

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FERNANDA AVELINO VASCONCELOS

Uma leitura psicanalítica do funcionamento dos grupos operativos na saúde mental  
como assistentes de tradução do sofrimento psíquico

Maringá  
2019

FERNANDA AVELINO VASCONCELOS

Uma leitura psicanalítica do funcionamento dos grupos operativos na saúde mental  
como assistentes de tradução do sofrimento psíquico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Linha de Pesquisa: Psicanálise e Civilização.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Viviana Carola Velasco Martinez.

Maringá  
2019

Uma leitura psicanalítica do funcionamento dos grupos operativos na saúde mental  
como assistentes de tradução do sofrimento psíquico

RESUMO

Esta dissertação visa apresentar o funcionamento dos grupos operativos na saúde mental como assistentes de tradução do sofrimento psíquico. Para isso, foi tomado como objeto de estudo um grupo operativo que funciona em uma Unidade Básica de Saúde de um município de médio porte, do estado do Paraná. Primeiramente, é apresentado alguns pressupostos básicos da Teoria do Vínculo de Pichon-Rivière e da Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche. Em seguida é introduzida a conceituação de Projeto Transferencial de Mello Neto, e Projeto Transferencial Grupal, junto ao que denomino de canal transferencial. Por fim, a análise é realizada a partir de características intrínsecas ao grupo objeto de estudo, da temática do enigma do morto e o luto, e do grupo operativo como assistente de retradução para o complexo de Édipo.

Palavras-chave: grupo, saúde mental, assistente de tradução, psicanálise.

A psychoanalytic reading of the functioning of operative groups in mental health as assistants in the translation of psychological suffering

ABSTRACT

This dissertation aims to present the functioning of the operative groups in mental health as assistants in the translation of psychological suffering. For this purpose, an operating group that works in a Basic Health Unit in a medium-sized municipality in the state of Paraná was taken as the object of study. First, some basic assumptions of Pichon-Rivière's Theory of Bond and Jean Laplanche's Theory of Generalized Seduction are presented. Then the concept of Mello Neto's Transferential Project and Group Transferential Project are introduced, together with what I call the transferential channel. Finally, the analysis is performed based on characteristics intrinsic to the group under study, the theme of the enigma of the dead and mourning, and the operative group as a back-translation assistant for the Edipus complex.

Keywords: group, mental health, translation assistant, psychoanalysis.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	4
Os grupos na saúde pública.....	7
O grupo e a psicanálise.....	11
O grupo objeto da pesquisa .....	15
<i>Grupo Cuidar</i> .....	17
Os grupos sob a ótica da Teoria da Sedução Generalizada .....	19
Descrevendo a pesquisa .....	25
CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A TEORIA DO VÍNCULO DE PICHON-RIVIÈRE.....	30
CAPÍTULO 2 - TEORIA DA SEDUÇÃO GENERALIZADA: ASSISTENTES DE TRADUÇÃO E OUTRAS COISAS MAIS .....	39
2.1 A sedução, a mensagem enigmática e os assistentes de tradução: entendendo a TSG .....	39
2.2 As mensagens do outro em mim .....	49
2.3 Breves considerações sobre o grupo operativo e a TSG .....	51
2.4 <i>Après-coup</i> e alteridade: ressaltando a importância do outro concreto.....	54
CAPÍTULO 3 – PROJETO TRANSFERENCIAL GRUPAL .....	59
3.1 Transferência e contratransferência: de Freud à contemporaneidade .....	59
3.2 O Projeto Transferencial .....	65
3.3 O Projeto Transferencial Grupal .....	68
CAPÍTULO 4 – O GRUPO OPERATIVO, OS ASSISTENTES DE TRADUÇÃO E A SEDUÇÃO.....	70
4.1 Aspectos gerais do funcionamento do grupo .....	71
4.1.1 <i>Os segredos e o enigmático</i> .....	79
4.2 O grupo operativo como assistente de tradução do enigma do morto: o luto .....	84
4.2.1 <i>As perdas, o enigma e o luto</i> .....	85
4.3 O grupo operativo como assistente de retradução para o complexo de Édipo.....	100
4.3.1 <i>Mamãe, papai e eu: relatos e a escuta psicanalítica</i> .....	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS .....	126

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa propõe realizar uma leitura do funcionamento de grupos operativos, na Saúde Pública, a partir da Teoria da Sedução Generalizada – TSG. Propomos, nesta pesquisa, que os grupos operativos funcionam como assistentes de tradução do sofrimento psíquico para os pacientes e, assim, têm um valor terapêutico. Para isso, é preciso que haja um anseio comum – inconsciente – a todos os pacientes que participam do grupo. O grupo a que me refiro, objeto desta pesquisa, funciona em uma Unidade Básica de Saúde – UBS, onde atuo como psicóloga desde 2014.

O grupo é constituído por pacientes com demandas específicas de saúde mental – angústia e depressão, por exemplo – e é por mim coordenado. Esse grupo tem como objetivo proporcionar aos pacientes um local de acolhimento e escuta para o sofrimento psíquico.

A hipótese levantada é que os encontros realizados em grupo influenciam, de forma a atingir cada pessoa de maneira única, podendo contribuir tanto para a dinâmica do adoecimento psíquico como para o estabelecimento de uma vida psíquica mais saudável. Uma vez que, entre os participantes exista uma sintonia nos elementos inconscientes que levou cada um deles a encontrar ajuda em formato de grupo. Assim, torna-se possível que o grupo se constitua como instrumento terapêutico. A este processo que envolve todos os participantes do grupo, denominamos Projeto Transferencial Grupal. A partir de então, o grupo pode proporcionar a seus participantes elementos organizadores, ou assistentes de tradução, porque ajudariam exatamente a traduzir o excesso pulsional que conduz ao sofrimento psíquico. Inspiramo-nos na Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche, no que diz respeito à importância da relação e da alteridade. Isto é, o outro concreto como alguém que pode promover sofrimento – aí está a sedução e o excesso –, mas também saúde.

Compreendo que o grupo pode exercer uma função terapêutica e é essa função precisamente que nos leva a propor o grupo como um assistente de tradução do sofrimento psíquico, fornecendo elementos que auxiliem na simbolização. Dentre esses elementos, estaria o próprio coordenador do grupo, enquanto alguém que aceita a demanda direcionada a ele pelos participantes. Porém, é importante ressaltar que o grupo também pode provocar um efeito contrário, no sentido de também produzir sofrimento ou ajudar a mantê-lo. O grupo pode ser também sedutor, na medida em que

suscita a sexualidade perversa polimorfa dos pacientes. Ao supor que o grupo operativo pode atuar como sedutor, estamos presumindo que o mesmo pode agir, inclusive, como algo traumatizante para os participantes. Este viés – o grupo enquanto produtor do sofrimento psíquico – será analisado, todavia não será o foco principal da pesquisa. Assim, o objetivo desta pesquisa é justamente analisar de que maneira os grupos podem produzir saúde –por exemplo, auxiliando no processo de luto de pacientes que perderam pessoas da famíliae que precisam elaborar a perda, falando (ou apenas ouvindo) sobre a morte. Além desse objetivo, busca-se alcançar outros pontos que podem ser considerados mais específicos. Dentre esses pontos, está a compreensão, de acordo com a teoria psicanalítica de Freud e Laplanche, dos conceitos de vínculo, alteridade e transferência. Outro objetivo específico é discutir, em consonância à TSG, as relações que se estabelecem entre os participantes de grupos, com enfoque na sedução, mensagem enigmática, tradução e assistentes de tradução. Por fim, intenciona-se compreender os efeitos psíquicos que os participantes promovem uns aos outros, decorrentes da sua participação em grupos e do grupo em si mesmo.

O meu interesse e a escolha pelo tema podem ser atribuídos ao fato de que, na minha atuação como psicóloga, trabalho cotidianamente com diversos grupos.

No decorrer de meu trabalho, percebi que, com a participação em grupos, os pacientes que procuram o serviço adquirem ou intensificam o senso de responsabilização do cuidado da própria saúde. A participação em grupos também promove a autonomia, principalmente frente às dificuldades encontradas pelas pessoas que sofrem de doenças crônicas. Outro ponto importante é que, em se tratando de doenças crônicas, o acompanhamento por profissionais de saúde deve acontecer de forma longitudinal, ou seja, por um período de tempo longo e indeterminado. Os grupos acabam por favorecer esse tipo de acompanhamento, uma vez que podem permitir a longa permanência de um indivíduo em tratamento e, concomitantemente, não impossibilitam a entrada de outras pessoas na mesma modalidade de acompanhamento, ou seja, em grupos.

Esta pesquisa é importante para compreender a dificuldade da constituição dos próprios grupos, como também da conservação e estabilidade destes. Em minha prática profissional, foi possível observar que há grande dificuldade no que se refere à baixa adesão dos pacientes na participação de grupos de acompanhamento em saúde. Outra dificuldade encontrada está na resistência observada nos profissionais de saúde para realizar acompanhamento dos pacientes por intermédio da participação em grupos,

preferindo-os e dando preferência apenas aos atendimentos e tratamentos individuais. Pude perceber que os profissionais denotam os atendimentos realizados em grupo como algo de qualidade inferior se comparado aos atendimentos individuais. Esse pensamento também é comum a alguns pacientes atendidos.

Em minha prática, noto que existem peculiaridades singulares que caracterizam os atendimentos grupais, diferindo-os dos atendimentos individuais. Essas peculiaridades, porém, não significam que uma das modalidades de atendimento seja inferior ou superior à outra. Os atendimentos individuais permitem maior facilidade de vinculação ao tratamento e oferecem a sensação de um atendimento exclusivo. Ladeia e Soares (2013) realizaram um estudo sobre atendimentos de psicologia individuais e atendimentos de psicologia efetuados em grupo. As autoras salientam que há preferência pelo atendimento individual, pois os pacientes tendem a resguardar seus conflitos emocionais, mesmo reconhecendo a importância da socialização e das trocas de experiência. Eles não querem expor suas fraquezas frente ao grupo, temendo olhares punitivos e a quebra do sigilo por parte dos outros participantes do grupo. Outro fator que leva a preferência do atendimento individual em detrimento do atendimento em grupo é a hipótese de que o profissional, no atendimento individual, tem sua atenção focalizada somente em um paciente, o que não aconteceria quando o atendimento é realizado em grupo.

Os profissionais da saúde não costumam recorrer ao trabalho grupal como recurso de tratamento. Na maioria das vezes, escolhem o grupo para conseguir diminuição de fila de espera ou para otimizar o número de pacientes atendidos em um mesmo espaço de tempo, fazendo uso do grupo como um recurso muito mais burocrático do que terapêutico. De acordo com Moreira, Romagnoli e Neves (2007), a clínica psicológica teve seu nascimento inspirada na clínica médica e, portanto, no atendimento individual. Contudo, para atender às formas de subjetivação da atualidade e do adoecimento psíquico, considerando o contexto social, o psicólogo necessita ampliar seu escopo de formas de cuidar. Segundo as autoras, esse é um desafio para os profissionais da psicologia, pois envolve obter, construir e dominar novos recursos terapêuticos.

Ao buscar oferecer aos profissionais de psicologia conhecimento acerca do recurso terapêutico do trabalho em grupo, e visando potencializar o alcance dessa modalidade de psicoterapia, é que se justifica esta pesquisa. Assim, auxiliará os profissionais de psicologia em sua prática, já que oferecerá novas possibilidades de

atuação, ponderando o grupo operativo como uma ferramenta de trabalho terapêutica, bem como outras técnicas utilizadas pelos profissionais da área.

Por meio desta pesquisa, procuro analisar o funcionamento dos grupos operativos e oferecer uma contribuição para a prática com essa modalidade de grupos nos serviços de saúde, compreendendo as relações estabelecidas entre os membros com o grupo como um todo, sobretudo no que diz respeito às interações inconscientes. A análise das interações inconscientes se torna possível durante o contato com o grupo, no momento em que este começa a atuar, com minha escuta e minha participação. Após o término dos encontros do grupo, são realizados os registros dos relatos dos participantes. Nessa ocasião, faz-se viável uma análise complementar do trabalho analítico. Sob o olhar da psicanálise, é possível – também no momento da escrita e da leitura dos relatos – realizar a interpretação e a compreensão do inconsciente nas relações estabelecidas durante os encontros do grupo.

### **Os grupos na saúde pública**

Para uma compreensão mais eficaz quanto às práticas grupais dentro do espaço da saúde pública, apresento um breve histórico que permite visualizar o nascimento e o desenvolvimento de tal forma de atendimento como alternativa de acompanhamento terapêutico e até mesmo profilático.

É importante pontuar que, em se tratando de grupos, psicologia e psicanálise, existem diversas linhas. Baremlitt (1994) apresenta uma sistematização, de acordo com a localização em que os autores desenvolveram suas teorias:

Uma linha inglesa: Bion, Ezriel, Foulkes, Anthony, Ballint.

Várias norte-americanas: Schilder, Taylor, Bach, Gibbs, Cartwright e dezenas de outros.

Uma linha francesa: Anzieu, Kaës, Lebovici, M. Pagés, R. Pagés, Lapassade etc.

Uma linha argentina: Pichon-Rivière, Grinberg, Langer, Rodrigué, Bleger, Ulloa, Usandivaras, Pavlovsky, etc. (Baremlitt, 1994, p. 13).

O autor ainda afirma que as linhas se misturam, sendo muito difícil não haver a incorporação de tendências de uma linha em outra. Assim, ao olharmos para a história da psicologia de grupos, vemos a confluência de teorias e técnicas de diversas linhas.

Bechelli e Santos (2004) descrevem a trajetória da psicoterapia de grupo, desde o ano de 1907, com Joseph H. Pratt, que criou essa modalidade de terapia no hospital em que trabalhava (*Massachusetts General Hospital*) em Boston, nos Estados Unidos.

De acordo com Silva Filho (2015), a terapia de grupo surgiu com Joseph H. Pratt de forma acidental, enquanto ele observava seus pacientes de tuberculose na sala de espera do hospital. Ele percebeu que a interação entre os pacientes os deixava, de alguma maneira, mais animados. E foi então que tomou a decisão de reuni-los – cerca de 20 pacientes – em um grupo semanalmente. Seu método ficou conhecido como “controle de pensamento”.

Em 1920, o psiquiatra de orientação psicanalítica Edward Lazell, em *St. Elizabeth's Hospital*, Washington DC, começou a utilizar terapias de grupo de Pratt associadas ao método de L. Cody Marsh com veteranos da Primeira Guerra Mundial. A metodologia de Lazell consistia em aplicar palestras de temas psicológicos seguidas de momentos em que os pacientes compartilhavam seus sintomas. No início, Lazell não via importância na interação entre os pacientes do grupo. Porém, mais tarde, afirmou que a terapia de grupo era importante para a socialização, servindo de estímulo para o contato social. Alguns anos mais tarde, em 1927, Julius Metzler utilizou a técnica de terapia de grupo com os alcoolistas (Silva Filho, 2015).

Enquanto isso, segundo Bechelli e Santos (2004), em Viena, Moreno, entre os anos de 1910 e 1914, iniciava os trabalhos com as psicoterapias de grupo e do psicodrama. Ele realizava atividades com crianças e prostitutas nos parques, desenvolvendo espaços de discussão e autoajuda. Isso ajudou Moreno a perceber a importância da espontaneidade para o processo criativo e vitalizador. Assim, fundou o Teatro de Improvisação, em 1921. Depois disso, foi morar em Nova York, em 1932, usou, pela primeira vez, o termo psicoterapia de grupo durante uma reunião da *American Psychiatric Association*. Ao mesmo tempo, também em Viena, Adler e seus colaboradores inauguraram o Centro de Aconselhamento para Pais e Filho, em 1921. Adotavam, em seus encontros, o formato de grupos, tratando o paciente e sua família (Bechelli & Santos, 2004).

Bechelli e Santos (2004) afirmam que as terapias de grupo, apesar de criadas em 1907, só tiveram um crescimento considerável após a Segunda Guerra Mundial. Devido à situação da guerra e ao sofrimento emocional ocasionado por ela, a procura por profissionais de saúde mental aumentou. A busca por tratamentos psicológicos deixou de ser considerada algo vergonhoso. Portanto, somente a partir da Segunda Guerra Mundial é que houve maior aceitação da população de tratamentos psicológicos, gerando maior adesão às psicoterapias.

De acordo com Amado (1999), Kurt Lewin, em 1946, iniciou um trabalho com grupos em Connecticut, no estado de Maine, nos Estados Unidos. Ele desenvolveu um programa com palestras, estudos de caso e dramatizações. Seu objetivo era envolver os participantes no processo de aprendizagem. Havia um observador que codificava as interações entre os membros de cada um dos grupos, discutindo-as posteriormente em reuniões. Assim nasceu o seminário experimental de Bethel, em 1947, que estudava o funcionamento de grupos, seus problemas e papéis desempenhados pelos participantes dos grupos observados e analisados. No ano de 1949, psicólogos clínicos, inclusive freudianos, foram convidados a fazer parte dos seminários de Bethel. Houve, então, uma divisão na forma de trabalho com os grupos: os grupos de ação, que estudavam os casos concretos; e os grupos de conscientização das relações no “aqui e agora” do grupo. Essa segunda maneira de trabalhar com os grupos se popularizou bastante.

Em relação à psicanálise e aos trabalhos desenvolvidos em grupos, de acordo com Amado (1999), Pichon-Rivière, nos anos cinquenta, foi um dos poucos teóricos que se dedicou ao estudo da psicologia clínica psicanalítica e da psicologia social aplicada aos grupos, em especial os grupos operativos. Segundo Pichon-Rivière (2012/1983), o grupo operativo é caracterizado pela resolução grupal comunicada por um porta-voz do grupo. Isso é o que caracteriza a psicoterapia de grupo, fazendo com que não seja uma psicoterapia individual realizada em grupo, pois cada vez que algo emerge no grupo, esta seria uma expressão do inconsciente do grupo, e não do inconsciente individual. O autor estrutura sua teoria na ideia de vínculo. Trata-se de um mecanismo, um sistema complexo de interação bicorporal e tripessoal (eu, objeto externo e objeto interno) que se mantém por intermédio da transmissão e recepção de uma mensagem. Voltarei a discutir a teoria desse autor mais adiante.

No Brasil, tomemos como marco para os trabalhos com grupos terapêuticos a Reforma Psiquiátrica, que culminou com a Lei nº 10.216/2001. De acordo com Rotelli e Amarante (1992), o processo que levou os profissionais da saúde a repensarem a forma de atendimento em saúde mental – que era unicamente hospitalocêntrico e pouco humanizado – se iniciou em 1971 com Franco Basaglia, em Trieste, na Itália. A experiência de Trieste trouxe o fim da violência nas instituições psiquiátricas manicomiais, oferecendo novas formas de cuidado, de modo a aumentar a capacidade de sociabilidade e o surgimento da subjetividade naqueles que precisavam do atendimento psiquiátrico.

Foi em 1975, conforme postulam Rotelli e Amarante (1992), que Basaglia veio para o Brasil exercendo uma forte influência com a reforma psiquiátrica italiana. Assim, iniciou-se a desinstitucionalização psiquiátrica, em que a importância não estava somente no ato de fechar hospitais e diminuir o número de leitos em hospitais psiquiátricos. O primordial era a criação de serviços extra-hospitalares suficientes para garantir medidas e tratamentos de cunho preventivo e comunitário. Novas técnicas e novas formas de tratamento foram criadas e inseridas, por exemplo, as terapias de grupo.

Atualmente, terapias e psicoterapias de grupo são adotadas em diversos serviços de saúde do SUS. Nesse contexto, a saúde mental é entendida como fundamental junto à saúde da família. Essa função é exercida pelo programa de Atenção Básica – AB – por meio das Unidades Básicas de Saúde – UBS, com as equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF. A equipe básica da ESF é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Além de cuidar da saúde mental, a ESF está encarregada de oferecer acesso ao cuidado da saúde de forma geral. O foco da ESF é a família, tendo como objetivo mudar o modelo assistencial puramente biomédico, centrado somente na doença e no tratamento. Passa-se a investir, então, na promoção da saúde.

Para potencializar o escopo de atendimento das ESF, foi criado também o Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB. De acordo com o “Caderno de Atenção Básica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 01: Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano”, publicado em Brasília (2014) pelo Ministério da Saúde, o NASF-AB se constitui como um dispositivo para ampliar a habilidade de resposta da AB.

Com a fundação do NASF-AB, criaram-se novas possibilidades ao introduzir uma equipe multiprofissional para potencializar os serviços oferecidos pelas equipes de ESF, agregando práticas de profissionais de diferentes especialidades. O NASF-AB, para atingir os objetivos propostos, pode desenvolver as seguintes ações e atividades: reunião de matriciamento (levantamento de propostas de intervenção pedagógico-terapêutica), reunião de equipe NASF-AB, atendimento individual compartilhado e específico, atendimento domiciliar compartilhado e específico, atividade coletiva compartilhada e específica e elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente.

Assim, dentro desse contexto, o município de Maringá, no estado do Paraná, tem atualmente 09 equipes de NASF-AB habilitadas. Atuo em uma dessas equipes; além de mim, há uma assistente social, um profissional de educação física, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e um fisioterapeuta. Somos referenciados a 09 equipes de ESF, estando presentes em 03 UBS, ou seja, atuamos em 03 Unidades Básicas de Saúde diferentes, fazendo um revezamento nos dias da semana para comparecer onde existe demanda da equipe de Estratégia Saúde da Família. Dentre as atividades executadas pelo NASF-AB, a que nos interessa são as atividades coletivas compartilhadas e específicas. Entre essas atividades, estão os grupos operativos, objeto da presente pesquisa.

Dentro das ações do NASF-AB, visando o cuidado de pacientes da AB, os grupos – sejam eles terapêuticos, operativos ou psicoterapêuticos – são entendidos como ferramentas utilizadas para empoderar, desenvolver a autonomia, a participação e responsabilização dos pacientes no cuidado à saúde. De acordo com o Caderno de Atenção Básica do NASF: “O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos” (Brasil, 2014, p. 67). Os grupos, mesmo não tendo como foco principal a saúde mental, atuam – em sua forma de funcionamento – oferecendo elementos que contribuem para a dinâmica psíquica, de maneira a propiciar aos pacientes novas condições de compreensão de seu funcionamento psíquico enquanto produtor de sofrimento ou de satisfação. É nesse sentido que propomos analisar os elementos que entram em cena no funcionamento dos grupos operativos, especificamente, e que podem promover a saúde mental, por isso mesmo os denominamos assistentes de tradução do sofrimento psíquico, o que conduz a tantas pessoas a procurar ajuda nesses setores.

### **O grupo e a psicanálise**

Sobre os grupos e a psicanálise, partirei de Freud (1921/2011d), em Psicologia das massas e análise do Eu, no qual afirma que todo indivíduo é pertencente a um grupo, seja a sua família ou até mesmo a sua nação: “Na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador e adversário, e

portanto a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado.” (Freud, 1921/2011d, p. 14).

Os grupos a que Freud (1921/2011d) se refere são formações de pessoas que se organizam e que têm um objetivo em comum. Isso quer dizer que não basta que um aglomerado de pessoas se reúna em um mesmo local para ser considerado um grupo; é preciso, sim, que as pessoas se reúnam com um intuito definido e comum. É preciso, também, que haja um laço estabelecido entre as pessoas reunidas:

Mas toda essa intolerância desaparece, temporariamente ou de maneira duradoura, por meio da formação da massa e dentro da massa. Enquanto perdura a formação de massa, ou até onde se estende, os indivíduos se conduzem como se fossem homogêneos, suportam a especificidade do outro, igualam-se a ele e não sentem repulsa por ele (Freud, 1921/2011d, p. 44).

Ademais, há algo que faz com que as pessoas de um grupo se unam. A hipótese do autor é de que este algo que une o grupo é a libido. Assim como nas relações individuais, nas relações sociais – ou em grupo – o desenvolvimento da libido segue o mesmo curso. Isso quer dizer que a libido encontra satisfação nas necessidades vitais, escolhendo, como seus primeiros objetos, as pessoas que participaram desses cuidados de autoconservação, ou seja, a libido se liga a pessoas importantes para o funcionamento vital de ser humano. Freud (1921/2011d) ainda afirma que está no amor o fator cultural – e civilizador – que modifica o egoísmo em altruísmo. Nos grupos, existe, entre os membros, uma ligação libidinal que ultrapassa aquela ligação narcísica do amor próprio.

O autor, ao tratar do tema da libido, o faz de maneira a dessexualizá-la, aproximando seu conceito ao conceito do amor:

Para começar, apoiaremos nossa expectativa em duas reflexões sumárias. Primeiro, que evidentemente a massa se mantém unida graças a algum poder. Mas a que poder deveríamos atribuir este feito senão a Eros, que mantém unido tudo o que há no mundo? Segundo, que temos a impressão, se o indivíduo abandona sua peculiaridade na massa e permite que os outros o sugestionem, que ele o faz porque existe nele uma necessidade de estar de acordo e não em oposição a eles, talvez, então, “por amor a eles” (Freud, 1921/2011d, p. 34).

Outro ponto que Freud (1921/2011d) destaca se referindo à união que liga o grupo é o laço emocional com o líder do grupo. O autor salienta que esses elos emocionais que unem os membros do grupo entre si, incluindo o líder do grupo, não

podem ser de natureza sexual. Ele foca, então, nas identificações, que é outra forma de compreender os laços emocionais. O autor estabelece, desse modo, que as identificações são uniões estabelecidas como não sexuais.

A identificação é uma das mais remotas formas de laço emocional, estando presente na vivência do complexo de Édipo: há sempre uma identificação com algum dos outros envolvidos no conflito edípico. Assim, a identificação é considerada a forma original de laço emocional com um objeto. Há, ainda, algo que Freud (1921/2011d) afirma sobre as identificações. O autor postula que, por regressão, é possível que a identificação substitua uma ligação objetal libidinosa ao realizar, então, uma introjeção do objeto no Eu. E mais: que a identificação pode surgir por intermédio da percepção de algo em comum com o objeto que não é o objeto da libido sexual. Nos grupos, então, existiria esse tipo de laço identificatório: “Já suspeitamos que a ligação recíproca dos indivíduos da massa é da natureza dessa identificação através de algo afetivo importante em comum, e podemos conjecturar que esse algo em comum esteja no tipo de ligação com o líder.” (Freud, 1921/2011d, p. 50).

Para entender com mais eficácia a ligação com o líder, Freud (1921/2011d) realiza uma apresentação sobre a idealização e a hipnose. Na vivência do complexo de Édipo, a criança nutre todos os afetos, sendo eles sexuais ou não, a um dos genitores. Porém, a repressão exige que os instintos sexuais sejam inibidos em sua meta. E toda essa parte sexual permanece inconsciente até a puberdade. Nessa fase, o adolescente consegue direcionar o terno e o sexual a um mesmo objeto.

Entretanto, se a maioria dos instintos sexuais estiverem recalcados, haverá o engano de que o amor é sentido, sexualmente falando, pelos atributos não sexuais do objeto. A isso, o autor nomeia de idealização, pois o objeto passa a ser tratado como se fosse o próprio Eu – objeto foi perdido ou se renunciou a ele – e a libido narcísica é direcionada ao objeto de amor: “Ele é amado pelas perfeições a que o indivíduo aspirou para o próprio Eu, e que através desse rodeio procura obter, para satisfação de seu narcisismo.” (Freud, 1921/2011d, p. 55). Ou, ainda, em casos extremos, pode consumir o Eu, acabando em uma entrega tal, que inoperaliza o ideal do Eu, ao tornar toda exigência feita pelo objeto como algo irrepreensível – o objeto foi conservado e sobreinvestido: o objeto se coloca no lugar do ideal do Eu. Além disso, o autor afirma que o objeto, quando ocupa o lugar do ideal do Eu, a relação que se estabelece é como a relação que acontece na hipnose. E continua:

Por outro lado, pode-se também dizer que a relação hipnótica é – se for permitida a expressão – uma formação de massa a dois. A hipnose não é um bom objeto de comparação para a formação de massa, por ser, na verdade, idêntica a esta. Da complicada textura da massa ela nos isola um elemento, a relação do indivíduo da massa com o líder (Freud, 1921/2011d, p. 57).

Um grupo se mantém unido assim, como acontece no processo de hipnose, ou seja, por meio dos instintos sexuais inibidos em sua meta. De acordo com Freud (1921/2011d), os grupos, ao menos os que têm um líder em sua formação, são constituídos por pessoas que estabeleceram um mesmo objeto no lugar do ideal de ego e que se identificaram uns com os outros em seu Eu.

Na acepção de Ribeiro (2000), o que Freud estaria tentando fazer era encontrar uma maneira de propor a união afetiva sem a presença de nenhum componente sexual. Esse autor aponta que Freud realizou essa distinção para não comprometer um dos pilares da sua própria teoria: o complexo de Édipo, pois, em conformidade com o que apresenta Ribeiro (2000), a identificação primária seria com a figura materna, ao contrário do que a teoria freudiana aponta: na configuração clássica do complexo de Édipo, a proposta é a de que o menino se identifique com o pai, cabendo à mãe investimento de objeto:

Mas ao mesmo tempo, seria absurdo não reconhecer a precocidade das ligações da criança com a mãe. Como as exigências do complexo de Édipo positivo do menino impunham que ela [a mãe] não deveria ocupar o lugar do modelo para a formação do eu e sim o de objeto de investimento sexual, a única solução possível era separar os dois processos em duas categorias distintas e, assim, descrever um deles como não sexual (Ribeiro, 2000, p. 57).

Assim, o que o autor apresenta é que Freud tomou a identificação como uma ligação afetiva não sexual, pois essa foi a maneira que encontrou para não entrar em contradição com uma de suas principais teorias, ou seja, a teoria do complexo de Édipo.

É dessa forma, então, que, do ponto de vista de Freud (1921/2011d), o tipo de união com o líder de um grupo é realizado por meio do processo de identificação, sendo, portanto, considerado por ele como não sexual.

Ainda sobre grupos e a psicanálise, trarei uma contribuição – em um tópico específico desta dissertação – partindo das publicações de Mello Neto (2012/2016) referentes ao Projeto Transferencial, inferindo a existência de um Projeto Transferencial Grupal.

Por Projeto Transferencial, de acordo com Mello Neto (2012), entende-se que o paciente chega para a análise com uma espécie de projeto já estabelecido, pelo menos em parte:

É possível pensar que a finalidade seja a busca de um gozo, coisa que não descarto de maneira alguma, mas estamos convencidos, sobretudo pela repetição desse fenômeno, de que o paciente tem realmente um projeto e este é parte consciente, parte inconsciente. E, evidentemente, trata-se de um projeto que inclui o analista e o inclui necessariamente (Mello Neto, 2012, p. 504).

O Projeto Transferencial seria algo constituído pelo paciente, incluindo o analista/terapeuta em um lugar predeterminado. Caberia ao analista ou terapeuta aceitar esse lugar, pois somente assim a análise/terapia aconteceria. Pensando na modalidade de grupo, é possível que mais de um Projeto Transferencial esteja acontecendo ao mesmo tempo. O coordenador do grupo seria o responsável por criar uma via de acesso para esses diversos Projetos Transferenciais individuais. Essa via de acesso a denominamos canal transferencial.

Para construir o canal transferencial, é preciso que o coordenador do grupo tenha também o seu próprio Projeto Transferencial individual, pois é por meio de elementos do inconsciente deste que se cria o elo de ligação entre os diversos Projetos Transferenciais dos participantes. Assim, forma-se o Projeto Transferencial Grupal.

Há, nesta dissertação, um capítulo específico sobre o Projeto Transferencial que apresenta detalhes sobre essa conjectura.

Conheçamos agora um pouco mais acerca do grupo, o objeto de estudo desta pesquisa.

### **O grupo objeto da pesquisa**

Afirmamos que os grupos, objeto desta pesquisa, são grupos operativos, pautados na teoria de Pichon-Rivière (1983/2012). Apresentarei alguns pontos introdutórios da teoria do autor, porém, mais adiante, haverá um capítulo que discutirá essa temática com mais profundidade.

O funcionamento do grupo operativo passa por cinco principais momentos. 1º: estado de dúvida causado pelo problema apresentado; 2º: estado de tensão e bloqueio de ação; 3º: problema subsequente emerge; 4º: formulação de uma hipótese e escolha da

prova mais apropriada; 5º: por meio do manejo das hipóteses, formula-se um conceito que representa a resolução da dúvida, enquadrada no momento presente. Os grupos operativos possuem seus objetivos centralizados na operação da tarefa específica. Essa tarefa, de acordo com o autor, pode ser entendida como uma aprendizagem, uma cura, uma criação, dentre outras coisas.

Nesses grupos, em que há uma tarefa, os grupos também são compreendidos como grupos de discussão. Tais discussões são mediadas por um coordenador ou, como denomina o autor, um co-pensador – pessoa que pensa junto com o grupo, mas que também realiza as ligações que acabam por integrar os pensamentos do grupo – que busca a comunicação ativa e criadora, por intermédio de um processo crescente e gradativo de aprendizagem e operatividade. Pichon-Riviére (1980/1991) utiliza o termo operativo, pois entende que as ações – dentro ou fora de um grupo – têm uma determinada função, ou seja, têm uma operatividade. Assim, o grupo, para o autor, torna-se operativo, quando ultrapassa barreiras e obstáculos ao buscar resolver uma tarefa específica, operando frente à realidade.

No ideário do autor, a forma de se conduzir um grupo operativo, ou seja, sua didática está de acordo com princípios da interdisciplinaridade. Em relação à didática interdisciplinar, ela é considerada a partir de conhecimentos, experiências e afetos preexistentes em cada pessoa participante do grupo. Todo esse conteúdo individual forma esquemas referenciais, os quais se tornam esquemas referenciais operativos.

Ainda em relação à didática interdisciplinar, segundo Pichon-Riviére (1983/2012), é possível que esta produza um conhecimento orientado e, concomitantemente, um conhecimento de cunho cumulativo, proporcionando o desenvolvimento de atitudes e sua comunicação. Esse conhecimento poderá ser produzido e reproduzido de forma a ser multiplicado.

Os grupos operativos têm a finalidade de aprender a pensar visando à resolutividade das dificuldades que acabaram por ser criadas e, simultaneamente, manifestadas naquele campo grupal, naquele momento presente. Assim, tem-se uma resolução grupal, mas não individual. Este último descaracterizaria o grupo operativo, tornando-se, então, apenas uma psicoterapia individual realizada em grupo. Dessa maneira, é possível compreender que, em cada momento que emerge um porta-voz, ou seja, aquela pessoa que toma a palavra durante determinado momento expressando algo que até então era latente no interior da totalidade do grupo, ele está manifestando não apenas a sua dinâmica interna pessoal, mas as fantasias inconscientes de todo o grupo.

A função do coordenador é auxiliar o grupo a refletir sobre as relações dos integrantes entre si e com a tarefa (Pichon-Rivière, 1983/2012).

Segue, no próximo subtópico, uma apresentação do grupo operativo, objeto da presente pesquisa.

### ***Grupo Cuidar***

O objeto desta pesquisa, o qual denominarei Grupo Cuidar, é um grupo operativo, no qual atuo como coordenadora. Inicialmente, a pesquisa teria dois grupos operativos como objetos de pesquisa, porém um dos grupos se desfez logo no início do período da coleta de dados. O grupo que se desfez tinha em sua coordenação, além de mim – psicóloga – outros profissionais da saúde: nutricionista, profissional de educação física e médico clínico geral. Este último precisou se ausentar das atividades do grupo, a partir de sua saída, os pacientes também foram deixando de participar. Isso acabou por inativar o grupo, pois não havia mais a participação dos pacientes. Assim, a pesquisa se manteve em torno somente do grupo que teve continuidade.

O Grupo Cuidar funciona desde 2014 e se iniciou com a finalidade de atender pacientes adultos que estavam em lista de espera da UBS para atendimento individual de psicoterapia. O grupo, diante da demanda nesse momento, seria uma opção de atendimento que substituiria a psicoterapia individual. Os pacientes que formam esse grupo trazem demandas diversas, mas, em sua maioria, são pessoas com um sofrimento emocional voltado para a sintomatologia da depressão e da angústia. Esses pacientes, ao serem questionados sobre os motivos que os levaram a procurar o serviço de psicologia, se referem a situações de violência doméstica, conflitos familiares, dificuldade na elaboração do luto, ausência de projetos de vida, assédio moral no trabalho, dentre outras situações.

O foco principal do Grupo Cuidar é oferecer um espaço de acolhimento e escuta às pessoas que estão em sofrimento emocional. A partir daí, o grupo serve como aporte, oferecendo um lugar para que o paciente possa falar sobre seu sofrimento e, por meio disso, buscar novas formas de compreender suas emoções, fortalecendo-se para lidar com seus conflitos pessoais. O Grupo Cuidar é um grupo aberto, sem previsão de término, e permite a entrada de outros participantes a qualquer momento. A entrada de novos participantes no grupo se faz por intermédio de encaminhamentos realizados por

outros profissionais da saúde que atuam na UBS, por exemplo, médicos e enfermeiros. Não há controle de faltas, a frequência é livre. Também não há a estipulação de um número de encontros predefinidos ou, ainda, uma previsão de alta predeterminada.

Cada encontro é semanal e tem a duração de uma hora e trinta minutos. A técnica utilizada nos encontros é a de roda de conversa (espaços de diálogo, em que todos têm o direito de se expressar e relatar o que pensam e sentem em relação a qualquer temática), porém outros recursos são utilizados de forma esporádica, como dinâmicas de grupo, palestras de outros profissionais da saúde, passeios e vídeos temáticos. Pode acontecer de determinada demanda específica de algum paciente requerer mais tempo ou mais recursos para que todos possam compreender e organizar internamente o conteúdo que foi exposto – casos de violência sexual, por exemplo, tendem a mobilizar mais os participantes – e, assim, pode ser utilizado um documentário que fale sobre o tema.

É possível afirmar que o Grupo Cuidar atua como o outro concreto, auxiliando na tradução – ou retradução, uma vez que os pacientes já têm mensagens que estão à espera de uma possível tradução – de mensagens enigmáticas. Se as mensagens que estavam à espera de tradução estivessem relacionadas com experiências vivenciadas de violência sexual, o grupo operativo, enquanto um lugar de escuta e acolhimento para angústias, segredos, compartilhamento de emoções e histórias pessoais, ofereceria o efeito de segurança, de orientação e de cuidado, além de oportunizar um processo de tradução, isto é, de simbolização em que o afeto pode ser transformado. Assim, o afeto e o cuidado são também traduções, pois algo que surge no grupo acaba se transformando no ensejo de que surja o acolhimento. Ou seja, estaria dando suporte com novos auxiliares de tradução – como um documentário – abrindo novas possibilidades de tradução – e compreensão – de algo experienciado – não compreendido completamente até aquele momento. Durante o período da pesquisa, não se criou a oportunidade para trabalhar com documentários ou qualquer outra técnica audiovisual.

O Grupo Cuidar funciona como um grupo operativo por seu caráter de discussão de conflitos, buscando encontrar uma solução possível para o sofrimento psíquico ou, ao menos, o alívio deste. O grupo operativo ainda supõe que ocorram interações nos momentos de diálogo do grupo e que haja uma pessoa para mediar as discussões. O Grupo Cuidar – além das interações que estão manifestadas durante os encontros – por intermédio do envio de mensagens enigmáticas, das traduções e retraduições está trabalhando também com interações a nível inconsciente. A cada nova tradução, há um

novo sentido para o enigma dos participantes, gerando mudanças reais e alívio do sofrimento psíquico.

Inicialmente, o grupo era mediado por duas ou três profissionais da UBS: psicóloga e assistente social, algumas vezes contava com a participação de uma enfermeira da equipe de ESF com a finalidade de auxiliar nas discussões com temáticas mais voltadas para a área da saúde de forma geral. Contudo, desde fevereiro do ano de 2017, apenas eu atuava como mediadora, junto a um grupo de aproximadamente 10 pessoas, das quais 07 são participantes mais constantes nos encontros semanais. Destes, apenas 01 é do sexo masculino, com a idade de 65 anos e o restante é do sexo feminino. A paciente mais nova tem 34 anos e a mais idosa tem 66 anos. As demais se encontram com aproximadamente 50 anos.

### **Os grupos sob a ótica da Teoria da Sedução Generalizada**

Expusemos que a nossa proposta é fazer uma leitura dos grupos operativos do ponto de vista dos assistentes de tradução, isto é, considerar que cada participante poderá oferecer recursos organizadores para a tradução do sofrimento psíquico.

Segundo Laplanche (2003), a TSG, por se basear na relação inter-humana, tem como condição *sine qua non* a comunicação e a mensagem. Para o autor, há uma dissimetria que acontece devido ao adulto ter um inconsciente, enquanto a criança ainda não o tem. O inconsciente da criança se formará a partir de traduções produzidas das mensagens emitidas pelo adulto. Há mensagens comunicadas pelo adulto no nível pré-consciente, consciente, sendo destinadas aos cuidados de autoconservação da criança. Todavia, junto com essas mensagens, o adulto também comunica o que o autor denomina enigmáticas. Estas, por sua vez, não podem ser captadas em sua totalidade nem pelo adulto que a emitiu – uma vez que aí está o seu inconsciente recalcado – nem pela criança que a recebeu, já que ainda não conta com códigos tradutivos, tampouco mecanismos de defesa que a permita, por exemplo, recalcar o polimórfico perverso que vem do adulto, o que Laplanche (1987/1992a) denomina sedução.

Há um conteúdo sexual nas mensagens que a criança não consegue traduzir que o adulto não tem consciência que emitiu. Será nos “Novos Fundamentos para a Psicanálise” que Laplanche (1987/1992a) apresentará a sua teoria da sedução generalizada e se referirá às características da mensagem enigmática:

Por meio do termo *sedução originária* [grifos do autor] qualificamos, portanto, essa situação fundamental em que o adulto propõe à criança significantes não verbais, inclusive comportamentais, impregnados de significações sexuais inconscientes. Não é preciso ir muito longe para dar exemplos concretos do que chamo de *significantes enigmáticos* [grifos do autor]. O próprio seio, órgão aparentemente natural da lactação: pode-se continuar a negligenciar na teoria analítica seu importante investimento sexual e inconsciente pela mulher? Pode-se supor que esse investimento sexual, que pode ser considerado perverso no sentido dos *Três ensaios sobre a sexualidade* [grifos do autor], não é percebido suspeitado pelo bebê, como fonte deste obscuro questionamento: o que ele quer de mim, além de me aleitar e, no fim das contas, por que ele quer me aleitar? (Laplanche, 1987/1992a, pp. 134-135).

A mensagem enigmática precisa de códigos para ser decodificada, traduzida e compreendida pela criança. Laplanche (2003) afirma que é o meio cultural da criança que traz os primeiros meios e condições para que a primeira tradução aconteça. Tais meios são chamados de assistentes de tradução. A denominação assistente de tradução foi atribuída primeiramente por Martens (2007), porém sua ideia – ainda que não denominada como assistente de tradução, pois essa nomenclatura e conceituação foram feitas por Martens (2007) – já a encontramos antes, especificamente em Sándor Ferenczi (1933/1992) e em Jean Laplanche (2003).

Um aspecto da sedução que não se pode esquecer é o fator traumatizante. Segundo Laplanche (1992/1996b), em *Implantación, intromisión*, as mensagens podem não encontrar nem mesmo uma tradução parcial, tendo uma falha total na tradução. Essas mensagens são denominadas pelo autor como intrometidas. O processo de intromissão pode ser reconhecido como traumático. O ato de cuidado que o adulto dirige à criança pode conter conteúdos não traduzíveis, caracterizando, então, uma mensagem intrometida. As mensagens implantadas também podem ter um caráter traumatizante, pois a assimetria – na qual a criança é passiva frente a um adulto ativo – está presente, deixando uma mensagem enigmática para ser traduzida – ainda que uma tradução parcial – ou para ser recalçada.

As mensagens, de acordo com Laplanche (2006/2012), unicamente podem ser compreendidas posteriormente ao momento de sua emissão, ou seja, seriam compreendidas *à posteriori*, ou *après-coup*, utilizando a terminologia do autor. Um assistente de tradução passa a oferecer um primeiro sentido para a mensagem que estava à espera de uma tradução. As características da mensagem enigmática e o processo do *après-coup* serão desenvolvidos em um tópico específico desta pesquisa.

O autor salienta que esse processo pode acontecer em qualquer momento da vida. Ainda que ele não trabalhe com sua teoria aplicada aos grupos terapêuticos, é

possível pensar que o processo *après-coup* pode acontecer não só em qualquer momento da vida, como também frente a qualquer situação em que se estabeleça uma troca de mensagens, possibilitando uma tradução ou, até mesmo, uma retradução (nova tradução ou novos sentidos para uma tradução já feita). Assim, podemos traçar um paralelo entre a TSG e os grupos operativos nesse aspecto da alteridade, além da sedução, de ofertar códigos culturais para a tradução do excesso.

O grupo operativo, atuando como assistente de tradução para produção de códigos a fim de auxiliar na tradução e retradução, contribui para que os elementos psíquicos de cada participante ganhem novos significados.

Além de atuar como alteridade, cada grupo pode ser considerado único, uma vez que produz sua própria cultura, sendo, portanto, singular. Assim, um grupo, por meio dos diálogos expressos e das relações desenvolvidas nos seus encontros, pode produzir um sentido próprio e organizador do grupo para o grupo. Conseqüentemente, uma vez que o grupo adquire uma mentalidade e uma cultura próprias, pode causar efeitos nos participantes, atingindo de forma singular, ou seja, causando efeitos únicos de pessoa para pessoa. Cada um criará um sentido próprio para o que foi produzido pelos participantes presentes durante os encontros em grupo. É o que para Laplanche (1987/1992a), de acordo com a TSG, seria explicado por uma tradução ou retradução de uma mensagem, na base de uma tradução com falhas ou incompletas que cada participante já traz consigo para o grupo.

O Grupo Cuidar, em determinado momento, era formado apenas por participantes do sexo feminino. Nada foi predeterminado a respeito disso, porém nenhum paciente do sexo masculino ingressava no grupo. Durante os meses seguintes, com o grupo formado apenas por pacientes do sexo feminino, as demandas trazidas eram relacionadas às queixas de agressão cometidas pelos parceiros, sentimento de inferioridade por serem mulheres, frustração na vida amorosa, insatisfação com o parceiro e problemas de relacionamentos com os filhos.

A cultura produzida no grupo, naquele momento, foi referente à busca de autonomia das mulheres frente a uma sociedade com base em pensamentos machistas. Cada uma das mulheres que integrava o grupo trouxe consigo uma tradução possível para uma mensagem enigmática de algo vivenciado somente por elas, ou seja, cada participante trouxe uma demanda singular para o grupo. Porém, ao ingressarem no grupo, as demandas únicas tinham traços em comum, assim, formou-se no grupo uma nova demanda e uma nova possibilidade de compreensão.

Kurt Lewin (citado por Kaës, 1997) também explica algo sobre os grupos, o que pode auxiliar na compreensão destes e no paralelo que estou tentando criar com a TSG e a alteridade. Para esse autor, o grupo deve ser visto, em sua totalidade, tomando-se o cuidado para não enxergar apenas como a soma de todas as partes. O indivíduo e o grupo são indissociáveis, formando uma dupla que se completa e complementa. Dessa forma, é possível pensar o grupo como uma estrutura própria e não somente como algo montado por peças menores, isto é, pelos participantes. Isso vai de encontro com Laplanche (1987/1992a) e com a TSG, pois a sedução, para que aconteça, necessita de uma dupla de pessoas.

Originalmente, a sedução acontece entre um adulto e uma criança, mas todo ser humano continua realizando traduções e retraduções no decorrer de sua vida. Tanto o grupo quanto a sedução somente são passíveis de acontecerem se houver a associação e comunicação envolvendo mais de uma pessoa. Ainda que para Laplanche (2005/2015d) o que se passa entre a dupla adulto-*infans* não seja considerada uma interação, a sedução não existe sem o outro concreto, o que cabe destacar, aqui, a importância da alteridade. Ou seja, mesmo que a relação e a comunicação sejam assimétricas, não deixam de ser simultâneas.

Laplanche (1987/1992a) dá um grande destaque, em diversos momentos de sua obra, à alteridade para a constituição da subjetividade. Ele afirma que é o outro quem oferece condições para que a criança funde seu aparelho psíquico, sendo, portanto, o elemento imprescindível para a constituição do indivíduo.

Com base no exposto, é possível notar a importância da relação com o outro para a constituição do indivíduo, como também a importância da convivência com o meio social para tal constituição. Laplanche (2003/2015e), em “O gênero, o sexo e o sexual”, denomina como *sociuso* meio social próximo no qual o indivíduo está inserido.

Um grupo, mais especificamente, um grupo operativo, já que tem características únicas com uma mentalidade e cultura próprias, atua como alteridade para os membros entre si, funcionando como assistente de tradução e oferecendo elementos e condições para que os participantes façam traduções de mensagens em espera ou até mesmo retraduções de mensagens já traduzidas.

O grupo operativo pode atuar como um assistente de tradução quando auxilia na organização de conteúdos internos dos participantes, por exemplo, quando uma paciente afirmarse sentirculpada por ter sofrido agressão física por parte do companheiro e o grupo, nesse situação, auxilia na compreensão dos significados da culpa sentida, o que

permite que a paciente não aceite mais tais casos de agressão. Ao ouvir de outras mulheres que não é natural que o parceiro a agrida, ou ainda ao escutar de outras pessoas do grupo que a culpa não era dela e que não estava certo ser agredida, pode-se ajudar a iniciar o processo de tradução ou retradução de mensagens enigmáticas que ficaram à espera. Inicialmente, a paciente agredida, que chamaremos de Paula, sente-se insegura para expor sua situação, porém, ao perceber que o grupo é um lugar seguro (com sigilo, acolhedor, sem julgamento), abandona as dúvidas quanto a falar sobre seus problemas.

Após esse momento, em que a Paula fala ao grupo sobre as agressões sofridas e como acredita que tem culpa em relação ao que lhe acontece, os demais participantes ficam em silêncio, mas logo começam a falar. Isso acontece com pouca intervenção da minha parte. Apenas ofereço a oportunidade para que os outros participantes possam discutir sobre a agressão relatada – caso se sintam à vontade sobre isso e se não lhes causarem sofrimento falar o que estão pensando e sentindo em relação ao que foi relatado – e reitero a importância do sigilo. Como o grupo é formado por pessoas com vivências diversas, aquelas que não toleram agressão por parte do parceiro começam a dizer para a paciente vítima de agressão que isso não é algo natural, que não há obrigação de aceitar humilhação ou agressões físicas. Vão, ademais, dando exemplos de situações vivenciadas por elas, em que conseguiram se desvencilhar de possíveis situações de agressões por parte de seus próprios parceiros. Participantes que também são vítimas de violência, mas que até aquele momento não haviam relatado esse fato para o grupo, falam, pela primeira vez, sobre esses problemas com os demais. Inicia-se, então, um diálogo que posso chamar de operativo, em que o grupo como um todo busca ultrapassar barreiras e encontrar soluções para os problemas que surgiram durante o encontro do grupo operativo.

O grupo pode ajudar cumprindo a função da alteridade, de modo a atuar como o outro concreto, pois o que, de fato, contribuiu para que a Paula encontrasse novas maneiras de pensar sobre a agressão que sofre, não é o que cada pessoa, individualmente, falou durante o encontro do grupo, mas, sim, a discussão e o conjunto de falas que surgiram na ocasião do encontro, o que funciona como um assistente de tradução. Se cada participante expusesse o seu ponto de vista, sem que houvesse influência mútua com os demais, outras compreensões seriam feitas, conseqüentemente, outras traduções também. É assim que o grupo operativo pode atuar

como alteridade, criando a possibilidade da produção de novos assistentes de tradução para cada um dos presentes nos encontros.

O grupo operativo em si – na medida em que proporciona um espaço de escuta e acolhimento, discutindo o que os pacientes participantes dos encontros têm a dizer – já é um assistente de tradução. Ou seja, o grupo operativo, como alteridade, auxilia os pacientes a realizarem novas traduções, ofertando novos significados a mensagens enigmáticas que estavam à espera para serem traduzidas:

A tradução da mensagem enigmática adulta não se faz em uma só vez, mas em dois tempos. O esquema em dois tempos é o mesmo do traumatismo. No primeiro tempo a mensagem é simplesmente inscrita, ou implantada, sem ser compreendida. Como se fosse mantida sob a camada fina da consciência ou “sob a pele”. Num segundo tempo a mensagem é revivificada do interior. Ela age como um corpo estranho interno que é preciso a todo preço integrar, controlar (Laplanche, 2003, p. 195).

Isso quer dizer que cada paciente já traz consigo tentativas de traduções de mensagens enigmáticas que foram implantadas e recalçadas. Assim, a participação nos encontros do grupo operativo já seria, em si, um novo assistente para uma nova tradução, ou tentativa de tradução, pois introduz novos elementos para fazer ativar o recalçado ou, mesmo, o encravado, produzindo algo mais organizado.

Porém, nem sempre o grupo operativo irá contribuir para a diminuição do sofrimento psíquico, possibilitando o encontro com novos auxiliares de tradução, por exemplo. O mesmo grupo operativo pode também aumentar o sofrimento psíquico. Um exemplo concreto disso seria um paciente sentir que sua angústia aumenta ao estar no grupo, uma vez que tem a sensação de os seus atos e discursos serem observados e julgados, assim como se estivesse diante da figura de autoridade materna, a qual, em sua infância, era alguém que lhe trazia a percepção de ordem e moral. O grupo, como alteridade, poderá provocar uma intensificação do sofrimento psíquico, ainda que temporariamente, trazendo à tona o sexual.

A paciente, que denominarei como Ana, tem com a mãe uma relação de autoritarismo (por parte da mãe). Ao mesmo tempo que teme à mãe, tem por esta uma admiração e desejo de ser como ela, ou seja, há uma identificação, sentindo prazer em colocar outras pessoas em situação de humilhação. Ana reproduz no grupo o que vivencia com sua mãe: oscila entre oprimir outros participantes do grupo, quando estes relatam algo que ela julga ser errado do seu ponto de vista, ou se sente oprimida, quando alguém do grupo tenta lhe dizer algo que possa alterar o padrão de

comportamentos que ela tem com sua mãe e com outras pessoas do seu ambiente de trabalho, por exemplo. Nesse sentido, o grupo atua somente com a sedução, não permitindo que Ana faça novas traduções a partir da tradução incompleta da mensagem enigmática que trouxe para o grupo operativo. Isso porque ela desperta, talvez, algo no grupo que gera tensão pelos seus julgamentos e autoritarismo, por exemplo, ao ocasionar uma situação meio sem saída.

O que permite que o grupo opere como um assistente de tradução é a possibilidade de ser um agente produtor da transferência. Laplanche (1987/1993b), de acordo com sua obra “Problemática V – A Tina: a transcendência da transferência”, ao falar sobre a transferência e as mudanças que esse conceito sofreu ao longo dos anos, utiliza a teoria de Ida Macalpine para afirmar que a transferência é produzida e que, sendo assim, o meio tem um papel de grande importância nessa produção. Ao citar o meio como fator de influência para a produção da transferência, o autor está falando a respeito do *setting* analítico, ou melhor dizendo, da situação analítica. Além do meio, há outros dois fatores importantes para a produção da transferência. Um desses pontos citados na teoria de Ida Macalpine é referente ao tipo de discurso que é solicitado e o tipo de discurso que é dado como resposta, que se referem à associação livre e à interpretação, respectivamente. Por fim, o terceiro ponto relevante para a produção da transferência é o que comumente chamamos de frustração ou recusa frente à situação analítica.

Laplanche (1987/1993b) define a situação analítica como o método analítico. O autor pontua que a situação analítica acontece no lugar em que a prática psicanalítica está sendo exercida. Ainda que a situação analítica seja estruturada artificialmente por regras preestabelecidas, não quer dizer que não contenha elementos fundamentais de uma relação inter-humana.

Assim, os grupos operativos contêm tudo o que é necessário para que a transferência surja: o meio propício para a situação analítica, associação livre e interpretação, além da frustração, que pode aparecer por intermédio das resistências.

### **Descrevendo a pesquisa**

Para finalizar a introdução, apresentamos a descrição, ou seja, a metodologia desta pesquisa.

Laplanche (1981/1992b) tece considerações sobre a implicação pessoal ao desenvolver uma dissertação. Na escolha do tema, existem motivações pessoais que expressam o desejo particular daquele que realiza a pesquisa. A escolha do que será analisado e qual será a pesquisa não é feita ao acaso. O autor denomina essa força subjetiva como uma exigência. Laplanche (1981/1992b) também aponta que existem as motivações externas, por exemplo, escolher o tema para ajudar as pessoas. Assim, é preciso tentar ficar em um nível intermediário entre as motivações internas e externas.

A minha exigência para desenvolver esta pesquisa se pauta na oportunidade que tive por trabalhar com atendimentos em grupos durante todos os anos de atuação como psicóloga. Atuo desde o ano de 2008; nos diversos locais em que trabalhei, o serviço tinha como premissa o atendimento à população no formato de grupo. Assim, desenvolvi um apreço particular por esta forma de atendimento psicológico. Isso me motivou a estudar e a pesquisar sobre o atendimento realizado em grupos, especialmente os grupos operativos. Além dessa exigência interna, a motivação externa está relacionada a potencializar o uso dos atendimentos em grupo pelos profissionais de psicologia, especialmente aos que – assim como eu – têm como base teórica a psicanálise em sua forma de atuação, uma vez que é costumeiro a esses profissionais realizarem o atendimento no formato individual.

Os discursos e as relações entre os integrantes do grupo (pacientes e profissionais) serão analisados por meio do embasamento psicanalítico, considerando o processo de transferência e contratransferência para que seja possível a realização da análise. O método psicanalítico, em consonância com os postulados de Silva (1993), consiste em estar presente no campo de pesquisa e se utilizar da atenção flutuante para a coleta de dados. Assim, os dados serão coletados, porém algo que não foi percebido durante o encontro do grupo poderá ser notado com importância no momento do registro dos dados, até mesmo, quando a leitura desses registros for feita. Por vezes, uma frase direcionada de um membro do grupo para outro membro poderá mobilizar conteúdos internos que só serão possíveis de análise em encontros subsequentes. Por esse motivo é que a escuta e a atenção flutuante se mostram importantes, pois o mesmo nível de atenção será destinado a todos e a tudo que se passa em cada encontro do grupo.

A pesquisa tem como fundamento teórico textos e/ou livros da obra de Sigmund Freud e Jean Laplanche, todavia outros autores, como Pichon-Rivière, também foram apreciados, visto que se mostraram relevantes para atingir os objetivos propostos. A

escolha de Freud se dá pelo fato de que ele é o fundador da psicanálise, sendo um aporte para qualquer estudo que se faça com embasamento psicanalítico. Já a escolha de Jean Laplanche se justifica porque sua teoria consegue contemplar os fenômenos que pretendo analisar nesta dissertação, que são os grupos operativos como alteridade, exercendo influência de forma singular nos participantes do grupo.

A Teoria da Sedução Generalizada – TSG – oferece aporte teórico para a proposta da pesquisa, na medida em que conceitos de tradução, mensagem enigmática e assistente de tradução abarcam o que eu busco estudar nos encontros dos grupos operativos, ou seja, como se dão as relações das pessoas frente à alteridade que o grupo representa e de que maneira o grupo opera como um assistente de tradução. A escolha de Laplanche também está relacionada ao fato desse autor realizar uma releitura da obra de Freud, a partir do próprio método psicanalítico para oferecer novos fundamentos à psicanálise, isto é, a TSG. Isso nos permite uma análise realizada com embasamento teórico contemporâneo, que busca a compreensão mais atual dos fenômenos psíquicos.

A presente pesquisa conta, também, com um levantamento de referências *on-line* em bases de dados, como: *Psycinfo*, *SciELO*, *Bvs* e *Lilacs*. Tal levantamento foi realizado de acordo com os descritores: grupo, psicanálise, saúde mental. Os descritores também foram utilizados em inglês (*group, psychoanalysis, mental health*), em francês (*groupe, psychanalyse, santé mentale*) e em espanhol (*grupos, psicoanalisis, salud mental*). De acordo com o levantamento realizado, encontramos 186 artigos, sendo 76 publicados anteriormente a 1990, 25 publicados entre 1990 e 2000, 54 publicados entre 2001 e 2010 e 31 publicados entre 2011 e 2017. Após a leitura dos títulos e resumos destes, foram pré-selecionados 29 artigos que tratavam, especificamente, da forma de funcionamento dos grupos. Dentre esses artigos, foram selecionados 07 que discutiam o funcionamento de grupos operativos, devido ao fato de estarem com seus temas e discussões mais aproximados da proposta desta pesquisa, ou seja, que abordavam as relações estabelecidas entre os membros de grupos operativos.

As referências dos próprios artigos encontrados também serviram como subsídio para a busca de novas referências relevantes para esta pesquisa.

O material utilizado para a análise foram os registros dos encontros dos grupos durante os anos de 2017 e 2018. O período escolhido para a pesquisa vai do mês de

junho do ano de 2017 até o mês de março de 2018. Esta pesquisa conta com a autorização prévia da Secretaria de Saúde, bem como a aprovação do Comitê de ética<sup>1</sup>.

Tal registro, que considera a dinâmica psíquica do grupo e dos seus participantes, foi realizado logo após cada encontro, constando os diálogos e as interações dos pacientes, assim como minhas percepções sobre eles. Esse registro é o resultado da escuta feita, a partir de uma atenção flutuante. Tal material permite ser consultado posteriormente quantas vezes forem necessárias para a análise. Também tomamos o cuidado de atribuir nomes fictícios para os participantes, garantindo, assim, o sigilo e impossibilitar qualquer identificação. Esses registros me permitem acompanhar a condição pessoal de cada participante do grupo como um todo.

A análise dos registros do grupo se deu de forma focalizada nas relações entre os participantes dos grupos, incluídos os mediadores e/ou coordenadores, buscando fazer uma apreciação das manifestações psíquicas decorrentes das interações – considerando interações como qualquer forma de contato que possa haver entre os presentes – realizadas nos encontros. Apesar do critério de escuta se basear na atenção flutuante – tudo que acontece durante o encontro do grupo é considerado com o mesmo grau de importância –, os registros realizados por mim após os encontros, no momento da leitura e análise, tiveram como foco a interação entre os participantes.

Entendo que, ao atuar como assistente de tradução, o grupo pode ajudar na melhora do sofrimento psíquico pessoal do paciente. A intensidade do sofrimento psíquico dos pacientes se faz notar a partir dos seus relatos e por intermédio da minha percepção das reações emocionais que os pacientes apresentam durante os encontros. Tanto os relatos quanto as minhas percepções são registradas. Considerarei para a análise a forma como o grupo operativo em si opera enquanto um assistente de tradução. Seguirei com a análise a partir dos temas recorrentes abordados pelos pacientes. É por meio dos temas que são acionados, na alteridade, os assistentes de tradução. Foi realizado um levantamento de dois possíveis temas desenvolvidos pelo grupo: o primeiro envolve o enigma deixado pelo morto, junto ao processo de luto; e o segundo é referente ao complexo de Édipo.

A dissertação está dividida em quatro capítulos. No Capítulo 1, apresentamos o funcionamento dos grupos operativos, com foco no criador da Teoria do Vínculo, Pichon-Rivière. No Capítulo 2, enfatizamos a TSG de Jean Laplanche e apresentamos os

---

<sup>1</sup> O número do parecer, em que constam os dados de aprovação, é: 2.451.166.

pressupostos dessa teoria – situação antropológica fundamental, mensagem, sedução e assistente de tradução. No Capítulo 3, serão trabalhados os temas da transferência, contratransferência, Projeto Transferencial e é introduzido o conceito de Projeto Transferencial Grupal como um dos aspectos relevantes para o funcionamento do grupo em termos terapêuticos. Por fim, no Capítulo 4, são realizadas as análises do grupo operativo como assistente de tradução.

## **CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A TEORIA DO VÍNCULO DE PICHON-RIVIÈRE**

Neste primeiro capítulo, abordamos o tema dos grupos operativos e seu funcionamento. Partimos da Teoria do Vínculo, de Pichon-Rivière, para compreender as relações dentro do grupo operativo, objeto de estudo desta pesquisa, aqui denominado como Grupo Cuidar.

Pichon-Rivière, (1980/1991) respalda a sua teoria no conceito de vínculo:

Historicamente, podemos dizer que o último passo da psicanálise foi o estudo das relações de objeto. Isso nos leva a tomar como material de trabalho e observação permanente a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento, que chamamos de vínculo(Pichon-Rivière, 1980/1991, p. 24).

Assim, de acordo com o autor, a Teoria do Vínculo se baseia na relação interpessoal, para tal, necessita de um sujeito e de um objeto, objeto este com o qual o sujeito irá se relacionar, ou seja, o outro concreto. Porém, não se trata de uma relação unilateral, em que somente o sujeito sofre influências do objeto. O vínculo é um fenômeno interpessoal e dialético, permanecendo em movimento constante. Na Teoria do Vínculo, o vínculo é considerado relevante – e com uma função – tanto na relação do sujeito frente ao objeto, assim como na relação do objeto frente ao sujeito. Esse movimento interpessoal é o que possibilita a aprendizagem, pois alimenta e modifica os esquemas referenciais que a pessoa já tem da realidade.

Ao falar acerca da realidade e dos esquemas referenciais dentro da Teoria do Vínculo, utilizamo-nos do artigo “Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção”, de Pereira (2013). Na acepção da autora, é preciso entender que a apreensão da realidade é uma constante busca pelo conhecimento:

Neste sentido, o conhecimento é sempre a busca da totalização, sendo que qualquer objeto que se possa perceber ou criar é sempre parte de um todo e, portanto, interligado a outros objetos, fatos ou problemas. Para que o Homem possa se apropriar da realidade, precisa buscar uma visão de conjunto, que mesmo sendo provisória, coloca a apreensão da realidade num movimento crescente que gera teses e antíteses, que por sua vez geram sínteses que geram outras teses e assim por diante. Trata-se de um processo de totalização que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada. É precisamente neste ponto que a dialética opõe-se à metafísica. A visão metafísica do mundo considera cada fato isoladamente, de modo fixo e estático. A dialética considera que a totalidade é

sempre maior que a soma das partes, e que sua apropriação é sempre dinâmica. A totalidade é a estrutura significativa da realidade dada pela visão de conjunto, pela síntese que o sujeito faz de algo em determinado momento. Diz, então, de um sujeito ativo, que atribui sentidos subjetivos ao mundo a partir das sínteses que realiza (Pereira, 2013, p. 23).

Para Pichon-Rivière, segundo Pereira (2013), o processo de aprendizagem está permeado pela ideia de movimento e transformação. Essa transformação, então, acontece no próprio sujeito e nos vínculos que estabelece. Isto é, a transformação está na maneira com que a pessoa se comporta e como ela atua junto aos outros à sua volta, ou seja, na maneira que a pessoa opera na realidade.

O vínculo, portanto, está pautado na comunicação e na aprendizagem, para que a relação se estabeleça, é imprescindível a presença do outro concreto, uma vez que a comunicação se dá a partir de um emissor que envia uma mensagem de um receptor que a recebe. Pichon-Rivière (1983/2012) ainda cita, como elementos da comunicação, um canal, sinais, símbolos e ruído. O ruído, por exemplo, um mal-entendido, é o que determina a eficácia da mensagem, tornando-a operativa ou não.

Compreender a natureza e a estrutura do vínculo é importante, pois é por meio do vínculo que se torna possível diminuir as dificuldades de comunicação do paciente. Para o autor, a dificuldade de comunicação entre o sujeito e o objeto é o que leva aos conflitos, já que dificultaria o estabelecimento do vínculo. É pelo vínculo que toda personalidade da pessoa ganha voz ativa, ganha vida. Ou seja, são nas relações pessoais, que é quando acontecem os processos de comunicação, que o vínculo ganha operacionalidade – se torna operante com uma função dentro da situação analítica ou de outra relação qualquer. A operacionalidade, segundo o autor, pode ser reconhecida na capacidade de aprendizagem criativa e adaptativa que o ser humano desenvolve frente à realidade e às situações vivenciadas por ele (Pichon-Rivière, 1980/1991).

O autor divide o vínculo, didaticamente falando, em duas estruturas funcionais: superestrutura e infraestrutura ou vínculo externo e vínculo interno. O funcionamento da superestrutura do vínculo parte de uma percepção e reconhecimento do objeto, que se mantém a uma distância ótima do sujeito, ou seja, mantém uma distância que permite a diferenciação entre o sujeito e o objeto, possibilitando o reconhecimento do objeto, isto é, do outro como alteridade. Para cada pessoa, há um estilo próprio de abordagem desse objeto. Isso quer dizer que o objeto pode ser apreendido e modificado de forma singular. É dessa maneira que se forma a noção de realidade para cada indivíduo. É preciso que cada pessoa se adapte ao mundo externo, de acordo com sua ideia (interna) de realidade.

Esse processo é constante e modifica também o próprio indivíduo, o que acaba por reiniciar todo o processo. De acordo com Pichon-Rivière (1980/1991), há uma alteração no esquema referencial que o indivíduo já possui. O esquema referencial é formado a partir das vivências pelas quais a pessoa passou, como agiu frente aos acontecimentos de sua vida e o que sentiu a partir dessas vivências. O indivíduo, ao confrontar seu esquema referencial à experiência real, acaba por transformar seu esquema prévio com a finalidade de enriquecê-lo com as novas aprendizagens adquiridas. Isso quer dizer que o modo que a pessoa pensa, sente e age pode ser transformado a partir de novas situações vivenciadas por esse modo, alterando, assim, o seu próprio esquema referencial.

Há, ainda, uma infraestrutura do vínculo ou vínculo interno. O autor está se referindo às motivações pessoais e fantasias, que são produzidas nas relações entre os membros de um grupo, porém de forma internalizada. Em uma relação que se estabelece entre duas pessoas, existem vínculos condicionados e derivados da história de vida do indivíduo, uma vez que o objeto interno é formado a partir de introjeções de aspectos advindos de relações e vínculos que a pessoa teve em seu passado.

De acordo com Pichon-Rivière (1983/2012), todos os integrantes de um grupo operativo podem contribuir com vínculos operativos. O autor afirma que, quando acontece a reunião de várias pessoas em um grupo, cada um dos membros presentes vai projetar seus objetos internos sobre os vários membros do grupo. E, então, a relação se pautará de acordo com as projeções realizadas por cada um. Dessa forma, o processo de aprendizagem e transformação dos referenciais internos da realidade pode acontecer devido à relação e ao vínculo desenvolvido entre os próprios membros do grupo.

O vínculo, como postula o autor, pode se estabelecer na relação interna ou externa com o objeto.

Desse modo, temos dois campos psicológicos no vínculo: um interno e outro externo. Sabemos que existem objetos externos e objetos internos. É possível estabelecer um vínculo, uma relação de objeto, com um objeto interno e também com um objeto externo. Podemos dizer que aquilo que mais nos interessa do ponto de vista psicossocial é o vínculo externo, enquanto que, do ponto de vista da psiquiatria e da psicanálise, aquilo que mais nos interessa é o vínculo interno, isto é, a forma particular que o eu tem de se relacionar com a imagem de um objeto colocado dentro do sujeito (Pichon-Rivière, 1980/1991, p. 37).

Há uma atuação constante e dinâmica interiorizada em cada pessoa, em que constam objetos internos e uma realidade psíquica particular condicionando a maneira de ser de cada um. Esses objetos internos são considerados imagos dos objetos externos,

pois têm características particulares destes que não são coincidentes com as características reais desses objetos externos. Assim, a criança cria seu mundo interno com objetos internos, por intermédio do mundo externo e dos objetos externos.

Ao considerar o vínculo um fenômeno que pode se dar entre o eu, o objeto externo e o objeto interno, Pichon-Rivière (1980/1991) compreende o vínculo como um sistema complexo de relações. Essas relações se efetivam pela transmissão e recepção de uma mensagem. O autor considera que o sistema de interação do vínculo é bicorporal e, ao mesmo tempo, tripessoal. Bicorporal porque são dois corpos, duas pessoas. Contudo, é também tripessoal, pois todo movimento que nosso pensamento realiza está em relação com o outro, na verdade com outros dois, uma vez que há um objeto externo e um objeto interno. Eis o motivo do vínculo ser considerado tripessoal.

Ainda sobre o vínculo, continua o autor, independente de acontecer entre duas pessoas, ou entre uma pessoa e um grupo, tem um padrão. Portanto, há uma conduta na relação com o objeto que se torna automática e que pode ser percebida em todas as relações estabelecidas, seja ela com objeto interno, seja com objeto externo:

Podemos definir o vínculo como uma relação particular com o objeto. Esta relação particular tem como consequência uma conduta mais ou menos fixa com este objeto, formando um *pattern*, uma pauta de conduta que tende a se repetir automaticamente, tanto na relação interna quanto na relação externa com o objeto (Pichon-Rivière, 1980/1991, p. 37).

O autor afirma que todo vínculo tem uma parte consciente e outra parte inconsciente. O autor denomina de inconsciente o acumulado interno de vínculos: “O inconsciente, portanto, é constituído por uma série de pautas de conduta acumuladas em relações com vínculos e papéis que o sujeito desempenha frente a determinados sujeitos” (Pichon-Rivière, 1980/1991, p. 51).

Assim, continua o autor, em um grupo operativo, não é somente com terapeuta/analista, no papel de coordenador do grupo operativo, que o vínculo pode ser considerado operativo.

Para o autor, a saúde mental consiste nesse processo de aprendizagem da realidade, uma vez que permite, por meio do confronto, o manejo e a solução integradora de conflitos. Assim, o ser humano pode reajustar sua rede de comunicação, elaborando seus pensamentos e diálogos com o outro, ao propiciar o confronto com a mudança. Essa transformação acontece em espiral, de forma dialética, alternando-se entre progressos e retrocessos:

O sujeito sadio, à medida que apreende o objeto e o transforma, também modifica a si mesmo, entrando num interjogo dialético, no qual a síntese que resolve uma situação dilemática se transforma no ponto inicial ou tese de outra antinomia, que deverá ser resolvida nesse contínuo processo em espiral. A saúde mental consiste nesse processo, em que se realiza uma aprendizagem da realidade através do confronto, manejo e solução integradora de conflitos. Enquanto se cumpre esse itinerário, a rede de comunicações é constantemente reajustada, e só assim é possível elaborar um pensamento capaz de um diálogo com o outro e de um confronto com a mudança(Pichon-Rivière, 1983/2012, p. 12).

A mudança e a transformação as quais o autor se refere são devidas às relações interpessoais. Essas relações acontecem geralmente em um grupo social (como a família),no qual há um jogo constante de papéis assumidos e adjudicados. Por papéis, o autor entende como uma determinada função que a pessoa assumeu designa ao outro. Durante a vida, é possível a mesma pessoa assumir diversos papéis concomitantemente: assume o papel de aluno na escola, de mãe nas relações familiares, mecânico na vida profissional etc. Pichon-Rivière (1980/1991) salienta que, assim como nas relações pessoais, os grupos podem assumir papéis e desenvolverem vínculos específicos.

Desse modo, considerando que o vínculo operativo pode acontecer também em relações estabelecidas em grupos operativos, Pichon-Rivière (1980/1991) apresenta, na Teoria do Vínculo, o vínculo grupal. Ele assevera que, assim como no vínculo individual, o vínculo grupal vale de todas as características e formas de relação e funcionamento do primeiro. O autor ainda postula sobre a possibilidade de um grupo desenvolver uma relação de vínculo com outro grupo e que ambos adquiririam características e papéis como se fosse uma relação de vínculo entre duas pessoas. Sobre a transferência no âmbito grupal, cita Freud e aponta que a transferência não é um fenômeno exclusivo da relação terapêutica, pois está presente em todos os momentos em que há o encontro de duas pessoas. Assim, considerando o grupo operativo, há o encontro de diversas pessoas, tornando possível que vários processos transferenciais aconteçam:

Quando várias pessoas se reúnem em um grupo, cada membro projeta seus objetos de fantasia inconsciente sobre vários membros do grupo, relacionando-se com eles de acordo com essas projeções, que se tornam patentes no processo de atribuição e assunção de papéis(Pichon-Rivière, 1983/2012, p. 225).

Pichon-Rivière (1983/2012, 1980/1991) utiliza o termo introspecção ou

autoanálise, que se trata de um diálogo interno com o objeto, visando compreender o vínculo desse objeto com o eu. Na introspecção, a análise não é para ajudar a entender os conflitos do objeto em si, mas, sim, entender a relação deste objeto interno com o eu. Há, ainda, a heteroanálise, que seria a análise da relação do eu com um objeto externo. Afirma que esses dois processos estão constantemente se alternando em nossas vivências.

Portanto, o autor nos apresenta que o caráter – maneira habitual que o ser humano tem de se comportar – nada mais é do que o resultado da relação que o Eu estabelece com o próprio objeto interno. Assim, de acordo com Pichon-Rivière (1980/1991), a maneira tal qual a pessoa se comporta é condicionada por um vínculo interno, por conseguinte: “o caráter se torna analisável quando descobrimos o vínculo interno, ou seja, a natureza do objeto e o tipo de relação que o eu estabelece com o objeto interno.” (Pichon-Rivière, 1980/1991, p. 38). Dessa forma, é o vínculo com o objeto interno que oferece as condições necessárias para a análise do caráter da pessoa, por exemplo.

Sobre o vínculo estabelecido entre o terapeuta/analista e o paciente, o autor denomina transferência ou vínculo transferencial. Em se tratando da Teoria do Vínculo, toda interação inclui a aprendizagem da realidade. Destarte, a transferência pode também auxiliar nesse processo de aprendizagem. Consoante ao ideário do autor, está atrelada ao passado, com uma possível rejeição de um desejo advindo de uma relação vincular com o objeto. Essa rejeição é o que provocou a barragem no processo operacional de aprendizagem e de apropriação da realidade. Assim, no presente, na relação com o terapeuta/analista, há o despertar do afeto que levou anteriormente à rejeição do desejo, ou seja, que levou ao conflito. O processo transferencial permite que venham à tona as características que provocaram o estancamento da aprendizagem da realidade. O autor não considera a relação de transferência como uma repetição pura daquela vivenciada anteriormente, provavelmente com os objetos da primeira infância.:

A transferência consiste então, numa “conduta réplica”, uma “analogia emocional”, num “como se”. Em outros termos, *a transferência é um processo de adjudicação de papéis inscritos no mundo interno de cada sujeito* [grifos do autor]. Os indícios das diferentes adjudicações devem ser decodificados, e a interpretação consiste nessa decodificação: ou seja, a transformação do implícito, do inconsciente, em consciente” (Pichon-Rivière, 1983/2012, p. 223).

Ainda em relação à transferência, o autor afirma que as relações com objetos

externos que surgem durante a vida da pessoa – incluindo, aqui, a relação com o terapeuta ou analista – são projeções da relação com o objeto interno, constituindo a base do trabalho da psicoterapia. Para o autor, o transferido equivale às fantasias desenvolvidas de relações de vínculos precoces. Tais fantasias seriam responsáveis por aspectos dos processos transferenciais, pois influenciariam os padrões no estabelecimento de novos vínculos. Por exemplo, se as fantasias do paciente estiverem relacionadas com o conflito edípico, seu *pattern* teria influências desse conflito, sendo assim, o vínculo com o terapeuta também refletiria as características da fantasia do conflito edípico. Ainda sobre a relação paciente e analista/terapeuta, o autor pondera o seguinte: “O analista não é um observador imparcial, nem está fora da situação, mas sempre é um observador comprometido, de antemão, com a situação do paciente.” (Pichon-Rivière, 1980/1991, p. 44).

Sobre a contratransferência, Pichon-Rivière (1980/1991) considera que o conteúdo que emerge na sessão da terapia – independentemente do tipo de terapia que seja: análise, terapia breve, grupal – tem relação direta com o papel que o terapeuta ou analista assumiu frente ao que o paciente lhe atribuiu. Assim, a responsabilidade contratransferencial seria compreender o significado desse conteúdo que surgiu e transmitir ao paciente.

A observação que o autor faz em relação ao terapeuta/analista, ao não colocá-lo em uma posição de passividade em relação ao que o paciente lhe traz – situando-o dentro da situação analítica –, mostra que, na situação transferencial, o paciente vivencia algo junto ao analista em um determinado contorno desenhado por ambos, que é formado por objetos particulares e que são passíveis de sofrerem alterações. O paciente traz para a análise um contorno próprio e o analista pode desenvolver fantasias sob o contorno apresentado pelo paciente. Ao construir fantasias, o analista também está colocando um pouco de si nos contornos do paciente. A história pessoal do terapeuta ou analista estará presente e influenciando a situação analítica. É preciso ressaltar que essas considerações são de acordo com a Teoria do Vínculo (Pichon-Rivière, 1980/1991).

Ainda sobre a relação de vínculos dentro da situação analítica, Pichon-Rivière (1980/1991) se refere à diferenciação dos conceitos de vínculo e papel, pois, na Teoria do Vínculo, os conceitos podem facilmente se confundirem. Expusemos que o vínculo é uma situação transferencial assumida pela dupla durante o processo de análise. Já o papel é um lugar assumido pelo terapeuta que pode ser alternado durante a situação vincular adotada na análise. Esse papel é determinado pelo paciente, ainda que nada seja

dito. É parte do trabalho do analista identificar na análise o papel que o paciente está lhe impondo. A compreensão desses papéis daria a oportunidade de adentrar cada vez na situação do vínculo. Ainda afirma que o maior erro que um terapeuta ou analista poderia cometer seria o de não conseguir assumir o papel que o paciente lhe atribui, afastando-o cada vez mais da possibilidade de compreender a natureza do vínculo que o paciente está querendo estruturar.

O autor denomina esse processo como operante, pois realiza uma função específica dentro do tratamento, que é buscar elucidar o conflito do vínculo originário, possibilitando uma reedição da comunicação e, conseqüentemente, da aprendizagem. É dessa maneira que, para Pichon-Rivière (1980/1991), o campo transferencial ganha importância dentro da situação analítica. Se o papel atribuído é negado por qualquer motivo que seja, a comunicação não acontece. O autor exemplifica com casos em que um papel feminino é atribuído a um terapeuta/analista do sexo masculino e, não havendo possibilidade de assumir esse papel, não se adentra no campo da transferência.

Para a Teoria do Vínculo, o paciente utiliza o analista ou terapeuta como se fosse um depósito para que seja possível se comunicar, uma vez que essa comunicação necessita do depósito de partes suas no outro. Assim, as partes suas que o paciente deposita no analista são partes advindas do outro, isto é, são objetos introjetados. Desse modo, há uma projeção no analista de objetos introjetados anteriormente pelo paciente. O trabalho do analista está em compreender e interpretar o que o paciente lhe encarregou (Pichon-Rivière, 1980/1991):

A dificuldade está na possibilidade de o psiquiatra compreender essa mensagem e dar um significado total a essa expressão aparentemente parcial. Todo o psiquismo e toda a personalidade do paciente se expressa através desses pequenos gestos, que têm uma significação simbólica total. [...] Quer dizer que uma conduta particular, uma atitude simbólica particular, representa a totalidade da vida mental do paciente, refletida em uma pequena conduta, como, por exemplo, no movimento dos dedos, mediante um processo de intensa condensação sobre essa situação. Para nós essas pequenas mensagens estabelecidas através dos movimentos estereotipados têm um significado total. Podemos dizer que o paciente repete permanentemente, frente às pessoas que encontram ao seu redor, sua famosa estereotipia, como se estivesse buscando alguém que fosse capaz de compreender o significado de sua mensagem (Pichon-Rivière, 1980/1991, p. 127).

O autor compreende que, na transferência, há uma regressão de vínculos, porém o analista deve estar atento para, além de vivenciar o vínculo com o paciente, fazer um novo arranjo, por meio da comunicação, desses primeiros vínculos com os objetos

internos, como se auxiliasse o paciente em um aprendizado de algo que já viveu. O terapeuta/analista auxiliará o paciente a conhecer o mundo interno por intermédio da transferência. Sobre a retificação, Pichon-Rivière (1980/1991) está se referindo ao fato de que o vínculo estabelecido em uma vivência passada não será o mesmo vínculo estabelecido, por exemplo, com o terapeuta/analista do momento presente – ainda que tenha a mesma linguagem referencial do primeiro vínculo. Sempre haverá algo que o paciente aprende na nova relação que pode modificar (ou retificar) seu *pattern*.

De acordo com a Teoria do Vínculo de Pichon-Rivière, foram ofertados alguns conhecimentos sobre as formas de relações que se dão dentro do grupo operativo. No capítulo seguinte, avançarei na busca por compreensão das interações entre participantes de um grupo operativo. Assim, explanarei sobre alguns aspectos da Teoria da Sedução Generalizada, de Jean Laplanche, e, a partir dela, analisar as relações entre os participantes de um grupo operativo.

## **CAPÍTULO 2 - TEORIA DA SEDUÇÃO GENERALIZADA: ASSISTENTES DE TRADUÇÃO E OUTRAS COISAS MAIS**

Começamos a falar da TSG a partir de seus principais pressupostos. Assim, damos destaque aos seguintes conceitos: sedução, mensagem enigmática, tradução e pseudoinconsciente do mito simbólico, junto com o que Martens (2007), do grupo de Laplanche, denomina assistentes de tradução.

### **2.1 A sedução, a mensagem enigmática e os assistentes de tradução: entendendo a TSG**

A TSG teve seu marco inicial com a publicação de “Novos Fundamentos para a Psicanálise”, em 1987, por Laplanche (1987/1992a).

Laplanche (1987/1992a) traça uma linha do tempo e identifica na teoria de Freud lacunas que não foram trabalhadas. Os pontos apontados por Laplanche (1987/1992a), se melhor desenvolvidos por Freud, poderiam ter aberto o caminho da teoria da sedução restrita para a teoria da sedução generalizada. Em “A partir da situação antropológica fundamental”, Laplanche (2002) afirma que Freud abandonou muito cedo sua teoria da sedução, quando poderia tê-la desenvolvido melhor, trazendo mais pensamentos inovadores para o campo da psicanálise. Uma vez que Freud não desenvolveu a teoria da sedução, mantendo-a restrita ao campo das psicopatologias, coube a Laplanche (2002), então, a sua expansão. Sendo assim, o autor generalizou a teoria da sedução a toda e qualquer relação humana.

E Laplanche assim o faz: expande a teoria da sedução restrita, inaugurando a Teoria da Sedução Generalizada – TSG. Para o autor, a sedução, ao ser considerada generalizada, torna-se algo fundamental a todo ser humano e se baseia na Situação Antropológica Fundamental – SAF. Essa situação é entendida pelo autor como a relação entre o adulto e a criança, permeada pelo cuidado, envolvendo a autoconservação. De acordo com o autor, a importância dessa relação está no fato de acontecer entre pessoas reais e concretas e ser assimétrica. A relação adulto/criança se caracteriza por essa assimetria, pois há um adulto que tem um inconsciente e uma criança que não o tem. Laplanche (2003) utiliza o termo *infans*, inspirado em Ferenczi (1933/1992), que, em “Confusão de línguas entre a criança e o adulto”, o adota para se referir à criança que ainda não fala. Além de ainda não ter desenvolvido a capacidade de falar, o *infans* não

desenvolveu a sua sexualidade. Há uma incapacidade, uma imaturidade, uma defasagem da criança em relação ao que lhe acontece e, sobretudo, em relação à sexualidade do adulto.

Ainda sobre a SAF, Laplanche (1987/1992a) aborda o termo *Hilflosigkeit*, em alemão, traduzido em português como desajuda, abandono, desamparo. Assim, ao se referir ao desamparo do *infans*, é preciso considerar que existe uma prematuração no sentido da autoconservação. Ou seja, o *infans* não tem maturidade suficiente para se manter vivo. O ser humano, nos seus primeiros anos de vida, necessita de ajuda do outro para sobreviver. Freud (1985/1995) já haviase referido a essa condição da criança pequena no “Projeto de uma Psicologia Científica”.

O autor postula que a situação de desamparo aumentava as excitações internas, levando a um transbordamento, fazendo com que o bebê solicite ajuda da maneira que encontrar – geralmente chorando. É por meio do choro que se inicia, então, uma forma de comunicação pautada na relação de alteridade, com o objetivo de autoconservação do bebê. Em suma: na comunicação efetiva entre o adulto e o *infans*, há uma demanda – por parte da criança – de cuidados por intermédio das reações do seu corpo quando a homeostase está em risco. E o adulto atende a essa comunicação emitida pela criança, de modo a providenciar os cuidados necessários.

O que Laplanche (2001/2015a) chama a atenção é que, na relação entre um adulto e uma criança, a assimetria está presente, pois não há uma situação de igualdade, principalmente se levarmos em consideração o nível de desenvolvimento do aparelho psíquico da dupla, ou seja, em uma das partes, o desenvolvimento psíquico já está completo – o adulto – enquanto, na outra parte, o desenvolvimento psíquico ainda é incompleto – a criança (Laplanche, 1987/1992a). Ainda que assimétrica, a sedução precisa de ambos, o adulto e a criança, para que se concretize. O autor afirma que o fator originário e fundamental está, então, em ambos: na criança, que tem comportamentos adaptativos prestes a se desviarem, e no adulto, com comportamentos desviantes, no que diz respeito à sexualidade. Assim, há um desviador e um desviante, um sedutor e um seduzido; a relação – originária – é desigual, assim sendo, não existe interação simétrica. A SAF, além da relação de cuidado, suscita que esta seja uma relação de desigualdade, principalmente no que se refere ao nível de desenvolvimento do inconsciente.

Nessa relação assimétrica, de comunicação entre o adulto e a criança – ainda que seja para manter a vida do *infans* –, existe algo a mais circundando as ações de

autoconservação. O autor se refere ao sentido sexual, emitido pelo adulto, juntamente a essas ações. Os cuidados prestados pelos adultos estão inevitavelmente impregnados pelo sexual:

[...] o diálogo adulto-*infans*, por mais recíproco que seja, é, contudo, imediatamente parasitado por outra coisa. A mensagem é perturbada. Há, pelo lado do adulto, em sentido unilateral, intervenção do inconsciente. Eu diria, até mesmo, do inconsciente infantil do adulto, na medida em que a situação adulto-*infans* é uma situação que reativa essas pulsões inconscientes infantis(Laplanche, 2001/2015a, p. 107).

A relação entre os pares pautada na atividade e na passividade, segundo o autor, é um dos pontos centrais da TSG. O adulto é considerado ativo e é quem dispõe e propõe o primeiro significado sexual para a criança. Esses significados têm ligação com significantes enigmáticos, sendo, portanto, traumáticos para a criança, já que esta não conta com recursos para lidar com esse conteúdo. A criança é considerada passiva por ser o receptor da mensagem e por se mostrar inadequada ao receber os significantes sexuais advindos do adulto. A criança não compreende a mensagem que é direcionada a ela.

Como a criança não compreende as mensagens enviadas pelos adultos, é necessário que ela tenha de aprender a decifrar o mundo adulto. E esse mundo adulto se caracteriza por mensagens (no sentido linguístico) que trazem indagações e dúvidas – a respeito do conteúdo sexual – que a criança deve, por si mesma, responder e dar sentido. Essas mensagens são chamadas pelo autor de enigmáticas, sendo única e exclusivamente aquelas que veiculam o sexual do adulto(Laplanche, 1987/1992a.).

O autor esclarece que o essencial da TSGe da SAFé exatamente esse intercâmbio de mensagens que acontece em todas as relações por meio da comunicação. Ele afirma que as relações assimétricas não são exclusividade da díade adulto e *infans*. O ser humano, em suas relações adultas, vivencia-as também como assimétricas. Isso acontece devido ao fato de que as mensagens não são compreendidas da mesma maneira – ou no mesmo momento – pela dupla responsável pelo trânsito da mensagem. As mensagens que se intercambiam não são inconscientes, entretanto o inconsciente é como um ruído que pode interferir nas mensagens pré-consciente-conscientes. Esse ruído, que acaba por trazer o inconsciente junto com a mensagem, tem a capacidade de causar interferência e, até mesmo, de causar comprometimento na mensagem pré-consciente-consciente.

Para conceituar as mensagens enigmáticas, o autor parte de Ferenczi (1933) com a ideia de confusão de línguas<sup>2</sup> que ocorreria entre a criança e o adulto. Porém, Laplanche (1987/1992a) não chama de confusão, mas de inadequação de línguas, inadequação de mensagens. Tais inadequações se dão devido às mensagens conterem significantes diferentes para o adulto e para a criança. “Por meio do termo sedução originária qualificamos, portanto, essa situação fundamental em que o adulto propõe à criança significantes não verbais assim como verbais, inclusive comportamentais, impregnados de significações sexuais inconscientes.” (Laplanche, 1987/1992a, p. 134). Ou seja, as mensagens enigmáticas estão muito além daquilo que é verbalizado. Até mesmo nos comportamentos, há conteúdos sexuais inconscientes que vêm agregados (significantes enigmáticos).

As mensagens enigmáticas, de acordo com Laplanche (1987/1992a), precisam de um trabalho para ser dominadas e simbolizadas. É esse processo de simbolização que o autor denomina tradução. A tradução da mensagem enigmática do adulto é feita em dois tempos. Primeiramente, no ideário do autor, a mensagem é implantada sem ser compreendida pelo *infans*. E assim permanece, sob uma fina camada do consciente. Somente em um segundo momento essa mensagem – que está inscrita no interior do ser – ganha vida novamente e age para ser integrada e compreendida. Há, em todo ser humano adulto, uma espécie de acúmulo de mensagens não traduzidas, esperando pelo momento de serem traduzidas ou, até mesmo, retraduzidas. Esse processo somente se inicia após a atualização ou reativação de mensagens enigmáticas que ficaram à espera de tradução, uma vez constituído o inconsciente.

No *infans*, no momento em que a mensagem é traduzida – ou quando há a tentativa de tradução –, a finalidade desse fenômeno é a fundação do inconsciente. Isso acontece quando a tradução é imperfeita – resultando de uma mensagem comprometida pelo inconsciente do emissor e parcialmente compreendida pelo receptor – e sobram restos não traduzidos. “São esses restos que constituem, por oposição ao eu pré-consciente, o inconsciente no sentido próprio, no sentido freudiano do termo.” (Laplanche, 2003, p. 407).

A criança, quando se depara com o conteúdo sexual que não compreende, transforma sua excitação sexual em angústia. Com o aparecimento inaugural da

---

<sup>2</sup>Para Ferenczi (1933/1992), a terminologia confusão de línguas consiste no fato de a criança se dirigir ao adulto com a linguagem da ternura, ou seja, não sexual. Enquanto a linguagem do adulto, dirigida à criança, é a da paixão, do amor, sendo sexual. É nisso que reside a confusão.

angústia, há um recalçamento. Esse recalçamento – derivado de conteúdos (restos) não traduzidos – passa a constituir e, ao mesmo tempo, a fazer parte do inconsciente. Assim, é a partir da mensagem enigmática emitida pelo outro que se torna possível a constituição do inconsciente.

Em outras palavras, o inconsciente se forma por meio da possibilidade de recalcar o que não foi traduzido, isto é, do fracasso da tradução ou da tradução parcial, pois os restos não traduzidos provocarão o recalçamento originário para conter o enigmático que veio do outro, ao produzir uma cisão no aparelho psíquico constituindo a tópica freudiana. E, por conseguinte, é indubitável que esse inconsciente fundado tenha marcas do sexual, uma vez que é derivado de mensagem enigmática do adulto. Se o conteúdo sexual recalçado fizer parte da cena da sedução originária, é possível afirmar, então, que a cena da sedução originária foi a responsável pela inauguração do inconsciente, pelo excesso veiculado, pelo traumático, apesar do seu caráter fundante.

Laplanche (1981/1992b, 1993/1997), em “Problemáticas IV – O Inconsciente e o Id” e em “Breve tratado sobre o inconsciente”, aborda a função das primeiras traduções, o que estaria em torno da fundação do aparelho psíquico: “Estas traduções estão acompanhadas (segundo a fórmula do próprio Freud) por fracassos de tradução que são precisamente os primeiros recalques ou recalques originários” (Laplanche, 1993/1997, p. 18). Com a fundação do inconsciente, conseqüentemente aconteceria também o fechamento do Eu, em relação ao inconsciente. Ou seja, uma vez considerada a existência do inconsciente, é possível pensar a existência de algo aquém. Assim, tudo que alcança o nível da tradução alimenta o Eu, porém há, nas mensagens, conteúdos que não são traduzidos, sendo estes, portanto, alimento para o inconsciente.

Desse modo, a formação do inconsciente está relacionada à alteridade, tendo sua constituição atrelada à comunicação de um ser com o outro, parasitada pelo sexual. Nessa mesma lógica de Laplanche, encontramos Terrazas (2009) que explana sobre a alteridade e a constituição psíquica. Segundo o mesmo, a inauguração do inconsciente não é determinada por heranças biológicas ou por fatores genéticos. A descoberta do inconsciente está pautada nas relações que o ser humano desenvolve com outros seres humanos. Sendo assim, a existência do inconsciente só se torna possível devido ao encontro com o outro:

Em definitivo, o ser humano não se constitui em relação com o adaptativo-instintivo, senão por seu encontro com outro humano, governado por “*plus*” de prazer irreduzível

tanto para a conservação como a articulação com o fim biologicamente determinado da procriação(Terrazas, 2009, p. 13).

Dessa maneira, é possível entender a importância da alteridade, desde as origens do sujeito psíquico, isto é, na formação do Eu. Em “Breve tratado do inconsciente”, Laplanche (1993/1997) discute sobre a tradução das mensagens enigmáticas e a constituição do inconsciente. Ele afirma que a tradução, quando alcançada, traz significados da mensagem como um todo coerente, ou seja, a tradução não se faz somente de partes isoladas da mensagem enigmática.

Numa palavra, a tradução trata a mensagem como um todo coerente, enquanto que os significantes não traduzidos não são coerentes entre eles, e não forma uma outra cadeia; o recalque, face negativa da tradução da mensagem enigmática, tem um efeito de deslocamento(Laplanche, 1993/1997, p. 29).

Laplanche (2003) chama a atenção para o fato de que, apesar do inconsciente ser fundado a partir do fracasso parcial da tradução das mensagens vindas do outro, não se trata de uma cópia ou uma réplica do inconsciente do qual a mensagem enigmática partiu. Isso quer dizer que, ainda que a fundação do inconsciente tenha sua origem derivada do outro, o inconsciente a ser fundado não será idêntico ao inconsciente do outro. O inconsciente recém-fundado não se parece com o inconsciente do qual vieram as mensagens enigmáticas por causa do metabolismo pelo qual as mensagens passaram:

Mas não é de maneira alguma a cópia do inconsciente adulto, por causa do duplo “metabolismo” que o sexual sofreu neste percurso: deformação na mensagem comprometida no adulto e depois, na criança receptora, trabalho da tradução que remaneja completamente a mensagem implantada(Laplanche, 2003, p. 407).

O metabolismo a que o autor se refere, no adulto, acontece por causa do sexual que está acoplado na mensagem enigmática. Por exemplo, a mãe, ao amamentar o bebê, está deformando a mensagem – que seria alimentar o bebê – com a excitação sexual sentida por ela no ato da amamentação. Na criança, o metabolismo ocorre no momento da tradução da mensagem enigmática, mais especificamente na busca por uma significação que auxilie a compreensão da mensagem.

Laplanche (2003) considera que a criança inicia os processos de tradução com ajuda da cultura e do meio ao qual está inserida. Ele afirma que a criança utiliza códigos que, se insuficientes para traduzir a mensagem enigmática do adulto, há a improvisação

e a criação de um novo código. A criança, para realizar as primeiras traduções, utiliza esses assistentes de tradução.

O termo assistente de tradução, de Martens (2007), aponta que assistentes de tradução podem ser compreendidos como um conjunto de mensagens – verbais ou não – que acabam sendo produzidos pelo ambiente social que acompanham como um contraponto o processo de sedução. É uma forma de código cultural criado para ajudar na tradução e para codificar as ações rotineiras do cotidiano.

Ainda em relação ao inconsciente, porém se pautando, agora, em algo que vai além de sua constituição, Laplanche (1981/1992b) apresenta, em o “Inconsciente e o Id”, alguns esclarecimentos sobre o inconsciente. Ele descreve o inconsciente como uma realidade que está constantemente presente, todavia que se revela em determinados momentos manifestos. Para o autor, o inconsciente surge em determinadas lacunas, em pontos particulares. Não é como se estivesse encoberto e, de repente, fosse colocado à mostra. Seguem as palavras do autor:

Enfatizei aí o fato de que o inconsciente se nos revela, nas análises, não de maneira homogênea, “por baixo” do que nos é dado no manifesto; o inconsciente não está inscrito nem é encontrado como num segundo nível que acompanharia de forma contínua os atos ou as palavras manifestas, mas há sempre alguma coisa que se revela em pontos particulares, a que se poderia chamar pontos de carga máxima (Laplanche, 1981/1992b, p. 39).

Os pontos de carga máxima aos quais o autor se refere são compreendidos dentro da TSG como os excessos, como a sedução.

Laplanche (2003) nos mostra uma visão diferenciada de Freud, apontando três definições de inconsciente. Primeiramente, o autor apresenta o inconsciente no próprio sentido freudiano, o do recalçamento originário. A segunda definição é a do inconsciente encravado. A terceira é a do pseudoinconsciente do mito-simbólico. Tal discriminação não é condizente com etapas ou fases do inconsciente, mas, sim, com elementos que configuram cada inconsciente que podem estar referidos em um mesmo esquema psíquico.

O inconsciente no sentido freudiano, a tópica, se reconhece como o recalçado – é aquele que já foi apresentado. De acordo com Laplanche (2003), esse inconsciente contém os restos não traduzidos. Uma tradução que nunca é perfeita e sempre deixa sobras de mensagem que não puderam ser traduzidas; há um fracasso parcial da tradução. Ao retomar, brevemente, o que já foi exposto, o autor afirma que a criança

decompõe a primeira mensagem para fazer a primeira tradução e, assim, a mensagem ganha uma dessignificação, pois perde o sentido. Há, em seguida, o recalçamento, que gera, conseqüentemente, a realidade psíquica inconsciente.

O segundo tipo de inconsciente citado por Laplanche (2003) é o inconsciente encravado. Constitui-se a partir de mensagens que não tiveram nem uma parte de seu conteúdo traduzido, não havendo nenhuma metabolização. Essas mensagens são chamadas pelo autor de mensagens encravadas. O inconsciente encravado contém as mensagens que falharam totalmente na tradução. São as mensagens intrometidas. Aqui, o funcionamento não se dá pelo recalçamento, como no inconsciente no sentido freudiano, mas, sim, pela recusa.

Segundo Laplanche (1992/1996b), em “*Implantación, intromisión*”, ao lado das mensagens implantadas que tiveram uma tradução parcial – processo comum e cotidiano, frequentes na neurose –, encontramos as mensagens intrometidas que não tiveram tradução nem mesmo parcial. Essas mensagens são reconhecidas pelo indivíduo como uma violência. Dentre essas mensagens, estão as que podemos chamar de mensagens superegóticas, que trazem um imperativo categórico, sendo, portanto, impossível de qualquer metabolização. As mensagens intrometidas, por seu caráter de intrusão, estão relacionadas, principalmente, com a analidade e a oralidade (Laplanche, 1992/1996b).

Por fim, Laplanche (2003) apresenta o pseudoinconsciente do mito-simbólico. Ao explicar esse tipo de inconsciente, o autor salienta que ele não pode ser encontrado no interior do aparelho psíquico, apesar de ter uma função psíquica e se encontrar inscrito no esquema do aparelho psíquico. Ele comenta que os mitos não se reduzem a explicações pessoais e individuais, mas ao contrário: são produzidos para ordenar e codificar o universo cultural de uma civilização. Nas palavras do autor:

É aqui que intervém o que denominamos o universo do “mito-simbólico”, nele incluindo tanto códigos (clássicos) como “complexo de Édipo”, “assassinato do pai” ou “complexo de castração”, quanto esquemas narrativos mais modernos, em parte aparentados aos precedentes, mas em parte inovadores (Laplanche, 2003, p. 413).

Os mitos-simbólicos têm uma função de grande importância para o processo de tradução, pois desempenham o papel de realizar ligação e simbolização:

Os grandes esquemas narrativos transmitidos e depois modificados pela cultura vêm ajudar o pequeno sujeito humano a tratar, isto é, a ligar e simbolizar, ou ainda a traduzir

as mensagens enigmáticas traumatizantes que lhe vêm do adulto. Uma ligação evidentemente indispensável ao tornar-se humano do homem(Laplanche, 2003, p. 416).

O autor dá ênfase aos códigos ofertados pela cultura ao *infans*, primeiramente, para ajudar a iniciar uma primeira tradução das mensagens enigmáticas que até então não lhes era possível de traduzir. O *infans* precisa criar esses códigos e ele não os inventa a partir do nada. Ele recorre ao seu meio cultural:

Confrontado às mensagens do adulto comprometidas pelo inconsciente, logo enigmáticas, intraduzíveis somente pelos meios dos códigos relacionais que tem à sua disposição (códigos autoconservativos), o *infans* deve recorrer a novos códigos. Mas ele não os inventa a partir do nada. Possui ao seu alcance, muito cedo, por seu meio cultural geral (e não unicamente familiar), códigos, esquemas narrativos pré-formulados. Poder-se-ia falar aqui de uma verdadeira ‘ajuda à tradução’ proposta pela cultura ambiente(Laplanche, 2003, p. 413).

O autor inclui, aqui, os códigos clássicos, como o complexo de Édipo e a castração, e os esquemas narrativos pré-formados no seio familiar. Esses esquemas narrativos, ao serem modificados pela cultura, auxiliam a simbolização e a tradução de mensagens enigmáticas traumatizantes. Laplanche (2003) afirma que a psicanálise comete um erro no que se refere aos códigos clássicos:

Querer incluir em meio às verdades que ela efetivamente descobriu (concernentes ao aparelho da alma e à situação intersubjetiva adulto-criança) e que são verdades “metapsicológicas”, os esquemas de narração, mais ou menos contingentes, que servem ao homem, numa situação cultural dada, para ordenar, para historizar seu destino. É o caso antes de tudo do “complexo de Édipo” que, por mais geral que seja (com numerosas variantes), não é uma característica do homem universal, não estando obrigatoriamente presente na situação antropológica fundamental(Laplanche, 2003, p. 413).

Laplanche (1996c), em “*La interpretación psicoanalítica: el psicoanálisis como anti-hermeneutica*”, traz mais algumas considerações sobre como o inconsciente não pode ser reduzido a interpretações de esquemas narrativos de mitos e ideologias, como a do complexo de Édipo e do complexo de castração. Ele ainda afirma que toda forma de traduzir e simbolizar é, antes de mais nada, uma condição de todo ser humano. Ou seja, todo homem, ao receber uma mensagem do outro, poderá realizar uma tradução. E essa tradução estará embasada em assistentes de tradução que cada pessoa adquiriu de acordo com suas vivências.

Conclui-se, desse modo, que os mitos, como assistentes de tradução, contribuem para a constituição da cultura e podem ser utilizados para ajudarem nesse processo tradutivo. No entanto, não podem ser considerados os únicos responsáveis pelas traduções que o ser humano realiza no decorrer de toda sua vida.

Segundo Laplanche (2003), os mitos não são produzidos por um indivíduo isoladamente, por isso, também não são algo que pode ter sido retirado da evolução de uma única pessoa. Os mitos compõem todo um universo cultural e podem ser observados, descritos e explicados por intermédio do meio sociocultural.

Essas traduções realizadas a partir da cultura têm o objetivo de dessexualizar – por meio da tradução de mensagens enigmáticas que, em virtude de seu conteúdo sexual, poderiam ser traumatizantes – e têm a finalidade de organizar as relações e a vida social. Dessexualizar, porque toda tradução serve para produzir recalca mentos cada vez mais organizados e integradores:

Os grandes esquemas narrativos transmitidos e depois modificados pela cultura vêm ajudar o pequeno sujeito humano a tratar, isto é, a ligar e simbolizar, ou ainda, a traduzir as mensagens enigmáticas traumatizantes que lhe vêm do adulto. Uma ligação evidentemente indispensável ao tornar-se humano do homem (Laplanche, 2003, pp. 415-416).

Laplanche (2003/2015e), em “O gênero, o sexo e o sexual”, continuando a discussão sobre a produção cultural coletiva e a tradução de mensagens enigmáticas, traz o conceito de *socii* ou *socius*, que seria a comunidade próxima, o pequeno grupo, o núcleo familiar, os pais, os avós, os irmãos. Esse grupo restrito é que tem a responsabilidade de inserir os assistentes de tradução:

Porque a comunicação não circula somente pela linguagem do corpo, pelos cuidados corporais; há também o código social, a língua social, há também as mensagens do *socius*: estas mensagens são principalmente mensagens de designação do gênero. Mas são também portadoras de muitos “ruídos”, todos aqueles trazidos pelos adultos próximos – pais, avós, irmãos –, suas fantasias, suas expectativas inconscientes ou pré-conscientes (Laplanche, 2003/2015e, pp. 168-169).

Esses assistentes são uma produção sociocultural, ou seja, são produzidos pela cultura de um social mais amplo e geral, se comparado ao *socii*, e do qual este não deixa de fazer parte, auxiliando na dessexualização das mensagens enigmáticas.

Laplanche (2003), com o conceito do pseudoinconsciente do mito simbólico e com a ideia de assistentes de tradução, nos oferece suporte teórico para a compreensão

das relações estabelecidas entre as pessoas durante os encontros em grupos. A proposta, então, é analisar, de acordo com a TSG, como o grupo operativo atua, na alteridade, como produtor de uma cultura própria, auxiliando as traduções dos pacientes que integram o grupo.

## **2.2 As mensagens do outro em mim**

Sobre as mensagens enigmáticas, partimos do pressuposto de que toda mensagem enviada está comprometida pelo inconsciente do emissor, o que a torna enigmática.

Algo importante a se postular sobre as mensagens enigmáticas é que a responsabilidade que irão desempenhar para o funcionamento psíquico vai depender do receptor e o que ele vai fazer com ela: “O que conta, enfim, nessa situação, é o que faz o receptor com essa mensagem, isto é, precisamente, a tentativa de tradução e o necessário fracasso da tradução.” (Laplanche, 2002/2015f, p. 108). Ainda que o outro tenha um papel imprescindível na TSG, o impacto que as mensagens enigmáticas terão sobre a pessoa dependerá diretamente da tradução que ela irá realizar e dos recursos com que conta para tal tarefa.

Segundo Laplanche (1987/1992a), a tentativa de tradução realizada pelo receptor já é o segundo processo de metabolização – o primeiro seria realizado pelo emissor da mensagem – pelo qual a mesma mensagem está passando. Essa segunda metabolização pode não alcançar todos os elementos da mensagem. Martinez (2012) apresenta, de acordo com a TSG, que toda mensagem é de natureza violenta – pelo enigma que carrega, ou seja, pelo inconsciente do outro que está impregnado nela – sendo, portanto, traumática para o receptor. Assim, dois processos podem acontecer, os quais são o recalçamento e a tradução:

O traumático toma aqui uma conotação de excesso de excitação e que necessariamente desencadeará um processo de estruturação do psiquismo, isto é, nasce o recalçamento das mensagens impossíveis de traduzir, pois a situação de passividade da criança, de dependência total do adulto, evidencia que nem sempre ela tem capacidade para fazer esse trabalho de tradução do excesso. Mas, por outro lado, nascem, também, os processos mais organizados. É por esse meio, o da tradução das mensagens da sexualidade recalçada do adulto – do enigmático – que a criança pode iniciar uma ordenação para a sua existência e para a sua relação com os outros. É esse trabalho que, com o suporte do grupo familiar e da cultura em si, a faz sair do puramente traumático (Martinez, 2012, p. 477).

Dessa forma, o arranjo possível de elementos da mensagem que não teve metabolização nenhuma, ou seja, aquela de tradução impossível, tem o caráter de imperativos categóricos: “Não metabolizáveis, isto significa que não se pode diluí-los, substituí-los por outra coisa. Estão aí, imutáveis e insimbolizáveis, resistentes ao esquema da substituição significante.” (Laplanche, 1987/1992a, p. 147).

Assim, o que não foi metabolizado pelo receptor da mensagem é aquilo que não teve tradução possível: é o intraduzível. Para Laplanche (1992/1996b), as mensagens que são radicalmente intraduzíveis são denominadas mensagens intrometidas. A pessoa que recebe uma mensagem que não tem uma tradução, sendo algo imposto, sem justificativa ou explicação possível, sofre uma violação. Não existe nenhum fator que auxilie na organização psíquica. E, junto à violação, vem a recusa.

Em contrapartida e para a sorte dos profissionais que se dedicam a trabalhar com o psíquico, conforme o próprio Laplanche (2002/2015f) afirma em “Os fracassos da tradução”, existem mensagens que deixam uma cicatriz. Com essa afirmação, ele objetiva expor que existem mensagens que têm uma tradução, sendo possível, por intermédio do que foi traduzido, ter um vislumbre da mensagem originária, conduzindo a uma nova tradução mais elaborada, ao englobar cada vez mais o total da mensagem enigmática:

Há então, uma mensagem pré-consciente-consciente comprometida pelo inconsciente do emissor e uma tentativa de tradução pelo receptor, tradução, podemos dizer, intrassemiótica: por contribuição ou, ainda, por tentativa de criação de um novo código, de um idioleto. Digo “por contribuição” porque frequentemente a criança não cria por inteiro esse idioleto da tradução: ele lhe é socialmente proposto. E após essa tentativa de tradução que produz clivagem entre um pré-consciente e um recalcado inconsciente: o pré-consciente é a tradução “ele ama apenas a mim”. Esse pré-consciente traz a cicatriz desse fracasso (Laplanche, 2002/2015f, p. 129).

As mensagens com a tradução falha ou incompleta são chamadas pelo autor de mensagens implantadas. Na implantação, continua o autor, apesar de haver um enigma, há, também, uma tradução. Essa tradução, porém, não é completa. Os restos não traduzidos irão formar os objetos-fonte da pulsão. De acordo com Martinez (2012), corroborando com Laplanche, na implantação, há a transmissão de elementos organizadores – que são enviados juntos com a mensagem enigmática – e que vão contribuir para que a criança saia de sua passividade, ou seja, da sedução originária, e

encontre um destino para a mensagem: “seja traduzindo-as, seja recalçando-as, implantando também um potencial para futuras traduções.”(Martinez, 2012, p. 477).

São essas mensagens as responsáveis pela fundação do inconsciente, uma vez que é a partir delas que os restos não traduzidos são deixados de lado e precisam se alocar em algum lugar. Para Laplanche (2003), esse lugar acaba por ser o inconsciente, criado, então, para conter os conteúdos recalçados derivados dos restos não traduzidos das mensagens enigmáticas.

A primeira mensagem traduzida, ou seja, a mensagem originária, necessita de assistente de tradução para que a tradução aconteça. Portanto, além da dupla metabolização que a mensagem sofre – primeiramente pelo emissor e depois pelo receptor –, existem fatores externos que influenciarão na tradução dessa mensagem. Esses assistentes de tradução da primeira mensagem são trazidos pelos adultos próximos, pelo *socius*. E não é qualquer coisa que pode ser usada como assistente de tradução. Eles precisam ter uma intencionalidade de significação para a pessoa que está realizando a tradução:

Com efeito, como, rigorosamente, a pura percepção poderia fornecer signos? Se se trata apenas da percepção dos objetos inanimados, esta só fornece, na melhor das hipóteses, índices. Se se tratasse apenas de índices, de traços puramente factuais, de resquícios sem *intencionalidade* [grifos do autor] semiológica, como poderiam eles *se propor uma primeira tradução* [grifos do autor] pelo sujeito? Portanto, assimilamos o signo de percepção, essa primeira inscrição no aparelho psíquico exatamente ao significante enigmático, tal como este se deposita antes de qualquer tentativa de tradução(Laplanche, 1987/1992a, p. 139).

O autor ainda afirma que todas as pessoas têm uma carga de mensagens à espera de tradução. Essas mensagens podem ser tanto implantadas quanto intrometidas.

A mensagem enigmática, ao encontrar na cultura algum elemento que se ligue ao seu conteúdo enigmático, pode ser traduzida, ao menos parcialmente, podendo, então, ser considerada implantada.

### **2.3 Breves considerações sobre o grupo operativo e a TSG**

De acordo com o que foi apresentado sobre a TSG e seus principais pressupostos, é possível entender o funcionamento do grupo operativo, destacando-se as relações entre os participantes que, apesar de estarem inseridos em um grupo, se relacionam de forma singular uns com os outros, ou seja, mantêm diálogos uns com os

outros, interagindo de forma única um a um. Por exemplo, um paciente diz algo para outro paciente que não diria para um terceiro paciente. O vínculo, os papéis e a transferência surgem de forma única em cada um dos participantes do grupo operativo. Ainda é possível entender o funcionamento do grupo operativo a partir da relação dos participantes e ao grupo como um todo.

Um dos pontos importantes a se considerar para esta pesquisa é o fato de que as relações entre as pessoas que fazem parte do grupo operativo não se diferenciam de qualquer outro tipo de relação inter-humana. Laplanche (1987/1992a), de acordo com as teorias de Descartes, Spinoza e Leibniz, explica que as relações humanas se apoiam na assimetria da passividade e atividade. O autor ainda ressalta que, para haver a assimetria, não é necessário que a relação estabelecida seja entre parentes sanguíneos:

[...] a relação de parentesco não é determinante na primeira situação em que o *infans* se encontra. O que conta, antes de tudo, é a diferença absoluta de idade e do desenvolvimento, com o seu corolário: uma criança que nasce, sem pulsões sexuais inatas (nada prova a existência delas) e um adulto habitado não somente por sua sexualidade adulta, genital, mas também pela sexualidade infantil vinda de sua própria infância (Laplanche, 2006/2015c, pp. 271-272).

Matioli (2011) também tece considerações sobre as relações assimétricas apontadas por Laplanche (2006):

Convém ponderar que o adulto sedutor não é exclusivamente a mãe ou o pai, pois o fundamental na sedução não é a relação de parentesco, de consanguinidade, mas, antes de tudo, o diferencial das idades, com seu corolário, a dissimetria pulsional (Matioli, 2011, p. 62).

O importante, na relação de assimetria, é que haja esse desequilíbrio pulsional, que não necessariamente deva ser entre um genitor – mãe ou pai – e uma criança. A sedução acontece por parte de todo um mundo adulto, especialmente pelo *socii*, grupo de pessoas mais próximos e íntimos à criança, por exemplo, os pais, vizinhos, primos (Matioli, 2011).

A relação assimétrica pode ser estendida para as demais relações que não sejam somente aquelas entre adultos e *infans*. Assim, partirei do pressuposto de que a relação assimétrica pode ser estendida para qualquer outra relação que realize o envio e o recebimento de mensagens enigmáticas, gerando tradução ou recalçamento. Como afirma Martinez (2012):

Assim, diremos com Laplanche (1987), que toda relação assimétrica implica numa sedução – que é generalizada precisamente porque em toda a relação com a criança o inconsciente do adulto é provocado e procura a satisfação pulsional – e, sobretudo, porque produzirá sofrimento psíquico, exigindo um trabalho de organização e reorganização mediante uma atividade tradutiva. Por relação assimétrica, tomamos não somente a relação concreta de um adulto com uma criança, mas a estendemos para toda a relação que, pela violência da mensagem, instaure uma espécie de re-edição da Situação Antropológica Fundamental (Martinez, 2012, p. 476).

Dessa forma, na relação entre alguém sadio e doente ou entre professor e aluno, por exemplo, há a possibilidade da reedição da SAF, reatualizando a assimetria e demandando novas traduções. Até mesmo em um grupo operativo as relações podem ser assimétricas. Na TSG, a assimetria acontece em termos de se ter um inconsciente para recalcar e não ter esse inconsciente. Já no grupo operativo, há uma assimetria, porém não no que se refere a ter ou não um inconsciente, mas ao fato de que as mensagens não são compreendidas da mesma maneira ou no mesmo momento por quem a enviou e por quem a recebeu. Dessa maneira, é possível entender que a SAF pode ser reeditada em diversas ocasiões, pois a assimetria pode surgir no relacionamento entre a pessoa doente em relação à pessoa sadia, entre médico e paciente, professor e aluno, ou entre os participantes de um grupo.

Assim, tomaremos o grupo operativo como sendo o outro concreto, a alteridade na forma de grupo, sendo passível, então, de estabelecer relações de assimetria. A tradução das mensagens enigmáticas que circundam o grupo operativo fica por conta de cada pessoa, pois cada participante irá lidar de forma muito particular com o que se discute nos encontros. Desse modo, em um grupo operativo, uma mesma mensagem enigmática pode ter diversas traduções acontecendo simultaneamente para várias pessoas. É possível, também, que a mensagem enigmática não tenha tradução para alguma das pessoas presentes no grupo, ficando à espera para ser traduzida, ou que tenha um estatuto de encravada ao ser impossível de traduzir, nesse momento, pelo menos.

Agora, ao entender as relações dos participantes com o próprio grupo operativo, é possível compreender que o grupo em si, tomado como alteridade, pode ser compreendido também como uma fonte de mensagens enigmáticas, atuando sedutoramente. É preciso compreender que o grupo operativo atua, ora como agente ativo da sedução, ora como agente passivo. Isso quer dizer que o grupo envia mensagens e recebe mensagens, o que acontece de forma simultânea.

O conceito de *après-coup* ajudará a tornar mais clara a compreensão do fenômeno de tradução e, conseqüentemente, o de retradução, uma vez que ambos acontecem em dois tempos. Vejamos na seção seguinte.

#### **2.4 Après-coup e alteridade: ressaltando a importância do outro concreto**

Mas o que vem a ser o *après-coup*? No sentido da palavra propriamente dita, *après-coupé* é uma palavra da língua francesa, que pode ter seu significado linguístico ao ser traduzida para a língua portuguesa, como posteriormente. Porém, a tradução do termo não pode ficar restrita somente à significação da palavra. A terminologia, em si, merece maior atenção. O termo que equivaleria ao *après-coup* de Laplanche, utilizado por Freud na língua alemã, é *nachträglich* (adjetivo) ou *Nachträglichkeit* (substantivo). Ao se lançar sobre o estudo da psicanálise, Laplanche (2006/2012) acaba por retomar as obras de Freud e nota que o estudo do termo *après-coup* – *nachträglich* ou *Nachträglichkeit* no alemão – não foi formulado explicitamente por este. A tradução para o português da palavra *après-coup* pode ter os seguintes significados: ulteriormente, posteriormente, ação deferida, ação retardada, *a posteriori*, ou seja, algo que vem depois. No sentido de entendimento da palavra, essa seria a definição de *après-coup*. Adotaremos, neste trabalho, o termo *après-coup*, mesmo nos referindo a Freud, com o objetivo de uniformizar o termo.

Freud, de acordo com Laplanche (2006/2012), propõe o uso da terminologia *après-coup* ao se referir a uma consciência secundária, uma consciência que funcionaria *a posteriori*. No “Projeto de uma psicologia científica”, Freud (1985/1995) discorre sobre o caso Emmae e nesse escrito que o *après-coup* aparece de forma mais tópica. A consciência secundária seria aquela percebida a partir das palavras. Palavras estas que, pronunciadas internamente – ou seja, em um segundo momento ou em pensamento –, acabam por propiciar uma nova percepção sobre um acontecimento já vivenciado. Dessa maneira, haveria um deslocamento da energia.

Temos, então, a teoria do trauma em dois tempos de Freud (1985/1995), em que há a necessidade do vínculo entre duas cenas para o estabelecimento do trauma em si. A primeira cena ocorreria na infância, com uma situação de sedução por um adulto. Essa criança, na época, não entenderia a excitação sentida como sexual, uma vez que, para Freud (1985/1995), a sexualidade na criança ainda não se desenvolveu. A segunda cena ocorreria na puberdade, não sendo obrigatoriamente algo com referência ao sexual, mas

que a pessoa faz uma associação por qualquer outra característica da cena. A partir de então, compreende o fator sexual presente na primeira cena vivida na infância, o que a torna traumática.

O vínculo se dá entre a primeira cena (que é posterior) e a recordação da segunda cena: “[...] *puesto que es la segunda escena em orden cronológico la que recibe el número I, y la escena anterior, la que recibe el número II.*” (Laplanche, 2006/2012, p. 48). Assim, o segundo tema é que traz a repressão, uma vez que causa a recordação do primeiro momento, gerando, portanto, o trauma. Na teoria freudiana, segundo Laplanche (2006/2012), há uma diferenciação bem específica entre os dois tempos do trauma. Freud (1985/1995) considera que, primeiramente, há o acontecimento em um período pré-puberale o segundo momento é sempre após a puberdade. Devido à influência biologicista de Freud (1985/1995), este trabalha com a condição de desenvolvimento maturacional da sexualidade. Por intermédio da ação deferida, considera que algo se encontra em latência na criança que, após o desenvolvimento puberal, se encontrará pronto no sujeito adulto.

Segundo Laplanche (1992/2001), em “Notas sobre *el après-coup*”, é possível ter uma visão progressiva dos acontecimentos temporais – um fato vivido no passado pode causar consequências futuras para o aparelho psíquico –, porém existe, também, uma maneira retroativa de acompanhar um acontecimento no tempo.

O autor afirma que estudar o *après-coup* nada mais é do que realizar um estudo do tempo, especificamente, do tempo para o ser humano, tempo este que se coloca em movimento a partir de uma relação com outro ser humano. No tocante à temporalidade, o autor propõe a metáfora da flecha do tempo. De acordo com os filósofos e pensadores, continua o autor, a flecha do tempo tem uma única direção, ou seja, eles consideram que o tempo se desloca unidirecionalmente do passado, indo sempre em direção ao futuro. Entretanto, para Laplanche (2006/2012), no *après-coup*, a noção de tempo pode ser considerada um pouco mais ambígua, sendo possível a inversão da flecha do tempo.

Assim, com base nos postulados de Laplanche (2006/2012), o *après-coup* é apresentado de duas maneiras distintas, todavia ambas remetem à questão da temporalidade.

Primeiramente, o autor explana sobre como o conceito de *après-coup* está diretamente ligado aos diferentes tipos de linguagens, por exemplo, a linguagem da ternura e a linguagem da paixão, citados por Ferenczi (1933) ao analisar a confusão de línguas entre o adulto e a criança. Para Laplanche (2006/2012), o *après-coup* está ligado

a esses diferentes tipos de códigos que podem estar presentes em uma comunicação entre duas pessoas. Esses códigos, também denominados mensagens, podem ser decodificados, compreendidos ou interpretados *après-coup*. Após esse momento, as mensagens – já decodificadas ou interpretadas – ganham, então, um novo sentido para a pessoa. Esse processo pode acontecer a qualquer tempo e em qualquer fase do desenvolvimento da pessoa (infância ou vida adulta).

Outro ponto do *après-coup* que é importante ressaltar é que, para o autor, um acontecimento não é determinante sobre o outro. O momento em que a mensagem foi produzida – enviada e recebida – não tem maior ou menor importância sobre o momento em que houve a decodificação da mensagem. Laplanche (2006/2012) ressalta que não é somente uma diferença de tempo entre o momento que a mensagem foi enviada e a compreensão dessa mesma mensagem. Existe, por parte do receptor, uma compreensão ou entendimento da mensagem recebida, mas esse entendimento é somente da parte consciente. Porém, a mensagem é enigmática, porque contém, também, ruídos do inconsciente – conteúdos não traduzidos e que ficaram à espera de uma tradução. É esse conteúdo que só encontra uma compreensão *après-coup*. Em “Breve tratado sobre o inconsciente”, Laplanche (1993/1997) aborda esse ponto da compreensão da mensagem *après-coup*:

Este “saber de si”, constituído no *só-depois* [grifos do autor], retomando, pois, o passado a partir do presente para visar um futuro, este movimento de tradução tem como origem este “motor imóvel” que é este endereço enigmático do outro (externo). Ele deixa necessariamente fora de si alguma coisa deste endereço, um intraduzível que se torna o inconsciente, o outro interno. Este outro interno, por sua vez, funciona como agente, como objeto-fonte que procura constantemente penetrar na existência consciente (que é *uma coisa totalmente diferente* [grifos do autor] do vir à luz da consciência-percepção)(Laplanche, 1993/1997, pp. 26-27).

Assim, de acordo com o autor, o conceito de *après-coup* remete à ideia de que a tradução da mensagem enigmática não se faz de uma só vez, mas, sim, em dois tempos. Como o conteúdo sexual não pode ser compreendido pela criança no momento em que foi a ela comunicado, o sentido sexual é constringido. Essas experiências são apreendidas, sentidas e percebidas somente no sentido físico. Sua tradução acontece quando há condições e códigos – assistentes de tradução – suficientes e necessários para a compreensão do conteúdo inconsciente da mensagem.

Esses resquícios inconscientes não traduzidos do adulto – que se encontram acoplados na mensagem dirigida à criança – veiculam conteúdos da sexualidade pré-

genital do sedutor. Isso quer dizer que, na relação com a criança, há, no adulto, a mobilização de conteúdos derivados da sua própria sexualidade pré-genital. Laplanche (1992/2001) exemplifica essa reativação do sexual pré-genital do adulto ao tecer comentários sobre o relato de Freud (1900/1996) na “Interpretação dos sonhos”, quando estedescreve a cena de um rapaz que observava uma ama dando o seio para amamentar um bebê. O rapaz comenta, com pesar, por não ter aproveitado melhor a oportunidade quando era bebê. Aqui, temos o rapaz, que traz uma vivência do passado, porém com a interpretação do seu momento presente; o bebê que experiencia a amamentação como uma forma de alimentação, mas também como uma forma de prazer; e a ama (que Freud (1900/1996) não deu a devida atenção ao seu papel) é a agente responsável pela implantação do sexual, colocando o inconsciente na mensagem de autoconservação enviada ao bebê. Além disso, a ama é atingida pela própria cena com a reativação da excitação sexual sentida quando também foi um bebê que sugava o seio para ser alimentada. Essa excitação da ama que vem à tona é o *plus* de prazer agregado ao ato de autoconservação.

O adulto, ao realizar o cuidado de autoconservação, experimenta uma reativação da pulsão pré-genital, ou seja, da sexualidade infantil perversa polimorfa. Ao colocar em evidência essas pulsões, torna-se, para ele, propícia a tradução de mensagens que em outro momento da vida (a infância, provavelmente) não foi possível realizar. Laplanche(2006/2015c), em “Incesto e sexualidade infantil”, ao falar sobre a reciprocidade e a dissimetria da relação entre o adulto e a criança, afirma que a reativação da sexualidade infantil acontece devido à situação de apego, ou seja, aos cuidados de autoconservação direcionados à criança que o próprio adulto recebeu quando infante. Esse retorno da sexualidade pré-genital, ou seja, do passado para o presente, faz parte do processo *après-coup*.

Assim, de acordo como Laplanche (2003/2015e), o *après-coup* baseia na simultaneidade adulto-criança e no primado do outro. Ainda que o autor considere o adulto importante para a relação e conseqüentemente para a sedução, ao mesmo tempo, não tira o holofote da criança. Na relação, ambos os atores – adultos e criança, sedutor e seduzido – são essenciais para que a sedução aconteça:

Creio que a chave da noção de *après-coup* é esta: deixar de considerar nela um único indivíduo, mantendo-se fechado numa posição intransponível. Perguntar-se se a criança é causa do adulto ou se o adulto reinterpreta livremente a criança; perguntar-se se o

determinismo segue a linha do tempo ou, inversamente, se ele toma o sentido oposto à linha do tempo(Laplanche, 2003/2015e, p. 165).

Para o autor, o conjunto formado pelo adulto e pela criança não deve ser compreendido como um sendo sucedido pelo outro. Tratando-se da dupla adulto/criança, ao se pensar em fatores de influência, o adulto é, para a criança, assimcomo a criança é para o adulto. Isso quer dizer que não há, para a TSG, uma pessoa na relação que seja mais importante do que a outra, pois, para que a sedução aconteça, são necessários o emissor e o receptor.

Na perspectiva de Laplanche (2006/2012), a presença de outra pessoa é um elemento necessário para a emissão de uma mensagem. Essa mensagem contém os elementos enigmáticosque carregam a sexualidade pré-genital, ou seja, carregam a pulsão perversa polimorfa do adulto. Em outras palavras: o emissor da mensagem oferece um enigma a ser decifrado pela pessoa que a recebe, mensagem esta que carrega conteúdos da própria sexualidade do emissor. A mensagem, por ser enigmática, exige uma tradução e, assim, o receptor procura códigos que possam ajudá-lo a traduzi-la. Caso não tenha os códigos necessários para obter uma tradução satisfatória, é possível, então, inventar novos códigos, a partir dos elementos da cultura. Ou, ainda, manter a mensagem em espera – estado latente – para ser traduzida em outro momento, por assim dizer, *après-coup*, quando tiver os códigos de tradução necessários ou apropriados.

## **CAPÍTULO 3 – PROJETO TRANSFERENCIAL GRUPAL**

Ao tratar do tema do Projeto Transferencial Grupal, considerando que o grupo operativo atua por meio do Projeto Transferencial, é imprescindível que esse conceito seja definido. Para tanto, é preciso ainda tecer algumas considerações sobre o conceito de transferência e contratransferência com a finalidade de tornar elucidativa a distinção entre esses processos e o Projeto Transferencial. A intenção dessa distinção é mostrar que a existência de um Projeto Transferencial dentro de uma relação analítica não diminui a relevância da transferência e da contratransferência e, de forma alguma, anularia a ocorrência de tais processos.

### **3.1 Transferência e contratransferência: de Freud à contemporaneidade**

O conceito de transferência foi desenvolvido por Freud (1912/2011a) em 1912. Porém, já em 1895, o tema surge em “Estudos sobre a histeria”. O autor compreende a transferência como uma reprodução ou reedição de experiências psíquicas que são direcionadas na figura do analista ou terapeuta. Freud (1915/2011c) ainda se referia a esse fenômeno como falsa ligação e não usava o termo transferência. O autor entendia a falsa ligação – ou transferência – como uma forma de resistência ao tratamento analítico. Tal ponto de vista é uma primeira concepção freudiana sobre o conceito. Essa resistência acontece devido a uma regressão da libido que reanima os objetos de amor infantis, na tentativa de encontrar satisfação. Alguns anos depois, Freud (1915/2011c) trata da transferência como um recurso para a análise, usando da transferência amorosa como uma ferramenta para auxiliar no curso da análise:

A paciente, cuja repressão sexual não foi abolida, apenas impelida para trás, se sentirá então segura o bastante para trazer a luz todas as suas condições para o amor, todas as fantasias de seu anseio sexual, todas as características de sua paixão, e a partir delas abrirá por si mesma o caminho até os fundamentos infantis de seu amor (Freud, 1915/2011c, p. 166).

Em “A dinâmica da transferência”, Freud (1912/2011a) afirma que a transferência surge, necessariamente, durante o tratamento psicanalítico. Contudo, para abordar a transferência, ele traz outras temáticas, como a satisfação das pulsões e a escolha dos objetos. O autor aventa que há uma combinação entre a disposição inata e as influências ocorridas nos primeiros anos de vida da pessoa que, no decorrer de sua

existência, a conduz – eroticamente falando – a condições e características estereotipadas em seus relacionamentos, podendo levar a repetições. Entretanto, Freud (1912/2011a) também ressalta que, apesar da tendência à repetição, isso não é algo determinante e intransponível, uma vez que é possível ao indivíduo mudar devido a novas experiências vivenciadas. Assim, ainda que a transferência seja uma repetição, é certo que a vivência não é a mesma presenciada junto aos imagos infantis. Algo de novo é acrescentado na repetição que acontece durante a transferência.

Ainda de acordo com Freud (1912/2011a), a escolha de um objeto envolve elementos conscientes e inconscientes. Caso a realidade não ofereça as condições necessárias para suprir o desejo da pulsão libidinal, os relacionamentos tendem a conter ideias libidinais antecipadas ou expectativas libidinais que podem ser conscientes e inconscientes. Na transferência, essas expectativas libidinais podem ser investidas na figura do analista. Freud (1914/1976b) ainda postula que a resistência é uma condição intrínseca ao tratamento psicanalítico e o analista deve utilizar da transferência como instrumento para reprimir a compulsão à repetição. Esse processo torna claro ao indivíduo a frustração que os objetos reais lhe trazem e, devido a essa frustração com a realidade, o investimento libidinal permanece em prontidão até que possam ser investidos, por exemplo, na figura do médico. É nesse ponto que a transferência aparece. Uma vez que a pulsão libidinal não encontrou satisfação total na realidade e que existem ideias libidinais antecipadas, há um investimento dessa pulsão não satisfeita no analista. Nas palavras do autor:

Conforme nossa premissa, tal investimento se apegará a modelos, se ligará a um dos clichês presentes no indivíduo em questão ou, como podemos também dizer, ele incluirá o médico numa das ‘séries’ que o doente formou até então (Freud, 1912/2011a, p.100).

Assim, a transferência, no conceito freudiano, é estabelecida por investimentos libidinais que o paciente traz consigo para a terapia ou análise – possuindo elementos conscientes e inconscientes – e que são colocados na figura do analista/psicoterapeuta no processo da relação analítica.

Laplanche (1987/1993b), em “Problemáticas V – A Tina: a transcendência da transferência”, ao falar sobre a transferência e as mudanças que esse conceito sofreu ao longo dos anos, recorre à teoria de Ida Macalpine para afirmar que a transferência é produzida e que, sendo assim, o meio tem um papel de grande importância nessa produção. O autor está se referindo ao *setting* analítico, ou melhor, à situação analítica.

Laplanche (1987/1993b) define a situação analítica como o método analítico. Segundo ele, a situação analítica acontece no lugar em que a prática psicanalítica está sendo exercida. Ainda que a situação analítica seja estruturada artificialmente por regras preestabelecidas, não significa que não contenha elementos fundamentais de uma relação inter-humana.

Além do meio, isto é, do local, há outros dois fatores importantes para a produção da transferência. Um desses pontos assinalados na teoria de Ida Macalpine é sobre o tipo de discurso que é solicitado e o tipo de discurso que é dado como resposta, que se referem à associação livre e à interpretação, respectivamente. Por fim, o terceiro ponto relevante para a produção da transferência é o que comumente denominamos frustração. Essa frustração é uma recusa das relações objetais – relações reais. Laplanche (1987/1993b) também recorre à teoria de Daniel Lagache para afirmar que, além da situação analítica, é preciso haver um indivíduo com a capacidade para a repetição.

Assim, a transferência se torna propícia a partir do momento em que há a repetição dentro de uma situação analítica. Nas palavras do autor: “A transferência não é um fenômeno espontâneo, ela se realiza, em sua forma regressiva e maciça, porque o paciente está mergulhado numa situação que é inteiramente constituída para esse efeito.” (Laplanche, 1987/1993b, p. 16). Como derivado de algo provocado, existem regras, organizações e limites, por exemplo, a neutralidade e a abstinência. Com esses limites, existe algo que se inclui ou que se exclui, algo que faz parte e algo que fica de fora. Entende-se, a partir desses limites, que é preciso haver frustrações. E assim o autor chega ao conceito da tina, buscando figurar a transferência e todas as suas especificidades:

O que pertence a análise? O que fica fora da análise? Há algo fora da análise? É uma questão que os analistas se colocam; alguns para responder que tudo está na análise: “tudo se analisa”, diz-se de maneira um tanto rápida. Seja como for, para figurar esse limite entre um fora e um dentro, tomei um pouco por brincadeira essa imagem da tina, na qual irei me deter da próxima vez (Laplanche, 1987/1993b, p. 20).

Laplanche (1993a), em “Da transferência: sua provocação pelo analista”, traz alguns questionamentos – já feitos também por Freud (1912/2011a) – sobre a transferência, como o fato de que ela pode estar presente em diversos contextos, não ficando restrita somente na relação terapeuta e paciente durante o processo de análise.

O fundamental para Laplanche (1993a) acerca da transferência seria, então, a

alteridade. Na ausência do outro e seu enigma, não há meios da transferência estar presente. Assim, o que há de mais importante na transferência – esta transferência que o autor compara com o meio ambiente – é a relação com a produção cultural dos homens, ou seja, a relação com a mensagem cultural. A mensagem cultural agregada à transferência, está indubitavelmente impregnada pelo sexual, trazendo, por sua vez, uma mensagem enigmática. Uma das funções do analista é ser guardião do enigma e provocador da transferência.

Ao ser guardião do enigma e provocador da transferência, o analista, por intermédio da transferência em oco, pode deixar o caminho aberto para que novas traduções sejam realizadas. O autor diferencia a transferência de duas maneiras distintas: em pleno ou em oco. Ele as descreve da seguinte forma:

“Transferência em cheio, transferência em oco”. Finalmente, é uma coisa simples que tentei exprimir assim. Oferecemos ao analisando um “oco”, nossa própria benevolente neutralidade interior, a neutralidade benevolente em relação ao nosso próprio enigma. O analisando pode colocar nisso algo de cheio ou algo de oco. Algo de cheio é despejar lá sua sacola; algo de oco é colocar lá um outro oco, o enigma de sua própria situação originária (Laplanche, 1993a, p. 80).

De acordo com Laplanche (1993a) entendo que a transferência em oco seria àquela que remete a uma vivência do enigma originário, ou seja, aquele que contribuiu para a fundação do inconsciente da pessoa e que não se sabe o que é, pois se trata do enigmático, do oco, de algo que não se conhece. Entretanto, ao vir à tona através da transferência, possibilita uma nova tradução. A transferência em pleno, por sua vez, seria aquilo que é destinado ao terapeuta ou analista, que remete também a uma vivência anterior, porém não ultrapassa a repetição.

Na transferência em oco, também há uma repetição, mas esta traz uma nova tradução, resignificando imagens infantis. A transferência em cheio ou a transferência em pleno seria apenas uma repetição de comportamentos ou pensamentos sem que uma nova tradução seja realizada pelo paciente:

Um pleno, é a repetição positiva dos comportamentos, das relações, das imagens infantis. Um oco é também uma repetição, mas onde a relação infantil repetida reencontra seu caráter enigmático e onde as imagens não estão mais totalmente plenas. Transferência em pleno e em oco coexistem, é inevitável. Portanto, não pregamos pela transferência em oco contra a transferência em pleno! Apenas afirmamos que, se só existisse a transferência em pleno (a situação tipicamente descrita por Freud, a repetição de situações arcaicas, sem mistério), nada permitiria sair desse pleno (Laplanche, 1987/1992a, p. 170).

De acordo com Laplanche (1987/1992a), a transferência em pleno tem potencial para se tornar uma transferência em oco:

Acabamos de indicar que a transferência em pleno e a transferência em oco são dois aspectos complementares; mas *é somente* [grifos do autor] a partir do momento em que aparece uma clivagem no coração dos imagos ou das cenas transferidas, a partir do momento em que a faca pode passar, que a transferência em pleno poderá evoluir para uma transferência em oco e se elaborar (Laplanche, 1987/1992a, p. 171).

Não somente durante a análise, mas em qualquer outra relação que o paciente estabeleça, ao realizar novas traduções, é preciso, antes, ressignificar as traduções antigas e, para isso, é necessária a destruição. A esse processo, Laplanche (1993a) denominará caráter cíclico da dinâmica transferencial. Durante a análise, e a transferência que acontece entre paciente e terapeuta, o autor declara ser a transferência da transferência, pois é derivada do ciclo da dinâmica transferencial, ou seja, é a repetição de outras transferências já vivenciadas.

Outro conceito psicanalítico importante para a definição do Projeto Transferencial é a contratransferência. Com essa conceituação, pretendo evitar a confusão entre os conceitos de transferência, contratransferência e de Projeto Transferencial.

Na sua gênese, o termo contratransferência foi usado, em sua primeira vez, por Freud (1909, citado por McGuire, 1976), encontrado em uma carta dirigida a Jung, escrita após Freud receber uma solicitação de uma paciente de Jung, Sabina Spielrein, para tratar da relação amorosa dela com seu analista.

[...] embora penosas tais experiências sejam necessárias e difíceis de evitar. É impossível que, sem elas, conheçamos realmente a vida e as coisas com as quais lidamos. [...] Elas nos ajudam a desenvolver a carapaça de que precisamos e a dominar a *contratransferência* [grifos do autor] que é afinal um *permanente problema* [grifos do autor] (Freud, 1909, citado por McGuire, 1976, p. 281).

No primeiro trecho da carta, segundo Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini (2013), fica evidente a importância do vivenciar certos sentimentos em relação ao paciente, pois, a partir de tais experiências, o analista será capaz de compreender a vida e as peculiaridades que envolvem essas vivências. Assim, por meio dos sentimentos contratransferenciais, é possível ter um melhor conhecimento sobre os processos

psíquicos conscientes e inconscientes que permeiam a transferência, muitas vezes sem serem notados.

No segundo trecho da carta, somos apresentados a uma perspectiva que não considera importante os aspectos da subjetividade do analista nas sessões. Freud conceitua a contratransferência como um “permanente problema” (Freud, 1909, citado por McGuire, 1976, p. 281) e, portanto, algo a ser resolvido. Essa dualidade em relação à contratransferência se mantém ao longo da obra de Freud: algo importante da relação transferencial, mas uma barreira a ser transposta.

Depois de Freud, já em um segundo momento de desenvolvimento do conceito de contratransferência, em 1950, Paula Heimann (1950) publicou o artigo “*Acerca de la contratransferência*”, no qual descrevia a contratransferência como uma criação do paciente que os sentimentos despertados no terapeuta provinham do próprio analisando. Para a autora, a contratransferência era instrumento de investigação dos processos inconscientes do paciente. Assim, a resposta emocional do analista poderia ser utilizada como um instrumento benéfico dentro da situação analítica. Um dos pontos mais importantes citados pela autora é o fato de que a situação analítica só é possível devido aos sentimentos também do analista. Para haver uma relação, é preciso que ambas as partes – analista e paciente – interajam. Os sentimentos de ambos devem ser considerados relevantes, porém de forma interdependente, dentro da situação analítica.

Entretanto, segundo Wolff & Falcke (2011), os estudos de Heimann (1950) não foram tão aprofundados quanto os de Racker (1986), o qual acreditava que a transferência e a contratransferência não podem ser vistas como algo separado e estão sempre se inter-relacionando. A contratransferência, então, de acordo com esse autor, seria o resultado das identificações que o terapeuta faz com o paciente, podendo ter três significados: obstáculo, instrumento de compreensão do paciente e, por fim, o campo onde o analisando pode adquirir uma experiência viva e diferente da que teve originalmente. Dessa forma, seria possível compreender justamente sobre o que leva o paciente para a análise. Isto é, um projeto consciente e inconsciente que se materializa de alguma maneira na relação transferencial.

Assim, da década de 50 em diante, a contratransferência passou a ser considerada como um dos principais fatores de mudança no tratamento analítico e um instrumento de trabalho. Zaslavsky e Santos (2005) expõem que os estudos sobre o tema mudaram consideravelmente o paradigma da psicanálise. Surgiram questionamentos e críticas ao trabalho do analista, pois o que acontece no processo analítico não diz respeito somente

ao paciente, mas às construções que estão sendo realizadas pela dupla terapeuta/paciente. Se assim for, a transferência é aquilo que o paciente traz e a contratransferência seria a resposta do analista a esse material. A contratransferência não diz respeito somente aos sentimentos que são despertados no analista pelo paciente, mas a forma como o terapeuta utiliza sua subjetividade para compreender melhor o que está se passando na sessão.

Outro autor que trabalha a temática da contratransferência é Odgen (1996). Ele afirma que, em um contexto analítico, não há separação entre paciente e terapeuta; cria, então, o conceito de “terceiro analítico”, que seria “o produto de uma dialética única produzida por entre as subjetividades separadas do analista e do analisando dentro do *setting* analítico” (Ogden, 1996, p. 60). Para que ocorra um bom processo terapêutico, este “terceiro analítico” deve ser superado e as subjetividades dos indivíduos em separado, porém interdependentes, devem ser reapropriadas. Nesse meio tempo, cada um dos participantes (terapeuta e paciente) desempenhará um papel inconsciente na fantasia do outro, ou seja, entre terapeuta e paciente se cria um espaço subjetivo e é nesse mesmo espaço que vão surgir os fenômenos inconscientes e conscientes.

Depois de compreendida a dinâmica do conceito de transferência e de contratransferência no processo de análise, passamos a desenvolver o conceito do Projeto Transferencial. Para isso, nos valeremos dos estudos e pesquisas de Mello Neto (2012/2016).

### **3.2 O Projeto Transferencial**

O conceito de Projeto Transferencial vem sendo desenvolvido por Mello Neto (2012, 2016) e seu grupo de estudos, do qual faço parte integrante. O autor se fundamenta nos estudos e pressupostos da Teoria da Sedução Generalizada – TSG – desenvolvida por Jean Laplanche.

Ao falar a respeito da transferência, Freud (1912/2011a) afirma que ela tem uma parte consciente e outra parte inconsciente. Mello Neto (2012) também aprofunda essa questão. O autor aponta que o paciente, ao procurar um analista ou iniciar uma análise, possui um duplo interesse, sendo que uma parte dele é consciente e a outra é inconsciente. Mello Neto (2012) nomeia de Projeto Transferencial essa configuração da situação analítica que é parte consciente, parte inconsciente, que motiva a pessoa a buscar a análise que dele é singular.

Mello Neto (2012), em seu artigo “Psicanálise: a clínica e o projeto transferencial”, segue a linha de Laplanche (1993a). Segundo o autor, o analista não é totalmente passivo ao ser tomado como objeto da pulsão não satisfeita do paciente. Na relação transferencial, o analista não estaria apenas como espectador das projeções (das imagens infantis) do paciente ou apenas como reflexo das projeções do paciente como um espelho. Ao se colocar nesse lugar, está aceitando o lugar da ideia antecipada que o paciente lhe ofereceu. E mais: o analista provocou no paciente esse movimento de ser tomado como objeto de desejo, ou seja, o analista provocou a transferência.

O analista estaria ocupando o lugar do outro e a alteridade aqui se faz imprescindível: “o analista *se oferece* [grifos do autor] ao analisando, se oferece como objeto, um objeto mais apetecível, isto é, como objeto sedutor a ser seduzido e aí está mais algo que faz o analista” (Mello Neto, 2012, p. 6). Assim, a transferência é algo que precisa ser vivida por ambos: paciente e analista. O fato de o analista aceitar ocupar o lugar que o paciente o colocou de lhe acarretar dificuldades, uma vez que este se vê na condição de suportar aquilo que vem do paciente.

Para que a análise/terapia aconteça, o analista, ao receber o convite/demanda e assumir o papel de algo tão específico e individual dentro da relação analítica, precisa ocupar esse lugar – ainda que rodeado pela sedução –, o que torna a proposta irresistível e ao mesmo tempo perigosa. De acordo com Mello Neto (2016): “Quando, então, o terapeuta/analista aceita o projeto transferencial do sujeito, nem que seja para lhe por limites, é que supomos, se estabelece o campo transferencial, em que ambos os sujeitos da diáde estão imersos” (Mello Neto, 2016, p. 2). Na acepção do autor:

Ao aceitar um lugar no projeto transferencial do paciente, mesmo que com todas as reservas bem conhecidas, ele aceita fazer parte do campo transferencial que está se formando. E é aí que começa a provação dos dois, isto é, o problema de como manter-se aí sem se perder inteiramente e poder sair em algum momento (Mello Neto, 2012, p. 504).

O Projeto Transferencial seria, então, uma construção realizada pelo paciente, em que o analista/terapeuta tem um lugar específico. E aceitar esse lugar é a condição para que a análise/terapia aconteça. Ainda para o autor, esse projeto não seria inteiramente consciente, pré-consciente, nem totalmente inconsciente, porém uma organização do Eu, mas com elementos de cada um desses níveis incluiria, necessariamente, o analista. No momento em que o paciente chega para iniciar a

análise/terapia, este não teria clareza do que procura de verdade, das partes recalcadas a serem decifradase, muito possivelmente, o projeto só seria esclarecido posteriormente, no *après-coup*. O Projeto Transferencial seria um desenho ou esboço do que se busca na análise/terapia. Isso quer dizer que não é algo que se tem bem definido e que contém diversos elementos que contribuem para sua constituição, inclusive elementos inconscientes.

Como ocupasse lugar no Projeto Transferencial é ponto-chave e crítico para o desenvolvimento da análise. Se o analista não topa, a análise não é possível. Contudo, se ele realmente ocupa esse papel, poderá se perder no seu lugar de analista. Aceitar ocupar esse lugar no Projeto Transferencial é poder atuar nele e, de alguma forma, fazer parte do Projeto Transferencial do paciente. Dessa maneira, o analista vai traduzindo em palavras as experiências do projeto, ao metabolizar o enigma do paciente que se apresenta como a Esfinge: “decifra-me ou te devoro”.

Laplanche (1993b) também confere um papel importante ao terapeuta/analista, atribuindo a essa figura da relação analítica o caráter de pivô. O autor mostra que a construção do espaço analítico e a instauração da situação analítica dependem da atitude – tanto interior como exterior – do analista.

O autor expõe também que, para não permanecer somente na situação analítica, sendo alheio ao mundo real, três caminhos são possíveis. O primeiro seria se render e permanecer na díade ilusória entre paciente e terapeuta/analista, desconsiderando todas as outras relações. O segundo caminho seria sair da situação analítica, confrontando o mundo real. Por fim: “tentar fazer surgir a realidade através da sucessão e da progressão das relações fantasísticas. É essa, em particular, a perspectiva de toda uma teorização em torno das chamadas relações de objeto” (Laplanche, 1993b, p. 78).

O autor complementa que essa teoria trabalha com o objetivo de encontrar o objeto a partir das sucessões de relações já vivenciadas. Esse é um pensamento também de Freud (1923/2011b), o qual afirma que o indivíduo pode realizar processos de introjeção e de projeção de objetos. Ambos os processos auxiliam na formação do Eu, de modo a refletir os objetos de desejo, sendo possível, de acordo com as vivências atuais, compreender o histórico das escolhas dos objetos passados. Até mesmo Pichon-Rivière (1980/1991) afirma que em cada ato ou pensamento que qualquer pessoa desempenha estão contidos o seu passado, o seu presente e o seu futuro.

Ao falarmos acerca das relações passadas que se repetem no presente, podendo levar a futuras relações de repetição, temos de colocar o ponto de vista de Laplanche em

relação a isso. Laplanche (1993b) discorda no que se refere às relações objetais: para ele, é por meio da compreensão e interpretação das repetições que se chegará ao conhecimento de uma relação objetal originária (do passado), que o autor denomina núcleo duro<sup>3</sup>. Ele, contudo, não discorda de que as relações de objeto aconteçam, tornando a transferência possível.

Ainda que Mello Neto (2012), inspirado na TSG, não esteja buscando esse núcleo duro, como expusera Laplanche (1993b), o autor também apresenta, dentro da sua proposta de Projeto Transferencial, certa postura a ser assumida pelo terapeuta/analista durante o processo da análise. Mello Neto (2012, 2016) afirma que seria preciso que o analista aceitasse assumir o papel que o paciente lhe designa, que já está previamente definido, devido à existência do Projeto Transferencial que ele carrega consigo em suas relações. O paciente busca algo já definido anteriormente, tendo um motivo, então, consciente e outro inconsciente.

### **3.3 O Projeto Transferencial Grupal**

Propomos, para este trabalho, a ideia de existir um Projeto Transferencial Grupal, como uma derivação do conceito de Projeto Transferencial elaborado por Mello Neto (2016). Isto quer dizer que, a partir do que o autor desenvolveu – e ainda continua desenvolvendo –, pude contribuir com a extensão do Projeto Transferencial para a realidade do grupo, iniciando, portanto, o conceito de Projeto Transferencial Grupal, assim como o conceito de canal transferencial.

Mello Neto (2016) aclara que a transferência, assim como o processo transferencial, pode acontecer em terapias psicanalíticas, tal como em terapias de outras abordagens. Isso faz supor a existência de um Projeto Transferencial que também se formula nas terapias de grupo.

As razões inconscientes presentes nas relações entre duas pessoas também estão presentes nas relações coletivas, ou seja, nas relações de grupo. Uma mensagem enigmática é transmitida também em relações de grupos. Assim, é possível pensar na ocorrência de mais de um processo transferencial acontecendo ao mesmo tempo, de modo a formar o que denominarei aqui como canal transferencial. Esse canal seria uma

---

<sup>3</sup>Laplanche (1993) não discorda sobre o fato de que um núcleo duro exista, mas não acredita que seja possível conhecê-lo, colocando às claras todos os desejos inconscientes do paciente.

via única que oportunizaria a diversos Projetos Transferenciais ocorrerem ao mesmo tempo, estando unificado em torno de um anseio grupal.

O analista seria o responsável por criar, ou melhor, por abrir essa via de acesso por meio de elementos do seu próprio inconsciente. Laplanche (1993b) já postulava que o analista age como o pivô, ou seja, como figura principal na relação analítica. E que, por isso, a elaboração do espaço analítico depende, principalmente, da atitude deste. Para a elaboração do Projeto Transferencial Grupal, a presença do analista também é essencial. Um Projeto Transferencial Grupal seria o que garantiria a manutenção de um grupo.

De acordo com Mello Neto (2016), ainda que a vivência da transferência seja o que cria as condições para que o Projeto Transferencial aconteça, ele não deve ser confundido com a transferência em si. O Projeto Transferencial ultrapassa a transferência, pois o paciente chega à análise com um projeto mais ou menos organizado, mais ou menos consciente em alguns aspectos. Essa pré-análise acontece para ambas as partes da relação transferencial: paciente e analista.

As experiências de vida do analista ou terapeuta podem contribuir para que as fantasias do paciente, ao serem direcionadas a ele, encontrem tradução ou retradução. Emais: “A entrada do analista aí não nos parece algo simplesmente passivo, mas é uma participação com sua própria fantasmática no campo transferencial.” (Mello Neto, 2012, p. 504). Isso quer dizer que o analista, enquanto coordenador de um grupo operativo, há de ter, também, um Projeto Transferencial próprio. O analista ou terapeuta anseia pela realização de suas fantasias, incluindo sua resolução. E, ao estar inserido na relação analítica, as traduções podem ser feitas por ele, coadunando com seu Projeto Transferencial.

Assim, dentro de um Projeto Transferencial, o que se desenrola são as defesas e os fantasmas de ambos, paciente e analista. No Projeto Transferencial, o analista tem uma identificação com o paciente. Essa identificação traz satisfação, pois está relacionada a fantasias inconscientes. É preciso, então, que haja um Projeto Transferencial do analista, sem o qual a via única – o canal transferencial – para unir e direcionar os diversos processos de transferência não seria possível existir.

Mello Neto (2012, 2016) aponta que o Projeto Transferencial necessita de diversos fatores – conscientes e inconscientes – para se constituir. O Projeto Transferencial Grupal, além dos conteúdos que cada um dos participantes traz, comporta os conteúdos do analista – conscientes e inconscientes. Não basta que apenas

se juntem para formar o Projeto Transferencial do grupo. É preciso que as condições de identificação do analista e dos pacientes estejam, de certa forma, em sintonia. O Projeto Transferencial Grupal, nesse caso, seria a união de diversos Projetos Transferenciais individuais. O que permitiria o elo de ligação entre esses vários Projetos Transferenciais seria aquilo que o inconsciente do analista está disposto a aceitar como vindo do outro.

Dessa forma, o trabalho terapêutico poderá operar no grupo e será precisamente o Projeto Transferencial Grupal, nesse contexto, que atuaria como um assistente de tradução para os pacientes participantes, uma vez que é por intermédio desse projeto que os participantes permanecem no grupo e realizam tradução de mensagens enigmáticas. O Projeto Transferencial Grupal, pelo simples fato de criar a oportunidade de que os participantes pertençam a um grupo, já pode estar servindo de assistente de tradução. Isso não exclui a circunstância de que o Projeto Transferencial individual também poderá atuar como assistentes de tradução para cada pessoa. Ademais, não há como negar que a própria figura do coordenador do grupo é importante na construção do Projeto Transferencial Grupal, uma vez que se oferece para ocupar o lugar que os pacientes lhe solicitam também por ter um Projeto Transferencial próprio, sem o qual o canal transferencial não poderia ser formado.

## **CAPÍTULO 4 – O GRUPO OPERATIVO, OS ASSISTENTES DE TRADUÇÃO E A SEDUÇÃO**

Este capítulo apresenta a análise do grupo operativo, Grupo Cuidar, como um assistente de tradução, mas também como sedutor. O pressuposto é de que o grupo, para poder ofertar assistentes de tradução, tenha um Projeto Transferencial Grupal. Ou seja, para funcionar como assistente de tradução, os participantes do grupo precisam ter anseios inconscientes, em comum. Os exemplos são de casos e situações reais do Grupo Cuidar. Primeiramente, alguns aspectos gerais do grupo são apresentados e, em seguida, organizamos a análise em torno de temas, sendo eles: o enigma deixado pelo morto e o processo de luto; em um segundo momento, a análise é feita a partir do complexo de Édipo.

Também discutimos a possibilidade de, juntamente com os assistentes de tradução mais organizadores – por exemplo, o fato de um paciente conseguir relatar frente ao grupo o seu conflito – o grupo comunicar mensagens enigmáticas, atuando como sedutor, uma vez que algumas temáticas ou situações discutidas podem ativar, nos

participantes, a sexualidade polimorfa perversa, sem encontrar imediatamente as traduções possíveis porque faltariam precisamente os assistentes de tradução. Apresento um caso a esse respeito.

#### **4.1 Aspectos gerais do funcionamento do grupo**

O Grupo Cuidar surgiu em 2014, sob a coordenação de uma assistente social e de uma outra psicóloga. Na época, eu não estava atuando como coordenadora desse grupo, nem ao menos participava dos encontros. O grupo surgiu para tentar diminuir a lista de espera para atendimento individual de psicologia. Assim, a psicóloga entrou em contato com os pacientes de sua lista de espera – previamente encaminhados pelos médicos e enfermeiros da Unidade Básica de Saúde – por meio de contato telefônico. Também fez o convite pessoalmente para pacientes que estavam em atendimento individual e que, segundo a avaliação da psicóloga, se beneficiariam com o atendimento em grupo. Após 1 ano de existência do Grupo Cuidar, em 2015, a psicóloga deixou a coordenação do grupo e este passou, então, a ser coordenado por mim e pela assistente social.

Novamente após 1 ano, em 2016, a assistente social deixou a coordenação do Grupo Cuidar e este ficou somente aos meus cuidados. Desde o início de sua formação, o grupo teve pacientes do sexo feminino como maioria de participantes. A constituição do grupo se mantém por pacientes que estão passando por algum sofrimento psíquico. Isso quer dizer que todos os participantes do grupo têm um comprometimento significativo e buscam auxílio psicoterapêutico para a tradução de mensagens enigmáticas, uma vez que trazem a eles sofrimento, levando ao adoecimento psíquico.

Foi possível perceber que o funcionamento do grupo se dá em torno de ciclos temáticos. Isso significa afirmar que alguns temas seguem em discussão por vários meses durante os encontros, para então, após determinado tempo, emergir outro tema a ser desenvolvido pelos participantes. Todos os pacientes podem falar, vindo deles a temática a ser discutida. Na maioria das vezes, as temáticas levantadas têm relação direta com a queixa ou demanda apresentada, por exemplo, angústia devido ao desemprego, insatisfação no relacionamento etc. Outras vezes, os temas surgem de vivências corriqueiras do dia a dia, como o incômodo que algum paciente pode ter tido com algum noticiário da televisão ou o conflito gerado após uma discussão familiar, entre outras situações. A mudança de um tema para o outro também parte dos pacientes

que, ora pedem para falar de outro assunto, ora conduzem o tema para o assunto que escolheram.

Por exemplo, o Grupo Cuidar, durante alguns meses, foi constituído em sua grande maioria por pacientes com sintomas depressivos. Os temas discutidos e os relatos verbalizados eram melancólicos, tristes e queixosos. Os pacientes se queixavam do sofrimento devido à morte de um ente querido, da dificuldade financeira por causa de anos de desemprego, a dores constantes em razão de alguma patologia, verbalizações sobre o desejo de cometer suicídio etc. Havia encontros em que a paciente que chamarei de Antônia chorava durante todo o encontro do grupo. Ela perdeu o filho em um acidente de carro e estava passando pelo processo do luto. Assim, ela dizia que aproveitava o momento do grupo para chorar, pois, em casa, o seu marido e a sua filha a recriminavam sobre o choro, dizendo a ela que não adiantava nada chorar, que isso não traria o filho de volta.

Desse modo, ela se desculpava pelo choro, mas o mantinha durante os encontros, pois ali era o local que se permitia chorar. Os outros participantes diziam que não se importavam que ela chorasse e muitos deles choravam também ao ouvir o relato de Antônia. No papel de coordenadora, eu buscava abrir o diálogo para que todos pudessem se sentir à vontade para falar. Sendo assim, eu dizia que o sofrimento pela morte de um ente querido é compreensível e que cada um tem uma maneira de expressar o sofrimento; algumas pessoas choram, outras não, como o esposo e a filha de Antônia. Então, eu perguntava ao grupo como cada um vivenciava o sofrimento. Devido à proporção do sofrimento externalizado por Antônia, os demais pacientes diziam que seus problemas eram menores e que até sentiam vergonha de falar sobre eles no grupo. Houve, a partir disso, um período em que as discussões do Grupo Cuidar se voltavam quase que totalmente para os relatos de Antônia. O luto vivenciado por Antônia será analisado em detalhes mais adiante, dentro do tema sobre o enigma do morto e o luto.

Quando Antônia não se manifestava durante algum encontro do grupo, outras pessoas falavam, como a paciente que chamarei de Sandra. Ela tem formação de nível superior; é assistente social. Está, porém, há dois anos sem trabalho. Não consegue emprego nem em cargos inferiores à sua qualificação e capacidade técnica. Pergunta a si mesma – e pergunta também ao grupo – o que há de errado com ela e porque não consegue emprego. Sandra se queixa, além disso, das empresas em que faz os testes e as entrevistas, questionando principalmente o papel dos psicólogos organizacionais que

trabalham no setor de recrutamento e seleção das empresas. Os demais pacientes tentam animá-la, dizendo para não desistir, e que é uma época difícil para encontrar emprego. Pergunto se há algum benefício para ela permanecer desempregada, ou seja, se haveria algum ganho secundário com a situação de desemprego. A paciente nega qualquer ganho secundário. No seu dia a dia, Sandra se dedica a fazer pães e bolos para vender e é dessa forma que garante o seu sustento. Ela afirma gostar de cozinhar e que gosta do que faz para ganhar dinheiro.

Outra paciente do grupo que constantemente chorava é Ana. Ela se queixava do marido, que havia desenvolvido uma esquizofrenia e, portanto, tinha perdido diversas funcionalidades dentro da família – não trabalhava, não conversava com os filhos, não saía com a esposa, não auxiliava nos serviços domésticos. Ana dizia que não tinha mais o marido, que era como se ele tivesse morrido, pois ele e nada correspondia a mesma coisa. Os outros participantes do grupo diziam pouco para Ana, mas tentavam lhe dar esperança, enunciando que ela tinha de ter fé que a doença dele poderia melhorar. Eu, então, explicava sobre os transtornos mentais e que não haveria uma cura, apesar de haver uma estabilização dos sintomas e controle da psicopatologia, o que deixava Ana ainda mais triste. Ela chegou a relatar que não tinha nenhuma alegria na vida, por isso, pensava em se matar, mas tinha Deus em sua vida e sabia que isso era errado. Enfim, não havia, no Grupo Cuidar, nenhum relato que expressasse algo positivo a respeito do que os pacientes faziam sobre suas vidas e suas rotinas, ou seja, todos se queixavam de algo.

No que concerne à maneira como os pacientes se queixavam sobre suas vidas e à forma como o grupo se organiza – levantando os problemas e discutindo-os, de modo a buscar encontrar alguma possível solução –, tudo isso já pode ser considerado um auxiliar na tradução para os pacientes participantes do grupo. O Grupo Cuidar oferece um espaço para que todos possam falar sobre o assunto que desejar. Poder se expressar verbalmente e ter outras pessoas que irão ouvir o relato é um assistente de tradução na medida em que pode levar o paciente à reflexão de que o que ele tem a dizer é importante e que sua história de vida pode ser interessante a outras pessoas, por exemplo.

Quando a paciente Ana expressa sua consternação pelo fato de o marido estar agindo diferente após a esquizofrenia e os demais participantes do grupo lhe dizem palavras de esperança, a forma com que o relato de Ana está sendo acolhido pelos outros é um assistente de tradução para ela na medida em que percebe que, ali, pode

falar sobre o que estiver sentindo ou pensando e que não será criticada pelos demais. Isso pode desencadear traduções que contribuam para a diminuição da autocrítica de Ana, a qual, na maioria das vezes, atribuindo temor a Deus, censura-se por falar o que pensa ou sente.

Ao servir como um local de escuta, acolhimento e discussão – o fato de os pacientes poderem estar presentes e falar sobre o que sentem, inclusive sobre o seu sofrimento –, o grupo, por si só, já está servindo como um promotor de pequenas traduções, pois apenas o fato de falar sobre algo que até então não havia sido dito a ninguém, em contexto algum, já traz novos significados para a pessoa que está relatando e para as que estão ouvindo.

Nos discursos dos pacientes citados, cada um deles procurava um local ou alguém que os pudesse ajudar a explicar a causa do seu sofrimento: a morte, o desemprego, a doença. O grupo, além de oferecer novos assistentes de tradução, está possibilitando aos participantes não só a oportunidade de realizar traduções, mas a auxiliar com o recalçamento. Há um item deste capítulo que realizará a discussão de determinada situação no Grupo Cuidar, em que uma paciente não é aceita pelos demais participantes e o grupo acaba promovendo o recalçamento como auxílio diante do excesso.

O grupo atua como um assistente de tradução, mas é importante mencionar que é o canal transferencial que viabiliza que o grupo possa agir promovendo as traduções. Sem a intervenção dessa via que oportuniza que vários Projetos Transferenciais ocorram simultaneamente, o grupo não iria funcionar de forma terapêutica, pois é por meio do canal transferencial que a sintonia e o vínculo entre os pacientes se estabelecem, proporcionando as ligações entre os anseios de cada um dos participantes.

O fato de ser coordenadora do grupo também me colocava na função de um assistente de tradução, na medida em que a minha intervenção ofertava ferramentas para que os pacientes pudessem realizar novas traduções. Somente por estar presente e ouvir os relatos queixosos, sem emitir julgamento, já gerava nos pacientes a sensação de acolhimento, pois percebiam que poderiam falar para mim sobre suas tristezas e seus medos.

Por outro lado, nesse período inicial da minha coordenação do grupo, percebi que respondia de maneira contratransferencial a algo que o grupo direcionava a mim, sentindo-me muito cansada e sem energia conforme os encontros do grupo se desenrolavam. Meu desejo era que os encontros se encerrassem o mais breve possível.

Essa sensação durou por algumas semanas. Durante esse período, os pacientes que estavam participando do grupo eram todos extremamente queixosos. Eu estava sendo depositária de mensagens enigmáticas que não conseguia traduzir, nem favorecer a comunicação por meio do canal transferencial para que circulassem as mensagens e os possíveis assistentes de tradução.

Eu sentia, nesse momento, que não era capaz de estar ali atuando como psicóloga que pouco poderia fazer para diminuir o sofrimento que os pacientes traziam. Isso gerava angústia e desconforto da minha parte em estar com eles. Eu estava sendo colocada no lugar do sujeito suposto saber, no qual se espera que o psicólogo tenha todas as respostas para todos os questionamentos dos pacientes.

O fato de me sentir esgotada física e mentalmente em relação com o fato de estar em uma relação assimétrica, colocando-me no lugar da criança seduzida pelo adulto que, por intermédio da mensagem enigmática que os pacientes me direcionavam, eu questionava: o que queres de mim?

Ao ser alvo de tantas demandas, via-me perdida, sem saber o que fazer para aliviar as angústias dos pacientes. Sentia, ao ouvir e acolher a demanda de várias pessoas concomitantemente, que todas elas me usavam, que eu estava ali como um depositário, como se a responsabilidade de todas as dores e queixas pudessem ser transferidas para mim, a fim de que eu conseguisse resolver os seus conflitos.

Com a análise, percebo que eu acabava assumindo essa responsabilidade de resolver os conflitos dos pacientes ao falar sobre como resolvê-los – por exemplo, o caso de Sandra, em que apontei que ela não estava desempregada e que poderia considerar a tarefa de fazer bolos e pães a sua profissão, ou seja, que não precisa trabalhar como assistente social para se considerar dentro do mercado de trabalho – eu esperava que o sofrimento diminuísse e que as queixas cessassem. Ao ser colocada no lugar da criança seduzida, nesse período de minha atuação no Grupo Cuidar – em que o grupo estava se organizando sob a minha coordenação –, o sexual dos pacientes funcionou como sedução para mim, o que gerava os sintomas de cansaço e desânimo frente aos encontros do grupo operativo. Isso é uma defesa diante do que se tornou, nesse momento, um excesso para mim. Foi necessário, desse modo, efetuar modificações no funcionamento do grupo, por meio do canal transferencial, para que se configurasse, em primeiro lugar, o Projeto Transferencial Grupal e, na sequência, para dar lugar aos assistentes de tradução.

Porém, ainda que se trate de um processo transferencial e contratransferencial,

por ser uma comunicação assimétrica, não havia, nesse momento, uma interação. Laplanche (2015d) discute a característica da sedução em “Níveis da prova” da seguinte maneira:

Seguramente, estamos bem longe de ter encontrado um meio de falsificar a primeira ou a segunda tópica, ou ainda a teoria da sedução do modo como a proponho. Mas é justamente porque não adotamos a posição de considerar o adulto e a criança como um par simultâneo e assimétrico. Não se trata de uma interação, mas de uma assimetria na comunicação(Laplanche, 2015d, p. 228).

Por intermédio da comunicação transferencial que os participantes do Grupo Cuidar estavam estabelecendo comigo, diversos papéis eram atribuídos a mim. Esses papéis são advindos de situações vivenciadas com outras pessoas – outros objetos – no passado. Nessa bagagem que cada um traz consigo, está incluído o Projeto Transferencial individual. Devido ao vínculo transferencial, os papéis são transferidos para mim. Mas é somente por meio do canal transferencial que essa via de acesso pôde ser aberta permitindo que a sedução acontecesse possibilitando a aceitação dos papéis que os participantes direcionavam a mim.

Parecia que eu estava sendo colocada no papel de alguém que tivesse o conhecimento sobre todas as coisas que pudesse oferecer as respostas para qualquer dúvida ou questionamento, poupando os pacientes do sofrimento e da necessidade de lidar com o seu desejo, o que deixaria intocado o conflito que os levava ao sofrimento psíquico. Assim, eu era solicitada, por meio das demandas pulsionais, a ocupar o lugar da criança seduzida. O sexual dos pacientes, nesse primeiro momento do grupo, gerou o excesso, ou seja, algo de inconsciente dos pacientes remetia à SAFE me colocava na posição de passividade da criança, vulnerável à sexualidade perversa polimorfa dos pacientes. Esse excesso recalçado se expressava em mim como cansaço. Como não identifiquei esse papel que estava assumindo, não fazendo interpretações para os participantes, houve apenas uma repetição. O Grupo Cuidar atuou como sedutor não apenas para mim, mas também para os pacientes, uma vez que contribuiu para a repetição da mensagem enigmática.

Todavia, a partir de uma mudança – emitida por meio do canal transferencial –, o grupo passou a demandar outras coisas de mim. Sentia, nesse segundo momento do grupo, que eu estava sendo colocada em uma posição ou em um papel de genitora dos participantes/filhos queixosos. Acontece, então, uma inversão na posição de sedução. Deixo de ocupar o papel de seduzida e passo ao papel de sedutora, assumindo a função

do adulto na relação assimétrica. Aqui, quando digo que passo a seduzir, refiro-me ao fato de estar em uma posição mais ativa, assumindo, também, uma postura que os próprios pacientes demandaram, isto é, alguém que os auxiliasse a refletir e buscar soluções eles próprios, para seus conflitos e sofrimentos psíquicos, motivo inicial pelo qual procuraram o atendimento. Com essa alteração no canal transferencial, o Projeto Transferencial Grupal pode ser formulado, sincronizando as demandas de todos os participantes do grupo, inclusive os meus.

No Grupo Cuidar, constantemente há a entrada de novos participantes, assim como a saída de alguns outros. Durante o tempo da pesquisa – 09 meses –, 06 pacientes tiveram a presença mais frequente nos encontros, deixando de comparecer apenas algumas vezes. Porém, em trezes encontros – do total de 20 encontros –, houve a presença de um participante que esteve no grupo pela primeira vez. Houve, ainda, alguns participantes que permaneceram por longos períodos integrando o grupo. Não há um padrão fixo na periodicidade de participação.

Os pacientes que participaram apenas uma ou duas vezes falam muito pouco de si e de seus conflitos. Apenas se apresentam, explicando os motivos do encaminhamento ao grupo. Por exemplo, André, com 70 anos de idade, relatou que foi encaminhado ao grupo devido a ter crises de hipertensão arterial quando está nervoso e que gostaria de não ser tão nervoso como é. Esperava que o grupo lhe ajudasse a ser mais tranquilo, para que, assim, a sua pressão arterial não se elevasse. André não falou mais de si e não retornou aos encontros do grupo.

O grupo operativo, enquanto um espaço com cultura própria atuando como assistente de tradução, sofre alterações conforme as pessoas entram e saem. Isso significa que o canal transferencial está constantemente sendo atualizado, provocando as alterações na estrutura do grupo. Consequentemente, o Projeto Transferencial Grupal também sofre mudanças, ou melhor, é atualizado, conforme as alterações se estabelecem no grupo.

No grupo, se estão presentes participantes que tenham mais organização psíquica, realizando traduções mais integradoras, o diálogo entre eles pode se desenvolver de forma mais clara e linear. No entanto, apenas este fator – o nível de organização psíquica dos pacientes – não é suficiente para manter o grupo unido e operativo. Ou seja, isso não exclui a importância do Projeto Transferencial Grupal para a existência e continuidade do grupo. Por exemplo, quando o participante André expôs a sua demanda, os outros integrantes do grupo não lhe disseram nada, pois, nesse dia,

algo não convencional aconteceu. Além de André, outros 4 participantes estavam no Grupo Cuidar pela primeira vez.

Nesse encontro, vários pacientes já participantes não compareceram estavam presentes somente 2 pacientes que já haviam participado anteriormente do grupo. Eram eles: Alberto, de 66 anos de idade, e Rose, de 55 anos. Ambos tímidos, falando pouco durante os encontros. Enfatizo que todos os pacientes falaram muito pouco durante essa ocasião, o que compreendi como insegurança de trazer à tona assuntos pessoais e conflituosos frente a pessoas estranhas. Apesar de eu ter explicado sobre a importância do sigilo nos encontros do grupo, houve uma paciente, inclusive, que não quis expressar nem ao menos o motivo que a levou até lá. Nenhum paciente que foi ao grupo pela primeira vez retornou em outros encontros. Nesse exemplo, fica claro que não houve a constituição do Projeto Transferencial Grupal. Isso aconteceu, já que os pacientes novatos não tinham – em seus Projetos Transferenciais individuais – algo que fosse comum entre eles e entre os demais participantes que já faziam parte do grupo anteriormente a entrada deles.

Cada um com suas histórias pessoais trazem mensagens enigmáticas que podem influenciar as relações entre os membros do grupo. Falamos novamente de Ana, que se queixava de não reconhecer mais o marido após ele ter desenvolvido um transtorno mental. O que ela queria era uma resposta para o questionamento de quando o marido se curaria do transtorno mental. A história de Ana e seu marido trouxe para o grupo a compreensão de que todos os pacientes que ali se encontravam, como integrantes de um grupo operativo direcionado à saúde mental, também tinham a possibilidade de desenvolver um transtorno mental. A partir da entrada de Ana e do relato de seu conflito, os pacientes mudaram a maneira de expressar seus sofrimentos. Essa nova compreensão os colocava em algum nível de igualdade.

A história de Ana e seu marido trouxe para o Grupo Cuidar a loucura – maneira como os transtornos mentais são tratados de forma geral pelo senso comum. Além de introduzir esse tema, o trouxe como uma possibilidade real para todos os pacientes. O enigmático, nesse caso, estaria exatamente nessa possibilidade de poder transitar pela loucura, atuando por meio da sexualidade polimorfa perversa, uma vez que o louco é aquele que age pelo princípio do prazer, não negando nada para atingir a satisfação sexual.

Os participantes do grupo, ao usarem os relatos de Ana como assistentes de tradução, puderam traduzir na medida em que começaram a falar de seus conflitos

personais, não importando se houvesse, neles, algum resquício de loucura. O grupo pode ter enxergado na loucura uma possibilidade de satisfação da sexualidade perversa polimorfa. Todos passaram a falar de seus sofrimentos, demonstrando, talvez, que não mais acreditavam que não deveriam falar sobre si por ter um sofrimento que fosse menor que o sofrimento de outro participante – como acontecia antes, quando Antônia falava sobre o sofrimento de ter perdido o filho e nenhum outro participante, por exemplo, queria falar sobre o seu sofrimento, pois o considerava menor se comparado com o de Antônia.

#### ***4.1.1 Os segredos e o enigmático***

Durante os encontros do grupo, os participantes falam a respeito de seus sentimentos e pensamentos muitas vezes íntimos, contados sob sigilo. Eles podem trazer para o grupo segredos pessoais ou segredos de outras pessoas próximas a eles. Ao relatarem o que não contam para mais ninguém, eles supõem que o grupo possa guardar esses segredos. Ao ser detentor dos segredos, o grupo é entendido como seguro e poderoso, mas, ao mesmo tempo, pode ser ameaçador, uma vez que tais segredos podem ser revelados por algum outro participante.

Os profissionais participantes do grupoagem sob sigilo em respeito à ética profissional. Porém, os demais participantes, apesar de assumirem manter sigilo, não têm nenhum preceito de ética profissional que assegure a discrição e o sigilo sobre o que acontece e sobre o que é dito nos encontros do grupo operativo. Assim, parece que o grupo acaba agindo de forma ameaçadora sobre os participantes, já que eles e seus segredos ficam ali expostos.

Houve uma ocasião no Grupo Cuidar em que uma paciente relatou a mim em particular, após o encerramento do encontro, que não iria mais participar, pois ali também participava uma vizinha sua e esse fato não a deixava à vontade para continuar participando, visto que ficava receosa de a vizinha contar aos demais vizinhos sobre as coisas que eram ditas por ela durante os encontros. Nessa situação, não aconteceu a quebra de sigilo, mas apenas a suposição de que isso poderia acontecer acabou afastando uma das participantes. É importante ressaltar que aqui estamos considerando o grupo como alteridade, sendo assim, o terror de ter os segredos revelados não está direcionado a nenhum participante do grupo, mas ao grupo propriamente dito. Então, como funciona essa dinâmica grupal em que cada um depende, de certa maneira, da

cumplicidade do outro, seja para falar do que sente, seja para suportar o que se diz, seja, ainda, para manter o sigilo?

Na maioria das vezes, os pacientes trazem consigo para o grupo operativo segredos da ordem da satisfação sexual. Contam para os demais participantes desejos sexuais, orientação sexual que mantém em segredo, situações de abusos sexuais, dentre outras coisas dessa natureza. O conteúdo sexual dos discursos segredados pode atuar aos demais participantes como assistentes de tradução ou como sedução. Por exemplo, houve um caso de uma participante, a qual chamarei de Elisa, que trouxe o segredo de que o ex-marido mantinha atos de pedofilia com o seu neto.

Apesar de já terem sido realizadas todas as práticas que se aplicam a legislação contra esse ato considerado criminoso em nossa sociedade, uma vez que o abusador foi preso, a paciente dizia se sentir muito culpada em relação ao ocorrido, apesar de não ter participado e informar não ter tido ciência dos abusos. Todo esse sentimento de culpa pode ser explicado pela suposição do fato de que a situação do abuso do neto trouxe a satisfação sexual por causa da reativação da sexualidade perverso polimorfa na paciente. O abuso do neto funcionou como mensagem enigmática, gerando um forte conflito.

A prática do sigilo durante os encontros auxilia como organizador. Ou seja, o sigilo está atuando no grupo como um assistente de tradução no sentido de que todos os participantes presentes guardam um segredo, haveria algo compartilhado, que não se pode revelar, mas que, no entanto, estaria no silêncio das pessoas quando se trata de certos assuntos, até mesmo, pode ser motivo de abandono do grupo. O que torna o sigilo um assistente de tradução é o fato de que, além de guardar o próprio segredo, os pacientes guardam os segredos uns dos outros. Há um pacto de silêncio entre os participantes e isso é uma tradução, é um arranjo que o grupo realiza para poder verbalizar os conteúdos conflitantes.

Uma vez que todos guardam segredos, isso abre a possibilidade para que possam dizer e compartilhar pensamentos, sentimentos íntimos e difíceis de expressar, mas também de, pela cumplicidade, silenciar e procurar a satisfação sintomática. Assim, há a permissão – por parte do grupo operativo como alteridade – de dizer coisas difíceis e buscar uma tradução para o que é difícil, que, até então, era guardado como um segredo, como um abuso sexual, por exemplo. Essa permissão cedida pelo grupo, de compartilhar e guardar segredos, torna os participantes cúmplices uns dos outros, fazendo com que falem de assuntos que não discutiriam em qualquer outro contexto. Talvez possamos afirmar que o que sustenta um grupo é a cumplicidade em relação ao

sexual, com algumas possibilidades seja para traduzir, seja para recalcar – ao trazer à tona os desejos que, em outro momento da vida, foram rejeitados.

É preciso diferenciar, principalmente nessa situação de abuso sexual, o sigilo compartilhado pelos pacientes no grupo – os quais atuam como assistentes de tradução – dos segredos que os pacientes mantêm fora do grupo em suas relações pessoais que se não revelados no contexto grupal, podem acabar atuando como agentes da sedução. Os segredos e os pactos de silêncio são muito comuns em famílias que vivenciam situações de abuso sexual, em especial os incestuosos. Ao reproduzir no grupo mesmo pacto de silêncio, guardando os segredos dos quais se é proibido falar, a sedução é que está em funcionamento e o grupo, então, deixa de ser um local de acolhimento e alívio para o sofrimento psíquico.

O grupo operativo também pode funcionar como assistente de tradução ao auxiliar na organização de conteúdos internos dos participantes. Considerando um dos inconscientes apresentado por Laplanche (2003), o pseudoinconsciente do mito-simbólico, é possível pensar o grupo operativo como um local produtor e divulgador de códigos de ajuda para que os participantes possam encontrar novas traduções de mensagens que, até então, estavam à espera, sem tradução, ou, mesmo, para efetuar retraduições mais integradoras.

Ao supor que também o grupo operativo atua com sedutor, estamos conjecturando que este pode agir, inclusive reativando a Situação Antropológica Fundamental – SAF. O grupo operativo oferece um espaço de escuta, acolhimento e cuidado. Ainda que exista o elemento ameaçador de revelar os segredos íntimos – expondo a satisfação sexual –, o grupo tem essa outra funcionalidade ambígua, que proporciona a sensação de ser acolhido. O grupo pode ser concomitantemente, acolhedor – em que os pacientes são cúmplices uns em relação aos outros, no que diz respeito aos segredos – e ameaçador –, pois os segredos podem ser revelados por algum participante a qualquer momento. Tal caráter ambíguo do grupo pode levar os participantes a se tornarem resistentes, não relatando, com integralidade, todas as propriedades de seus segredos. Assim, os pacientes relatam somente aquilo que querem revelar e geralmente falam apenas sobre aquilo que não os deixe em conflito.

Ao voltar ao exemplo da paciente Elisa, com o neto vítima de abuso sexual, apesar de ela relatar frequentemente que o ex-marido abusou do neto, em nenhuma das vezes disse de que forma aconteceram os abusos. Outros participantes perguntaram, porém ela não relatava e sempre desconversava. Ainda que o Grupo Cuidar propiciasse

o local e o contexto para que se falasse sobre o segredo, o montante conflitante desse algo secreto e sigiloso não era dito, já que trazia conteúdos que a paciente não conseguia aceitar. Ao mesmo tempo, Elisa também estava seduzindo o grupo. A sedução acontece em torno de algo que se comunica, porém não se tem consciência disso. Assim, Elisa, embora comunicava somente o que sua resistência permitia, também estava atuando sedutoramente quando não terminava o relato sobre como ocorreu o abuso do neto, permitindo que os demais participantes recorressem à fantasia para completarem por si mesmos a cena. Esse relato permitia a ativação do sexual no grupo, mas também o silêncio.

Ainda que o grupo, por causa da resistência dos participantes em relação ao sigilo, na maioria dos casos, não criasse condições para que o conteúdo conflitante de cada paciente fosse trabalhado, isto é, interpretado, traduzido e compreendido, os pacientes permanecem nele e encontram alguma forma de alívio e melhora no seu sofrimento psíquico. Isso significa que, apesar da resistência, houve a constituição do Projeto Transferencial Grupal. O sigilo é um elemento que, nesse momento, fazia parte do Projeto Transferencial do grupo. O canal transferencial abriu a via de acesso para que os pacientes pudessem fazer parte do grupo e revelar seus segredos, sentindo-se confortáveis em fazer isso no contexto grupal. De alguma forma, o grupo está sendo benéfico, ou seja, está sendo operativo, ao exercer uma função terapêutica nos participantes.

O grupo desperta nos participantes elementos muitas vezes esquecidos. Ou, ainda, o grupo traz à tona elementos inconscientes de mensagens enigmáticas implantadas de relações vivenciadas pelos participantes em outros momentos de suas vidas. Ao ouvir sobre o abuso que o neto da paciente sofreu, outras pessoas presentes no grupo revelaram já terem sofrido algum tipo de abuso sexual em sua infância. Houve até o relato de uma situação de abuso sexual que uma paciente havia sofrido em sua infância e que, até o momento presente, não havia mencionado para ninguém sobre ter sido vítima de tal ato. O relato de Elisa e o abuso do neto serviram de assistente de tradução para essa outra paciente, pois, assim, viu a oportunidade de poder falar sobre o seu abuso sexual e ser acolhida pelo grupo em seu discurso.

As mensagens enigmáticas emitidas pelo grupo operativo como alteridade, ou seja, como o outro concreto, podem propiciar que os participantes realizem traduções ou retraduções na medida em que permitem a fala de algo que até então nunca havia sido verbalizado, por exemplo. Os contextos do grupo operativo, assim como as relações de

vínculo e transferência, tornam os relatos possíveis – ainda que os conflitos principais não sejam mencionados. Os diálogos e os relatos de um participante do grupo sobre uma certa temática podem auxiliar na integração de uma nova tradução para outros pacientes. Retomemos o caso da paciente Elisa, que sentia culpa relacionada ao abuso que o neto sofreu.

A partir do relato da paciente sobre a situação vivenciada pelo neto, outros pacientes que falaram a respeito da situação de abuso expuseram que se lembrarem de se sentirem culpados pelo que lhes aconteceu. Enquanto adultos, compreendem que esse sentimento de culpa não deveria lhes ocorrer, mas é algo que não conseguem evitar. Nessa situação, falei sobre a probabilidade de a culpa estar relacionada à possibilidade de excitação sexual que a criança poderia ter sentido na situação do abuso e que essa excitação era algo difícil de evitar, pois envolvia contato físico e órgãos genitais e, por isso, algo sem necessidade de estar atrelado ao sentimento de culpa.

Assim, cria-se a possibilidade de que uma nova tradução pudesse ser feita para a sensação de prazer e culpa que as vítimas de abuso sexual estivessem sentindo. Porém, ao mesmo tempo, os relatos de abuso sexual infantil, para os participantes que não sofreram essa situação em suas vivências passadas, podem ativar a sexualidade perversa polimorfa, trazendo excitação, que pode ser traduzida como nojo, piedade ou repulsa, ao tornar os encontros do Grupo Cuidar desagradáveis para essas pessoas. Após o encerramento de alguns encontros, uma participante me disse que não gosta de ouvir quando Elisa fala a respeito do que aconteceu com o neto, visto que fica com dó da criança. Nesse caso, talvez, algumas pessoas do grupo estejam, com seus relatos, atuando como sedutor, produzindo novas ou ativando antigas mensagens enigmáticas da sexualidade perversa polimorfa dos pacientes.

A sedução acontece, pois, no grupo operativo, também está presente a assimetria, condição *sine qua non* para que o processo sedutório aconteça. No grupo Cuidar, há esse desequilíbrio pulsional, uma vez que cada sujeito que participa do grupo traz consigo sua história de vida, traduções já realizadas e seu inconsciente. Assim, há diversos inconscientes – que se comunicam – presentes no grupo; e cada um traz um nível de elaboração de tradução de mensagens enigmáticas, desenvolvendo, portanto, relações assimétricas. No caso de Elisa, a sedução está em torno do não dito, o que deve levar a fantasiar e ao conflito, diante do qual algumas pessoas não gostam de ouvir o que se diz. A sedução que o grupo operativo exerce não se torna traumática, uma vez que

cada participante carrega consigo defesas que consegue mobilizar devido aos assistentes de tradução que dispõe.

#### **4.2 O grupo operativo como assistente de tradução do enigma do morto: o luto**

A análise do grupo operativo é feita também a partir de temáticas que surgiram com mais frequência nos encontros do Grupo Cuidar durante o período que realizei o trabalho de escuta para esta pesquisa. Assim, o primeiro tema a ser analisado é referente ao enigma do morto e o luto.

O luto aparece no sentido de poder nomear algo que se sente, uma maneira encontrada pelas pessoas que vivenciam o momento da perda de um ente querido. Quando falamos acerca de luto, nos referimos a Freud (1915/2010) que, em “Luto e Melancolia”, afirma que o objeto amado deixou de existir e a libido teve de ser retirada das ligações que existiam com esse objeto. Nenhuma pessoa deseja abandonar uma posição libidinal:

Essa oposição pode ser tão intensa que se produz um afastamento da realidade e um apego ao objeto mediante uma psicose de desejo alucinatório. O normal é que vença o respeito à realidade. Mas a solicitação desta não pode ser atendida imediatamente. É cumprida aos poucos, com grande aplicação de tempo e energia de investimento, e enquanto isso a existência do objeto perdido se prolonga na psique (Freud, 1915/2010, pp. 173-174).

O processo de enlutamento é necessário para que a pessoa em sofrimento possa realizar ligações e simbolizações. Essas simbolizações nada mais são que traduções que tentam conter o desamparo deixado pela morte de uma pessoa querida e dar conta da mensagem do morto.

De acordo com a TSG, reconheço o luto, em sua maioria, como pertencente ao universo do mito-simbólico, do pseudoinconsciente do mito-simbólico, pois os rituais do luto são passados por meio da cultura. É por esse motivo que o choro e as lamúrias expressadas após a perda de alguém parecem algo natural na sociedade. Esses rituais após a morte, como o velório, o último adeus, as roupas pretas, as missas e os cultos, ganham naturalidade pelo fato de serem assistentes de tradução do enigmático do morto.

Ainda que a maior parte do luto seja trabalho do pseudoinconsciente do mito-simbólico, pode existir uma parcela do luto que seja capaz de disparar algo do enigmático, anterior ao recalcado, inclusive. Laplanche (1992/1996a), em “*El tiempo y*

*el otro*”, explica sobre a mensagem deixada pelo morto. De acordo com autor, o enlutado tem uma mensagem que não foi compreendida suficientemente. Não existe luto sem um enigma. Ao morrer, ficam perguntas que não foram, tampouco serão respondidas completamente:

E ainda mais para o enigma do luto, para a função do enigma no luto: O que quer o morto? O que quer de mim? O que queria me dizer? O enigma então leva de volta à alteridade do outro; e a alteridade do outro é a sua reação ao seu inconsciente, que é a sua alteridade por si mesmo (Laplanche, 1992/1996a, p. 129).

Essas mensagens, enquanto não forem traduzidas, não há elaboração de luto para os que estão passando por esse processo. É possível supor que o processo de elaboração do luto exige uma resignificação. Ao dar um novo significado para o excesso que se apresenta, a mensagem enigmática deixada pelo morto pode ser compreendida e, assim, a elaboração do luto passa a ser possível.

Ao mesmo tempo, o luto que os participantes elaboram durante os encontros, junto com os outros pacientes, ou seja, tudo aquilo que os participantes do grupo dizem sobre o luto, também pode ser considerado um assistente de tradução. O Grupo Cuidar em si – seu contexto e a forma que está organizado – permite aos participantes falar sobre a morte e sobre o sofrimento. Além disso, proporciona a discussão daquilo que cada participante sente em relação às suas perdas. Para a elaboração do luto, não é somente aquilo que o enlutado está dizendo e expressando que tem contribuição, mas, principalmente, a forma com que o outro está acolhendo essa fala. A escuta e o que cada um faz com ela é um assistente de tradução.

Assim, por intermédio da mudança na forma de agir e nos discursos das pacientes durante os encontros, é possível supor que o grupo está sendo operativo e atua como um assistente de tradução, ou seja, ajudando a traduzir o enigma do morto, o enigma deixado por algo ou alguém que se perdeu, o enigma deixado pelas culpas que aparecem junto com a morte da pessoa querida, pelo enigmático, enfim, pelo excesso.

#### **4.2.1 As perdas, o enigma e o luto**

Em todas as situações de luto relatadas no grupo, a perda de uma pessoa da família exigia dos participantes uma nova tradução frente ao excesso que se apresentou logo após a morte, pois o morto comunica uma mensagem enigmática, sendo, portanto,

da ordem do sexual. Com a morte, a sexualidade polimorfa perversa vem à tona, já que o enigma do morto remete à mensagem enigmática da sedução originária, em que o inconsciente, portanto algo do sexual, escapa na relação adulto-criança. A perda exige que remanejamentos internos sejam feitos e isso propicia que a mensagem enigmática se imponha ao eu com maior intensidade (Hage, 2005). Assim, no luto, haveria, da ordem do sexual, por exemplo, a sensação de passividade – presente, também, na sedução originária – frente ao enigma do morto. A mensagem enigmática do morto pode gerar satisfação e prazer, que são recalçados, vindo à tona como culpa. Por esse motivo é comum, no luto, estar presente o sentimento de culpa.

Nos relatos e análises deste item, as pacientes mencionadas participaram dos encontros do Grupo Cuidar concomitantemente, sendo que Antônia, Selma e Lucia estavam passando pelo processo de luto.

Antônia, uma das pacientes já mencionada anteriormente, começou a participar do Grupo Cuidar devido ao falecimento do filho em um acidente de carro indo do trabalho para casa. O filho, na época de sua morte, tinha, aproximadamente, 30 anos de idade. Antônia e seu esposo souberam do falecimento do filho por meio de um colega de trabalho que foi até a casa deles para avisá-los. O filho falecido não era casado e residia com os pais.

Outra paciente enlutada era Selma, 45 anos, que havia perdido sua mãe. A mãe de Selma, já idosa, havia falecido de câncer, ficando hospitalizada por poucos dias até o dia de sua morte. Selma revezava com outros dois irmãos nos cuidados hospitalares. Os irmãos, ao contrário de Selma, lidaram bem com o falecimento da mãe, pois, segundo a paciente, não eram tão próximos da mãe como ela era. O pai de Selma ainda é vivo. A paciente relatou que, se fosse o pai que tivesse morrido, ela não estaria sofrendo tanto.

A terceira paciente que havia perdido uma pessoa da família era Lucia, de 65 anos. Lucia reside com uma irmã que apresenta um quadro de deficiência mental e com o filho mais velho. Ela estava no grupo pela perda do filho mais novo, que havia falecido em um acidente, o que a deixou inconformada, pois este era o seu filho mais querido, que a ajudava em casa e lhe dava mais carinho, além de ter se casado e lhe dado uma neta. O filho tinha, aproximadamente, 35 anos, e estava trabalhando quando se iniciou uma tempestade. Ele foi fechar a porta do trabalho e a marquise caiu, matando-o na hora. Essa é a segunda paciente do grupo que relata a perda de um filho.

No caso de Lucia e Antônia, as quais tiveram os seus filhos mortos, a mensagem enigmática do morto as levaria a propor traduções para si mesmas de cunho edípico,

pois ambas as senhoras, ao relatarem a relação que mantinham com seus filhos, colocam-no no lugar de provedores do lar e companheiros delas.

Por intermédio do luto, as participantes podiam expressar nos encontros todo o sentimento que tinham pelos entes queridos, seja amor, seja ódio. Laplanche (1992/1996a) explica que a fato dos mortos não mais existirem deixa um campo aberto para a projeção. E a projeção por si mesmagem um caráter de ambivalência pulsional – tanto algo bom quanto algo mau podem ser projetadas sobre o outro.

Especificamente, Antônia, nos primeiros encontros, era muito chorosa, não se conformando com a morte do filho, sempre queixosa dos motivos que o havia levado ao falecimento, dizendo que ele era cuidadoso e bom motorista e que, pelo erro de outra pessoa, tinha morrido. Antônia, ao se referir ao filho, dizia que ele era como uma parte dela, que agora tinha sido arrancada. A dor, para a paciente, era tão grande que ela não conseguia explicar, mas tinha perdido a graça de viver. Ao falar do filho, sempre se referia a ele como uma pessoa alegre, saudável e bem-disposta. Afirmava que era seu companheiro, que não deixava faltar nada em casa. Quando falava sobre o filho, os discursos resultavam em explosões de choro. Antônia começava a expor que sentia muita saudade do filho, que ele era a alegria da casa e não conseguia deixar de pensar nele um instante do dia. O choro era tanto que a impedia de continuar falando.

A mensagem enigmática do morto, no caso de Antônia, pode estar relacionada ao fato de que, sem o filho, a paciente se sente castrada. Antes de continuar, é preciso explicar que me refiro à castração no sentido freudiano do termo, porém a considerando uma possível tradução ou retradução de uma angústia já vivenciada até mesmo antes do período genital. Essa angústia, por sua vez, trata-se, então, de uma retradução. Laplanche (1981/1992b), ao tratar do tema da castração em “O inconsciente e o Id”, o faz justamente apresentando essa temática como uma tradução: “A genealogia da representação, no caso da castração, consiste essencialmente nos avatares de uma fantasia que é a da separação. É nesse sentido que se é levado a falar de ‘castrações’ pré-genitais.” (Laplanche, 1981/1992b, p. 15). Assim, a castração não seria algo fundante, não seria o recalçamento originário. A angústia de castração seria, antes de tudo, a angústia de alguma outra coisa. Para Antônia, ter o filho retirado de si trouxe uma angústia análoga à da castração.

Se para Antônia o enigma do morto está relacionado ao sentimento de angústia semelhante ao sentido por ela pela castração, e este por sua vez está ligado a uma angústia mais arcaica, é possível supor que o enigma deixado pelo filho morto esteja

relacionado ao enigma originário da paciente. A dificuldade de Antônia em expressar com palavras o que sente com a morte do filho, talvez esteja relacionado ao fato de que a angústia que sente seja uma retradução de um enigma que ela mesma, até àquele momento, desconhece e que, portanto, não encontra palavras para descrever. O grupo, supõe-se, pôde oferecer a Antônia a possibilidade de que ela buscasse uma possível tradução que organizasse melhor este enigma. Este processo é o que Laplanche (1993a) denomina de transferência em oco.

Como ela mesma relata, já realizando uma pequena tradução, a morte do filho era como se uma parte dela tivesse sido arrancadae, após isso, ela não conseguia mais ver graça nas coisas da vida. Antônia não conseguia mais gozar dos prazeres diários. Agora, para dar conta dessa castração, precisava encontrar novos arranjos psíquicos. Parte da sensação de não ver graça na vida ou não ter mais alegriapode estar relacionada ao fato de que a paciente reuniu os motivos para sua felicidade somente em ocasiões e situações relacionadas ao filho. Ou seja, atribuiu a ele toda a sua motivação para rir e se sentirbem, pois, como enunciou a própria paciente, ele era a alegria da casa.

Antônia, no que se refere à tradução da mensagem enigmática do morto, tem uma recusa como parte do processo de luto, se considerarmos que um dos elementos do enigma do morto seria a possibilidade do seu retorno. A paciente contou que não consegue se desfazer de nada que lembre o filho, além de manter as coisas dele do jeito que deixou quando saiu de casa. Até mesmo a sua cama está como ele a deixou antes de sair. Dessa maneira, ela tem a impressão de que ele pode voltar a qualquer momento, como se ele ainda estivesse vivo. Não só a paciente, mas toda a família agia como se o filho pudesse regressar. Antônia, por exemplo, fazia, constantemente, os pratos preferidos do filho, pensando que ele estaria lá para comer. Assim, a recusa da morte do filhofoi um arranjo que a paciente improvisou para suportar a falta dele, sendo preciso, em um primeiro momento, recusar a ausência do morto para retirar aos poucos a libido investida.

Esses relatos de Antônia também explicam porque ela chorava tanto nos encontros do grupo, já que, em casa, chorar pelo morto não era permitido. Antônia dizia que se sentia bem quando chorava, que lhe causava certo alívio. Para ela, chorar era importante para o processo de luto, sendo um assistente relevante para a tradução da mensagem do morto. No grupo, quando a paciente chorava, os demais participantes também se emocionavam, chorando junto com ela diante de seu sofrimentoe tentavam

acolhê-la, demonstrando compaixão pela sua perda com palavras de consolo e esperança.

A participante Lídia, de 66 anos, sempre reforçava a tristeza de Antônia: “Nossa, mas que tristeza, meu Deus!”. A paciente Greice, de 34 anos, falava sobre Deus, dizendo que o filho dela tinha ido para um lugar melhor, que ele estava bem onde quer que estivesse. Com o passar dos meses, Antônia foi se mostrando mais calma em relação à perda do filho. Passou a sorrir e a se mostrar descontraída nos diálogos com os membros do grupo. Por exemplo, falava com entusiasmo sobre uma festa de casamento de um familiar, ao enfatizar que se divertiu muito vendo os convidados dançarem. Sorriu enquanto fez esse relato. A paciente dizia com frequência que gostava muito de ir aos encontros, pois, ali, ela se sentia bem, não sentia vergonha de ser quem ela era, demonstrava-se estar segura e confortável, além de não precisar esconder seu sofrimento de ninguém.

Uma possível tradução encontrada por Antônia, com o auxílio do grupo, foi o fato de, naquele contexto, ser possível chorar pelo filho e falar de sua morte, a qual trouxe o enigma do morto, que não cessa de atacar com a pergunta: “Filho, o que queres de mim, sua mãe, ao me abandonar?”. Tal enigma, como se supõe, pôde encontrar uma pequena contenção por meio do choro, permitindo que Antônia pudesse ostentar sua perda para os outros, no sentido de que todos conseguissem notar como é grande seu sofrimento e como ela amava o filho.

Talvez Antônia estivesse afirmando que, apesar de o filho ter a abandonado, este abandono não aconteceu devido ao fato de ela não o amar suficientemente. Exponho isso, pois Antônia comentava que tinha uma amiga que também havia perdido uma filha recentemente e que ela não chorava, não parecendo estar sofrendo. A paciente achava errado o comportamento da amiga, pois, para ela, dava a impressão de que não amava a filha e que não estava sofrendo ou sentindo a falta dela. Por meio do choro, supõe-se, também, que Antônia sentia a morte no plano da realidade, tornando-a mais fácil de ser aceita. É nesse sentido que o grupo permite que a dor possa ser expressada e que todo sofrimento causado pela morte do ente querido possa ser vivenciado, ao menos naquele contexto.

Ao proporcionar a Antônia a oportunidade de falar sobre o filho morto, o grupo pôde agir como um assistente de tradução. Falar sobre o filho morto proporcionava a Antônia a oportunidade de revisitar sua história com ele, revendo a relação que

mantinham. Laplanche (1987/1998), ao discorrer sobre o luto, afirma que estar de luto é como matar novamente o ente querido que faleceu:

O trabalho do luto, o trabalho do desapego, é necessariamente um trabalho parcialmente mortífero, mesmo que conserve igualmente, mas sob uma outra forma, o objeto perdido. Como todo trabalho, o trabalho do luto transforma e mata o objeto, ele “mata o morto” pela segunda vez. Entretanto, trata-se de um assassinato “temperado”, no pormenor, e que não está isento de contrapartidas(Laplanche, 1987/1998, p. 308).

Da forma como o autor descreve, é possível entender que, no processo de luto, o sobrevivente reescreve algo da história do morto. E, com isso, pode surgir a oportunidade de retraduzir o abandono sentido com a morte do ente querido. Ao reescrever algo dessa história, Antônia, por exemplo, ao falar sobre o filho, pode, aos poucos, ir se desligando da relação com ele; talvez traduzindo algo para que não se sinta culpada pela sua morte. O fato de cozinhar os pratos preferidos do filho e relatar isso ao grupo pode ajudar no sentido de demonstrar que se importa com o filho, que o ama.

Antônia afirmava, ainda, que o grupo a deixava mais alegre, pois as conversas faziam com que desse risada quando relembrava os momentos vivenciados nos encontros. O participante Alberto, apesar de tímido e falar pouco, quando contava algo de seu passado, era cômico, levando todos os demais a darem risada junto com ele. Uma das histórias de Alberto era sobre como ele havia ido buscar um fogão e um botijão de gás na casa da ex-mulher, levando os dois itens a pé para sua casa. Suas histórias conduziam Antônia, principalmente, a dar risada em sua casa – assim relatava ela –, quando lembrava do que ele tinha contado durante o encontro.

A mudança emocional de Antônia iniciou a partir do momento que outras duas pacientes com queixas e demandas bastante parecidas com as delas começaram a participar do grupo. A partir do conceito de Projeto Transferencial Grupal, é possível afirmar que Antônia, junto a mim e o restante do grupo, contribuiu para que o canal transferencial pudesse se abrir para a entrada de novos pacientes que estavam vivendo o processo de luto. O canal transferencial, no que se refere ao luto, foi uma porta de entrada para que os pacientes pudessem falar sobre o morto e o enigma que deixa. Houve um encontro em que a paciente Lucia estava relatando sobre as dificuldades após a morte do filho, e, então, seu celular tocou: era um parente que ligava para dar a notícia da morte de uma sobrinha. Nesse dia, todos do grupo puderam dizer à Lucia palavras de consolo, acolhendo-a naquele momento. Caso o Projeto Transferencial Grupal não

estivesse configurado de forma a acolher os pacientes em seu luto, esse momento poderia ocorrer de modo diferente.

O fato de haver outros mortos recentes nos relatos dos participantes também auxiliou Antônia com suas traduções – talvez ajudando-a a diminuir seu sentimento de culpa frente à morte do filho, por exemplo – e, conseqüentemente, para o luto. No início, quando havia apenas Antônia com uma morte recente no grupo, ela tinha dificuldade para falar que o filho morreu e permanecia mais no choro, com relatos de momentos de quando ele estava vivo. Ela contava dos momentos que passaram juntos, logo depois, iniciava o choro. Os participantes tentavam traduzir em palavras o choro de Antônia, a partir de experiências já vividas por eles no passado.

Lídia falava da morte de seu ex-marido e como era difícil lembrar dos momentos felizes e saber que não existem mais. Rose falou sobre a morte da mãe, que foi difícil, porém não sentiu tanto, pois há muito tempo estavam sem se falar devido a discordâncias de opinião. Enfim, com exceção de mim, todos já haviam perdido alguém do círculo familiar próximo e tentavam exprimir em palavras o que Antônia não estava conseguindo dizer. Nesse sentido, eu pouco me manifestava. Apenas organizava os discursos para que todos que quisessem falar tivessem a oportunidade.

A entrada de Selma e Lucia no grupo aconteceu quando Antônia já estava se sentindo melhor em relação à morte de seu filho e a retomada do tema da morte fez com que ela revivesse o início de seu luto. Além disso, o grupo operativo, enquanto alteridade, inclui o pseudoinconsciente do mito-simbólico, sendo produtor de esquemas narrativos próprios do grupo. Um exemplo de produção de um esquema narrativo realizado pelo grupo, sendo, desse modo, algo que faz parte da cultura do grupo, é o fato de os pacientes começarem a levar comida para o grupo e a mim coube o papel de passar a oferecer um chá.

Com as pacientes enlutadas, o grupo construiu internamente um ritual para o luto parecido com o que acontece após um velório, em que é comum servir ou oferecer comida para os que estão sofrendo pela perda de um ente querido. E, assim, criou-se um novo esquema cultural no grupo. Essa criação é o que auxilia tais pacientes a realizarem a comunicação, a troca de mensagens e a tradução destas.

A paciente Selma, que vive o luto pela perda de sua mãe, vê-se desprovida da capacidade de realizar atividades do dia a dia. Selma se queixava muito sobre não se sentir capaz de fazer atividades que, até então, realizava em companhia da mãe. Apesar de não residir com ela e ter esposo e uma filha, passava grande parte de seus dias junto à

sua mãe, efetuando as atividades domésticas na companhia dela. Selma não conseguia, por exemplo, ir até o centro da cidade para comprar algo ou para pagar suas contas, ou ir até a casa dos irmãos para lhes fazer uma visita. Afirmava se sentirsem coragem para realizar tais tarefas. Dizia se sentir desanimada, cansada e que lembrava da mãe quando fazia as atividades. Ainda se sentia incomodada, pois a filha, de aproximadamente 06 anos de idade, pedia a ela para que continuasse agindo da mesma maneira que agia enquanto a mãe estava viva.

Com a morte da mãe, é como se ela tivesse perdido a funcionalidade enquanto pessoa, esposa, mãe. Segundo seus relatos, não estava conseguindo tomar banho, não queria se alimentar, não queria conversar com ninguém, nem com o marido, nem com a filha. Selma se vê perdida frente às atividades que antes lhe eram tão rotineiras. Expõe no grupo que, após a morte da mãe, não consegue fazer mais nada que não tem vontade de viver sua própria vida. Essa é uma tradução possível para o enigma do morto, que assegura que, sem a mãe, Selma não é ninguém. É como se Selma sem a mãe, também estivesse morta. E uma vez morta, não conseguiria reagir frente à sedução, ao sexual, estando vulnerável frente à sexualidade perversa polimorfa, passiva frente ao outro ativo, sendo usada apenas para que o outro pudesse sentir prazer.

Pode-se supor que a situação da morte da mãe trouxe uma reedição da SAF, em que Selma está novamente no lugar da criança seduzida. A sedução da mãe mortat talvez possa estar no fato de trazer à tona o sentimento de raiva e ódio derivados da relação assimétrica que a paciente matinha com a mãe desde a SAF. Devido a esses sentimentos, a morte pode ter gerado em Selma culpa, fazendo com que se sentisse responsável por, em algum momento, ter desejado a morte da mãe. Assim, Selma poderia fazer a seguinte tradução: “Eu destruí você, então eu mereço estar morta, assim como você está”.

Pode-se afirmar que a relação de Selma com a mãe era simbiótica, no sentido de que a ligação entre elas era de dependência. Selma conta que “puxou mais para a mãe”, que eram muito parecidas em suas maneiras de agir. Os demais irmãos e irmãs não eram tão próximos como ela e a mãe. Em relação ao pai, ela expôs ter um relacionamento oposto ao que tinha com a mãe que não conseguem desenvolver diálogo. Sente raiva do pai pela maneira como ele tratava a mãe e por causa disso estão sempre brigando. Falava que sentia muita raiva quanto à morte da mãe e não aceitava que ela a tinha deixado. Inclusive afirma que se fosse o pai que tivesse morrido, ao invés da mãe, não estaria tendo tanto sofrimento.

Os demais participantes do grupo não se manifestaram sobre esse comentário de Selma. O fato de Selma conseguir verbalizar o sentimento de raiva é uma parte do luto, pois está traduzindo e recalçando algo do enigma do morto. O grupo, por ser capaz de acolher o que Selma diz, está agindo como assistente de tradução.

Na tentativa de tranquilizá-la, pois chorava desesperadamente, saliento que não há problema demonstrar o quanto amava a mãe e que compreendia que não amasse o pai na mesma proporção. Então, a paciente Rose fala também sobre como o pai dela tratava a mãe que só percebemos o quanto amamos alguém quando o perdemos. Lídia completa dizendo que só quando se perde algo é que damos valor. Mediante esses comentários e da transferência em pleno, Selma era momentaneamente tranquilizada, diminuindo o choro. Porém, quando retornava, no próximo encontro, estava repetindo o mesmo discurso e trazendo o mesmo desespero. Talvez, o choro de Selma estivesse tentando dizer que o sentimento de culpa em relação à mãe morta ainda estava presente, por meio do choro, ela demonstrava isso para o grupo.

Selma passou a agir diferente quando, em um encontro do grupo, levou sua filha com ela. Apresentou a menina a todos e, nesse dia, mostrou-se pouco chorosa. A criança não permaneceu no grupo, pois a paciente foi orientada que seria mais produtivo para ela se a menina não estivesse presente. Porém, após essa situação, Selma começou a mudar. A filha de Selma, por intermédio dos cuidados que uma criança demanda de um adulto, talvez estivesse funcionando como um assistente de tradução, já que exigia que a mãe tivesse uma postura diferente.

Ao falar sobre a filha e das exigências que ela lhe fazia – que ela sáísse, se arrumasse, se cuidasse, para que tivesse mais cuidados com a higiene pessoal, a fim de que fossem brincar juntas –, os integrantes do grupo se manifestaram sobre isso. Greice falou que ela precisava ser forte para cuidar de sua filha, que esse era um motivo importante para que ela pudesse seguir em frente e não desistir da vida. Antônia também disse que um filho é o bem mais precioso que a gente pode ter e é importante valorizar os momentos com a filha, pois só quem não tem mais um filho entende a dor de perdê-lo. Antônia ainda falou que perder a mãe e o pai também é muito doloroso, que ela já havia passado por isso, mas que, de certa forma, essa é uma perda mais natural, uma vez que se espera que os pais morram primeiro que os filhos. O inverso (que os filhos morram antes dos pais) é uma dor difícil de suportar.

Os relatos dos demais participantes seguiam no mesmo sentido da fala de Greice e de Antônia, ou seja, procuravam mostrar a Selma que a filha era um motivo para que

ela continuasse a viver e tentasse seguir em frente. Com o passar dos encontros, foi possível notar que a paciente começou a realizar as atividades que dizia não ter coragem, todavia, agora, ela levava a filha consigo e dizia que a criança lhe dava força e que, sem ela, não sabe se seria capaz de realizar tais atividades. A presença da filha, suponho, estava agindo como assistente de tradução na medida em que aflorava a sexualidade polimorfa perversa de Selma, colocando-a na mesma posição de sua mãe, ou seja, colocando-a no lugar da sedutora ativa da dupla adulto-criança.

Ao trazer a menina para o encontro, sendo uma possibilidade, ela tentava mostrar que era, sim, alguém que não estava morta; que era, também, uma mãe. E que mesmo após a morte de sua mãe, fazendo com que questionassem ela era, por meio da presença da filha poderia encontrar a sua identidade, ao menos uma parte dela. Ao encontrar uma nova tradução, percebeu que, levando a filha consigo, conseguia fazer as tarefas que antes realizava em companhia de sua mãe.

Algo importante de se expor sobre a paciente Selma é que, conforme foi se sentindo melhor em relação à perda da mãe, relata ter ficado mais agressiva com o marido. Enquanto sua mãe era viva, mantinha uma relação de passividade em relação ao marido, sempre acatando o que ele dizia. Entretanto, agora, ela dizia que não aceitava mais algumas condições que o marido lhe impunha, por exemplo, que ela auxiliasse nos trabalhos da oficina da família. Selma dizia no grupo que conseguia xingar e gritar com o marido e isso era uma coisa que até então nunca tinha feito. Também relatou que sua mãe, enquanto viva, era temente ao marido e que este a maltratava muito. A paciente não conseguia perdoar o pai por causa dos maus-tratos que dirigiu à mãe enquanto era viva.

Os demais participantes não se manifestavam quando ela falava sobre o pai, porém, quando falava sobre o marido, ela era incentivada: “Isso mesmo, tem que falar!” ou, então, questionavam sobre o posicionamento do marido frente à mudança dela. Ela dizia que o marido também gritava com ela, que se seguia uma discussão, mas que ela não mudava sua opinião. Os integrantes do grupo pareciam aprovar o comportamento de Selma, pois sempre assentiam positivamente ao que ela relatava no que concerne ao marido.

As mudanças relatadas por Selma, em relação ao marido, podem ser atribuídas à possibilidade da tradução. Temos que Selma, agora por meio da retradução, está saindo do papel de morta. Ao atuar de forma ativa frente ao marido, está se permitindo sair da passividade, ao realizar recalcamientos, expressos por meio dos gritos, xingando-o. E o

grupo, ao entrar em contato com esses conteúdos de Selma, por meio de seus relatos, excita-se e sente satisfação junto com ela pelos ataques ao marido. Por isso se exaltam e a elogiam quando conta sobre os enfrentamentos. Ou seja, o grupo não aceita lidar com o que diz respeito ao pai de Selma, mas, sim, com o que diz a respeito ao marido. Há uma regra de abstinência bastante clara quando se trata de pais e filhos e isso vem da cultura.

O enigma do morto, as traduções, retraduições e recalcamientos de Selma trouxeram para Antônia a possibilidade de que a filha dela também pudesse agir como promotora de assistente de tradução. Até então, Antônia não falava muito nos encontros sobre sua filha. Após o caso de Selma e dos relatos que suscitou no grupo, Antônia passou a fazer da filha uma companhia constante nas suas rotinas diárias, levando-a em um dos encontros. Ambas começaram a participar de atividades que antes nenhuma das duas realizava, por exemplo, participar de grupos de atividade física ao ar livre. A companhia da filha ampliou o círculo social de Antônia, o que provavelmente lhe proporcionou novos assistentes de tradução.

Nem sempre, a tradução irá se fazer durante os encontros do grupo operativo durante o período em que os participantes estão comparecendo aos encontros. A possibilidade de uma tradução do enigma da mensagem pode acontecer *après-coup*. Tomemos o caso de Lucia como exemplo.

Lucia, ao falar dos filhos – o mais novo, morto, e o mais velho, vivo – atribui a eles qualidades contrárias. Ao filho morto, tece somente características positivas: bom filho, trabalhador, carinhoso, bom pai, ajudava financeiramente, constituiu família própria, atencioso com ela, dentre outras. Ao filho vivo, somente características negativas: doente, agressivo, não trabalha, vive às custas dela, fuma, faz uso de bebida alcoólica, não ajuda financeiramente etc. O filho morto trabalhava e tinha estabilidade financeira. Lucia não entendia o porquê de o outro filho, o mais velho, estar vivo, sendo que, conforme ela dizia, “ele lhe dava trabalho”. Este é, agora, o único filho da paciente. A participante separa nitidamente os sentimentos que nutre pelos filhos, destinando ao morto o amor, ao vivo, o ódio. Deseja, além disso, a morte do filho não amado.

A partir do momento em que há um morto e por meio das projeções que os vivos fazem, ele pode adquirir as características que o vivo lhe designar, acontecendo uma transformação do morto em algo ou alguém que se deseja que ele se torne. Essa transformação que acontece com o objeto perdido é possível, pois os mortos, ao não

estarem mais presentes, passam a pertencer a um *status* de criação do homem(Laplanche, 1992/1996a).

É possível, então, que Luciatenha transformado o filho perdido em tudo aquilo que desejava que ele fosse: o filho perfeito, que a ama e é amado. E esse filho, ao morrer, deixa-lhe uma mensagem enigmática. O enigma do morto, nesse caso, poderia ter relação com a possibilidade de Lucia sentir a morte do filho como uma punição pelo fato de ela ter tido outro filho. Essa suposição aflora o sexual de Lucia, no sentido perverso polimorfo, pois está no âmbito do edípico. É como se o filho morto lhe dissesse: “Estou lhe deixando, pois você me traiu, teve outro filho e também o ama”. E Lucia, na tentativa de traduzir o enigma, exalta as qualidades do filho morto, tentando mostrar que, devido aos seus atributos, somente ele seria digno de seu amor.

Com a separação de afetos entre os filhos, a paciente cria arranjos para garantir para si mesma – e ao filho morto – que ninguém ocupará o seu lugar, principalmente o irmão, que não é bom para elae que em nada se parece com o filho morto e amado.

Os demais participantes do Grupo Cuidar, quando Lucia falava sobre os filhos, comparando-os, permaneciam em silêncio e olhavam na minha direção, às vezes levando a mão na boca ou balançando a cabeça em sinal de negativo. Era como se estivessem à espera de uma intervenção minha que interrompesse o discurso de Lucia. A fala da paciente também incomodava a mim, porém eu deixava que ela falasse o que estava sentindo. Minha intervenção, nesses momentos, reduziu-se a indicar caminhos que auxiliassem a convivência de Lucia com o filho vivo. Por exemplo, eu falava a respeito da existência de serviços de saúde que oferecem tratamento para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, com isso, ele poderia iniciar esses tratamentos, para que, assim, pudessem conviver melhor.

Houve encontros em que a paciente não estava presente, e outra participante, a Lídia, conseguiu verbalizar sua indignação frente aos comentários que Lucia fazia sobre o filho vivo. Lídia dizia: “Que horror o que ela fala do filho! Não deixa de ser filho só por dar trabalho”. Os demais participantes concordavam com Lídia, porém não acrescentavam nada ao discurso dela. Eu falava acerca da importância de não julgar o outro, pois todos ali podiam falar de seus sentimentos.

Lucia interrompeu suas idas ao Grupo Cuidar, retornando após um período de aproximadamente 01 ano, quando o grupo estava com uma nova configuração e com outros participantes. Quando Lucia retornou ao grupo, a sua demanda era outra. Não mais se tratava do luto, mas da angústia pelos cuidados com a irmã pela preocupação

com a saúde do filho mais velho. Todavia, buscou o grupo com queixas de como precisava de alguém para cuidar dela, uma vez que ela não podia contar com mais ninguém. Relatou que precisou ficar internada por causa de problemas de hipertensão arterial não havia alguém para ser o seu acompanhante. Além de ter ficado sozinha no hospital, ficava preocupada com os cuidados que estava negligenciando com a irmã e o filho.

Ao relatar que o sofrimento pela morte do filho mais novo era grande, que preferiria que o filho mais velho tivesse morrido, há uma rejeição do grupo à fala de Lucia. Quando Lucia diz que era melhor que o filho mais velho tivesse morrido, ela está ressignificando – de uma maneira não tão integradora – o enigma que a morte do filho mais novo lhe deixou. Entretanto, o grupo não aceita essa tradução preliminar que ela realiza, de certa forma, a expulsa do grupo.

O Grupo Cuidar não suportou o arranjo feito por Lucia: ela não recalçou os sentimentos de ambivalência que nutria pelos filhos, pois, atribuindo ao morto as características boas, garantiria para sempre o seu lugar ao lado dela, até mesmo porque o filho vivo somente possui características negativas, não sendo, então, apto a ocupar o lugar do irmão. Os sentimentos de ambivalência fazem parte do escopo de características do ser humano, no que se refere ao recalçado. Isso quer dizer que há, em todas as pessoas, enquanto neuróticas, essas distinções que, por não serem aceitas socialmente, acabam sendo recalçadas.

Dessa forma, a paciente Lucia agiu sedutoramente, uma vez que ativou a sexualidade perversa polimorfa dos integrantes do grupo. Os participantes, ao não acolherem a sua demanda, tornaram o contexto do grupo hostil para ela. Por mais que eu tentasse integrar Lucia – dizendo que estava tudo bem se não gostarmos igualmente de todas as pessoas, já que cada um tem uma maneira de ser que entendia que ela não tivesse o mesmo afeto pelos dois filhos –, essa intervenção ficou no âmbito da transferência em pleno e não foi suficiente para manter a paciente no grupo. Isso também se deve ao fato de que o Projeto Transferencial Grupal, nessa ocasião, não incluía a demanda de Lucia, o que resultou em sua saída do grupo.

Apesar de Lucia ter deixado de comparecer aos encontros do Grupo Cuidar naquele momento, depois de algum tempo voltou a participar dos encontros. Quando Lucia retorna, os participantes já não eram os mesmos, com exceção de mim. Suponho que ainda que eu não tenha realizado uma intervenção que oferecesse a construção de novos assistentes de tradução, naquele momento, um vínculo positivo se estabeleceu.

Esse vínculo transferencial é o que trouxe Lucia de volta. Ademais, o canal transferencial agrupou os pacientes nessa nova configuração e pôde acolher as demandas de Lucia, integrando-a no Projeto Transferencial Grupal que se formava.

Ao pensar no Projeto Transferencial Grupal, era preciso que eu, junto aos demais participantes, aceitássemos essa mesma temática. A fim de que os outros pacientes pudessem aceitar participar de um Projeto Transferencial Grupal que envolvesse questões relacionadas ao luto e ao enigma do morto, era necessário que tivessem mensagens enigmáticas as quais pudessem ser traduzidas ou recalçadas a partir da discussão dessa temática específica.

Quando Lucia retorna, além do grupo já não ser mais o mesmo, as demandas que a paciente trazia não eram as mesmas. Apesar de falar sobre a morte do filho, junto a isso, ela relata a morte de vários outros familiares. Lucia contou que há muitos anos vem perdendo seus entes queridos. Já “enterrou” (sic) o filho, vários irmãos, o pai, a mãe, o marido. Além de ter passado pela morte de todos eles, foi cuidadora deles no leito de suas mortes. A reação dos participantes foi bastante diferente da reação no primeiro momento em que Lucia participou do grupo. Dessa vez, houve acolhimento, já que Lucia não mencionou o fato de que tinha o desejo de que o filho mais velho tivesse morrido no lugar do filho mais novo. Lucia, então, retorna ao grupo e sua demanda se refere a stress e ansiedade, que estão levando-a a ter sintomas físicos, como hipertensão arterial.

Lucia reclama que não há mais ninguém de sua família para auxiliá-la nos cuidados que ela venha a necessitar, caso fique doente. O filho mais velho ainda demanda de seus cuidados. Além dele, mora com Lucia uma irmã que apresenta o quadro de deficiência mental, que não responde por si, sendo dependente de Lucia em grande parte das atividades de rotina diária. Uma vez que todos são doentes, não há quem cuidar de Lucia. A única pessoa que ela esperava a prestação de cuidado era do filho mais novo, o qual está morto. Sendo assim, busca o grupo, nesse segundo momento, para encontrar quem lhe acolha, alguém que acuide.

Nesse sentido, havia uma paciente no grupo que estava sempre apta a prestar auxílio, caso alguém viesse a precisar dela. O nome dela era Nina, de 65 anos. Nina dizia para Lucia que não é preciso ser alguém da família, com laços de sangue, para possibilitar ajuda, alguém que nos cuide. Então, expôs o seu exemplo, já que tem uma filha que é adotiva, a qual sempre a ajuda quando necessita. Também exemplificou dizendo que tem amigas que preferem que ela esteja com estas no hospital – quando

passam por cirurgia, por exemplo – do que as próprias pessoas da família, com quem têm ligação sanguínea. Ela se ofereceu para cuidar de Lucia, caso ficasse hospitalizada.

O grupo se mantinha em uma rotina de relatos de saudade e choro constante, pois, na maioria dos encontros, havia uma das participantes enlutadas que falava sobre suas perdas. Ora Lucia falava a respeito do filho mais novo, quando relata ao grupo sobre o fim de semana que havia passado com a neta, dizendo como ele havia sido um bom pai e que, agora, a criança não estava recebendo os cuidados que merecia da mãe, ora Selma falava acerca da saudade da mãe, de como sentia uma dor no peito, trazendo-lhe, até mesmo, falta de ar quando estava com muita saudade dela. Ou Antônia, a qual se queixava pela morte do filho, dizendo que ainda mantinha o quarto dele arrumado, da maneira como ele deixou.

Quando tais pacientes falavam sobre suas perdas, o choro quase sempre estava presente. Assim, nos encontros, todos os participantes que estavam passando por perdas de entes queridos choravam e lamentavam a falta que a pessoa falecida trazia às suas vidas. Até mesmo pessoas que haviam perdido alguém há muito tempo e que já haviam passado pelo luto, ao ouvirem os relatos de Antônia, Selma ou Lucia, lembraram de suas perdas e falaram sobre elas. Greice, de 34 anos, perdeu a mãe quando ainda era criança. Tinha, na época, 04 anos de idade. Tem poucas lembranças da mãe, que faleceu de um problema no coração, mas que ela não sabe dizer qual. Seu pai também era falecido devido a complicações decorrentes da hipertensão e do diabetes. Greice falava que sentia muita falta do pai e que gostaria de ter aproveitado melhor o tempo com ele. Disse que, apesar de eles serem muito parecidos, eles “não combinavam” e sempre estavam discutindo por algum motivo.

Sobre acolher e compreender a dor e o sofrimento causados pelo luto, Hage (2005) tece alguns apontamentos. A autora afirma que a perda ocasionada com a morte deixa uma mensagem enigmática. Essa mensagem, por sua vez, “[...] reinstala uma relação com a mensagem do outro, análoga àquela da sedução originária.” (Hage, 2005, p.286). Uma vez que o enigma do morto traz à tona a mensagem enigmática da sedução originária, todos os seres humanos compreendem a falta que a tradução do enigma do morto está causando, já que todos, sem exceção, viveram – cada um à sua maneira – a sedução originária.

A impossibilidade de traduzir o enigma do morto remete o enlutado à sedução originária, quando também não havia possibilidades de tradução. Ainda que, de acordo com os casos aqui apresentados, algumas traduções puderam ser feitas a partir do luto

com o auxílio do grupo, isso não quer dizer que a mensagem enigmática originária tenha sido esgotada. Sempre haverá a oportunidade de uma retradução a partir de vivências que possam remeter novamente à sedução originária.

A temática da morte, ao ser trabalhada no sentido operativo, torna a dor do luto mais suportável. Discutir sobre o problema, no caso, o sofrimento causado pela perda de alguém querido, traz a possibilidade de encontrar uma solução para este, ou seja, diminuir o sofrimento. Assim, o grupo, ao escutar e falar sobre a morte dos entes queridos, tenta tornar menos doloroso – principalmente para o familiar – conversar sobre as perdas. Eu sentia que os pacientes se sentiam incomodados com o choro constante de Antônia, deixando muitas vezes de falar de suas demandas. Isso era algo que incomodava também a mim, todavia eu intervinha dizendo que todos os problemas e conflitos têm a sua devida importância para quem o está vivendo. Apesar de minha fala, os demais participantes continuavam negando pensar e trazer para a discussão seus conflitos e atribuíam enfoque ao problema de Antônia.

Dessa maneira, para tentar mostrar solidariedade e empatia, falavam sobre suas perdas pessoais, mesmo que vivenciadas há muito tempo. Suponho que essa atitude dos demais participantes não acontecia somente para acolher Antônia, empaticamente falando, mas também para tentar cessar o seu choro e diminuir a sua dor, ou seja, o grupo está tentando encontrar uma solução para o problema ali colocado, tornando um grupo operativo. Por meio do canal transferencial, foi permitida a entrada de Selma e Lucia para que todas elas pudessem continuar elaborando o luto. Ao manter o canal transferencial aberto e disponível para que novas pessoas enlutadas pudessem entrar no grupo, os presentes estavam formando um Projeto Transferencial Grupal específico para aquela situação.

Esse Projeto, pelo fato de que as discussões giravam em torno do enigma do morto, pode ser entendido como uma forma de resistência, pois, ao falar sobre a morte e o luto, o foco é o sofrimento dos enlutados, assim não se volta a atenção para discutir os conflitos reais que trouxeram cada um dos pacientes ao grupo. É dessa maneira, ao mesmo tempo, que o grupo se torna um local de acolhimento do sofrimento e da dor.

#### **4.3 O grupo operativo como assistente de retradução para o complexo de Édipo**

Segundo Laplanche (2015b), em “Castração e Édipo como códigos e esquemas narrativos”, Freud considerava o complexo de Édipo uma situação que englobava as

fantasias originárias, tendo origem, portanto, filogenética. De acordo com o autor, isso representava, para Freud, uma inscrição na memória da espécie:

Uma experiência vivida, que exerce sobre a mente coletiva uma impressão muito forte ou que se repete milhares de vezes (ou então, as duas coisas juntas), inscreve-se na memória coletiva como uma sequência viva de acontecimentos, a qual impregnará posteriormente as memórias individuais e reviverá nas existências individuais(Laplanche, 2015b, p. 282).

A esse respeito, Laplanche (2015b) afirma que, segundo Freud, sempre haveria um desejo sexual inato na criança. O autor contradiz esse ponto de vista, uma vez que entende que o adulto é o emissor de mensagens enigmáticas portadoras de sexualidade, sendo, então, o principal ator da sedução generalizada. Com esse posicionamento, o autor francês critica o biologicismo de Freud, isto é, o inato que seria comunicado filo e ontogeneticamente.

É nesse sentido que Laplanche (2015b) vai propor uma nova leitura do complexo de Édipo, situando-o ao lado do já traduzido, do lado do recalçamento e não do recalcado.

Esse contexto, o da sedução generalizada, dar-se-ia no encontro inevitável de um adulto e a criança que este cuida. Trata-se, expusemos, da situação originária o que o autor denomina SAF – Situação Antropológica Fundamental – marcada pela relação assimétrica entre esse adulto e a criança. Assimétrica, porque o adulto tem um inconsciente e a criança não. Isso significa que toda ação de autoconservação do adulto dirigida à criança estará inevitavelmente impregnada pelo sexual do adulto, sem que ele mesmo o saiba conscientemente. São as mensagens enigmáticas aquelas que veiculam o sexual recalçado do adulto e se dirigem à criança como um excesso. Será esse excesso que a criança terá de traduzir, para o qual deverá constituir seu próprio inconsciente – precisamente para recalcar como defesa, fundando-se assim a tópica – e para fazer as traduções possíveis.

Entre essas traduções possíveis, estaria precisamente o edípico que, como vimos, para Laplanche (2015b), seria o que ajuda a recalcar o sexual. Contudo, mesmo que para o autor o complexo de Édipo seja uma tradução que ajuda a recalcar ou manter o recalçamento, é inegável que, como toda tradução, de tempos em tempos demande uma retradução. É isso que encontramos no grupo: um cenário onde o edípico precisa ser revisado, retraduzido diante, por exemplo, das perdas, das separações que

implicam reconfigurações triangulares, que mobilizam a SAF, exigindo retraduições, quando não traduções propriamente ditas.

O que encontramos no grupo é precisamente que algo dessa tradução, do complexo de Édipo, entra em cena de forma muito evidente. Desse ponto de vista, consideramos que o edípico circula no grupo como uma retradução à procura de uma organização melhor.

Nossa análise propõe precisamente considerar o grupo como um assistente de tradução, ou melhor de retradução, para o edípico. Para isso, vamos tomá-lo no sentido freudiano, a fim de melhor abordá-lo.

Diremos, então, que o grupo operativo, como alteridade, pode atuar como assistente na tradução de mensagens enigmáticas que ficaram à espera de tradução ou uma retradução de aspectos do complexo de Édipo.

É indubitável que toda tradução pode deixar restos não traduzidos. Nesse sentido, toda mensagem, quando é parcialmente traduzida, contribui para a constituição neurótica do indivíduo. Porém, mesmo na neurose – em que mensagens enigmáticas já foram traduzidas –, ainda podem aparecer sintomas devido aos restos que foram recalçados.

Ao realizar retraduições mais integradoras, os sintomas podem ser amenizados. Por exemplo, há, no Grupo Cuidar, uma paciente, Greice, que traz como sintomas grande insegurança e medo ao impor suas vontades em todos os relacionamentos que vivencia. Esses aspectos de Greice parecem estar relacionados com a identificação que ela tem com a mãe, sobretudo em termos de passividade. Sua mãe era uma pessoa muito doente e não tinha autonomia para realizar nenhuma atividade ou até mesmo para se relacionar, falecendo quando a paciente tinha aproximadamente 05 anos de idade. Talvez, a identificação de Greice com sua mãe foi uma tradução encontrada, na época, para manter a mãe junto de si, dando lugar ao conflito edípico, ao recalçar aspectos que não eram possíveis suportar. O caso de Greice será detalhado no próximo item deste capítulo.

Esses sintomas são uma forma de tradução. Aqui há um ponto contraditório: se há tradução, houve o recalque, então como esse conteúdo recalçado ou essa mensagem já traduzida está retornando sob a forma de um sintoma neurótico? Laplanche (2003) tenta resolver essa questão ao afirmar que uma mesma pessoa pode englobar os estados neurótico e psicótico. Assim, os sintomas neuróticos aparecem por causa de partes de mensagens que não foram traduzidas até o presente momento – implantadas ou

intrometidas –, mas que podem encontrar tradução *après-coup*: “Existiria, então, não somente na criança, mas em todo ser humano, uma espécie de estoque de mensagens não traduzidas: algumas praticamente impossíveis de traduzir, outras na espera provisória de tradução.” (Laplanche, 2003, p. 199).

O grupo operativo, então, pode vir em auxílio na retradução do edípico que aparece como sintoma em muitos casos. Também, porque as relações estabelecidas no grupo podem ativar, já afirmamos, a sedução e, portanto, a solução que foi dada com o edípico precisará ser revisitada.

#### **4.3.1 Mamãe, papai e eu: relatos e a escuta psicanalítica**

Uma das pacientes do Grupo Cuidar, aqui chamada de Greice, com 34 anos de idade, começou a participar dos encontros por se sentir muito ansiosa, o que elevava sua pressão arterial, levando-a a ter crises de taquicardia que só cessavam com intervenção medicamentosa hospitalar. Além da hipertensão arterial, Greice tem condições crônicas de saúde que exigem cuidado constante: *diabetes mellitus*, ou apenas diabetes, e obesidade. Até iniciar sua participação no grupo operativo, a paciente não tomava nenhum cuidado com sua saúde. Greice é homossexual, solteira, não possui filhos, seus pais faleceram e tem um irmão que também é homossexual. Tem poucas lembranças da mãe, pois esta faleceu quando a paciente tinha aproximadamente 05 anos de idade. Somente se lembra que a mãe era frágil e doente do coração. Quanto ao pai, mantinha um relacionamento distante com ele, mas sempre se referia a como eram parecidos em seu jeito de pensare que sentia muita saudade dele após a sua morte. O pai de Greice havia falecido há poucos anos, mas Greice relata que eles brigavam muito.

De acordo com os estudos de Freud (1931/2010e), sobreo complexo de castração, o complexo de Édipo e a feminilidade, uma das possibilidades do desfecho edípico para a menina seria a homossexualidade. Pode acontecer de a menina se recusar a reconhecer a ausência do pênis em si, refugiando-se,desse modo, na identificação com a mãe, se esta for uma figura fálica na relação edípicaou, então, identifica-se com o pai. A percepção de que a mãe não tem o pênis a leva a um afastamento da figura materna, evitando, assim, a passividade que a falta do pênis pode levar:

Quando a garota pequena se dá conta do seu defeito, ao avistar um genital masculino, não é sem hesitação e relutância que ela aceita o indesejado conhecimento. Como

vimos, a expectativa de algum dia também ter um genital assim é conservada obstinadamente, e o desejo disso sobrevive à esperança por bastante tempo. Em todos os casos a criança vê a castração, inicialmente, como um infortúnio individual; apenas depois a estende a algumas outras crianças e, por fim, a certos adultos. Com a percepção da natureza geral dessa característica negativa há uma grande desvalorização da feminilidade e, portanto, também da mãe (Freud, 1931/2010e, p. 210).

O ambiente familiar – mãe doente, portanto passiva, e pai cuidador, por isso ativo – e a forma encontrada por Greice de se relacionar com os genitores influenciaram em sua atribuição de gênero e auxiliaram no processo de sua orientação sexual. Na acepção de Laplanche (2015b), a mensagem ligada à atribuição do gênero é processada pela criança com o auxílio do *socius*. Inclusive é o ambiente humano que oferece assistência – por meio de esquemas narrativos – na primeira tradução das mensagens sexuais referentes à diversidade dos gêneros.

O desfecho do complexo de Édipo, para Greice, resultou na sua homossexualidade por intermédio da identificação com o pai. Portanto, no que se refere à orientação sexual, Greice se identifica com o pai, porém se identifica, também, com a mãe, no que concerne a outras características.

Após a morte da mãe, o pai de Greice se mudou para a casa da mãe dele, levando consigo os dois filhos. Logo em seguida, o pai se casou novamente e foi morar com a nova esposa, deixando Greice e o irmão aos cuidados da avó. Talvez esse pai, primeiramente pelos cuidados que dispensava à esposa doente, não tivesse condições internas de acolher e cuidar de uma criança. Depois da morte da esposa, repassou esses cuidados à sua mãe, ou seja, a avó de Greice. Ainda que Greice estivesse recebendo algum tipo de cuidado de autoconservação por uma outra pessoa – seja a mãe doente, o pai ausente, seja a avó – é possível supor que a morte da mãe possa ter deixado a sensação de desamparo e a saída do pai em busca de uma nova família pode lhe ter passado a mesma sensação, ou seja, de desamparo. Sendo assim, supõe-se que a alternativa encontrada por Greice, enquanto criança, foi a dupla identificação com os genitores na tentativa de manter ambos próximos a ela. A identificação com a mãe é, em especial, nos aspectos relacionados à sua passividade.

Ainda sobre a relação entre pais e filhos, em um dos encontros do Grupo Cuidar, outra participante, Rose, de 55 anos, contou que a filha havia sofrido abuso sexual por parte do padrasto e Greice se mostrou impaciente com a atitude de Rose. Greice se desculpou, mas disse que acreditava que era obrigação dela proteger a filha. Rose respondeu dizendo que ela não tinha conhecimento do abuso e depois que soube não

sabia o que fazer. Eu medieei a discussão dizendo que, na situação de Rose, era difícil tomar uma decisão que rompesse com o ciclo de abuso, pois ela também vivia sob ameaça do marido, que passava pela situação de violência psicológica.

O marido de Rose a agredia fisicamente, impedia que esta trabalhasse, pois, assim, garantia que ela não fosse embora, uma vez que se tornava financeiramente dependente dele. Rose agiu quando conseguiu, ao sair da cidade em que convivia com seu parceiro e se mudando para outro município. Ela fez o que melhor conseguiu fazer pela filha naquele momento e naquela situação. Porém, também era compreensível o que Greice falava, pois uma criança conta com a ajuda do adulto para se proteger, já que não consegue fazer isso sozinha. Quando não se tem ciência do fato, nada se pode fazer, porém, a partir do momento que se tem conhecimento, já existe uma responsabilidade sobre o acontecimento.

No que tange à exaltação de Greice, posso supor que ela estava expressando a convicção de que seria um dever, uma obrigação dos pais amarem os filhos. Obrigação esta que seus pais não cumpriram ao deixarem-na sozinha. Eis o que parece ser o real motivo da revolta de Greice com o posicionamento de Rose em seu discurso sobre a atuação junto à filha. Quando Greice se posiciona, os demais pacientes não se manifestam, ficam em silêncio. Todos os outros pacientes, com exceção de Greice, têm filhos.

A partir do discurso de Rose, surge a possibilidade de uma reorganização psíquica ser feita por Greice. Quando digo que Rose fez pela filha o que tinha condições de fazer naquele momento, ofereço um assistente para Greice organizar melhor sua tradução edípica, ainda que seja mediante um recalamento. Ao dizer para Rose que ela fez o melhor que podia pela filha, também estava dizendo a Greice que seus pais fizeram o melhor que puderam por ela. Emboranão estivessem juntos a ela durante sua infância, isso não significava que não a amavam. Eu a conduzo a refletir sobre os motivos que levaram os pais a abandonarem que o seu abandono se deu por motivos que ultrapassaram as capacidades dos pais naquele momento de sua infância. Greice, por diversas vezes, disse que não teve amor dos pais, pois sua mãe havia morrido e o seu pai a deixou com a avó para ter outra família. Nesse sentido, minha fala funciona como um assistente para o recalamento formado a partir da transferência em pleno. As tensões formadas entre os participantes diminuem, permitindo que o grupo continue em sua atual formação, ou seja, ofereci instrumentos para que o Grupo Cuidar não se desfizesse naquele momento, uma vez que poderiam trazer à tona conteúdos da

sexualidade perversa polimorfa dos pacientes e o grupo poderia não suportar.

Assim, ainda que houvesse uma tensão, havia algo comum aos participantes que manteve o grupo unido. A suposição é de que, por meio do canal transferencial, pode-se criar condições para que o grupo não se desfizesse, oportunizando que os Projetos Transferenciais de cada participante estivessem presentes, ao colocar em funcionamento, por intermédio de aspirações em comum, o Projeto Transferencial Grupal. Ao me referir ao grupo como algo funcional, o faço no sentido de ser operativo, pois, de acordo com a Teoria do Vínculo, a operacionalidade está diretamente ligada à capacidade de proporcionar aprendizagem e adaptação frente à realidade que o grupo está inserido e, ao mesmo tempo, construindo. Obviamente, estamos falando a respeito dos limites dos grupos operativos que, mesmo dentro de uma abordagem psicanalítica, não têm possibilidades mais amplas não ser proporcionadas assistentes de tradução para o recalçamento.

O tema apresentado por Rose levaria a muitos questionamentos difíceis, por exemplo, até que ponto Rose realmente não sabia? Ou que medidas ela tomou, de fato, para preservar a criança? Isto é, nos levaria pelos caminhos escuros do abuso sexual infantil e a sexualidade sedutora do adulto que cuida, com desdobramentos dramáticos. Falar sobre isso é difícil.

Rose se permitiu contar sobre o abuso sexual da filha no grupo, pois sabia que não seria julgada, que seria acolhida – ao menos pela maioria do Grupo Cuidar. As pessoas que formavam o grupo naquele momento partilhavam do mesmo nível de permissividade em relação à sexualidade perversa polimorfa, ou seja, de não querer falar sobre isso, com exceção de Greice, devido às suas próprias vivências junto aos seus genitores. Talvez a angústia de Greice esteja em torno das possibilidades de uma criança, sem pais, poder ser abusada.

Um fato que não pode ser negado é que existe satisfação pulsional com a possibilidade da realização factual da situação edípica, no que se refere ao incesto. Os demais participantes, ao se manterem em silêncio após a fala de Greice, não concordam, nem discordam. O silêncio tenta mostrar que permanecem neutros. Porém, ao saber que há em todas as pessoas conteúdos não traduzidos, ou seja, conteúdos recalçados relacionados ao incestuoso, interpreto que esse silêncio não se trata de neutralidade, mas de culpabilidade. A culpa vem por meio do caráter de satisfação pulsional ao imaginar que a situação de abuso sexual pode levar a concretização do incesto. Até mesmo a espera de Rose em retirar a filha de perto do padrasto abusador se supõeser uma outra

indicação de sua satisfação sexualou, talvez, uma troca para acalmar o marido, além do medo.

Apesar de Greice relatar o falecimento dos pais, a sua demanda não era relacionada ao luto ou ao sofrimento pela ausência deles. A queixa principal que a levou ao Grupo Cuidar – elevação da pressão arterial após momentos de estresse e ansiedade – não tinha uma causa fisiológica que a medicina conseguisse explicar, portantoela atribuiu as causas de seus sintomas físicos a fatores emocionais.

Talvez, o adoecimento do corpo, ou seja, os sintomas físicos de Greice, possam ser entendidos como uma das maneiras que ela encontrou para tentar uma aproximação e identificação com a figura materna, uma forma de não a perder totalmente. Greice retraduziu a situação edípica, produzindo somatizações. Diversas vezes, ela contou no grupo que acreditava que iria morrer como sua mãe morreu, ou seja, de um problema cardíaco. Inclusive, ela buscou ajuda médica, pois estava se aproximando da idade da morte da mãe, o que a deixava angustiada, já que sentia que o dia de sua morte também estava se aproximando. Começou, assim, a ter angústia, visto que tinha taquicardia e sua pressão arterial subia.

Ao produzir os sintomas físicos, a paciente se aproxima da mãe e confirma essa identificação por intermédio da doença. A partir do relato de seus conflitos, os demais participantes diziam a Greice que ela era alguém que tinha valor que não merecia ser maltratada. Estavam oferecendo a ela auxílio – por meio da transferência em pleno – para que ela realizasse novas organizações psíquicas a partir de um saber do grupo; um saber simples, do cotidiano e da experiência de pessoas mais maduras (pessoas mais velhas). Isso funciona para acalmar e fazer recalcamientos mais satisfatórios imediatamente, pois a levam a realizar mudanças importantes em sua vida, como a pedir demissão e a investir em uma nova profissão.

Sobre o trabalho, Greice constantemente trazia queixas de seus relacionamentos no emprego, em que vivia relações de abuso de poder por parte de seus superiores. Ela reclamava que os patrões não a tratavam com o devido respeito que ela merecia e atribuíam a ela outras funções que extrapolavam suas atribuições de cargo. Por exemplo, solicitavam que ela fizesse compras para a empresa, tendo de se deslocar em rodovias de grande movimento, o que a colocava em risco de acidentes de trânsito, sendo que sua função de cargo estava relacionada à manutenção de veículos dentro da área da empresa. Também solicitavam que a paciente comparecesse ao local de trabalho em horários que não estavam dentro de sua carga horária. Em ambos os casos, ela não

recebia nada a mais para desempenhar essas tarefas.

Alguns pacientes do grupo questionam se Greice não se queixava com os patrões pelo serviço extra. Ela diz que não se queixava, pois não tem coragem de falar com eles, que tem muito medo de que eles a mandem embora e que ela fique desempregada. Greice também reclama, nos encontros do grupo, sobre a forma como os colegas de trabalho se dirigem a ela durante o expediente. Eles, com frequência, pedem que ela desenvolva atividades que competem a eles, depois que Greice as desenvolve, levam o crédito pelo trabalho que ela realizou. Indaguei sobre o que ela pensava dessa situação. Ela menciona que não considera certo, mas que não consegue negar quando lhe pedem algo. Porém, depois, lembra-se do que aconteceu e fica muito nervosa, pois percebe que as pessoas a estão usando em benefício próprio, já que ela não se nega a fazer o solicitado.

Constantemente, quando falava que não tinha coragem de conversar com seus superiores no trabalho, os outros participantes do grupo a incentivavam a buscar mudanças. A paciente Lídia diz para Greice que isso não está certo, que ela não deveria fazer o trabalho dos outros e que não deveria fazer coisas sem receber. Greice diz que sabe, no entanto não há nada que ela possa fazer. Minha intervenção, nesse momento, resume-se a dizer que existem, sim, coisas que estão fora do nosso controle, como modificar o comportamento ou o pensamento do outro contra a sua vontade, mas algumas coisas podem ser mudadas, como a nossa maneira de agir, conseqüentemente, as pessoas que estão à nossa volta também vão mudar. Então, outra paciente, Rose, deu seu próprio exemplo. Ela contou que sofria muito com as agressões do ex-marido, porém acredita que não podia fazer nada para modificar essa situação e esperava que um dia ele fosse mudar. A atitude agressiva do ex-marido, tanto com ela quanto com a filha, não mudou até o momento que Rose passou a agir diferente, chegando ao ponto de sair de casa e mudar para outra cidade.

O grupo foi operativo para Greice na medida em que proporcionou as mesmas mudanças no modo de enxergar sua realidade. Ela foi realizar um curso para trabalhar como segurança, o que a coloca no lugar de alguém que estará sempre protegendo e, de certa forma, cuidando do outro. Todavia, isso não quer dizer que o enigmático foi anulado, tanto que não se sabe se mais adiante, no novo emprego, tudo voltará a ser como era antes, no que se refere às suas relações: ela sempre passiva em relação aos outros. Também é possível que a relação de Greice com os demais integrantes do grupo e principalmente comigo trouxe novos elementos que a levou a buscar algo além da

repetição, ao menos até onde se sabe. Refiro-me, aqui, à transferência em oco, que vai além da repetição, e pode trazer uma nova tradução a partir dos imagos infantis. Greice, supõe-se, encontrou a partir das relações estabelecidas no grupo, novas traduções que se expressam nela através da forma de cuidado que ela estabelece com o outro. Ainda que Greice continue repetindo algumas formas de agir que são derivadas de vivências da sua infância, agora há, por parte da paciente, uma nova compreensão dessas formas de agir e de se relacionar.

A passividade de Greice também pode ser notada na forma como se relaciona com as parceiras. Há momentos no Grupo Cuidar que ela fala sobre suas frustrações com as namoradas. Já foi casada, na separação, a sua companheira levou a maioria das coisas que havia na casa e deixou muitas dívidas no nome dela. Diz que teve algumas parceiras após o rompimento e que não tem sorte para namorar. Conta que faz de tudo para agradar as namoradas, que compra tudo para elas, paga todos os gastos, que não deixa faltar nada a elas, mas o relacionamento não se prolonga por muito tempo e logo é deixada.

Greice diz que sabe que algumas mulheres apenas ficam com ela por causa do fato de que ela banca tudo, mas que aceita essa situação, pois, do contrário, não teria qualquer outro atrativo para que as mulheres quisessem ficar com ela, já que não se acha bonita. Sobre essa fala de Greice, ninguém no grupo se manifestou. Aponto para Greice que percebo um padrão em sua maneira de se relacionar, uma vez que, no trabalho, ela contou que os outros se aproveitam dela, pois ela não consegue dizer não e, em seus relacionamentos amorosos, eu notava, por meio da fala dela, que algo semelhante acontecia.

Após a minha fala, vários participantes do grupo se manifestaram, concordando com o que eu tinha dito para Greice. Os pacientes exclamavam, por exemplo: “é verdade!”, “deixa de ser boba, menina!”, “eles estão se aproveitando de você!”. Até mesmo Greice concorda e ainda dá mais exemplos desse aspecto de si. Ela conta que mora junto com outras pessoas e elas têm um contrato verbal de que as despesas da casa deveriam ser divididas, mas as pessoas que residem com ela não fazem os devidos pagamentos. Como as contas estão registradas em seu nome, ela acaba pagando. Além disso, os colegas que moram com ela não auxiliam nos serviços domésticos e comem o que Greice compra para si. A paciente diz que não tem coragem para reclamar e fica muito nervosa com toda essa situação.

Não só a passividade – obtida por meio da identificação com a mãe –, mas

também a necessidade de cuidar e atender as demandas do outro permeiam os relacionamentos de Greice. Supõe-se que essas características a aproximam também do pai, pois é o pai que cuidou da mãe até que faleceu. Greice pode ter introjetado esses aspectos do pai em si. Tais suposições se sustentam por intermédio da maneira como Greice se relaciona com suas namoradas, cuidando delas e, como ela mesma disse, “não deixar faltar nada”.

É importante lembrar que o significado do cuidado materno e paterno para com a paciente quando era criança não terá o mesmo valor de significação em sua vida adulta. É certo que a vivência não é a mesma presenciada pela paciente durante a sua infância junto aos seus pais, mas alguns elementos do Grupo Cuidar, enquanto um lugar de escuta e acolhimento para angústias, segredos, compartilhamento de emoções e histórias pessoais, oferecem efeito de segurança, de orientação e de cuidado, podendo auxiliar no processo de retradução para promover recalques mais organizadores. O processo de metabolização altera a mensagem enigmática, substituindo os significantes durante os processos de tradução, retradução e recalque. Essa metabolização pode ter influência da cultura mediante esquemas narrativos, visto que é partir da cultura que a criança adquire os primeiros assistentes de tradução.

A mãe de Greice enviou a ela uma mensagem enigmática que, possivelmente, foi traduzida e teve restos não traduzidos, os quais a paciente teve de recalcar, transparecendo em sua maneira de agir, em seu caráter<sup>4</sup>, por meio da passividade frente aos seus relacionamentos. O grupo, agindo como assistente na retradução, pode também contribuir para as mudanças na forma de agir da paciente. A partir do momento em que a paciente passou a receber os cuidados que o Grupo Cuidar lhe oferecia, não só o cuidado consigo mesma começou a mudar, mas sua postura frente ao cuidado com os outros também se alterou. Greice procurou uma nutricionista para cuidar de sua alimentação, visando controlar a diabetes, porém não se sabe se essa atitude realmente gerou melhoras em seu nível glicêmico de forma permanente, já que todas as mudanças aconteceram em um nível mais consciente e pré-consciente. Isso não impede que o conflito retorne mais adiante.

Nos primeiros encontros que Greice participou, ao entrar em contato com outras pessoas que estavam passando por situação de sofrimento e de desamparo, ela se mostrou quieta e não intervia ou falava sobre os conflitos dos outros participantes. Com

---

<sup>4</sup>Considerando o termo a partir da Teoria do Vínculo, de Pichon-Rivière (1980/1991), cujo caráter está ligado à natureza do objeto e à relação que o ego estabelece com o próprio objeto interno.

o passar dos encontros, Greice, ao expressar seus conteúdos e vivências, encontrou acolhimento por parte dos demais participantes assim pode oferecer palavras de incentivo aos demais. A postura de Greice mudou. Ela sempre queria ajudar: se alguém dizia que estava precisando de emprego, ela trazia informações de onde encontrar vagas de emprego, então, oferecia carona quando outro paciente precisava. Essa mudança pode ser atribuída ao medo que Greice possa sentir de ser rejeitada e abandonada, ou seja, de se sentir desamparada como se sentiu em sua infância.

A paciente, ademais, buscou uma aproximação quase simbiótica comigo, pois, com muita frequência, enviava-me mensagens por celular para pedir orientações de como agir para falar a respeito de suas evoluções, de seus problemas pessoais e em relação às decisões que precisava tomar em seu dia a dia. Estava sempre solicitando atenção individualizada, seja para conversas após o término dos encontros, seja solicitando atendimento clínico individual. Algumas vezes, no final dos encontros em grupo, eu me disponibilizava a ouvir Greice individualmente por alguns minutos; quanto à solicitação pelo atendimento clínico individual, a encaminhei para outra psicóloga da UBS que trabalha com essa demanda, porém ela não seguiu esse encaminhamento.

Uma vez que o vínculo transferencial está ligado às imagos infantis e às relações vinculares com um objeto, compreendo que a paciente trazia, provavelmente, algo da relação com sua mãe, quando criança, para o presente comigo. A morte da mãe deixou a mensagem enigmática que pode ser entendido com a pergunta: “O que queres de mim? O que queres de mim com tua morte?”. Por estar disponível, quando ela me procurava solicitando opiniões, foi possível indicar que ela não estava sozinha e que, ao menos durante o período que ela permanecesse no grupo, eu estaria ali para ouvi-la e apoiá-la. Verbalizei isso diversas vezes, enfatizando que não só eu, como também o grupo, estávamos ali para acolher seus conflitos e sucessos. Ao assumir esse papel, fui apontando e interpretando para ela o lugar que eu estava ocupando: o papel de sua mãe.

O enigma do morto pode encontrar uma tradução na sensação de abandono e desamparo pela mãe. Esta, ao abandonar a paciente, talvez a fizesse se sentir exposta e ainda mais passiva em relação à sedução que vinha do pai. Assim, pode ser que, ao me colocar no lugar da mãe, Greice tenha a sensação de não estar sozinha e de ter alguém que a defenda da exposição passiva frente à sexualidade perversa polimorfa do pai. Com o passar dos meses, a paciente foi se percebendo capaz de lidar com seus próprios problemas pessoais deixando de solicitar tanto a mim, pois, por intermédio da

transferência em pleno junto à transferência em oco, eu pude fornecer a ela assistentes para que pudesse traduzir e recalcar aspectos da identificação com a mãe morta, como a passividade e a insegurança, de modo a permitir que a participante tivesse mais confiança em si própria.

Como coordenadora do grupo, estava em uma posição favorável diante da desigualdade, na relação assimétrica, pois, para a paciente, e para o grupo de modo geral, eu detinha um saber e um poder capaz de acalmar. No grupo, isso acontece quando, por meio da transferência em pleno e no sentido recalcador, as intervenções que realizo ofertam assistentes que estão normatizando, tranquilizando, apontando sentimentos. O trabalho operativo em grupo tem suas limitações que o difere do atendimento individual, por exemplo, o fato de haver a possibilidade de trabalhar mais a transferência em pleno em comparação ao que se trabalha na transferência em oco, concedendo pequenos assistentes para a tradução e, até mesmo, alguns recalcamientos. Dessa maneira, Greice encontrou, como forma de tentar sair da identificação com sua mãe morta, que a leva à passividade e ao sofrimento intenso em todas as suas relações, a minha transformação em sua mãe, o que a colocava novamente na situação de criança. Essa situação permitiu a paciente, até onde se sabe e de acordo com seus relatos, uma postura mais ativa frente aos seus relacionamentos.

Greice, além disso, passou a se mostrar mais atenciosa em relação aos outros participantes. Essa mudança pode ser decorrida do sentimento de gratidão e de amor ao grupo e pode, contudo, ser devido a uma nova tentativa de identificação com o pai. Este, enquanto figura ativa, era alguém que se dedicava ao cuidado do outro. Assim, a participante, ao ouvir as queixas e sofrimentos dos demais pacientes, por fazer algo para tentar resolver os conflitos alheios, também estava ajudando-os a ressignificarem, talvez, os seus próprios enigmas. O grupo operativo, expusemos, tem suas limitações e, por isso, não pode fazer algo além de proporcionar assistentes de tradução para pequenas traduções ou para alguns recalcamientos a partir do saber cotidiano e das experiências de vida dos participantes. Isso, entretanto, não significa que não esteja cumprindo sua função operativa, diminuindo o sofrimento psíquico dos pacientes e trazendo mudanças na forma de enxergar a própria realidade. Essas mudanças, porém, não refletem a anulação do enigma, já que não se sabe a durabilidade das melhoras e evoluções pessoais após o momento que os pacientes deixam de participar do grupo.

Além de Greice, participava dos encontros do grupo a paciente Rose, que já foi mencionada na discussão sobre o abuso sexual sofrido por sua filha. Rose chegou com a

queixa de assédio moral no trabalho, o que a deixou bastante frágil emocionalmente. Em seu primeiro dia, não conseguia falar sem romper em choro e tremer bastante. A impressão que eu tinha era de que ela sentia medo. A chegada de Rose mobilizou todo o grupo. Os demais participantes demonstraram interesse em sua situação emocional e agiam de forma a tentar fazê-la se sentir melhor. Houve uma paciente que se prontificou a buscar um copo de água para Rose, outra paciente colocava a mão em seu ombro e dizia para ficar calma. Outros simplesmente permaneciam em silêncio, porém pareciam estar atentos a Rose, pois olhavam para ela com atenção. Aos poucos, Rose foi se acalmando e conseguiu contar que, em seu ambiente de trabalho, a sua chefia estava a assediando moralmente, sempre fazendo piada dela frente a outros profissionais e duvidando de suas capacidades.

Durante os encontros do grupo, Rose se apresentava, na maior parte das vezes, tímida e pouco falante; afirmava sentir vergonha de se expor no grupo. Sobre sua história de vida, contou que, quando criança, lembrava-se que o pai era bravo, agressivo com ela, com suas irmãs, principalmente, com sua mãe. A mãe, apesar de vítima de agressão do pai, também agredia Rose e as irmãs. A paciente diz que a mãe nunca foi carinhosa. A mãe não queria que Rose se casasse, pois lhe dizia que tinha de cuidar dela – da mãe – e da casa. Rose se casou, depois disso, não teve mais proximidade com a mãe. Enquanto adulta, a paciente, em sua maneira de se relacionar, tornou-se muito tímida, insegura e sem iniciativa.

Foi assim que Rose chegou ao Grupo Cuidar – pouco falava, demonstrando insegurança quando precisava se posicionar mediante alguma situação. Em especial no primeiro dia de sua participação no grupo, Rose estava bastante chorosa, sensibilizando os demais participantes que, na tentativa de fazê-la parar de chorar, tocavam seu ombro, seguravam sua mão e a abraçaram no momento de se despedirem dela, o que não era comum até a entrada de Rose. Todo esse contato físico apaziguador que ela recebeu no grupo operou como assistentes para uma retradução do edípico. Isso porque Rose tinha vivências de contatos físicos, mas de extrema agressividade e violência. O grupo oferece, assim, novas possibilidades tradutivas para os relacionamentos, podendo levar Rose a atribuir novos significados em relação a ser tocada pelos demais como gesto de cuidado e proteção.

Dessa forma, após a entrada de Rose no grupo, o fato de os participantes se abraçarem ao se despedirem se tornou um ritual, esperado especialmente por Rose, que inclusive se despedia de mim com abraços, beijava e segurava a minha mão enquanto

dizia palavras de agradecimento. O grupo, por meio do Projeto Transferencial Grupal – que, nesse momento, agrupou pessoas que tinham a disponibilidade de distribuir contato físico (já houve momentos em que o grupo se configurava com participantes que verbalizaram não quererem não gostar de serem tocados por outras pessoas, por exemplo) –, ofereceu a Rose assistentes para que ela pudesse retraduzir e recalcar algo do edípico, no que se refere à naturalização da violência vinda dos genitores e à identificação com a mãe, uma vez que Rose agia com passividade frente às situações de violência, assim como afirmou a maneira que a mãe ficava frente às agressões do pai.

Rose, de acordo com a análise, teve uma infância permeada de agressividade por parte dos genitores. Seus pais, por intermédio do modo como a tratavam, ou seja, com atos de violência e de agressividade, estavam transmitindo a ela, conscientemente, alguns enunciados. Supõe-se que esses enunciados poderiam fazer com que ela se sentisse com medo e insegura ou que se sentisse sempre culpada por algo. A agressão física, além do caráter punitivo, tem algo do sexual para ambos, agressor e agredido, constituindo, então, o enigmático. As mensagens enigmáticas não são aquelas que percebemos. São inconscientes para quem as recebe e para quem as comunica. O contato com o corpo, com a pele, é uma das vias pela qual a mensagem enigmática pode circular. Assim, junto a essa situação de violência e agressividade, mensagens enigmáticas foram comunicadas.

Ao partir do pressuposto da teoria freudiana do complexo de Édipo na menina, é previsto, como um dos desfechos possíveis, que a garota, ao se perceber sem o pênis e insatisfeita com o seu clitóris, renuncie a sua atividade fálica, podendo, devido a isso, abandonar também a sexualidade:

Dessa atitude dividida decorrem três orientações de desenvolvimento. A primeira leva ao afastamento da sexualidade em geral. Assustada pela comparação com os meninos, a garota fica insatisfeita com seu clitóris, renuncia a sua atividade fálica e, com isso, à sexualidade mesma, assim como a boa parte de sua masculinidade em outros campos. A segunda direção consiste em se apegar, com teimosa autoafirmação, à masculinidade ameaçada; a esperança de voltar a ter um pênis se mantém viva até uma época incrivelmente tardia, é transformada em objetivo de vida, e a fantasia de apesar de tudo ser um homem prossegue, com frequência, atuando formadoramente em longos períodos da vida. Também esse “complexo de masculinidade” da mulher pode resultar em manifesta escolha homossexual do objeto. Apenas um terceiro desenvolvimento, bastante sinuoso, vem a dar na definitiva configuração feminina normal, que toma o pai por objeto e, assim, alcança a forma feminina do complexo de Édipo. Na mulher, portanto, o complexo de Édipo é o resultado final de um longo desenvolvimento; não é destruído, mas sim criado por influência da castração, escapa às fortes influências hostis que no homem atuam de forma destruidora sobre ele e, de fato, com muita frequência não é superado pela mulher. Por isso também são menores e menos relevantes as

consequências culturais de sua desintegração. Provavelmente não será errado dizer que essa diferença na relação entre o complexo de Édipo e o da castração marca indelevelmente o caráter da mulher como ser social (Freud, 1931/2010e, pp. 207-208).

Assim, supõe-se que Rose teve como resultado final de seu complexo de Édipo, influenciado pela castração, a primeira orientação sugerida por Freud (1931/2010e), tornando-se uma mulher com a postura de passividade devido à impossibilidade de se sentir satisfeita com o clitóris, justamente por se perceber castrada. O desfecho edípico de Rose pode ter se dado dessa maneira por causa de uma possível identificação que ela realizou com a figura materna. A mãe, assim como ela, não tinha pênis. E essa mãe, por estar em situação passiva devido ao fato de ser vítima de violência do pai – este, por sua vez, ativo –, tornou-se, para Rose, uma figura de identificação de passividade. A identificação também se dá pelo fato de que ambas são vítimas de agressão do mesmo homem. Os arranjos que Rose apresenta para conseguir viver podem ter sido uma retradução da situação edípica, derivada não somente da identificação com a mãe, mas também do sentimento de culpa que deveria sentir por ser vítima constante de agressão. Se há punição, há transgressão. Rose é o objeto da agressão, seja do pai, seja da mãe. Esta última, mesmo que fosse vítima do pai, por sua vez, vitimizava também a filha.

Ainda sobre atos de violência e agressividade, Rose expressou sua opinião algumas vezes sobre o fato de pais baterem nos filhos. Ela não é desfavorável a essa situação. Acredita que é uma forma de ensinar, afirmando ser bom que os filhos tenham medo dos pais. A opinião de Rose divide o grupo: alguns concordam – os mais velhos e maduros –, porémos mais jovens acreditam que a educação de filhos não se faz com violência. Nesse sentido, digo que a divergência é devido ao fato de os presentes serem de gerações diferentes. As gerações passadas não conheciam outra maneira de educar, a não ser por meio do medo e da agressão física. Já as gerações atuais sabem que existem outras maneiras de ensinar uma criança.

No que concerne aos relacionamentos, Rose teve dois casamentos: no primeiro, teve dois filhos, todavia foi abandonada pelo parceiro; no segundo, o companheiro cometia abuso sexual contra sua filha e, mesmo após ela ter ciência do fato, não conseguiu se separar de imediato. Após alguns anos, em relação ao abuso sofrido pela filha, Rose veio para Maringá junto com os filhos para trabalhar e deixou o companheiro em outra cidade. Permaneceram nessa situação por anos, sem se comunicarem. A filha de Rose desenvolveu esquizofrenia. Já o filho dela repete o mesmo tipo de relacionamento violento e abusivo que ela teve com o pai e com os

companheiros, ou seja, também é agressivo com ela. Inclusive, contou que permite que o filho gaste o seu salário como ele quiser, pois teme o que ele possa fazer, caso lhe negue o dinheiro. Afirma não querer mais se relacionar com homens, porque não quer mais colocar sua filha em risco. É relevante destacar que, nesse período, o grupo era formado apenas por mulheres que, de alguma forma, estavam sofrendo algum tipo de violência. Não havia nenhum participante do sexo masculino. Essa configuração se deu de forma espontânea, ou seja, não foi predeterminado pelos profissionais, porém o grupo foi assim se configurando. Isso se deve ao Projeto Transferencial Grupal, no qual se estabeleceu, a partir do canal transferencial e das demandas de cada um dos participantes, que, para esse momento, era relevante que houvesse somente a participação de mulheres.

Pode-se supor, a partir das mudanças ocorridas com Rose – a qual se mostrava mais comunicativa e sorridente –, que, possivelmente, o contato físico acolhedor que recebeu no grupo a ajudou a retraduzir o enigmático presente nas agressões sofridas pelos pais. Afirmando isso, pois a sexualidade perversa polimorfa que transita a agressão causando satisfação, muitas vezes a ambos, poderia agora – a partir dos contatos físicos recebidos do grupo – ressignificar as possibilidades dos contatos e recalcar parte do enigmático da sedução dos pais. Esse fato também repercutiu no cuidado dos seus filhos. Até esse momento, Rose não se dedicava ao cuidado da saúde mental da filha, pois, até então, não havia a levado ao psicólogo ou psiquiatra para uma consulta ou avaliação. Com a assistência que o grupo pôde oferecer para que a paciente pudesse ressignificar elementos e conteúdos enigmáticos – talvez sobre a culpa e a relação com os contatos físicos agressivos –, foi possível a ela lançar sob a filha um novo olhar, percebendo que havia algo de errado com ela. A paciente não sabia que a filha tinha um transtorno mental e não notava que precisava de cuidados. Conduzindo-a aos serviços e profissionais adequados, foi identificado que a filha de Rose tem esquizofrenia, assim, iniciou-se uma linha de cuidado específica para ela. Rose também conseguiu que o filho não usasse mais o seu dinheiro, auxiliando-o a arrumar um emprego.

Quando contou que a filha sofreu abuso sexual por parte do padrasto, havia, no Grupo Cuidar, uma paciente novata, a qual estava calada até esse momento. Denominarei a paciente como Isabel, que compareceu ao grupo somente nesse dia. Contou que entendia Rose, pois estava passando por algo parecido. Gostaria de se separar do marido, mas não tinha coragem. Disse que ela tinha medo dele, que ele não batia nela, mas era agressivo de outras maneiras, deixando-a com a sensação de se sentir

fraca e impotente sem ele. Lídia, após o discurso de Isabel, falou a respeito de sua história com o ex-marido. Ela contou que o ex-marido não tinha respeito por ela como esposa, já que saía com outras mulheres, fazia uso excessivo de bebida alcoólica e era agressivo. Na época em que se casou, não era comum a separação, mas ela enfrentou o preconceito dos familiares e da comunidade que pertencia e deixou o ex-marido. Depois de alguns anos separada, casou-se novamente. O marido atual é bem diferente, pois ela disse que ele a trata com carinho e respeito e que nunca esperava ter um casamento tão feliz. Lídia diz que, assim como aconteceu com ela, pode acontecer com as demais e não é preciso ficar em um relacionamento infeliz por medo, uma vez que coisas boas podem acontecer depois da separação.

Lídia participa do grupo por sentir angústia, que leva à insônia. Ainda que pouco atuante nos encontros, ao falar sobre sua história de vida e sobre seus casamentos, por meio da transferência em pleno, auxiliava Rose e Isabel para que elas encontrassem novas maneiras de enxergar seus conflitos. Com suas falas, Lídia deixava à disposição das pacientes conselhos e opiniões que poderiam servir de assistentes para retraduzir, ainda, recalcar as mensagens enigmáticas que, em ambos os casos, refletem uma relação de assimetria no sentido ampliado do termo, devido ao fato de ter um agressor e uma vítima. Dessa maneira, o grupo ajuda os pacientes a se organizarem melhor, o que não quer dizer que estejam livres de sofrimento ou de sintomas. Todavia, o grupo está cumprindo seu caráter operacional, de auxiliar que os presentes adquiram novas capacidades e, a partir delas, possam resolver, ainda que somente no sentido imediato, os problemas que venham a surgir.

Após o discurso de Lídia, nos próximos encontros do grupo, houve um movimento de encorajamento por parte das demais pacientes para que Rose conseguisse sair da situação de assédio que vivia em seu ambiente de trabalho. As participantes falavam que Rose deveria denunciar a sua chefia, que ela deveria pedir para ser transferida para outro local de trabalho e responder de volta quando se sentisse ofendida pela chefe. Com o passar das semanas, Rose relata mudanças da sua postura em seu trabalho. Ela sempre contava ao grupo quando tinha tentado ou alcançado algum progresso para que sua chefia deixasse de assediá-la. Por exemplo, Rose contou que se negou a assinar uma ata de reunião interna redigida pela chefe, no qual o relato não estava condizente com o que a paciente tinha expressado na reunião. Cada relato de Rose, que comunicava uma mudança nela, deixava todo o grupo animado. Os presentes relatavam que estavam contentes pela nova atitude de Rose. Quando ela contava ao

grupo, a impressão era de que queria agradar os demais, que queria mostrar que estava fazendo algo não só por ela, mas por eles também, por amor ao grupo. E, quanto a mim, a paciente estava sempre agradecida, fazendo-me elogios e me dando presentes. Freud (1921/2011d) já assinalou que, no grupo, o amor pelos demais, assim como pelo líder, irão aparecer, ao contribuir para que o grupo permaneça unido. Acrescento que o canal transferencial é o que fez veicular esse sentimento de amor que, portanto, tornou-se parte fundamental do próprio Projeto Transferencial Grupal e talvez seja o que viabilizou esse Projeto.

Voltemos a Greice, pois, como vimos, ela também sofria assédio em seu trabalho, no entanto conseguia encorajar e motivar Rose. Greice falava que não era certo o que estavam fazendo com Rose e que situação similar acontecia com ela em seu trabalho. Greice se encorajou para falar com sua chefia, assim como Rose fez. Já vimos que Greice relatou que mudou as suas relações no ambiente de trabalho. A paciente, por intermédio de seus relatos, deu a entender que deixou de se mostrar frágil, não tolerando mais situações de abuso de poder, ao mudar inclusive de profissão. Segundo Greice, ao questionar suas chefias sobre a forma de tratamento que lhe davam, entrou em um embate que lhe causou a dispensa de seu emprego. Com isso, Greice decidiu investir em cursos profissionalizantes e buscou outra profissão, tornando-se segurança.

Já a paciente Rose talvez tenha encontrado na figura de outra mulher – sua chefia imediata no trabalho – uma postura não de passividade, mas de alguém atuante, papel este que, até então, de acordo com seus relatos, era ocupado em suas relações somente por homens. Acredito que Rose, por meio do contato com sua chefe, possa ter percebido que não é necessário ser sempre passiva, que pode ter uma postura mais ativa frente às situações da vida. Para isso, não precisaria usar de violência física, assim como fazia o pai e seus parceiros conjugais.

A paciente ainda usa outras formas de assistentes para conseguir efetuar novos arranjos. Uma das maneiras encontrada por ela para tornar essa mudança menos difícil foi a realização de duas tatuagens. Rose tatuou em seu ombro direito a figura de uma fada e no braço direito o símbolo do infinito junto à palavra família. Ao ser questionada sobre os motivos da escolha das tatuagens, a paciente não soube explicar, apenas disse que achou bonito. De acordo com minha interpretação, a escolha das tatuagens se pautou na tentativa de manter a identificação com a mãe, no símbolo do infinito junto à palavra família, buscando ressignificar algo relacionado ao cuidado dos pais, ao tentar mantê-los sempre próximos a ela. A escolha da fada, que é uma figura

mitológica a qual tem poderes mágicos e protetivos, geralmente ligada à natureza e à mãe-terra, poderepresentar para Rose a tentativa de manter sua mãe junto a si para, talvez, protegê-la.

Eis que há a entrada de um paciente do sexo masculino. A partir do pressuposto de que o Projeto Transferencial Grupal mantinha, até aquele momento, o grupo formado apenas por mulheres, acredito que houve uma mudança. Com essa alteração no canal transferencial, o Projeto Transferencial Grupal pode ser modificado ou atualizado. Alberto, de 66 anos de idade, começou a participar do grupo por sentir medo da chuva e por se sentir sozinho em casa. O paciente se mostrava, na grande maioria dos encontros, muito gentil e acolhedor frente ao sofrimento das demais participantes. Permanecia em silêncio durante o momento em que outra pessoa estava falando, mas depois dizia algo na tentativa de confortar. Ou, então, contava alguma situação que tinha vivido que poderia ser usada como uma alternativa à queixa do outro paciente. Por exemplo, quando alguém se queixava do relacionamento amoroso, Alberto contava sobre ter sido traído e abandonado por sua esposa há muitos anos e como tinha vivido, após isso, muitas outras coisas boas com outras mulheres.

Rose me confidenciou, após o encerramento do grupo, que ela e Alberto seguiam pelo mesmo caminho quando o grupo terminava e começaram a conversar sobre a possibilidade de um ir até a casa do outro ou, até mesmo, de namorarem. Rose e Alberto, até onde vai o meu conhecimento, não chegaram a sair, de fato. Porém, somente esse súbito interesse de Alberto por Rose trouxe algumas mudanças em sua maneira de agir frente ao grupo e frente à vida de forma geral, pois Rose passou a se dirigir aos demais sem aparentar pudor, falando de forma mais livre nos encontros. A partir de seus relatos, essas mudanças também se reproduziam em outros locais, por exemplo, em seu trabalho. Foi exatamente após esses acontecimentos que Rose trouxe o discurso que estava conseguindo se impor frente à sua chefia. A entrada de Alberto no grupo pode ter trazido para Rose um outro assistente para sua organização psíquica. A figura masculina, a qual Rose estava habituada a desejar, pôde ser abandonada em troca da figura masculina gentil e acolhedora de Alberto.

O grupo só pode servir como assistente de tradução para as pacientes, pois havia o anseio coletivo. O que tornava o grupo operante era o funcionamento do Projeto Transferencial Grupal. Somente por meio do canal transferencial as pessoas puderam se agrupar e ter seus Projetos Transferenciais individuais transformados em algo coletivo, que beneficiasse a todos os envolvidos. Era preciso que o grupo estivesse configurado

de uma maneira que pudesse oferecer o suporte que os pacientes precisavam. Aliás, o grupo precisava estar configurado de tal forma que fosse assistente, seja de tradução, de retradução, seja, até mesmo, para favorecer o recalçamento, atendendo a demanda individual de cada um. Essa configuração do grupo é formada pelo Projeto Transferencial com que cada paciente busca ajuda e seus ecos podem se unificar em torno de um Projeto Transferencial Grupal, algo que vai se formulando, descobrindo, construindo durante o atendimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando o funcionamento de grupos operativos em Unidades Básicas de Saúde, notou-se que este formato de atendimento traz alívio aos sofrimentos psíquicos funcionando como assistente de tradução. Os encontros realizados influenciam, de forma a atingir cada pessoa de maneira única, podendo contribuir para a dinâmica do adoecimento psíquico ou para o estabelecimento de uma vida psíquica mais saudável.

Apresento o funcionamento dos grupos operativos, com foco no criador da Teoria do Vínculo, Pichon-Rivière (1983/2012). Para o autor, o vínculo está pautado na comunicação e na aprendizagem, e para que a relação se estabeleça é imprescindível a presença do outro concreto. Assim, quando acontece a reunião de várias pessoas em um grupo, cada um dos membros presentes vai projetar seus objetos internos sobre os vários membros do grupo. E então, a relação se pautará de acordo com as projeções realizadas por cada um, que se tornam acessíveis para a atribuição e assunção de papéis. Na Teoria do Vínculo, o maior erro que um terapeuta ou analista poderia cometer seria o de não conseguir assumir o papel que o paciente lhe atribui, o afastando cada vez mais da possibilidade de compreender a natureza do vínculo que o paciente está querendo estruturar. Se o papel atribuído é negado por qualquer motivo que seja, a comunicação não acontece. Para o autor, a dificuldade de comunicação entre o sujeito e o objeto é o que leva aos conflitos, pois dificultaria o estabelecimento do vínculo.

No momento da análise construí meu raciocínio a partir da TSG de Laplanche (2006/2012). Para esta teoria, a presença de outra pessoa é considerada um elemento necessário para a emissão de uma mensagem. Essa mensagem contém os elementos enigmáticos, que carregam a sexualidade pré-genital, ou seja, carregam a pulsão perversa polimorfa do adulto. Em outras palavras: o emissor da mensagem oferece um enigma a ser decifrado pela pessoa que a recebe, mensagem esta que carrega conteúdos da própria sexualidade do emissor. A criança não tem compreensão das mensagens enviadas pelos adultos, e por isso é preciso que ela aprenda a decifrar o mundo adulto. As mensagens enigmáticas, precisam de um trabalho para ser dominadas e simbolizadas. É este processo de simbolização que o autor denomina de tradução.

A criança inicia os processos de tradução com ajuda da cultura e do meio ao qual está inserida. Caso não tenha os códigos necessários para uma tradução satisfatória, é possível então, a improvisação e a criação de um novo código a partir dos elementos da cultura. A criança, para realizar as primeiras traduções, utiliza esses assistentes de

tradução, que são conjuntos de mensagens produzidas pelo ambiente social, e que acompanham o processo de sedução. Os assistentes de tradução da primeira mensagem são trazidos pelos adultos próximos, pelo *socius*. Ou ainda, é possível manter a mensagem em espera para ser traduzida em outro momento, por assim dizer, *après-coup*, quando tiver os códigos de tradução necessários ou apropriados.

Atuando como assistente de tradução, o grupo pode ajudar na melhora do sofrimento psíquico pessoal dos pacientes. A intensidade do sofrimento psíquico dos pacientes se fez notar a partir dos relatos dos mesmos e também através da percepção das reações emocionais que os pacientes apresentaram durante os encontros ocorridos.

O grupo pode atuar como um assistente de tradução na medida que possui um Projeto Transferencial Grupal. Isto quer dizer que o Projeto Transferencial Grupal é o que garante a manutenção do grupo.

O Projeto Transferencial é o que motiva a pessoa a buscar a análise e que lhe é singular; é a resolução da fantasia incluindo sua resolução. Para que a análise ou terapia aconteça, o analista, ao receber o convite e assumir o papel de algo tão específico e individual dentro da relação analítica, precisa ocupar esse lugar. E o analista, por sua vez, não é totalmente passivo ao ser tomado como objeto da pulsão não satisfeita do paciente. O analista, na verdade, provoca no paciente este movimento de ser tomado como objeto de desejo, ou seja, o analista provoca a transferência.

Há grande responsabilidade do analista, sendo também ele um dos encarregados para que o grupo se configure. É preciso que o analista tenha o desejo de trabalhar com grupos. O que quero dizer, é que um dos principais fatores que predispoem a constituição de um grupo, é que o coordenador tenha também um Projeto Transferencial, e que neste Projeto esteja incluída a predisposição para trabalhar como coordenador de um grupo, seja ele operativo ou não.

Não só para o Projeto Transferencial individual, mas também para a elaboração do Projeto Transferencial Grupal, a presença do analista é essencial. É preciso que o analista esteja em sintonia, por assim dizer, com as condições dos pacientes. A partir desta sintonia seria possível a efetivação da união de diversos Projetos Transferenciais individuais.

Mas ainda é preciso algo mais para que a formação do Projeto Transferencial Grupal se efetive. É preciso de algo que una esses traços em comum presente em cada Projeto Transferencial individual. O que permitiria este elo seria aquilo que o inconsciente do analista está disposto a aceitar. E para isto, o analista dispõe do canal

transferencial. O analista seria o responsável por criar, ou melhor, por abrir esta via de acesso através de elementos do seu próprio inconsciente.

O grupo, atuando como um assistente de tradução, ainda precisa do canal transferencial para viabilizar e promover as traduções. Sem a intervenção desta via que oportuniza que vários Projetos Transferenciais ocorram simultaneamente, o grupo não funciona de forma terapêutica, pois é através do canal transferencial que a sintonia e o vínculo entre os pacientes se estabelecem, proporcionando as ligações entre as pretensões de cada um dos participantes.

O canal transferencial, assim como o Projeto Transferencial Grupal podem sofrer mudanças. Isto quer dizer, que são atualizados conforme as alterações se estabelecem no grupo. Essas alterações são possíveis a partir da entrada ou saída de novos membros, por exemplo.

O Projeto Transferencial Grupal, por criar a oportunidade de que os participantes pertençam a um grupo, pode estar propiciando que o grupo atue como um assistente de tradução. E isto não exclui o fato de que o Projeto Transferencial individual também pode estar atuando como assistente de tradução para cada pessoa ali presente.

Através da comunicação transferencial que os participantes do Grupo Cuidar estavam estabelecendo comigo, atribuíam a mim diversos papéis. Mas é somente através do canal transferencial, que esta via de acesso pôde ser aberta permitindo que a sedução acontecesse, e possibilitando a aceitação dos papéis que os participantes direcionavam a mim. Como por exemplo, quando fui convidada, através das demandas pulsionais, a ocupar o lugar da criança seduzida, em que algo de inconsciente dos pacientes remetia à Situação Antropológica Fundamental, e me colocava na posição de passividade da criança, vulnerável à sexualidade perversa polimorfa dos pacientes.

E para finalizar, alguns pontos têm que ser levados em consideração. Um deles é que o profissional, para atuar com grupos, tem que estar pronto para entrar numa relação de sedução, tomando os cuidados para não se deixar levar por ela. Quando falo da sedução, estou falando da relação de assimetria. Esta assimetria pode ser encontrada quando pensamos a existência do canal transferencial. Uma vez que o canal transferencial não pode funcionar sem que o profissional tenha ele próprio o seu Projeto Transferencial, tem-se aqui uma relação de assimetria, pois vai depender do profissional para atuar. Assim, o profissional tem de estar predisposto a entrar como sedutor, ativando o canal transferencial para que o grupo se constitua e funcione terapêuticamente.

Em relação às temáticas que apareciam durante os encontros do Grupo Cuidar, posso atribuir seus surgimentos também ao Projeto Transferencial do profissional. Em minha experiência como coordenadora, percebi que os temas surgiam conforme eu estava passando por alguma situação particular em minha vida. Assim, minhas vivências é que acabavam influenciando se eu aceitava, ou não, o que os pacientes traziam. Porém, isto não é feito deliberadamente, pois o que está em jogo são conteúdos inconscientes. O que pude perceber é que conforme eu passava por alguma mudança em minha vida pessoal, algo do grupo também se alterava, mas não é possível dizer exatamente o que levava a essas mudanças devido às motivações serem inconscientes.

Ainda sobre o Projeto Transferencial Grupal, há algo mais a se dizer. Além do fato de eu aceitar as demandas de cada um dos pacientes, os próprios pacientes também têm que aceitar fazer parte do Projeto Transferencial de cada um dos demais participantes. Esta é mais uma condição para que o Projeto Transferencial Grupal se viabilize. E realmente está acontecendo quando os pacientes percebem que podem contribuir para a melhora do sofrimento psíquico do outro. Quando algum paciente não aceita fazer parte do Projeto Transferencial Grupal, de alguma maneira deixa de fazer parte do grupo, ao até mesmo deixa de procurar o atendimento em grupo até que o Projeto Transferencial Grupal se altere.

É possível exemplificar essa situação retomando o grupo que, além do Grupo Cuidar, seria objeto de estudo desta pesquisa. Esse outro grupo se desfez após o momento da saída do profissional de medicina como coordenador. Apesar de ainda haverem outros profissionais que manteriam o grupo em funcionamento, os pacientes deixaram de participar. Nesse caso, o Projeto Transferencial Grupal estava pautado na figura do médico como o único que poderia atender as demandas e resolver os conflitos, ou seja, o médico era a figura que traria a cura para os doentes.

Ainda que o médico apontasse diversas vezes em seu discurso que os problemas de saúde poderiam ser cuidados por outras pessoas e não somente por um médico, o fato de o grupo ter se dissolvido com a sua saída é um indicativo que sua formação também se consolidou por meio desse sinal enviado pelo médico por intermédio do canal transferencial. Isso quer dizer que o médico também acreditava que era o único que poderia realmente ajudar as pessoas doentes – e isso faz parte de seu Projeto Transferencial –, assim abriu o canal para que pacientes com o Projeto Transferencial de serem cuidados apenas por um médico permanecessem no grupo. Uma vez que o grupo

se formou e se manteve com a presença do médico, a sua saída, conseqüentemente, contribuiu para o desmanchar deste.

Vê-se que realmente não é uma tarefa fácil utilizar o grupo como instrumento para cuidar do sofrimento psíquico. Porém, em se tratando de níveis inconscientes, ainda que individualmente, esta nunca será uma tarefa fácil. Principalmente se considerarmos que o grupo também pode provocar um efeito contrário, no sentido de ajudar a produzir sofrimento ou, ainda, de auxiliar a mantê-lo, colocando em funcionamento a pulsão sexual de morte e fazendo com que se iniciem situações de ataque dentro das relações estabelecidas dentro do grupo.

Os entrelaçamentos entre os pacientes, característica bem presente nos atendimentos em grupo, pode acabar trazendo insegurança aos profissionais para realizarem este tipo de atendimento. Ao trabalhar com grupos é preciso ter ciência de que, talvez e provavelmente, outro paciente também vai influenciar no tratamento dos demais de alguma forma. Porém, ao considerar que quando determinado paciente se apropria de algo que outro paciente falou, ele consegue uma organização, uma tradução – ainda que momentânea –, o trabalho com grupo pode não parecer tão difícil. As traduções que são apresentadas pelo outro na tentativa de auxiliar na organização de ideias, emoções ou pensamentos, ajudam a acalmar momentaneamente, ainda que não tenham força suficiente para sustentar a intensidade contrária que vem das mensagens enigmáticas.

Espero, portanto, com esta dissertação oferecer algum auxílio que viabilizasse a tranquilização daqueles que se arriscam a trabalhar com grupos, sabendo que o próprio grupo pode ser uma ótima ferramenta de apoio.

## REFERÊNCIAS

- Amado, G. (1999). *Groupesopéracionnels et processus inconscients. Revue Française de Psychanalyse: Groupes*, Paris, vol. 3, pp. 905-916.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Baremlitt, G. (1986). *Grupos teoria e técnica*. 2ª edição. São Paulo: Editora Graal.
- Bechelli, L. P. C & Santos, M. A (2004). Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol.12, n.2, Mar./Apr.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção em Saúde*, 3ª edição. Brasília.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica de Saúde Mental*. Brasília.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília.
- Carvalho, S. R & Gastardo, D. (2008) Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalistas. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 13, pp. 2029-2040.
- Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. (A. Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV* (pp. 97- 106). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Freud, S. (1995). *Projeto de uma psicologia*. (O. F. Gabbi Jr. Trad.) Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. 4). (J. Salomão. Trad.). Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1900).
- Freud, S. (2011a). A dinâmica da transferência. In *Obras completas*. (vol. 10, pp. 100-110). (P.C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (2011b). O Eu e o Id. In *Obras completas*. (vol. 16, pp. 13-74). (P.C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1923).
- Freud, S. (2011c). Observações sobre o amor de transferência. In *Obras completas*. (vol. 10, pp. 162-172). (P.C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1915).
- Freud, S. (2011d). Psicologia das massas e análise do eu. In *Obras completas*. (vol. 15, pp. 13-113). (P.C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1921).

- Freud, S. (2011e). Sobre a sexualidade feminina. In *Obras completas*. (vol. 18, pp. 202-222). (P.C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1931).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In *Obras completas*. (vol. 17, pp. 09-98). (P.C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1926).
- Hage, A. (2005). Luto e identificação: a propósito de A casa de boneca, de Heinrik Ibsen *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, pp. 283-287.
- Heimann, P. (1950). Acerca de la contratransferência. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, vol. 31, pp. 81-84.
- Kaës, R. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. (J. Souza e M. Wernewck, Trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ladeia, K. D. & Soares, M. L. B. A. (2013). *Estudo analítico-comparativo: psicoterapia de grupo e psicoterapia individual a partir da perspectiva do sujeito* (Monografia). Centro Universitário Católica Salesiano *Auxilium*. Lins, São Paulo, Brasil.
- Laplanche, J. (1992a). *Novos fundamentos para a psicanálise*. (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).
- Laplanche, J. (1992b). *Problemáticas IV - O Inconsciente e o Id*. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1981).
- Laplanche, J. (1993a). Da transferência: sua provocação pelo analista. *Percurso*. São Paulo, vol. 1, n. 10, pp. 73-83.
- Laplanche, J. (1993b). *Problemática V - A Tina: a transcendência da transferência*. (P. Neves, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).
- Laplanche, J. (1996a). El tiempo y el otro. *Prioridad del otro en psicoanálisis*. (S. Bleichmar, Trad.). Buenos Aires: Amorrortu, pp. 107-133. (Original publicado em 1992).
- Laplanche, J. (1996b). Implantación, intromisión. *Prioridad del otro en psicoanálisis*. (S. Bleichmar, Trad.). Buenos Aires: Amorrortu, pp. 103-106. (Original publicado em 1992).
- Laplanche, J (1996c). La interpretación psicoanalítica: El psicoanálisis como anti-hermeneutica. *Zona Erógena*, n. 30, pp. 01-13. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/144779929/Laplanche-Psicoanalisis-ComoAntihermeneutica>>.
- Laplanche, J. (1997). Breve tratado sobre o inconsciente. *Psicanalítica: Círculo psicanalítico de Pernambuco*. Recife, vol.1, n.1, pp. 07-43. (Original publicado em 1993).
- Laplanche, J. (1998). *Problemáticas I- A angústia*. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).

- Laplanche, J. (2001). Notas sobre el *après-coup*. In Laplanche. *Entre seducción e inspiración: el hombre*. (I. Agoff, Trad.). Buenos Aires: Amorrortu, pp. 53-59. (Original publicado em 1992).
- Laplanche, J. (2003). Três acepções da palavra "inconsciente" no quadro da Teoria da Sedução Generalizada. *Revista de Psicanálise*, Porto Alegre, vol. 10, n. 3, pp. 403-418, dez/2003.
- Laplanche, J. (2012). *Problemáticas VI - El après-coup*. (I. Agoff, Trad.). Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado em 2006).
- Laplanche, J. (2015a). A partir da situação antropológica fundamental. In Laplanche. *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006*. Porto Alegre: Dublinense. (pp. 103-115). (Original publicado em 2001).
- Laplanche, J. (2015b). Castração e Édipo como códigos e esquemas narrativos. In Laplanche. *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006*. Porto Alegre: Dublinense (pp. 280-287). (Original publicado em 2006).
- Laplanche, J. (2015c). Incesto e sexualidade infantil. In Laplanche. *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006*. Porto Alegre: Dublinense (pp. 265-279). (Original publicado em 2006).
- Laplanche, J. (2015d). Níveis da prova. In Laplanche. *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006*. Porto Alegre: Dublinense. (pp. 219-231). (Original publicado em 2005).
- Laplanche, J. (2015e). O gênero, o sexo e o Sexual. In Laplanche. *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006*. Porto Alegre: Dublinense. (pp. 154-189). (Original publicado em 2003).
- Laplanche, J. (2015f). Os fracassos da tradução. In Laplanche. *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006*. Porto Alegre: Dublinense (pp. 116-130). (Original publicado em 2002).
- Laplanche J. e Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. Tradução de Pedro Tamem. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1967).
- Martens, F. (2007). Para una validación socio-clínica de lateoría de la seducción generalizada: ¿Una contribución de los pedófilos belgas? *Revista Alter*, n. 3, febrero/2007. Recuperado em 15 de junho de 2017, em: <<https://revistaalter.com/revista/para-una-validacion-socio-clinica-de-la-teoria-de-la-seducion-generalizada/767>>.
- Martinez, V. C. V. (2012). “Suzana e os velhos”: sedução, trauma e sofrimento psíquico. *Revista Psicologia em Estudo*, v. 17, n. 3, pp. 475-485. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/a13v17n3.pdf>>.
- Matioli, A. S. (2011). *Um estudo psicanalítico da separação conjugal: as mensagens enigmáticas de pais separados dirigidas aos seus filhos*. (Dissertação). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
- McGuire, W. (1976). *Freud/Jung: correspondência completa*. Rio de Janeiro: Imago.

- Mello Neto, G. A. R. (2012). Psicanálise: a clínica e o projeto transferencial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol. 17, n. 3, pp. 499-505.
- Mello Neto, G. A. R. (2016). *Projeto transferencial ainda*. Trabalho em desenvolvimento, inédito. LEPPSIC, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C. & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia, ciência e profissão*, vol. 27, n. 4, pp. 608-621. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>>.
- Ogden, T. H. (1996). *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira T. T. S. O. (2013). Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, vol. 14, n. 1, pp. 21-29.
- Pichon-Rivière, E. (1991). *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Original publicado em 1980).
- Pichon-Rivière, E. (2012). *O Processo Grupal*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1983).
- Racker, H. (1986). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ribeiro, P. C. (2000). Dessexualização e recalçamento da identificação feminina primária em “Psicologia das massas e análise do eu”. In *O problema da identificação em Freud: recalçamento da identificação feminina primária*. São Paulo: Escuta (pp. 51-85).
- Rotelli, F. & Amarante, P. (1992). Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In Bezerra Jr. & Amarante (Org.). *Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. (pp. 41-55).
- Silva Filho, L. A. (2015). Psicoterapia de grupo: histórico. In *Doença mental, um tratamento possível: psicoterapia de grupo e psicodrama*. São Paulo: Editora Ágora.
- Silva, M. E. L. (1993). Pensar em Psicanálise. In: Silva, M. E. L. (Org.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas – SP: Papyrus (pp. 11-26).
- Tarelho, L. C. (2004). *Paranoia y teoria de laseduccion generalizada*. Madri: Sintesis Editorial (pp.123-137).
- Terrazas, J. G. (2015). *El descentramiento originario y la alteridad radical del inconsciente: origen y constitución del aparato psíquico*. *Revista Alter*, Conferencia de José Gutierrez Terrazas em Maringá, Brasil. Recuperado em 01 de junho de 2001, em: <<https://revistaalter.com/sin-categoria/conferencia-de-jose-gutierrez-terrazas-en-maringa-brasil/3799/>>.
- Torezan, Z. C. F. & Aguiar, F. (2011). O sujeito da psicanálise: particularidades da contemporaneidade. *Revista mal-estar e subjetividade*, vol. 9, n. 2, pp. 525-554.

- Wolff, C. & Falcke, D. (2011). A contratransferência na clínica psicanalítica contemporânea. *Análise Psicológica*, vol. 29, n. 2, pp. 201-214. Recuperado em 06 de janeiro de 2018, de: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312011000200002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000200002&lng=pt&tlng=pt)>.
- Zambelli, C. K., Tafuri, M. I., Viana, T. C., & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, vol. 25, n.1, pp. 179-195. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652013000100012>>.
- Zaslavsky, J. & Santos, M. J. P. (2005). Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 27, n.3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010181082005000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082005000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>.
- Zaslavsky, J. & Santos, M. J. P. (2006). Tendências atuais da contratransferência. In J. Zaslavsky & M. J. P. Santos (Eds.), *Contratransferência teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.