concordar respeitar: 1) Confidencialidade (nada do que se fala no grupo poderá ser contado fora deste); 2) Pontualidade (o grupo inicia-se e termina à hora marcada); 3) Assiduidade (é importante a participação em todas as sessões); 4) Quando ocorre uma falta o enfermeiro de saúde mental contacta telefonicamente o utente para perceber o motivo da falta e reforçar que o SPSM informa a DGRSP das faltas ao tratamento; 5) Não podem existir contactos físicos entre os participantes durante as sessões; 6) Não podem existir contactos entre os utentes fora do espaço do grupo; 7) Os elementos do grupo não se podem conhecer previamente.

Terapeutas

O grupo é conduzido em modalidade de coterapia sendo os terapeutas de diferentes grupos profissionais. A terapeuta condutora do grupo é Celeste Narciso, psicóloga clínica e membro candidato da SPGPAG e os coterapeutas são: Mafalda Silva, psicóloga clínica, membro candidato em formação da SPGPAG, com autorização para a prática e, Nuno Água, enfermeiro de saúde mental.

O modelo da coterapia implica que o terapeuta condutor desempenhe as funções interpretativas e de destrição entre os conteúdos manifestos e os latentes da comunicação, e os coterapeutas as funções de estimulação da comunicação e de clarificação. O coterapeuta enfermeiro tem ainda, neste grupo, a função de fazer os contactos telefónicos, entre as sessões, com os utentes que faltam.

Sendo a coterapia o modelo seguido, o grupo realiza-se preferencialmente estando presentes dois terapeutas, sem ser contudo obrigatória a presença do terapeuta condutor. Porquê a modalidade de coterapia e não três terapeutas é uma questão pertinente e não consensual. Num grupo com pacientes com estas características é recomendado por alguns autores que seja realizado por mais de um terapeuta. *Gwen Adshead*, por exemplo, conduz os seus grupos no *Broadmoor Hospital* com três terapeutas com formação em psicoterapia analítica de grupo e avança como benefícios a possibilidade de realizar o grupo ininterruptamente sem pausas para os pacientes, a possibilidade de estabelecer alianças e eleger um terapeuta de referência diferente em diferentes momentos do processo grupal. Nesta situação que relatamos, a opção pela coterapia foi uma decisão da Coordenação do Serviço. Estar presente nos grupos psicoterapêuticos um enfermeiro e um psicólogo era política do Serviço e uma vez que a psicóloga que se disponibilizou para conduzir o grupo ainda não tinha, à data do início do grupo, autorização para a prática clínica em grupanalise foi convidada outra psicóloga para ser a condutora do grupo. E assim se formou o grupo com três técnicos, um terapeuta e dois coterapeutas.

Supervisão

Nesta experiência que aqui relatamos a supervisão clínica é da responsabilidade de um supervisor externo à instituição, Domingos Carreto Silva, médico psiquiatra e

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

grupalista com prática de trabalho com grupos psicodinâmicos destinados a utentes com problemas judiciais.

Para além da supervisão das sessões do grupo conduzidas no modelo grupalítico, o supervisor tem acompanhado todo o processo de conceção do grupo, supervisionando a admissão dos candidatos ao grupo, para além da presença nas reuniões com os técnicos da DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

Sobre estas reuniões de articulação, importa destacar como se garante a confidencialidade e sigilo profissional. As reuniões realizadas entre os terapeutas, supervisor e técnicos da DGRSP têm como objetivo o acompanhamento do cumprimento do tratamento. As informações trocadas referem-se, unicamente, à indicação de presença ou não nas sessões e a motivação e empenho no processo. Nestas reuniões, os técnicos da DGRSP trazem também a discussão os novos pedidos de utentes para encaminhar ao grupo.

Os utentes são informados desde a primeira entrevista de avaliação da articulação entre os serviços e dos objetivos da mesma.

Dificuldades sentidas

Refletindo sobre esta experiência aponta-se como principais dificuldades sentidas com este grupo: a) o paternalismo dos técnicos da DGRSP face aos utentes; b) a desvalorização do grupo psicoterapêutico como medida de tratamento por parte dos técnicos e dos utentes; c) o não comprometimento dos utentes com a participação semanal no grupo; d) o não entendimento, pelos utentes, da participação no grupo semanal como um tratamento, perspetivando-o como mais um castigo a cumprir para evitar a pena efetiva de prisão; e) a confusão entre o compromisso da participação semanal no grupo e o cumprimento das injunções judiciais; f) a confusão entre os papéis dos técnicos da DGRSP e os papéis dos terapeutas do grupo; g) o dar garantias de confidencialidade dada a existência de reuniões periódicas de articulação entre técnicos da DGRSP e os terapeutas do grupo e o supervisor externo; h) os “*acting outs*” (chegar antes da hora marcada para o início do grupo e encontrarem-se na sala de espera para “conversar”; encontros recorrentes fora do grupo para trocas de informação pessoal e negócios entre os membros do grupo); i) a própria gestão da coterapia, sendo especialmente problemáticas as sessões em que o número de terapeutas no grupo é superior ao número de utentes e, a gestão das intervenções e a sintonia entre os terapeutas com formação grupalítica e o coterapeuta sem formação específica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da auto-reflexão sobre todo o processo de conceção e desenvolvimento deste grupo psicoterapêutico de orientação analítica e da reflexão crítica após a discussão deste trabalho nas sessões SELC, conclui a autora que esta experiência tem

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

potencial para se afirmar como resposta válida no tratamento de utentes encaminhados pela DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais ou diretamente pelo Tribunal para cumprimento de tratamento psiquiátrico/psicológico como uma das injunções de suspensão da execução da pena de prisão, assumindo-se como uma aplicação da psicoterapia analítica de grupo assente no padrão grupanalítico.

Com esse propósito, não pode deixar de evidenciar alguns requisitos práticos tidos como substanciais para garantir a qualidade e excelência clínica desta intervenção, são eles:

- Aprofundar a revisão da literatura, promovendo nos terapeutas uma mais vasta compreensão psicodinâmica sobre a problemática dos ofensores com ênfase na formulação psicodinâmica do caso e a criação de um quadro teórico de referência e linguagem técnica comum que emoldurem um conhecimento consistente da teoria da técnica grupanalítica, sustentáculos para qualquer intervenção analítica, que se tornam ainda mais significativos no contexto de uma intervenção de psicoterapia de grupo de inspiração analítica num “*setting*” institucional destinada a utentes com inúmeras resistências face ao tratamento psicoterapêutico reforçadas pela sua condição de obrigatoriedade judicial de cumprir a terapêutica instituída.

- Reestruturar a modalidade de condução do grupo, propondo-se neste âmbito abandonar a modalidade da coterapia, o que nos conduz ao fator essencial do número de terapeutas. Num grupo pequeno, como é o caso relatado, três terapeutas é excessivo e acarreta dificuldades acrescidas na condução que, não são acompanhadas de ganhos que justifiquem a sua manutenção tal como foi possível observar pela análise do relato da sessão discutida e pela reflexão posterior, em conjunto com o supervisor, sobre a dinâmica grupal gerada nas sessões em que só um terapeuta esteve presente. Mais do que procurar uma suposta riqueza na condução pela inclusão de terapeutas com diferentes formações de base, importa, defende a autora, que os terapeutas implicados comunguem do mesmo referencial teórico, possuam alguma experiência na situação psicoterapêutica de grupo, preferencialmente, com análise pessoal prévia e entendimento da supervisão como um dos pilares da formação do psicoterapeuta.

- E, ainda, rever o protocolo de avaliação que é atualmente demasiado moroso tanto na aplicação como no tempo requerido para a interpretação dos dados recolhidos. Sugerindo-se aqui eliminar do protocolo a aplicação de provas que remetem fundamentalmente para o domínio cognitivo e das funções executivas e focando-nos nas provas que contribuem para o estabelecimento do diagnóstico estrutural da personalidade, pedra de toque desta avaliação;

Para finalizar, sobre as considerações teóricas tecidas anteriormente não pretendemos formular uma síntese, mas sim, sublinhar os pontos que cremos basilares para o enquadramento desta intervenção, nomeadamente realçamos a importância de distinguir entre a conduta antissocial e a verdadeira personalidade antissocial. O estabelecimento de um diagnóstico diferencial entre psicopatia, patologia antissocial e narcisista como suporte à decisão clínica sobre se um paciente é tratável e em que condições é o primeiro passo sendo que a compreensão psicodinâmica da patologia antissocial aqui explanada apoia-se na ideia de que a psicopatia pode ser melhor

No Limite. Caminhando para a compreensão psicodinâmica de utentes com injunções de suspensão da execução da pena de prisão

entendida como um “*continuum*” que apresenta graus variáveis de conduta antissocial que os pacientes podem manifestar.

No que concerne ao papel do condutor do grupo sublinha-se um manejo cuidadoso das intervenções do terapeuta e das interpretações, em especial das referentes às defesas. Devendo o terapeuta evidenciar algumas características, tais como ser estável, persistente e totalmente incorruptível, absolutamente escrupuloso a respeito da manutenção dos procedimentos normais da terapia, bem como, dever repetidamente confrontar a negação e a minimização que o paciente faz da sua conduta antissocial, com o intuito de o ajudar a reconhecer e aceitar a responsabilidade pela sua conduta antissocial. Tendo presente que confrontações da conduta no aqui e agora são mais eficazes do que interpretações de material inconsciente do passado. O condutor do grupo deve igualmente, procurar auxiliar o paciente a fazer a associação entre ações e estados internos, favorecendo o desenvolvimento da capacidade de mentalização e estimular o *insight* emocional.

Terminando, gostaria a autora de acentuar a importância da monitorização da contra transferência do analista condutor do grupo, como já Cortesão (2008) havia salientado como recomendação para o trabalho psicoterapêutico em geral.

BIBLIOGRAFIA

- Adshead G., Charles S., Pyszora N. (2005). “Moving On: A Group for Patients Leaving a High Security Hospital”. *Group Analysis*, Vol. 38(3): 380-394.
- Adshead, G. (2011a). “The Life Sentence: Using a Narrative Approach in Group Psychotherapy with Offenders”. *Group Analysis*, Vol. 44(2): 175-195.
- Adshead, G. (2011b). *Keynote Lecture: Killing time: a day in the life of a group therapist in a high secure hospital*. <http://groupanalyticsociety.co.uk/> video accessed in 11/02/2015.
- Cortesão, E. L. (2008). *Grupanálise. Teoria e Técnica*. (2ª Edição) (Ed.) Sociedade Portuguesa de Grupanálise, Lisboa: Portugal
- Cox, M. (1978). There’s Danger in Numbers: is a delusion of safety necessary for defense disruption in group psychotherapy conducted with patients whose histories include fatal assaults?. In: *Report of the Scientific Meeting of the Group-Analytic Society*, 23th January 1978.
- Gabbard, G. (2007). *Psiquiatria Dinâmica na Prática Clínica*. (4ª Edição) (Ed.) Artmed, Porto Alegre: Brasil.

Greenberg & Mitchell. (1994). *Relações Objectais na Teoria Psicanalítica*. (Ed.) Artes Médicas, Porto Alegre: Brasil.

Kernberg, O. (1989). *Mundo Interior e Realidade Exterior. Teoria aplicada às relações objectais*. (Ed.) Imago, Rio de Janeiro: Brasil.

Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e Auto destrutividade na relação psicoterapêutica*. (Ed.) Climepsi Editores, Lisboa: Portugal.

Manita, C. (2008). “Programas de intervenção em agressores de violência conjugal. Intervenção psicológica e prevenção da violência doméstica”. In: *Ousar Integrar – Revista de Reinserção Social e Prova*, N.º1: 21-32.

McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico. Compreender a estrutura da personalidade no processo clínico*. (Ed.) Climepsi Editores, Lisboa: Portugal.

Rodrigues, V.; Gonçalves, L. (1998). *Patologia da Personalidade. Teoria, Clínica e Terapêutica*. (Ed.) Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa: Portugal.

<http://www.ucl.ac.uk/> [Mentalised based treatment. Anthony Bateman & Peter Fonagy]