

## A CLÍNICA DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS E O ATUAL PANORAMA DA SAÚDE MENTAL: UM NOVO RECONHECIMENTO ÀS TERAPIAS DE GRUPO?

Bruno Espósito<sup>1</sup>

No jogo de saberes e poderes presente no campo da saúde mental, tem sido feita uma leitura de que a psicanálise teria perdido parte de seu prestígio entre pesquisadores, médicos em geral e até mesmo uma parcela de pacientes. Esse espaço teria sido ocupado por diretrizes de tratamento mais afeitas à medicação psiquiátrica, com ênfase em estabelecer um diagnóstico descritivo e compartilhável através dos manuais classificatórios, nos quais as doenças acabam sendo compreendidas como disfunções neurobiológicas de causa genética. Definindo o diagnóstico, a diretriz clínica tende ao manejo dos sintomas e as terapias entram como suporte, frequentemente num papel psicoeducativo para o paciente e família, ou seja, orientando sobre como lidar, controlar ou superar os sintomas. Nesse modelo subjaz um apreço importante pela pesquisa, pela mensuração dessas intervenções comprovando sua efetividade e dessa maneira referendando esse lugar de poder.

Avessa ao inconsciente, à singularidade e à transferência – ou seja, tudo aquilo que torna a pesquisa clínica mais abstrata e dificilmente transponível a protocolos – a psicanálise é muitas vezes questionada pelo *mainstream* da saúde mental como uma prática sem eficácia comprovável, e portanto sub-indicada. Se isso acontece com a prática analítica individual, entre aspas a “cura-tipo” consagrada secularmente, o que dirá então das práticas alternativas como a psicanálise de grupo, que sequer teve grande reconhecimento ao longo do tempo mesmo dentro das instituições psicanalíticas oficiais como a IPA.

Eis que, quem trabalha com psicanálise de grupo hoje pode se sentir um absoluto *outsider*: afinal, já não vivemos mais a efervescência das comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional, no modelo psiquiátrico descrito acima os grupos analíticos não tem grande ibope, muitas vezes não há o reconhecimento na psicanálise “oficial” e soma-se a isso uma compreensão histórico-social da subjetividade onde o sujeito pós-moderno seria individualista ao extremo, como se o outro lhe fosse prescindível na vida psíquica, e

---

<sup>1</sup> Psicanalista, membro-aspirante do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, especialista em Saúde Mental e Saúde Coletiva (UNICAMP), psicólogo do Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA-UNIFESP) e do Projetos Terapêuticos.

desse modo, não haveria por que se sujeitar a dividir seu espaço terapêutico com outros, sem atenção exclusiva. Em tempo: alguns autores apontam também dificuldades internas ao movimento grupalista que teria insistido na tentativa de transpor a prática clínica individual ao grupo, sem sucesso, culminando em uma certa degradação da técnica grupal e na sua perda de legitimidade no social.

Ao mesmo tempo resistimos, continuamos praticando a psicanálise a pleno vapor e muitos de nós seguem coordenando grupos dentro das instituições, inclusive muito implicados com a fundamentação que essa prática complexa exige. Aliás, penso que quanto mais assumimos um compromisso com o rigor teórico-metodológico da abordagem de grupo, mais nos damos conta de sua complexidade: são incontáveis as possibilidades de leitura e intervenção no fenômeno grupal e, nesse sentido, grupo e sonho são muito parecidos, pois se houver um compromisso em registrar o máximo o possível de acontecimentos logo após sonhar ou coordenar um grupo, vão abrindo-se portas e mais portas, mas se ao contrário passarmos a outra atividade da vigília sem esse trabalho do pré-consciente, muito rapidamente esquecemos do acontecimento grupal tal como esquecemos um sonho que não é explorado.

Quem coordena grupos terapêuticos e tem por eles uma verdadeira implicação costuma falar sobre a potência que constata nesse dispositivo, seja no que diz respeito à aderência dos pacientes, ao avanço na capacidade de dialogar, ao sentimento de pertinência ao grupo e de reconstrução de um espaço social, e por fim talvez o mais importante: das transformações psíquicas proporcionadas por uma psicanálise de grupo. Cabe ressaltar que as patologias e situações tidas como de difícil intervenção são aquelas nas quais o grupo se mostra mais potente: psicóticos, psicossomatistas, drogadictos, adolescentes, doentes crônicos, vítimas de trauma, imigrantes, etc.

Muitos dos pacientes que vivem a experiência destes tratamentos por um tempo razoável também trazem *feedbacks* bastante afetivos com relação aos seus grupos, mostrando com eles uma ligação importante mesmo nessas situações psicopatológicas que favoreceriam um retraimento narcísico, como na psicose. Só pra dar uma “palhinha” a respeito da clínica do Projetos Terapêuticos, onde os pacientes produzem um relato escrito ao final de cada grupo sobre como estão e como tem sido essa experiência de encontro: se no começo os relatos são mais burocráticos e ensimesmados, ao longo do tempo vão trazendo mais referências ao grupo, entendendo que há um processo coletivo no qual podem se apoiar e investir afetivamente. Os pacientes passam a dizer coisas do

tipo “obrigado, grupo!”, “força, grupo!”, “queria pedir desculpas ao grupo pois hoje não estava me sentindo muito bem” ou “senti que o grupo foi ótimo hoje”.

Minha hipótese, portanto, é de que a realidade concreta dos grupos terapêuticos demonstra um potencial muito maior do que é seu lugar no imaginário científico, político e social. Do grupo pra dentro, tanto terapeutas quanto pacientes percebem a potência dos encontros, as possibilidades de intervenções, os afetos que se movimentam e que, portanto, transformam; do grupo pra fora há uma depressividade por conta da invisibilidade do dispositivo ou sua subvalorização, seja do ponto de vista do entorno institucional, da produção científica, do social mais amplo ou até – paradoxalmente – dos próprios coordenadores de grupo.

Considerando que exista esse hiato entre os grupos de fato, com toda sua efervescência, e um imaginário em torno deles que tende à desilusão, ou seja, que exista uma diferença abissal em como o grupo é significado quando olhado de dentro e quando olhado de fora, gostaria de aviltar a partir dos exemplos a seguir a hipótese de que o momento histórico atual é favorável para retrabalhar esse imaginário e pensar novamente em como transpor as práticas analíticas de grupo para o discurso científico, social, aos propositores de políticas públicas, etc.

Isso porque, em paralelo ao saber psiquiátrico descritivo e neurobiológico, vem ganhando muita força um modelo de saúde mental que questiona esse outro saber e se coloca muito mais próximo aos princípios da psicanálise, às terapias pela palavra de modo geral e, por consequência, às intervenções em grupo. Portanto é desse ponto de vista que o cenário atual pode ser favorável para o trabalho e a fundamentação dos grupos analíticos. Explico:

A expectativa de encontrar na genética – e numa neuroquímica cerebral consequente a essas determinações – a explicação para os transtornos mentais mostrou-se muito aquém das expectativas. Com o advento da psicofarmacologia a partir dos anos 1950 e com o conhecimento de que os remédios agiam, por exemplo, na recaptação da serotonina ou dopamina, supunha-se que em pouco tempo poderia se explicar a causa dos transtornos como descompensação dessas substâncias, o que não se comprovou. Criou-se uma “metapsicologia” neuroquímica que balizou a prática clínica à espera de comprovações científicas, mas como aponta Robert Whitaker – jornalista que estudou à fundo essas pesquisas – desde que a neurobiologia e os diagnósticos descritivos tornaram-se hegemônicos, especialmente nos países mais desenvolvidos, o que

observamos foi um aumento exponencial no número de pacientes diagnosticados, uma manutenção no diagnóstico ao longo do tempo e às vezes até um pior prognóstico do que se não houvesse o tratamento, ou seja, o oposto que se esperaria quando supomos ter nos aproximado das causas e tratamentos de uma doença. Allen Frances, um dos principais nomes na produção do DSM-IV, fez a famosa *mea culpa* em relação às consequências geradas pelo manual, disse ele: “transformamos sofrimentos comuns em transtornos mentais” e, em entrevista à Folha de São Paulo na semana passada “gastamos muito dinheiro para tratar pessoas normais”; o alemão Leon Eisenberg, entre aspas “pai” do Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade, reconheceu que a doença nos seus moldes neurobiológicos é “fictícia” e pode atender a interesses de mercado, desconsiderando-se suas causas psíquicas e sociais. Recentemente, o Instituto Nacional de Saúde norteamericano (NIH) tomou uma decisão drástica de interromper o financiamento às pesquisas no modelo do DSM e está direcionando os recursos a um novo paradigma neurocientífico, que voltou a reconhecer as variabilidades entre os indivíduos e suas influências ambientais.

Enquanto a expectativa de mapear e dominar completamente o genoma caíram por terra, um novo paradigma das neurociências passa a dar ênfase à plasticidade cerebral e à epigenética, flertando novamente com Lamarck – e por que não, Freud - e com tudo que pode produzir saúde e adoecimento nas **vivências** do indivíduo, podendo inclusive ser transmitido pelas gerações. A epigenética, em especial, surgiu da constatação de que os filhos das vítimas do holocausto tiveram um índice maior de estresse, diabetes e esquizofrenia em comparação com a população normal, algo que na nossa linguagem analítica poderia ser traduzido como o trauma não-representado transmitido intergeracionalmente; em contextos laboratoriais tem se comprovado que a qualidade dos cuidados maternos em ratos e macacos pode produzir ou acalmar na prole sintomas de ansiedade e estresse; lembremos como a psicanálise já foi criticada por atribuir aos cuidadores um lugar de destaque na psicopatogênese do filho, como na “mãe geladeira” dos autistas de Bruno Bettelheim e a “mãe esquizofrenogênica” de Frieda Fromm-Reichman, ou mesmo na teoria de Winnicott de um modo geral. Longe de se culpabilizarem os cuidadores, trata-se de reconhecer que aquilo que não pode ser metabolizado é transmitido involuntariamente pelas relações e gerações. Um importante documentário sobre a epigenética foi denominado “the ghost in your genes”, o fantasma

nos seus genes, curiosamente evocando esse significante tão importante na discussão psicanalítica das transmissões psíquicas.

Enfim, a linha das experiências ambientais que transformam o cérebro – seja em um nível individual ou nas gerações subsequentes – passou a dar atenção a hábitos de vida, alimentação, meditação e, principalmente, ao encontro terapêutico, como dimensões de um tratamento mais “presencial”, “encarnado”. A psicanálise volta à tona, por estar relativamente mais próxima dessa vertente da neurociência do que o modelo do DSM, que teria uma frieza descritiva herdeira de Kraepelin e não de Freud.

Como comentamos, as pesquisas científicas em torno das terapias nas últimas décadas foram privilegiando modelos mais generalizáveis e racionalizáveis, portanto cognitivos, e com um gosto especial por terapias de curta duração – que cabem nos prazos e orçamentos das pesquisas habituais. Por outro lado, um outro movimento importante nos últimos anos vai no sentido de pesquisar seriamente as intervenções tidas como longas, profundas e mais abstratas, como a psicanálise. São meta-análises que avaliam a efetividade destes tratamentos ou comparações com outros tipos de intervenção como psicoterapia dinâmica breve e especialmente cognitivo-comportamental. Os resultados mostram que a psicanálise, se perde no curto prazo para as terapias cognitivo-comportamentais, mostram melhores resultados a longo prazo e seus efeitos tendem a ser mais duradouros.

Os centros que tem se destacado nesse tipo de pesquisa estão distribuídos atualmente entre os EUA, Canadá, os países escandinavos, Inglaterra e Alemanha. Jonathan Shedler, pesquisador norteamericano, é um dos principais revisores da eficácia da psicanálise e que afirma com contundência: de tanto se repetir que a psicanálise não tem comprovação científica, passou-se a acreditar piamente nisso. Segundo ele isso se deve em grande parte ao passado arrogante e autoritário presente nas instituições psicanalíticas, que hierarquizavam e dificultavam a entrada de novos membros e tinham sua famosa “ojeriza” à prática científica mais acadêmica. Diante desse mal estar, quando surgiram os primeiros estudos favoráveis às terapias não analíticas, eles foram propagados ostensivamente no intuito de conquistar o campo e sendo reafirmados através da repetição discursiva, enquanto os estudos referentes à psicanálise eram subvalorizados.

Se enfocarmos agora na prática grupal, uma das “viradas de jogo” mais interessantes atualmente está ocorrendo em uma pequena cidade na Finlândia, chamada Western Lapland. Lá as equipes aderiram a um modelo menos medicamentoso e mais

compreensivo, intitulado Open Dialogue Approach, baseado em princípios do socioconstrutivismo, da teoria da comunicação, da linguagem e da terapia sistêmica. Por incrível que pareça, as equipes de saúde mental da cidade conseguiram esvaziar a unidade de internação baseando seus atendimentos em terapias familiares na própria residência, logo após a primeira crise, buscando intensificar a circulação da palavra entre a família, entendendo a crise psicótica como um emergente dela e com uso pontual (ou simplesmente não uso) da medicação.

Os resultados desse trabalho, que é radicalmente voltado para o encontro terapêutico, para a linguagem, o grupo e a família, são o extremo oposto do modelo norte-americano, que foi dado como verdadeiro e que acabou por naturalizar a ideia de que a psicose perdura e causa perdas progressivas à vida do paciente. Enquanto nos EUA e no mundo ocidental em geral os pacientes tendem a cronificação, à dependência da medicação e ao auxílio do Estado, através do Open Dialogue os pacientes tem recuperado sua condição de trabalhar, prescindem da remédios a médio prazo e, muitas vezes quando reavaliados após alguns anos, sequer preenchem critério para esquizofrenia. Estes dados estão documentados nas revistas científicas e tem impressionado a comunidade internacional, sendo mais um elemento a servir de questionamento para o modelo de saúde mental que foi propagado nas últimas décadas. E essa experiência tem sido replicada em outros lugares como a Inglaterra e no próprio EUA, com muitos psicanalistas envolvidos.

Outra experiência de grupo destacável surgiu em torno da década de 1990 na Holanda, e hoje também está sendo disseminada pelo mundo, inclusive no Brasil. Intitulada simplesmente de “Grupos de Ouvidores de Vozes”, a proposta cria uma outra perspectiva em relação ao fenômeno alucinatorio através da intervenção grupal, rompendo a significação hierárquica e biológica que lhe é geralmente atribuída, para que através do grupo se possam construir novas maneiras de lidar com o fenômeno.

Nesses grupos, busca-se mobilizar recursos dos próprios pacientes para encontrar soluções práticas àquilo que produz angústia e risco, estabelecendo novas significações que podem passar longe daquilo que os especialistas costumam atribuir. Segundo Romme e Escher, os precursores dessa metodologia, ouvir vozes não deve ser entendido como algo falho e aberrante como na psiquiatria biomédica e sim algo que totalmente faz sentido dentro das experiências traumáticas que o paciente viveu e como as interpretou. Um dos princípios do movimento é de que a experiência alucinatoria é real e diretamente



conectada à vida da pessoa, e ao invés de indaga-los sobre o que há de errado, deve-se indagar sobre o que aconteceu a elas, pois sua experiência subjetiva certamente tem traumas nos quais se ancoram, e buscar reinterpretações disso.

Podemos dizer que a proposta se aproxima daquilo que a ética e a clínica psicanalítica da psicose propõe – ainda que tenhamos perdido um pouco dessa radicalidade -, na qual a cisão se impõe como mecanismo de defesa radical diante do tamanho do trauma, tal como Freud postulava já em “Neuropsicoses de Defesa”, e de que sempre há um sentido claro na produção delirante/alucinatória, não para o observador, mas inerente à experiência psíquica do sujeito, tal como pleiteado em “Construções em Análise”. Nesse sentido, o grupo opera como um espaço intersubjetivo de ressignificação, ou pelo menos de reposicionamento diante das vozes. Novamente, os resultados alcançados nessa prática tem sido expressivos e vem se disseminado no mundo ocidental.

Com relação à clínica do Projetos Terapêuticos, o essencial reside na sua vocação, a um só tempo, psicanalítica e grupal, que se pratica nas seguintes modalidades: atendimentos do grupo-família, grupo de pais e o grupo propriamente dito dos pacientes, que se realiza 4 vezes por semana, sendo cada encontro de três horas de duração – portanto numa intensividade que destoa bastante do que estamos acostumados nos serviços públicos.

Os pacientes, em geral adultos-jovens sem características de cronificação do adoecimento, tem no grupo um suporte para reconstrução de uma vida prática e da experiência subjetiva, após situações de crise, de internação ou isolamento social. A instituição não centraliza o atendimento médico, o que favorece colocar esse discurso entre parênteses e focar nos processos subjetivos que se dão através do grupo, ao longo da semana e que se materializam nos relatos produzidos pelos pacientes e pelo trabalho de ligação que a equipe faz entre si, também através de relatos dos coordenadores de grupo.

A intervenção se propõe a longo prazo e não se restringe ao manejo sintomatológico: os critérios adotados para alta giram em torno da inserção do paciente em um projeto de vida que aponta para uma sustentação, seja do ponto de vista do trabalho, da formação pessoal, de moradia ou circulação pela cidade. A transposição da palavra que circula livremente no grupo para registros e acontecimentos concretos tem para nós e para os pacientes um lugar muito especial, pois se compõe uma história viva através da sucessão de relatos individuais, relatos coletivos, projetos transversais, etc.

Não há no Projetos Terapêuticos a pretensão de entre aspas “curar” a psicose, seja através da dissolução do sintoma familiar – como busca o modelo finlandês, através da resolução dos mal-entendidos na comunicação – nem através da elaboração minuciosa do sintoma alucinatorio – como no modelo holandês. Mas há sim uma grande disposição para se aproximar do paciente ali onde ele se encontra psiquicamente, favorecendo sua conversa com sua própria problemática, com o grupo e com a equipe de tratamento. Busca-se portanto uma fluidez através do diálogo e dos encontros, que tornam os espaços intersubjetivo e social habitáveis, e a construção coletiva de suplências para a psicose.

Do ponto de vista da coordenação, há diferenças com o modelo holandês dos Ouvidores de Vozes: neste, por buscar-se um despojamento da técnica, pacientes e terapeutas (que às vezes são até ex-pacientes) ficam totalmente deshierarquizados.

O modelo finlandês tem um substrato teórico-técnico bem definido, mas o diálogo entre coordenadores e a própria leitura clínica circula em voz alta, na presença do paciente e da família; no Projetos Terapêuticos, trabalha-se bastante a análise da *intertransferência*, como nomeia René Kaës: após o grupo, um diálogo entre os coordenadores na ausência dos pacientes, pensando a relação entre os coordenadores, a transferência e o manejo com cada paciente e com o grupo como um todo, etc. As reuniões institucionais também desempenham um papel fundamental nesse pensar a clínica de grupo.

Para concluir: uma instituição brasileira de tratamento para casos graves radicalmente dedicada à palavra, ao encontro e ao grupo, se desavisada, poderia sucumbir à sensação desestimulante de estar na absoluta contramão do que se propõe como tratamento hoje em dia. Mas a realidade tem nos apresentado o contrário: há no mundo ocidental hoje um interesse e respeito crescentes por esse tipo de trabalho, e há no âmbito das pesquisas científicas acadêmicas uma disposição para rever preconceitos em relação à psicanálise. Enquanto analistas e grupálistas, se nos dispomos a aproveitar esta oportunidade, resta saber como o faremos, como podemos dialogar e estimar os resultados de nosso trabalho sem perder princípios tão caro a nós como a singularidade, a transferência e o manejo dos afetos.