

Análise em grupo com pacientes psicóticos: a experiência do “grupo vida”
Group analysis with psychotic patients: the experiences of the “life group”
Análisis en grupo con pacientes psicóticos: la experiencia del “grupo vida”

Recebido: 21/03/2019
Aprovado: 14/10/2020
Publicado: 17/02/2020

Araceli Albino¹
Maria Teresa Mendonça de Barros²
Silvia Herszkowicz³
Monica Abete⁴

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência da constituição de um grupo analítico, desenvolvido com sujeitos que possuem estrutura psíquica psicótica, o “*Grupo Vida*”. O grupo tem como proposta a melhoria da qualidade de vida e o estabelecimento de laços sociais. Existente desde 2001, com encontros semanais desde então, essa experiência viabilizou o desenvolvimento de uma nova direção de tratamento que consta da intercalação de analistas e pacientes, três analistas reproduzindo um núcleo familiar, a constituição da transferência ativa e a aplicação de técnicas criativas e projetivas. Esta direção de tratamento apresentou resultados significativos possibilitando a diminuição das internações psiquiátricas e dos excessos de medicação, deixando-os em realidade e, aumentando o nível de simbolização e promovendo reintegração social.

Descritores: Psicanálise; Transtornos psicóticos; Práticas de grupo; Estrutura de grupo.

The purpose of this paper is to give an account of the experience of forming an analytic group for subjects with a psychotic psychic structure, named “Life Group” (Grupo Vida). The purpose of the group is to help participants improve their quality of life and establish social bonds. Developed in 2001, with weekly meetings taking place ever since, this experience enabled the creation of a new direction of treatment, which consists in the intercalation of analysts and patients where three analysts reproduce a family nucleus, promoting an active transference and applying creative and projective techniques. This direction of treatment produced significant results, reducing psychiatric hospitalization and excessive use of medication, preventing dissociation episodes, increasing their level of symbolization, and promoting social reintegration.

Descriptors: Psychoanalysis; Psychotic disorders; Group practice; Group structure.

El objetivo del presente trabajo es relatar la experiencia de la constitución de un grupo analítico, desarrollado con sujetos que poseen estructura psíquica psicótica, el “Grupo Vida”. Este grupo tiene como propuesta la mejoría de la calidad de vida y el establecimiento de lazos sociales. Existente desde 2001, con reuniones semanales desde entonces, esta experiencia viabilizó el desarrollo de una nueva dirección en el tratamiento que consta de la intercalación de analistas y pacientes, tres analistas reproduciendo un núcleo familiar, la constitución de la transferencia activa y la aplicación de técnicas creativas y proyectivas. Esta dirección de tratamiento presentó resultados significativos possibilitando la disminución de las internaciones psiquiátricas y de los excesos de medicación, dejándolos en la realidad y aumentando el nivel de simbolización y promoviendo la reintegración social.

Descriptores: Psicoanálisis; Transtornos psicóticos; Práctica de grupo; Estructura de grupo.

1. Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicologia. Coordenadora Técnica e Professora do Núcleo Brasileiro de Pesquisas Psicanalíticas (NPP), São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1391-8553 E-mail: araceli.albino@uol.com.br

2. Bacharel em Letras. Psicanalista. Especialista em Comunicação. Especialista em Psicanálise. Mestranda em Ensino de Ciências da Saúde pelo Centro do Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Professora do NPP, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: tecamendonca@uol.com.br Orcid: 0000-0002-1621-7365

3. Administradora de Empresas. Psicanalista, Especialista em Psicanálise. E-mail: psicanalista.silvia@gmail.com Orcid 0000-0002-9705-7075

4. Bacharel em Artes Plásticas. Especialista em Comunicação Visual. Especialista em Psicopedagogia e Arteterapia. Psicanalista, Especialista Psicanálise. E-mail: monicaabete63@gmail.com Orcid: 0000-0002-7914-8862

INTRODUÇÃO

A psicanálise no contexto de Grupo

O humano é um ser grupal e, entende-se isso a partir de relatos científicos da antropologia, psicologia social, filosofia e com destaque a psicanálise. Os textos sociológicos de Freud consideram o homem como um ser de grupo e, um ser da cultura no qual desenvolve seu psiquismo a partir do grupo de parentesco¹⁻³.

Os grupos são detentores de heranças arcaicas de ancestrais e se entrelaçam com as vivências da realidade externa de cada cultura. Estas considerações podem ser constatadas nos textos freudianos dentre eles: *Totem e Tabu*¹; *Psicologia das Massas*²; *Futuro de uma Ilusão*³ e, *o Mal-Estar da Civilização*⁴.

Em "*Totem e Tabu*"¹, Freud mostra que o homem se organiza em grupos que são regidos por leis severas para manter a sobrevivência da espécie. À medida que o ser humano evoluiu ele foi aprimorando suas organizações expressas por meio das artes, das ciências, das religiões, das instituições sociais e políticas. Corroborando com esta ideia, Freud apud Wundt (1906)¹ descreveu que o "Tabu" é um código de leis não escrito e, mais antigo do homem que mantém a organização grupal. Sobre isso, diz ainda: "*É suposição geral que o tabu é mais antigo que os Deuses e remonta a um período anterior à existência de qualquer espécie de religião*"¹.

Os objetivos dos tabus são numerosos, mas o foco aqui abordado é que o homem se mune de certa organização através de regras que visam a proteção de si, do grupo e da espécie. Em nota de rodapé Freud cita Frazer, dizendo que "*o laço totêmico é mais forte que os laços de sangue ou de família no sentido moderno*"¹.

Os laços estabelecidos entre os humanos, preconizados por proibições e restrições de um lado e de outro por proteção e poder, dão elementos para constituir a cultura e conseqüentemente o psíquico freudiano. Freud coloca que os mecanismos psíquicos inconscientes são constituídos em tenra infância e tem poderosas forças internas, é algo que se fixa e pode ser descrito como "atitude ambivalente" do sujeito com o objeto. Freud destaca:

*"A principal característica da constelação psicológica que dessa forma se torna fixa é algo que poderia ser descrito como a "atitude ambivalente", do sujeito para com o objeto determinado, ou melhor, para com o ato em conexão com esse objeto. A multiplicidade das manifestações do tabu, que levaram às tentativas de classificações que já tive ocasião de mencionar, ficam reduzidas pela nossa tese: a base do tabu é a ação proibida, para cuja realização existe forte inclinação inconsciente"*¹.

Em outro texto intitulado: "*Psicologia das Massas*"², Freud coloca que o sujeito é o fruto de múltiplas identificações e não se constitui sem o outro. Já em o: "*Futuro de uma Ilusão*"³, Freud descreve:

"A civilização humana, expressão pela qual quero significar tudo aquilo em que a vida humana se elevou acima de sua condição animal e se difere da vida dos animais – e desprezo ter que, distinguir entre cultura e civilização – apresenta, como sabemos dois aspectos do observador. Por um lado inclui todo o conhecimento e a capacidade do homem adquirir com o fim de controlar as forças da natureza e extrair a riqueza desta para a satisfação das necessidades humanas, por outro, incluir todos os regulamentos necessários para ajustar as relações dos homens uns com os outros e, em especial a distribuição da riqueza disponível".

Deste ponto, o *homem freudiano* é resultado do estabelecimento de relações com outro e, resultante da cultura. Conseqüentemente ele existe por sua necessária e obrigatória participação grupal. É o grupo o verdadeiro sujeito da realidade humana.

A visão psicanalítica de Freud sobre o homem grupal permanece até hoje entre os psicanalistas, por exemplo, Käs⁵, psicanalista contemporâneo diz que todo o grupo social é resultado de um trabalho de construção de uma organização relacional, isto é, de uma sociabilidade, de uma cultura.

Se o homem visto pela psicanálise é resultado da cultura que o coloca em ambivalência emocional gerando conflitos e patologias, esses elementos também podem ser trabalhados pelo estabelecimento de uma relação entre paciente-analista. Pois, a psicanálise criada por Freud é uma terapêutica fundamentada na relação transferencial entre pessoas, no caso analista e paciente.

A psicanálise foi criada para tratar o psiquismo humano mediante seu método e técnica, fundamentado em uma teoria específica do inconsciente. A análise pode ser individual ou grupal.

A psicanálise de grupo surge por volta de 1938, por um grupo de analistas que decidiram atender alguns pacientes que não tinham condições financeiras para fazer análise individual. Um dos pioneiros desta terapêutica foi Alexander Wolf, que na época começou com um grupo de 4 mulheres e 4 homens e, em 1940 já atendia 5 grupos⁶.

A partir daí surgem outros autores que se dedicaram em análise de grupo, na contemporaneidade: Bion foi um expoente nesta prática, deixando alguns seguidores. No Brasil, tem-se como exemplo Zirmeman⁷.

No prefácio do livro *"Psicoanálise em Grupos"*⁶ descreve-se que a cultura valoriza o indivíduo no seu estado bruto, integral e as psicoterapias, principalmente a de grupos valoriza o indivíduo na sua relação com o outro; ou ainda, que na cultura o homem busca ajuda de uma forma individual como nas confissões religiosas e nos médicos de forma privada, pois tem vergonha e medo de se expor para os outros.

É a resistência imposta pela cultura de não se falar de si, principalmente das patologias para um outro⁶. A prática psicanalítica também deixou a imagem pública de que um analista recebe o paciente para ele falar de si para outro em absoluto sigilo. Compartilhar uma análise não está nos princípios social e cultural.

Existe um "costume" cultural de preservação de grupos, sejam religiosos, econômicos, sociais, políticos, raciais, profissionais⁶. Há uma tendência em segregar quem não pertence ao mesmo grupo. A própria cultura é geradora de conflitos o que leva ao nascimento dos processos terapêuticos.

A terapêutica de grupo teve pouco prestígio entre os psicanalistas; atraía mais psicólogos que trabalhavam os aspectos sociológicos dos grupos. Mas, teve uma gama de psicanalistas que acreditaram que se podia trabalhar psicanaliticamente com grupos e desenvolveram técnicas para isso^{6,7}:

Em Wolf e Schwartz⁶ tem-se que:

"A técnica empregada em um grupo acentuará a interpretação dos sonhos, a associação livre, a análise das resistências, a transferência e a contratransferência. E, o analista "[...] deve possuir habilidades que o fazem capaz de resolver conflitos dentro do grupo, capaz de interpretar os problemas apresentados pela história prévia do paciente e estar apto para assinalar as novas necessidades criadas pelo desenvolvimento precedente da atividade interna do grupo, tomando a iniciativa para satisfazer estas necessidades".

Na psicanálise contemporânea, Zimerman⁷ aponta:

"O enquadre grupal promove a criação de um novo espaço, na qual os pacientes irão reexperimentar velhas experiências emocionais e inter-relacionamentos complicados, que foram mal resolvidos no passado, na família e nos demais grupos de convívio, os quais estão à espera de uma resignificação que possibilite a reconstrução do grupo familiar que está interiorizada de forma patogênica dentro de cada um".

O grupo de análise vem se modificando ao longo dos anos mas o analista não deve focar somente na "neurose de transferência" de forma sistemática, mas também nos aspectos extra transferenciais que estão contidos na realidade cotidiana, não se limitando a assinalar as representações pulsionais e as defesas inconscientes⁷.

É importante valorizar as mensagens positivas e negativas inconscientes e conscientes, incentivar e valorizar a capacidade de pensar, refletir e agir do paciente. E, valorizar os aportes de cada participante do grupo, procurando constituir uma totalidade psíquica grupal: *"qualquer membro do grupo precisa ter a liberdade para fantasiar, pensar, contestar, agredir, amar, sofrer criar"*⁷.

Considerando a possibilidade de se trabalhar analiticamente com grupos, este artigo tem como objetivo relatar a experiência da constituição de um grupo analítico, desenvolvido com sujeitos que possuem estrutura psíquica psicótica.

MÉTODO

Este estudo é um relato de experiência que aborda a criação de um grupo para pacientes com estrutura psicótica.

Aponta breve percurso histórico, mas focaliza principalmente a intervenção psicanalítica. Por sua vez, num composê de vários autores psicanalistas fundamenta um fazer que é por si evolutivo, criativo, proativo e ao mesmo tempo reconhecedor da complexidade da clínica com pacientes em estrutura psicótica.

Descreve para seus direcionamentos no grupo a intensa participação de três psicanalistas e a temporalidade (que apesar das regras) é aberta a uma dinâmica da necessidade do paciente, que também é atendido por análise individual e com acompanhamento psiquiátrico e de outros profissionais caso necessário.

RESULTADOS

A constituição e evolução analítica do “Grupo Vida”

O trabalho analítico com pacientes de estrutura psicótica iniciou-se no ano de 2001, na clínica social do Sindicato dos Psicanalistas do Estado de São Paulo, denominada Clínica Ana Joaquina, na cidade de São Paulo.

É um trabalho que visa prestar atendimento psicanalítico às pessoas de baixo rendimento financeiro, sendo feito por analistas experientes e aspirantes a psicanalistas sob supervisão, sem nenhum convênio com órgãos públicos federais, estaduais ou municipal. O trabalho clínico se dirige ao atendimento de crianças, adolescentes e adultos que procuram ajuda para aliviar o sofrimento, independente da estrutura clínica.

O trabalho com pacientes de estrutura psicótica começou por necessidade, pois havia procura por tratamento e poucos analistas que se dispunham a trabalhar com a clínica psicótica. Na época, a coordenadora se dispôs a formar um grupo para atender alguns pacientes que aguardavam atendimento individual.

O primeiro encontro contou com oito pacientes de estrutura psicótica, sendo um grupo misto de mulheres e homens, três analistas em formação supervisionada e a coordenadora.

Os pacientes que chegavam na clínica eram encaminhados por médicos psiquiatras, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e familiares em busca de tratamento. Possuíam diagnósticos psiquiátricos, emitidos pelos médicos do sistema de saúde pública, apresentavam um quadro patológico crítico, alto grau de impregnação medicamentosa, alguns eram recém saídos de internações psiquiátricas e, muitos estavam sem tratamento algum, com delírios e alucinações.

O trabalho foi difícil pela própria complexidade desta clínica, pela falta de profissionais que se disponibilizavam para o tratamento, pela evasão de pacientes e por ser um trabalho novo que precisava se organizar. Aos poucos, a clínica foi se estruturando e hoje é uma clínica que já tem uma direção de tratamento para psicóticos.

A condição estabelecida para os pacientes participarem do grupo era que estivessem em tratamento psiquiátrico e participassem do grupo uma vez por semana. As sessões tinham duração de duas horas com o limite de 12 participantes adultos entre 25 a 65 anos, de ambos os sexos. Era um grupo aberto, heterogêneo sem prazo definido para terminar. O grupo foi denominado de “*Grupo Vida*”, nome escolhido pelos próprios pacientes.

Ao iniciar o tratamento os pacientes passavam por entrevistas individuais para elaborar um diagnóstico psicológico e psicanalítico com o diagnóstico médico psiquiátrico. A avaliação psicológica foi feita por meio de aplicação de testes projetivos sendo eles o HTP (Casa, Árvore e Pessoa), TAT (Teste de Apercepção Temática) e o teste das Pirâmides de Pfister²⁴, além de um diagnóstico psicanalítico por meio de entrevistas semiestruturadas. Após as avaliações diagnósticas, os pacientes eram encaminhados para o grupo.

A princípio não se tinha uma direção de tratamento, nem a mensuração da importância

do trabalho que estava sendo feito. A permanência por mais tempo de dois psicanalistas junto com a coordenadora foi decisivo para a constituição do trabalho grupal. Foi a ponte que permitiu gradativamente a constituição de laços semelhantes aos esperados dentro do ambiente familiar, vínculos duradouros e mais seguros. Essa direção passou a nortear a equipe, mas a própria integração dos pacientes era ainda muito insípida, não havendo vínculo entre eles. Conforme os psicanalistas se estabilizaram, passaram a ser aceitos pelos pacientes como parte integrante do grupo.

Notou-se que a permanência de alguns pacientes também foi decisiva para o estabelecimento do vínculo grupal, que assumiu contornos de grupo familiar estendido. Observar este movimento permitiu uma primeira percepção de que atividade grupal formava uma representação familiar possível, e que a permanência do analista era fundamental para que os pacientes se constituíssem como um grupo seguro. Assim o trabalho foi criando força e delineando uma forma de atuação analítica.

Com o intuito de promover um trabalho mais aprofundado, buscou-se outros profissionais dispostos a trabalhar com o grupo e para proporcionar a análise individual aos pacientes do grupo. Uma vez que eles já faziam tratamento psiquiátrico e análise de grupo, incluiu-se nesse momento a análise individual, formando então um tripé de sustentação para o tratamento.

O grupo tinha um propósito fundamental de trabalhar as relações pessoais que estabeleceriam laços sociais, o tratamento psiquiátrico, por meio da medicação, daria estabilidade para a manutenção do tratamento analítico e a análise individual ajudaria na organização psíquica pessoal.

Outro aspecto decisivo na evolução do trabalho foi a disposição integrada entre pacientes e psicanalistas no setting grupal, que produzia (e produz) uma sensação de pertencimento, um local onde todos estivessem no mesmo plano. Isto nasceu a partir da fala de um paciente que questionou porque os psicanalistas ficavam de um lado e pacientes de outro, sugerindo uma discriminação.

A partir daí houve uma mudança na disposição, pela qual os psicanalistas se posicionavam entre os pacientes. O paciente de estrutura psicótica necessita da imagem visual concreta para sentir-se mais aceito e seguro. Não basta dizer que o aceita, é preciso demonstrar por atos. Uma mudança simples provocou alterações na dinâmica do grupo que passou a funcionar de maneira mais integrada, sendo este um dos diferenciais do trabalho. Foi uma forma objetiva de dizer “estou aqui do seu lado, te olho, te aceito, te compreendo e te amparo”.

A nova dinâmica tornou o grupo mais participativo e seguro, o que propiciou uma participação mais ativa da coordenadora no sentido de funcionar como lei que interdita os excessos, convocando-os a ter uma participação mais igualitária.

Gradativamente a coordenadora foi sendo vista como uma figura capaz de interditar quando necessário, com uma presença ativa, sendo secundada por um psicanalista que atuava de forma receptiva, carinhosa, fazendo a maternagem. Eles demonstravam que o terceiro psicanalista era recebido como um irmão mais velho que sabia alguma coisa sobre eles, mas que também disputava a atenção do pai e da mãe.

A dinâmica desta constituição foi se configurando cada vez mais como uma espécie de “constelação familiar possível”, permitindo criar a esperança de pertencer a um grupo e, a partir daí, ser um sujeito. Evidentemente todo o processo foi permeado por conflitos, estados de surto, angústias, ciúmes, agressividade e amor, semelhante a um grupo familiar.

Para eles essa era a possibilidade de participar e não de escapar para o seu mundo imaginário e psicotizado, uma vez que havia ali “um pai, uma mãe, uma família” com quem pudesse contar e interagir. Este aprendizado básico faltou na infância dos pacientes, e a experiência no grupo permitiu que pudessem experimentar relações parecidas com as familiares, e assim fazer suas tentativas de estabelecer laços sociais. Se antes não tinham nenhuma referência, agora dispunham de alguma coisa, de um exemplo, de uma tentativa que

podia ser bem sucedida.

Dessa forma, fora constituída uma dinâmica grupal com diferenciação de vínculos – papéis diferentes para cada psicanalista a partir das características de atuação de cada um. Entretanto, como acontece no ambiente familiar, foi necessário que se abrissem possibilidades de outros recursos para sustentar a ausência de pai e mãe, similar a um irmão mais velho, um vizinho, uma instituição que pudesse cuidar do grupo, em caso de uma ausência temporária, natural e necessária das figuras cuidadoras. Assim ficou estabelecido que a análise de grupo seria conduzida com no mínimo três analistas, cada um representava uma figura - pai, mãe e irmãos.

Com a estabilização dos três analistas foi possível fazer intervenções diretas relacionadas ao núcleo psicótico de cada paciente e à problemática familiar de cada um. Era possível que o paciente constataste a dura realidade ao qual fora submetido e, ao mesmo tempo, vislumbrasse uma saída possível, a de ter encontrado um espaço substituto do núcleo familiar, mais seguro e estável para recomeçar.

As intervenções mais incisivas eram feitas pelo analista que assumiu a posição de interventor, e não podia ser feita por outro analista ao qual esse lugar não fosse atribuído. As interdições são duras e difíceis para alguém que tem uma estrutura frágil, que não tolera frustração, o que os levavam a buscar apoio e amparo no analista que se coloca na posição de maternagem.

Este segundo analista deixa o pai no seu lugar de Lei, mas dá outro contorno ao que foi dito, ameniza, procura mediar sem desautorizar. Gradativamente, os pacientes foram percebendo que não precisavam fugir para seu refúgio interno e alienante, que podiam contar com o apoio dessa maternagem e dos demais membros do grupo, sem que precisassem expulsar o pai. A mediação permitia a percepção de que a lei também ampara e protege, sendo necessária para a convivência em grupo.

A divisão de papéis entre os analistas trouxe certo alívio emocional para eles pois a transferência massiva foi diluída entre os três, não recaindo sobre um único analista a necessidade de lidar em tempo indeterminado com a demanda infinita de amor e presença, com a agressividade inerente a essa estrutura. São fatores geradores de angústia para o analista que precisa administrar com maestria, para tanto é importante que os analistas estejam bem analisados. Os pacientes estão ali misturados um com um outro e buscam nesses analistas um sentido de viver.

Contar com o apoio de outros analistas fez com que houvesse uma diluição das pulsões e maior prontidão para atender às demandas dos membros do grupo nos momentos de muita excitação e angústia. Foi preciso tempo e paciência para formar uma equipe de analistas comprometidos com este trabalho.

A percepção da importância da integração do trabalho individual e de grupo foi essencial para o desenvolvimento da direção de tratamento, pois algumas atividades e intervenções só eram possíveis no grupo, enquanto outras podiam ser mais exploradas na análise individual. A integração do tratamento individual e grupal passou a ser um manejo técnico para o tratamento da psicose.

Outro fator que contribuiu para a consolidação da direção de tratamento proposto foi a exploração de uma outra forma de vínculo analítico diferente do estabelecido com pacientes de estrutura neurótica.

O vínculo analítico estabelecido com os psicóticos é ativo, é um *acting out* de amor. O analista é uma figura de máxima importância, pois na sessão se apresenta como um saber inquestionável que ajuda o paciente a estabelecer uma relação que possibilita a introjeção de um objeto amoroso que possa sustentar uma incípita subjetividade.

O grupo analítico ativo se diferencia de grupos de outras terapias de aconselhamento e de orientações, por se pautar no estabelecimento da transferência ativa, que permite a reorganização da estrutura psicótica, promovendo o estabelecimento de laços sociais por meio

do processo de espelhamento entre os membros do grupo e pela introjeção de um objeto amoroso capaz de sustentar e fazer uma borda ao inconsciente a céu aberto do psicótico.

No trabalho com *Grupo Vida* prevalece (o grupo se mantém) a escuta analítica, e o estabelecimento de um pacto vincular que favorece a interpretação das manifestações inconscientes, a análise das resistências e a transferência ativa.

Também são utilizadas técnicas criativas e projetivas utilizando arte, dança e dinâmicas corporais para favorecer a relação subjetiva através de uma linguagem objetiva, pois a dificuldade do psicótico é justamente no processo de simbolização. De acordo com a demanda do grupo, são colocadas as vivências para serem posteriormente discutidas e analisadas.

Na aliança grupal que foi sendo construída pelos analistas e pacientes houve a percepção de que o grupo é contínuo, e tem o formato de um grupo familiar, que não tem tempo para terminar e que sempre haverá um analista disposto a escutar. Esse movimento de continuidade é constatado pelos pacientes que se afastam por algum tempo e voltam, para “*visitar o grupo*” contam suas histórias e se colocam como se nunca houvesse se afastado.

Existem ainda outros que não conseguem serem constantes, mas que participam eventualmente, esperando acolhimento e aceitação mesmo não conseguindo ser assíduo. Os participantes até questionam a ausência, mas os acolhe, neste lugar construído para que pudessem voltar quando estivessem necessitando. Quando estão em surto ou com um alto grau de angústia eles sabem onde buscar refúgio, no “*Grupo Vida*” pois eles sabem que ali existe um grupo para o qual podem voltar e com o qual podem contar. Este foi mais um ponto para o estabelecimento de laços sociais.

Os resultados obtidos ao longo de 15 anos mostram que houve diminuição de medicação, bem como do número de surtos delirantes e alucinatórios daqueles pacientes que conseguiram permanecer no grupo por um período superior a dois anos. Para eles foi possível a construção de um projeto de vida, que lhes permitiu lidar melhor com a sua realidade psíquica e enfrentar a sua realidade externa.

Hoje já falam da presença e da ausência, já se comunicam fora do grupo, já se mobilizam para se ajudarem. Existe a esperança de ter um lugar seguro, poder participar e de poder contar com o outro.

Um desafio permanente é dar a eles a dimensão do comprometimento e de limite – precisam marcar um horário para análises individuais e respeitar o horário do grupo. Ainda se têm pacientes e ex-participantes com dificuldade de entender que, embora haja receptividade, não é a qualquer momento e nem de qualquer jeito que podem acionar os analistas, que existem regras a serem cumpridas.

DISCUSSÃO

Psicose: uma estrutura psíquica

A psicanálise sob o ponto de vista freudiano entende que o psiquismo se organiza de uma forma estrutural a partir do nascimento até por volta dos 8 anos de idade, por meio do estabelecimento da relação afetiva de um cuidador e um infante. Esta ideia freudiana está colocada desde o início de sua obra “*As neuropsicoses de defesa*”⁸. Ele começa a pensar em uma classificação de patologias e os sintomas enquanto uma defesa psíquica.

Nos estudos sobre a histeria⁹, Freud aponta que os sintomas são manifestações afetivas que agem em defesa de uma representação inconsciente. Ele aprofunda os conceitos sobre a organização psíquica na obra “*Interpretação de sonhos*”¹⁰ e depois em “*Ego e ID*”¹¹. As estruturas ficaram delineadas em neuroses, psicoses e perversões.

A organização psicótica começou a ser abordada no artigo “*As Neuropsicoses de defesa*”⁸, afirmando-se que: *na paranoia o conteúdo da vivência e o afeto estão ligados à representação incompatível e convergem de forma alucinatória para o meio externo.*

No trabalho primordial de Freud sobre as psicoses “*Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de paranoia*”¹², conhecido como *caso Schreber*, a teoria sobre a psicose toma forma.

Daniel Pablo Schreber, grande intelectual e talentoso doutor em jurisprudência começou a sentir sintomas de hipocondria logo após seu casamento e, os sintomas se agravaram ao assumir o cargo de presidente da corte de apelações de Dresde. Além dos sintomas hipocondríacos começaram as alucinações visuais e auditivas, ideias de perseguição, se imaginava morto com o corpo putreficado. O sintoma mais marcante foi a disfunção da imagem corporal que se via como uma mulher, e no seu delírio alucinatório seria a mulher de Deus para gerar uma raça Schreberiana¹².

No *Rascunho H*¹³ Freud já falava sobre confusão alucinatória visual e auditiva como sintomas da paranoia. No *Rascunho K*¹⁴ acrescenta que há uma formação de compromisso com as vozes e as imagens delirantes.

Outro conceito fundamental para entender a psicose foi abordado por Freud no artigo sobre “*Introdução ao Narcisismo*”¹⁵, que traz a ideia da existência de um narcisismo primário e secundário, sendo que na psicose há uma regressão libidinal à fase auto erótica. Mas, foi no artigo “*História de uma neurose infantil*”¹⁶, conhecido como: *Caso do Homem dos Lobos* ao descrever o processo alucinatório do dedo cortado, que Freud aborda o mecanismo da “*Verwerfung*”, como sendo um mecanismo de negação da realidade, processo fundante da psicose. Este conceito pode ser verificado na citação abaixo no Vocabulário de Psicanálise Laplanche/Pontalis¹⁷: “*Existe uma espécie de defesa muito mais enérgica e muito mais eficaz que consiste no fato de que o Ego rejeita (Verwirft) a representação insuportável e ao mesmo tempo seu afeto, e se conduz como se a representação nunca tivesse chegado ao ego*”.

A questão da negação da realidade como sendo uma característica fundante da psicose é também colocada por Freud na publicação: “*A perda da realidade na neurose e psicose*”¹⁸.

Os aportes teóricos freudianos conseguem fundamentar a organização da estrutura psicótica e caracterizar os sintomas apresentados por esta estrutura^{1-4,8-16}. Mas, outros psicanalistas se enveredaram na compreensão da psicose. Por este caminho Lacan da escola francesa deu sequência ao desenvolvimento deste trabalho¹⁹⁻²¹.

Lacan começa seus estudos psicanalíticos partindo da psicose através de sua tese de doutorado “*Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade*”¹⁹. Ele escreve o *Seminário 3*²⁰ sobre a psicose. Neste seminário Lacan faz uma demarcação dos pontos fundamentais da teoria freudiana sobre a psicose e traz novos conceitos fundando uma clínica para tratar a psicose. Nesta clínica ele trata o psicótico como um sujeito da linguagem e o analista tem função de secretário do paciente. Enfatiza que a psicose é uma constituição estrutural e que as manifestações sintomáticas são defesas psíquicas em qualquer classificação²⁰.

As estruturas para Lacan são fatos da linguagem e que se organizam na fase dos “*Espelhos*”. Outro ponto de extrema significação que Lacan²⁰ aborda, é que na psicose o *Nome-do-Pai* (terceiro simbólico) é foracluído, deixando o inconsciente ser tomado pelas alucinações auditivas e visuais, delírios, desconexão do pensamento e da realidade. O mecanismo que provoca este fenômeno é a *Verwerfung* de Freud que Lacan traduziu por foraclusão²⁰.

Foraclusão, segundo o Dicionário de Psicanálise de Roudinesco e Plon²², é um termo jurídico francês – forclusif, é foraclusivo ou excludente – uso de um direito não exercido no momento oportuno. Este termo forjado por Lacan designa:

“*[...] um mecanismo específico da psicose, através do qual se produz a rejeição de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Quando essa rejeição se produz, o significante é foracluído. Não é integrado no inconsciente como no recalque, e retorna sob forma alucinatória no real do sujeito*”²¹.

Segundo Albino²³:

Foraclusão é “a exclusão do significante primordial da cadeia simbólica”, é “o mecanismo que impera no processo de uma estrutura psicótica, equivale a não inclusão na norma edipiana, à negação da entrada do pai simbólico na trílice relação”.

No *Seminário 22*²¹, “*Real, Simbólico, Imaginário*”, Lacan teoriza sobre o *Nome-do-Pai* como sendo o significante que une o real, simbólico e imaginário, tendo a função de dar nome às coisas, o que permite a entrada na linguagem simbólica. E, na psicose há uma falha nesta constituição, deixando o sujeito psicótico fora da cadeia simbólica²¹.

Deste modo, a psicose é uma organização que determina o funcionamento psíquico do sujeito sendo o principal mecanismo a rejeição da realidade externa e a falta de uma organização simbólica que o deixa fora da subjetividade. Por não conseguir criar uma cadeia simbólica, o psicótico fica preso no mundo objetal sendo o corpo próprio, seu objeto primordial, com isso há um empobrecimento do mundo interno e externo.

Na tentativa de buscar uma forma de simbolizar, desenvolve um mundo imaginário comandado pela alucinação e o delírio que passam a ser o único caminho para tentar simbolizar, mas fica foracluído, fora dele. É como se existissem dois mundo ao mesmo tempo, um interno e outro externo. É um mundo infável que ele tem que conviver o tempo todo.

O setting grupal para os pacientes psicóticos foi (e, é) um facilitador que tem a função de espelho, na qual são projetadas as angústias, as perseguições e as possíveis reintegrações psíquicas. O efeito desta dinâmica cria uma demanda própria que surge na análise individual, pautada na necessidade de falar mais da sua história de vida, das angustias, dos sintomas psicóticos e do impacto que sofreu com as intervenções no grupo. O que é mobilizado no grupo é levado para o trabalho individual de acordo com a percepção e o conteúdo psíquico de cada paciente.

O pacto vincular precisa ser suficientemente forte para possibilitar a instauração da transferência ativa que favorecerá ao paciente o enquadramento que lhe falta para conter os seus sintomas, tais como angústia, conversões somáticas, confusão mental, ou seja, conter e direcionar suas pulsões. O importante é despertar e conservar a vitalidade psíquica.

CONCLUSÃO

A dinâmica analítica estabelecida no “*Grupo Vida*” possibilitou a constituição de uma direção de tratamento que vem se mostrando muito eficaz, pois vem melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

O formato do grupo analítico como um núcleo familiar atemporal, a posição dos três analistas, a disposição de analistas e pacientes no grupo mediado por um analista desejoso que estabelece uma transferência ativa, se revelaram condições necessárias para a constituição grupal.

O trabalho com os pacientes psicóticos continua até a presente data, tem pacientes que estão em tratamento desde a fundação do grupo e novatos que chegam muito debilitados que são inseridos no grupo e recebidos pelos antigos de uma forma acolhedora, eles transmitem a segurança de que se eles persistirem no tratamento podem melhorar.

Hoje o grupo é composto em média de 18 a 20 pacientes por sessão, e 8 analistas que se revezam nas sessões grupais, e para atender individualmente tem uma equipe maior que atendem os pacientes do “*Grupo Vida*” sob supervisão.

É um trabalho analítico que repousa na escuta e no manejo técnico que permite a reorganização psíquica, e que ajuda o psicótico perceber os sintomas e os diferenciar da realidade, e assim deixá-los longe dos delírios e das alucinações.

O analista através do vínculo constrói uma ponte entre o real e o imaginário e através da fala promove uma linguagem que o paciente possa se inserir e buscar uma simbolização. A palavra dos analistas ajuda o paciente psicótico a construir suas próprias palavras.

REFERENCIAS

1. Bion WR. Experiências com grupos. São Paulo: Imago; 1975. 185p.
2. Freud S. Totem e tabu. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 13, 277p. [Obra original publicada em 1913].

3. Freud S. Psicologia das massas. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 18, 317p. [Obra original publicada em 1921].
4. Freud S. Futuro de uma ilusão. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 21, 157p. [Obra original publicada em 1927].
5. Freud S. Mal-estar da civilização. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 21, 157p. [Obra original publicada em 1930].
6. Kaës R. Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur. L'Évolution psychiatrique. 1976; 41(2):339-47.
7. Wolf A, Schwartz FK. Psicanálise em grupos. Nova York: Grüne and Straton; 1962. 410p.
8. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica, uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999. 473p.
9. Freud S. As neuropsicoses de defesa. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 3, 348p. [Obra original publicada em 1894].
10. Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 2, 350p.
11. Freud S. Interpretação dos Sonhos. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 4, 363p. (Obra original publicada em 1900).
12. Freud S. Ego e ID. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 19, 170p. [Obra original publicada em 1923].
13. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de paranóia. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 12, 406p. [Obra original publicada em 1911].
14. Freud S. Rascunho H. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 3, 348p. [Obra original publicada em 1895].
15. Freud S. Rascunho K. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 3, 348p. [Obra original publicada em 1896].
16. Freud S. Introdução ao narcisismo. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 13, 277p. [Obra original publicada em 1914].
17. Freud S. História de uma Neurose Infantil. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 17, 129p. [Obra original publicada em 1918].
18. Zimerman DE. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Reedição. Porto Alegre: Artmed; 2009. 459p.
19. Freud S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 19, 170p. [Obra original publicada em 1924].
20. Lacan J. Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1987. 442p. [Obra original publicada em 1932].
21. Lacan J. O seminário 3: as psicoses, 1955-1956. 2ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2008. 380p.
22. Lacan J. Seminario 22. RSI, inédito. [S.n.t]; 1974. 77p.
23. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1998. 888p.
24. Albino A. Encontros e desencontros na clínica da psicose: uma reflexão psicanalítica. São Paulo: Instituto Langage; 2015. 127p.

CONTRIBUIÇÕES

Todas autoras tiveram iguais contribuições no desenho, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Albino A, Barros MTM, Herszkowicz S, Abete M. Análise em grupo com pacientes psicóticos: a experiência do “grupo vida”. REFACS [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(1):137-146. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

ALBINO, A.; BARROS, M. T. M.; HERSZKOWICZ, S.; ABETE, M. Análise em grupo com pacientes psicóticos: a experiência do “grupo vida”. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 1, p. 137-146, 2020. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Albino, A., Barros, M. T. M, Herszkowicz, S. & Abete, M. (2020). Análise em grupo com pacientes psicóticos: a experiência do “grupo vida”. REFACS, 8(1), 137-146. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.