1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa nasceu da minha necessidade, enquanto terapeuta, de discutir o atendimento fonoaudiológico em grupo e esclarecer os princípios que regem o seu funcionamento.

Proponho uma discussão acerca deste modo de atendimento fora do âmbito em que ela é realizada na maioria das vezes, ou seja, afasto-me da idéia de que este modo de atendimento seja conseqüência da demanda, entendida enquanto grande contingência de pacientes à procura de atendimento. Embora esta seja uma realidade em alguns locais, minha intenção é refletir sobre o atendimento fonoaudiológico em grupo enquanto técnica terapêutica.

A técnica, segundo Zimerman (1997) pode ser entendida enquanto "um conjunto de procedimentos e de regras, de aplicabilidade prática, e que fundamentam a exeqüibilidade da operação" (p.33); podemos também entendê-la como "um conjunto de procedimentos ligados a uma arte ou ciência; a parte material desta arte ou ciência" (Houaiss, 2001, p.1910). Esta parte material, ou seja, a prática, remete-nos a um método, "o procedimento ou meio de se fazer alguma coisa; (...) modo de agir, meio, recurso (...)" (ibid, p. 2683). O método clínico é, então, entendido enquanto articulador entre teoria e prática; toda prática clínica deve ser regida por um método que, por sua vez, pede técnicas que o coloquem em ação (Althusser, 1964).

Ao se falar em método clínico torna-se necessária a adesão a uma determinada clínica. Neste trabalho assumo, logo de início, a clínica psicanalítica como lugar de interlocução. Esta aproximação à clínica implica em uma determinada visão de sujeito e de linguagem.

O sujeito pode ser considerado basicamente de duas formas, de acordo com a clínica que o cirscunscreve. Na clínica clássica, médica, o sujeito ou paciente é um corpo orgânico, doente, que necessita de intervenções específicas para o cuidado com a doença, sendo o objetivo maior o restabelecimento da saúde. Na clínica psicanalítica, em sua subversão à clínica clássica, o sujeito deixa de ser apenas um corpo doente, material, e passa a ser sujeito do psiquismo; sua linguagem deixa de ser resultado de um ato motor e passa a ser via de acesso ao inconsciente.

Incluir o inconsciente na clínica significa introduzir a subjetividade; os sintomas deixam de ser universais e passam a ter um sentido particular para cada sujeito, uma vez que este é efeito dos significantes, ou seja, do simbólico.

Na clínica psicanalítica, segundo Kokanj (2003), “o método seria uma decifração daquilo que não é revelado (o inconsciente), por meio daquilo que é revelado (linguagem), ou melhor, enunciado” (p.37).

O método fonoaudiológico, elaborado na aproximação à clínica psicanalítica, considera o sujeito capturado pela linguagem, isto é, sem controle do que fala. Dessa forma, de acordo com Kokanj, “não há uma língua que caminha sozinha; há

um sujeito que é significado nessa estrutura porque capturado pela linguagem (...) a subjetividade está inscrita no funcionamento da linguagem como instância simbólica" (ibid, p.40).

Na clínica fonoaudiológica a linguagem patológica é a que se apresenta enquanto material para intervenção; o erro é o sintoma que ultrapassa sua materialidade.

Assim o método fonoaudiológico, de acordo com Kokanj consiste em:

> "(...) direcionar uma ação, objetivando mudança e fazê-la incidir sobre esta fala patológica que diz que sujeito é este, em particular, que se apresenta nesta clínica, também particular (...) ancorar a escuta entre o dito e o não dito" (ibid, p.86).

Nesta perspectiva e, conseqüentemente aqui, tomo o atendimento individual e o atendimento em grupo como técnicas do método fonoaudiológico determinadas pelo diagnóstico. Cada uma destas técnicas, por sua vez, implica em especificidades, como as posições lingüístico-discursivas assumidas; os efeitos gerados a partir da fala do terapeuta ou dos integrantes; o contrato de trabalho acordado, entre outras.

Sendo assim, o diagnóstico se ocupa da avaliação dos sujeitos que procuram esta clínica, para a indicação terapêutica e a determinação da terapêutica implica no

encaminhamento para um ou outro atendimento, para o uso de uma ou outra técnica de intervenção.

Dessa forma, nesta pesquisa, articulo a minha prática clínica aos conhecimentos teóricos advindos da clínica psicanalítica com o objetivo de elaborar os princípios estruturantes da técnica de atendimento em grupo.

Para tanto, no primeiro capítulo descrevo o início da minha prática, em 1999, seus sucessos e fracassos, apontando para a ausência de articulação entre o método e a técnica. Como escreveu Kokanj:

> "(...) ignorar teoricamente o método clínico não impossibilita a atuação do fonoaudiólogo, já que a Fonoaudiologia esta aí, continua produzindo conhecimento científico e presente no consultório. Ignorar como este caminho se dá traz outras conseqüências: deixa-se o terapeuta sem o entendimento de como ou o que fez o paciente deslocar-se de uma determinada posição discursiva" (ibid, p.7).

No segundo capítulo, em busca dos princípios adotados pela Fonoaudiologia para o atendimento em grupo, recorri às publicações brasileiras e identifiquei as teorias que os inspiraram. Os trabalhos fonoaudiológicos visitados, em sua grande maioria, apontam a adoção de uma teoria de grupo advinda da Psicologia ou Psicanálise enquanto princípios, mas falham ao omitir como esses princípios afetam a prática clínica. Quero dizer que o percurso para a articulação entre princípios técnicos e método não é tematizado.

No terceiro capítulo justifico a minha não-adesão aos princípios psicológicos e psicanalíticos encontrados nas publicações fonoaudiológicas, uma vez que a minha clínica é de linguagem, clínica que, por sua vez, demanda um outro tipo de compromisso que contemple as necessidades desta clínica. Em busca de princípios técnicos que se articulassem à minha prática, encontrei em Zimerman (op cit) uma abordagem clara e objetiva, que se aproximou a minha concepção de clínica. A partir deste encontro, trago a minha clínica para o centro da cena e proponho princípios para reger esta prática.

Por último, teço as considerações finais sobre o estudo realizado, dando destaque aos princípios que, segundo minha ótica, devem reger o atendimento em grupo, entendido como uma entre várias técnicas que estão à disposição do fonoaudiólogo. Em última instância cabe a este o saber sobre as técnicas e suas especificidades para que a indicação terapêutica saia do plano empírico e alcance o plano formal das disciplinas teóricas.

2 O PERCURSO

Embora minha prática clínica tenha privilegiado, desde seu início, o atendimento em grupo, apenas recentemente comecei a questioná-lo. Entremeada por fracassos e por sucessos, identifiquei uma prática isolada de conhecimentos teóricos.

Daí advieram as minhas primeiras questões: qual a razão para os fracassos; eles se justificariam apenas por sua empiria?... qual a razão para os sucessos?... de que teoria se aproximaria minha prática?... há princípios específicos para esta forma de atendimento?... qual a especificidade do atendimento em grupo?... qual é o papel do terapeuta? Várias outras se somaram a estas e nítida ficou a minha impossibilidade de respondê-las.

Deparei-me com a situação de atendimento em grupo por ocasião de meu primeiro emprego, iniciado logo após a graduação. A tarefa que me foi proposta consistia em atender dezessete sujeitos em um único período de trabalho de quatro horas semanais. Uma vez que havia um desequilíbrio entre a procura pelo atendimento fonoaudiológico e o número de profissionais disponíveis, a diretoria clínica solicitou-me que privilegiasse o atendimento em grupo.

Considero importante afirmar que, até então, a minha experiência clínica restringia-se a atendimentos individuais, realizados durante minha formação. Sendo assim, adotei, no início daquele trabalho, a mesma prática do atendimento individual,

e, diante das dificuldades encontradas, passei a questionar-me sobre sua adequação aos grupos.

Após as sessões eu fazia anotações sobre o funcionamento de linguagem de cada integrante, como forma de acompanhamento dos atendimentos. Baseada nestas anotações é que descrevo minha experiência.

Inicio por esta descrição, pois dela emergiram as questões que nortearam minha pesquisa. A análise de minha clínica pôde apontar o uso indiscriminado de técnicas de diferentes abordagens teóricas, sem a adesão a um único método clínico – o que atesta que o atendimento não respondia à formalização. Por outro lado, embora eu não estivesse adotando uma certa teoria de grupo, pude observar mudanças em alguns dos sujeitos. Assim, essa forma de trabalho mostrou-se operativa sobre a ordem da linguagem, ou seja, a relação intersubjetiva centrada na linguagem parecia possibilitar a ação terapêutica.

A experiência que descrevo ocorreu em uma instituição constituída por dois abrigos (um feminino e um masculino), uma escola especial (local de onde vieram os pacientes) e uma clínica (onde os atendimentos foram realizados).

Os sujeitos aqui focalizados tinham idades entre 12 e 27 anos e, na escola, estavam divididos em salas de aulas com base em seus coeficientes intelectuais

(Q.I.). O Q.I. dos alunos da escola havia sido avaliado pelo setor de Psicologia da clínica, por meio do WISC[1].

Para dar início ao atendimento clínico, realizei uma avaliação de cada sujeito, com o objetivo de analisar a linguagem oral (elaboração e coerência às situações), a fala (produções fonêmicas), as funções neuro-vegetativas (respiração, sucção, mastigação e deglutição), a voz e o funcionamento auditivo. A opção pela avaliação fora do processo terapêutico ocorreu devido à urgência com que fui cobrada, pela instituição, para dar início aos atendimentos; assim obtive mais rapidamente as informações necessárias para a formação dos agrupamentos.

Para esta formação levei em conta basicamente as características da linguagem e da fala dos sujeitos, na tentativa de aproximá-los por meio de semelhanças nestes aspectos. Nestas avaliações também busquei aproximar-me de cada um, tornando-me o principal ponto de referência para o grupo até que as relações entre os integrantes fossem estabelecidas.

O acesso aos pais dos integrantes dos grupos para a obtenção de dados referentes à história de vida de cada um e também referentes à queixa não foi possível em todos os casos; isto ocorreu porque vários deles eram abrigados da

---

[1] WISC, abreviação de Wechsler Inteligence Scale for Children, é um teste que busca avaliar a inteligência de sujeitos entre 5 e 15 anos. É composto por doze subtestes específicos, seis verbais e seis de realização. São eles: informação, vocabulário, semelhanças ou analogias, compreensão, raciocínio aritmético, memória para dígitos, complementação de figuras, arranjo de figuras, armamento de objetos, cubos, símbolos numéricos (códigos) e labirintos (Classes AJ & Zimmerman IC, 1968).

instituição. Os menores abrigados eram provenientes da FEBEM e do SOS Criança e, geralmente, são encaminhados apenas com uma ficha identificatória.

Uma vez avaliados, os sujeitos foram organizados em cinco grupos, numerados de forma seqüencial, de acordo com os desvios de linguagem apresentados: grupo 1 – integrado por sujeitos cuja fala telegráfica era marcada pela ocorrência de substituições e omissões fonêmicas e por vincular-se ao contexto lingüístico discursivo imediato; grupo 2 – integrado por sujeitos com fala marcada por repetições mediatas e imediatas, além do uso de expressões estereotipadas; grupo 3 – integrado por sujeitos sem fala e aparentemente sem interesses no outro, interlocutor; e grupos 4 e 5 – integrados por sujeitos com fala espontânea e raras substituições e omissões fonêmicas; privilégio da linguagem oral como forma de comunicação, tanto no contexto imediato quanto mediato.

Passo, a partir deste momento, a tematizar os acontecimentos que me levaram a buscar uma relação entre a teoria e a prática. Embora naquele momento eu não tivesse a intenção de fazer pesquisa, sentia-me confundida pelo fato de os grupos tomarem caminhos diferentes e opostos, ainda que os atendimentos fossem todos realizados, aparentemente, da mesma forma.

2.1 Os fracassos

Dos 5 grupos organizados, irei deter-me, inicialmente, sobre três deles cujos resultados foram desapontadores. Estes grupos, que chamarei de 1, 2 e 3, eram formados por três, dois e quatro integrantes, respectivamente.

Adotei alguns critérios para a formação dos grupos que foram extraídos de estudos fonoaudiológicos como o de Santos (1993) e o de Corrêa (1994); entretanto mantive-me na mesma posição adotada para o atendimento individual.

Concordava com o estabelecimento de um objetivo comum, inicialmente de conhecimento do terapeuta e, posteriormente, partilhado pelos pacientes, e também de tarefas comuns a todos os integrantes. Ao grupo cabia a decisão da tarefa escolhida e ao terapeuta o conhecimento e a criatividade para utilizar o material selecionado com vistas a objetivos pré-determinados.

Cabia ainda, ao terapeuta, a tarefa de constituir a grupalidade, isto é, fazer com que os integrantes estabelecessem relações entre si; fazer com que a presença ou ausência de um integrante fosse sentida pelos demais; fazer com que mesmo diante de uma ausência física, o integrante pudesse ser presentificado no grupo via linguagem.

Considero importante esclarecer que a minha leitura destes parâmetros mantinha o terapeuta na posição de centralizador dos atendimentos, fato que me impediu de tematizar e trabalhar com os grupos as questões que neles apareceram. Todas estas questões, como veremos a seguir, tomaram caminhos sinuosos, pois embora em grupo, mantinha-me na mesma posição que no atendimento individual, ignorando as mudanças de posição que deveriam acompanhar as de técnica.

No grupo 1, formado por um trio, havia um sujeito que, ao meu ver, demandava outra forma de atendimento, visto não se relacionar com os outros dois integrantes e interferir no funcionamento do grupo. Dessa forma, tomei a decisão de encaminhá-lo para um atendimento individual.

Faço um breve intervalo para apontar a minha falta de conhecimentos teóricos sobre o manejo de grupos terapêuticos. Excluir o paciente do grupo parecia, naquele momento, minha única alternativa, tendo em vista que supunha que para seu funcionamento harmônico todos os integrantes deveriam concentrar-se uma única atividade. Não compartilhei esta dificuldade com o grupo, pois como relatei, acreditava, pautada no atendimento individual, que as decisões do atendimento eram tomadas única e exclusivamente pelo terapeuta, como se fosse uma questão posta apenas para mim, circunscrita a um único sujeito. Diante deste impasse deixei de lado a linguagem como atividade intersubjetiva e instrumento para o enfrentamento das questões pertinentes ao grupo. Paralisei-me diante da possibilidade de não alcançar o meu objetivo e acabei por afetar o funcionamento do grupo ao retirar um

de seus membros, e impedir que a questão que ali se presentificava fosse tematizada.

O grupo 2, formado por uma dupla, não teve prosseguimento por ter se instaurado entre os participantes uma competição totalizante pela atenção da terapeuta que deixava, em plano secundário, o enfrentamento da demanda. Conseqüentemente, os sujeitos desse grupo não pareciam se interessar pelo mesmo objeto, pelo mesmo assunto, ou um pelo outro. Usavam a sessão para chamar a minha atenção ao que queriam e deixavam-me, enquanto terapeuta centralizadora, sem saber como solucionar esta disputa. Ao final da sessão eu constatava, descontente, que havia sido derrotada por ambos. O fato de serem apenas dois integrantes afetou ainda mais as relações grupais, pois quando um deles faltava, não me restava outra alternativa que atender, individualmente, aquele que comparecia, contribuindo para aprofundar as diferenças entre eles.

Novamente, procurei entender o motivo pelo qual este grupo não operou de forma terapêutica. Inicialmente, creditei a causa ao número restrito de participantes. Hoje, posso afirmar que, embora considere este fator importante e concorde que a estrutura mínima do grupo deva ser de três integrantes, entendo que a entrada de novos membros não seria suficiente para solucionar a disputa ali instalada. Sua origem estava na dificuldade em colocar-me enquanto terapeuta de grupo, que pressupõe posições diferentes daquelas exercidas no atendimento individual. Colocava-me da mesma forma que na relação dual, não partilhando com os outros

integrantes, as questões que emergiam. Mais uma vez é possível localizar uma preocupação equivocada com o funcionamento do grupo, que afastou o trabalho de linguagem do centro da proposta terapêutica.

O último grupo, que chamo de 3, era constituído por dois integrantes do sexo masculino e dois do sexo feminino. Esses sujeitos eram os mais afetados quanto à fala e a linguagem. Praticamente não tinham linguagem oral inteligível, suas produções restringiam-se a vocalizações, risos e choros. Ainda assim, quando solicitados oralmente, isto é, quando eu lhes dirigia a palavra, mantinham contato visual e apresentavam mudanças posturais, efeitos da minha fala sobre eles.

Neste grupo, três deles funcionavam em consonância; mantinham o interesse em uma determinada atividade, mesmo que não a tivessem escolhido. Embora a cada encontro, eu os levasse, alternadamente, ao armário para que selecionassem o material sobre o qual se assentariam nossas atividades, geralmente as propostas também ficavam a meu cargo.

Com o decorrer do atendimento clínico, dei-me conta de que eles foram tomando para si a escolha do material, a iniciativa de emitir alguns vocábulos e de interagir, ainda que por ações, com os outros membros do grupo. Pude observar a ampliação do contato visual, que se estendeu à busca do olhar do outro; a produção oral começou a ganhar sentido nesse espaço e a se tornar mais freqüente.

Esses acontecimentos puderam ser observados em três dos seus quatro integrantes. Diferentemente, um deles não mostrava nenhuma mudança diante dos outros ou de suas ações. Esse quarto sujeito parecia não fazer parte do grupo embora estivesse presente fisicamente. Enquanto os outros três modificavam-se a partir das relações intersubjetivas que se estruturavam, o quarto não alterava seu posicionamento; permanecia no grupo, mas caracterizava-se por estar, de alguma forma, impermeável aos acontecimentos.

Inicialmente supus que esse grupo operasse terapeuticamente, apesar de seu quarto integrante. Entretanto, o funcionamento daquele sujeito incomodava-me. Era possível observar que ele, impermeável aos acontecimentos e à fala dos outros era, por estes, de certa forma ignorado. Esse fato se repetia comigo, visto que interagia apenas com os demais integrantes. Apesar de afetada com a posição deste quarto sujeito no grupo, não discutia com os outros integrantes por desconhecer que neste caso tratava-se de um funcionamento coletivo.

Optei por encaminhá-lo para um atendimento individual, mantendo os outros integrantes no atendimento em grupo. Não sabia que a cada exclusão o grupo se modificava, tornando-se um novo agrupamento. A cada impasse que surgia, buscava retirar o suposto responsável, sem considerá-lo uma questão interna ao grupo. Creditei sua saída ao fato de que este sujeito apresentava desvios de linguagem que o impediam de participar do grupo e, desta forma, estar sujeito aos efeitos desta forma de terapêutica. Por outro lado, o seu próprio funcionamento

também me levou à falta de investimento terapêutico, pois não havia em mim ou no grupo uma atenção a este paciente.

Passo a discorrer sobre aqueles grupos que, de alguma forma, incentivaram-me a prosseguir nos questionamentos e na ação clínica e que me levaram a buscar fundamentação teórica sobre o atendimento em grupo e seus efeitos. Descreverei, a seguir, o funcionamento dos grupos 4 e 5.

2.2 Os sucessos

Os cinco integrantes do grupo 4 apresentavam linguagem oral espontânea como forma de comunicação, eram capazes de narrar acontecimentos e histórias com detalhes, inclusive com o uso de gírias.

As três integrantes do grupo 5 tendiam a fazer o mesmo movimento dos integrantes do grupo 4 porém, em muitos momentos, com a linguagem oral vinculada ao contexto lingüístico-discursivo imediato.

Esses dois agrupamentos foram considerados por mim como grupos, dado o funcionamento e a dinâmica que internamente se instauraram e o fato de ter podido observar sua eficácia enquanto prática. Em ambos, os pacientes foram, aos poucos,

deixando marcas das mudanças lingüístico-discursivas, as quais a princípio resultavam apenas das intervenções feitas por mim e, posteriormente, dos efeitos da fala/ação de um integrante do grupo sobre o outro.

No grupo 4 pude contar com a participação de um integrante que assumiu, desde o início da intervenção, a posição de intérprete dos outros, de líder e organizador do grupo. Ao chegar o horário do atendimento ele se encarregava de chamar os colegas para a sala, que o atendiam prontamente.

Durante as sessões de atendimento, ele dava significados às produções dos demais integrantes, apontando o sintoma na fala destes, ainda que não soubesse produzir de outra forma. Dessa maneira, abria espaço discursivo para que eu interpretasse a fala do sujeito em questão e apontasse para outras possibilidades de produção.

Com o decorrer do atendimento os outros integrantes foram assumindo posições discursivas antes assumidas apenas por aquele único falante. Foram se organizando tanto para chamar os companheiros para o atendimento, quanto para contar novidades, tendo sido necessária a divisão do tempo entre todos os membros, para que todos pudessem participar.

A posição que eu assumia na ausência de técnicas específicas, era a de controlar as minhas falas dirigidas ao grupo, o que me permitiu observar e avaliar os acontecimentos e principalmente as mudanças e seus disparadores. Embora

acreditasse, naquele momento, que o efeito terapêutico estava centrado na relação terapeuta x paciente, observava, naquele grupo em especial, efeitos gerados pela fala de um dos integrantes que causavam mudanças na fala dos outros. Esses efeitos podiam ser imediatos ou acontecer em outro momento, no entanto, as mudanças na fala e na linguagem dos pacientes eram visíveis.

O grupo 5 realizou um percurso semelhante. Era integrado por três adolescentes do sexo feminino, sendo que uma delas, apesar de apresentar sua fala marcada pela presença de substituições e omissões fonêmicas sistemáticas, assumia uma posição lingüístico-discursiva que lhe permitia comunicar-se, tanto no contexto imediato quanto mediato. As demais não assumiam esta posição.

Assim como no grupo quatro, inicialmente esta integrante atuou como intérprete e líder do grupo e possibilitou que os sintomas de linguagem fossem nele pontuados. A partir das suas pontuações pude interpretar e atuar[2] sobre as produções orais de todas, inclusive as dela, o que permitiu às outras a assunção de posições de intérpretes.

Pude observar, principalmente pelo relato desses atendimentos, o quanto a formação do grupo foi fundamental para a mudança de posição discursiva dos pacientes. Pude observar também que me abstive, em muitos momentos, do que acreditava ser a posição de terapeuta, deixando o grupo à mercê de seu próprio

[2] O verbo atuar, neste contexto, pode ser entendido como a minha ação, enquanto terapeuta de linguagem, em auxiliar os sujeitos nas suas tentativas de produzir oralmente, seja com vistas à articulação ou à própria dotação de sentidos.

funcionamento. Apesar disso, houve efeito terapêutico. Assim, uma outra questão foi posta: o que justificou o sucesso?

Nestes relatos é possível notar que o desfecho daqueles grupos cujos resultados foram desapontadores foi justificado pelo meu desconhecimento teórico sobre a clínica e também sobre a linguagem; entretanto para aqueles que considerei efetivamente terapêuticos, não encontrei justificativas, o que apontou para a ausência de conhecimentos sobre esta técnica específica.

Ao meu desconhecimento dos princípios acerca do funcionamento dos grupos pude associar o desfecho que dei àqueles que, a meu ver, apresentavam características que impossibilitavam este tipo de intervenção – como foi descrito, estes foram todos re-encaminhados.

Pude observar que diante da impossibilidade de alguns sujeitos em se integrarem nas atividades conjuntas, em se engajarem nas relações lingüístico-discursivas e, a partir daí, interrogarem seus companheiros ou serem interrogados pelos mesmos, minha atuação não se debruçava sobre a linguagem (ou o sentido da sua ausência), mas era estruturada pela crença de que este modo de atendimento não era operativo para estes pacientes, dispensando, assim, qualquer investimento.

Diferentemente, nos grupos cujas manifestações na fala foram visíveis, pude observar que, apesar do meu desconhecimento acerca da técnica grupal, o trabalho

na e com a linguagem continuou sendo realizado, visto que os integrantes falavam e, por meio da fala, assumiam posições discursivas.

Refletindo sobre esta experiência e seus impasses, acredito que se estivesse suportada pelo método fonoaudiológico e pela técnica do atendimento em grupo, a qual pressupõe princípios, o desenrolar do processo terapêutico dos grupos aqui relatados, teria sido diferente. Não tenho a pretensão de assegurar os resultados visto que a clínica da subjetividade lida com a imprevisibilidade. Entretanto, tenho certeza de que o meu papel enquanto terapeuta de grupo seria diferente, tanto na construção desses grupos, quanto na relação com a linguagem.

Neste ponto justifico o percurso tomado neste trabalho: buscar, neste segundo capítulo, conhecer os trabalhos fonoaudiológicos brasileiros já elaborados na área, as filiações teóricas assumidas e buscar a articulação entre estas teorias e a minha prática clínica atual, que foi sendo modificada, nestes dois últimos anos, a partir dos impasses acima descritos.

3 O ESTADO DA ARTE

A releitura crítica da minha experiência clínica deixou evidente a necessidade de conhecimentos específicos sobre a técnica do atendimento em grupo e sobre a linguagem que subsidiassem essa prática fonoaudiológica em geral e, em particular, a clínica de linguagem. Dessa forma, neste capítulo, retomo as publicações de fonoaudiólogos brasileiros que tematizam o atendimento em grupo, dissecando as bases teóricas que os sustentam pelo alçamento da literatura que lhes deu origem, com o intuito de analisar as relações estabelecidas entre a prática descrita e a teoria de base. Considero interessante apontar que embora presente desde os primórdios da Fonoaudiologia no Brasil, na década de 60, a primeira publicação sobre o atendimento em grupo surge apenas em 1993.

Prática semelhante na Psicologia gerou publicações a partir do início do século XX. A primeira intervenção clínica em grupo, chamada de psicoterapia de grupo, partiu de um médico americano, Josepf Herseiy Prat, que, em 1905, propôs o tratamento de aproximadamente 50 pacientes tuberculosos de uma enfermaria. Prat reunia até 100 pacientes em grupos, sendo que funcionavam com aproximadamente 20 pessoas. Nestes encontros cabia ao médico ensinar seus pacientes sobre os processos e as causas da sua doença, e aos pacientes o relato dos sentimentos advindos do seu estado, pois Prat acreditava que desta forma abandonariam a passividade e lutariam pelo restabelecimento. Assim, sua técnica foi utilizar, de forma sistemática e deliberada, as emoções coletivas para atingir uma finalidade

comum. Esta técnica, chamada de Reeducação Moral, Persuasão, posteriormente passou a ser chamada de Aulas de Controle do Pensamento (citado por Ribeiro, 1995)[3].

Outra psicoterapia de grupo bastante relevante surgiu em Viena, em 1910, realizada pelo médico romeno Jacob Levy Moreno. Seu método consistia em tratar as relações interpessoais e os problemas psíquicos de vários indivíduos em um grupo a partir de encenações. Moreno começou a improvisar representações com grupos de crianças e de prostitutas e, a partir daí, extraiu as sementes do psicodrama, uma forma de psicoterapia em grupo cuja técnica consiste na utilização da dramaticidade com o objetivo de se alcançar situações psíquicas conflituosas e resolvê-las (Moreno, 1974).

Freud (1974; 1996), em alguns de seus escritos, usa o termo grupo para referir-se às multidões (Totem e Tabu em 1912, Psicologia de grupo e análise do Ego em 1921 e Mal-estar na civilização em 1930). Ele chama a atenção para a liderança como um dos elementos indispensáveis do grupo, porque é o caráter central do líder, ou de um símbolo representativo, o que assegura a sua coesão. Para o autor, o grupo caracteriza-se pelo elo que une seus componentes. As características particulares de cada sujeito se apagam dando lugar ao inconsciente de cada um, que pode ocupar lugar no grupo, adquirindo assim, novas características. Freud refere

---

[3] Prat JH. (s/d) (1905) apud Ribeiro JP. Psicoterapia grupo analítico – teoria e técnica. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1995. p1-10.

que o fato de indivíduos serem transformados em um grupo, indiferentemente das suas características pessoais e anteriores, faz com que eles tomem posse de uma mente coletiva, ou seja, ajam, sintam e pensem de forma diferente de como fariam se estivessem isolados.

Após estes estudos de Freud, passaram-se aproximadamente 50 anos até que Bion, psiquiatra militar inglês, publicou sua obra, Experiências com Grupos, considerada a primeira experiência psicanalítica com grupo terapêutico. A partir de então, vários outros trabalhos surgiram e muitos deles, como o de Bion, serviram de base aos estudos fonoaudiológicas. Descrevo, a seguir, os estudos fonoaudiológicos e aqueles que lhes serviram de base, com o objetivo de analisar a relação existente entre ambos.

3.1 O atendimento em grupo na Fonoaudiologia: visitando as publicações

No campo da Fonoaudiologia, as primeiras publicações acerca do atendimento em grupo emergiram na década de 90.

Santos (1993) coloca como objetivo de seu trabalho, “captar o sentido de se realizar o atendimento em grupo na própria natureza da clínica fonoaudiológica”

(p.4). Baseando-se em estudos sociológicos, define o grupo como estrutura social. Para ela, o grupo é uma estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância suas necessidades individuais e/ou seus interesses coletivos. Só há grupo quando, ao tentar se produzir algo, as relações entre os seus membros se desenvolvem e se transformam.

A autora pensa o grupo enquanto um atendimento terapêutico, declarando-se favorável à proposta do psicanalista brasileiro Jurandir Freire Costa em sua afirmação de que:

> "em grupo, as pessoas talvez pudessem se sentir menos acuadas pela figura do terapeuta e admitir com mais facilidade o enquadramento psicoterápico, posto que se sentiriam acompanhadas na experiência por outros pares" (Costa, 1989, p.41).

Santos (op cit) refere que os benefícios deste tipo de atendimento advêm da construção de relações que visam a constituição da linguagem. Pode-se afirmar que este trabalho assenta-se sobre uma concepção intersubjetiva de linguagem, embora a autora não detalhe a opção realizada.

Entende que para a formação dos grupos é preciso atentar para alguns critérios como, principalmente, a aproximação entre pessoas por faixa etária e aspectos materiais, culturais e pessoais, referindo-se, em particular, às características sócio-econômico-culturais dos pacientes. Leva em conta também a

queixa e a história de vida. Ressalta a importância de se programar atividades que possam ser 'boas' para o grupo, termo utilizado pela autora no sentido de identificar ações que promovem a coletividade e as relações entre os participantes. Redefine o objetivo do trabalho em grupo como sendo a possibilidade de fornecer ao paciente um outro modo de lidar com seus problemas.

Pautada neste objetivo faz uma crítica ao fato deste tipo de atendimento ser geralmente indicado nas situações em que há um grande contingente de pacientes a ser atendido, por resolver a questão gerada pela relação desarmônica entre demanda e oferta.

Santos (ibid) apóia-se nas considerações de Jurandir Freire Costa, que vê o grupo como uma instituição social. Segundo ele, o grupo cria a sua realidade possível conforme se organiza, estabelecendo pactos ou conflitos entre os integrantes, em função de interesses comuns e divergentes (Costa, 1989).

Este autor chama a atenção para a questão social, em outras palavras, contextualiza os grupos, afirmando que a realidade social nunca pode ser deixada para outro plano. Para ele o que reúne os sujeitos é um problema em comum que, para cada sujeito e de acordo com sua vivência, toma uma forma. Desse modo também cada grupo mantém características próprias, de acordo com os seus integrantes.

Costa (ibid) afirma que:

> “Um grupo, para existir, tem que ter regras e normas institucionais que o definam como tal (...) o contrato terapêutico grupal é explícito, manifesto, assinado por um conjunto de pessoas que concordam em se reunir para tratarem de seus problemas psíquicos” (p.50).

Para ele o grupo constitui-se de um determinado número de sujeitos, com um determinado número de características individuais – a heterogeneidade dos integrantes é vista como favorecedora de trocas – e com um problema que pede solução. A dimensão imaginária é fundamental para a intervenção psicanalítica no grupo, segundo o autor.

Santos (op cit) explicita o objetivo da intervenção em grupo, porém se dedica apenas à questão da formação. Questões relacionadas ao processo terapêutico não são tematizadas pela autora.

Um outro trabalho sobre este assunto, datado de 1994 de autoria de Corrêa, discute a questão da prática clínica em grupo pela vertente psicanalítica.

De acordo com esta autora, a prática em grupo tal como vem sendo tomada pela Fonoaudiologia, está, na maioria das vezes, baseada em um argumento do tipo senso comum. Em sua crítica, ela chama a atenção para o fato de que se vê que a “terapia é em grupo e não de grupo” (p.40), visto que o que ocorre são agrupamentos de sujeitos sendo atendidos individualmente, embora em conjunto.

Corrêa (ibid) chama a atenção para os achados em um levantamento que realizou, por meio de entrevistas com profissionais que realizam atendimento em grupo. Segundo ela, o atendimento em grupo é aquele em que se incluem dois ou mais pacientes no mesmo horário e local, assistidos por um mesmo fonoaudiólogo. A formação do grupo leva em conta apenas a faixa etária e/ou patologia como critérios; a avaliação de linguagem é desvinculada do processo terapêutico (é inicial ao mesmo); e o treinamento e a estimulação de linguagem são os objetivos da terapia de linguagem.

A autora afirma que na Fonoaudiologia a questão do atendimento em grupo é polêmica e controversa, assim como na Psicanálise, o que leva a recusas por parte de alguns profissionais e discussões por aqueles que o consideram viável.

Com o objetivo de discutir questões já levantadas por alguns psicanalistas sobre este tipo de atendimento e observar o seu funcionamento na Fonoaudiologia, a autora aproxima-se dos escritos de Bion, Pichon-Rivière e Costa.

Farei uma síntese da visão dos dois primeiros autores, visto que o último já foi apresentado acima (na página 27).

Wilfred Bion, psiquiatra militar inglês, iniciou a prática da psicanálise de grupo, até então, chamada psicanálise aplicada aos conjuntos. Sua obra, Experiências com Grupos, de 1961, escrita aproximadamente 50 anos após Totem e Tabu de Freud,

traz inúmeras e importantes inovações. Com Bion o grupo se transforma em um campo de descobrimento[4].

Bion iniciou seus atendimentos em grupo durante a II Guerra Mundial, quando se viu impossibilitado de tratar de forma individual cada um dos 400 homens que se encontravam sob seus cuidados em um hospital. Sendo assim, considerou a viabilidade de uma situação psicanalítica em grupo, tomando o paciente como uma comunidade, e apostou na intervenção como possibilitadora da consciência das dificuldades de cada um dos integrantes. Bion continuou os seus estudos e a elaboração dos seus pressupostos da Psicoterapia de Grupo após o término da II Grande Guerra.

O grupo terapêutico para Bion caracteriza-se por ter um propósito comum, um reconhecimento comum, a capacidade de absorver ou perder integrantes sem o medo de perder a individualidade grupal (grupo aberto), a capacidade de enfrentar um descontentamento dentro de si e possuir meios de lidar com ele, e um tamanho mínimo de três integrantes: “dois membros têm relações pessoais; com três ou mais, há uma mudança de qualidade (relação interpessoal)” (1975, p.18).

---

[4] Bion baseou-se nos pressupostos de Freud que igualam a Psicologia social à Psicologia individual, visto que esta última é considerada função da relação de uma pessoa com outra.
Freud anuncia que o inconsciente é, em parte, constituído pela transmissão de formações e processos psíquicos e, a partir daí, rompe a noção de que a Psicologia individual e a Psicologia social são matérias opostas, pois há no individual uma porção do social. Essas formulações de Freud foram importantes para os estudos psicanalíticos que foram desenvolvidos, a começar por Bion.

Para ele, o grupo funciona em dois níveis: o da tarefa comum e o da emoção comum. Em outras palavras, para se formar um grupo é necessário um conjunto de pessoas que tenham objetivos comuns e circulação emocional interna; esta última sendo inconsciente e necessária para que haja a cooperação consciente dos membros do grupo. Garantindo-se os tópicos que formam o grupo, os sujeitos combinam-se de forma instantânea e involuntária, atuando de acordo com os seus estados afetivos, chamados por Bion de pressupostos básicos.

Os pressupostos constituem-se em: dependência em relação ao líder, ataque x fuga e pareamento. A dependência em relação ao líder refere-se a uma regressão do sujeito à infância, visto que ele, quando bebê, fica totalmente a cargo dos pais. Para o autor, a dependência responde por um sujeito sempre presente no grupo. O ataque e fuga referem-se a um movimento dos integrantes do grupo em disputar ou compactuar, dependendo da situação em que o grupo se encontra. Se o grupo estiver em perigo de não-sobrevivência devido aos ataques, ele movimenta-se aproximando seus membros, muitas vezes pareando-os. Assim, os pareamentos correspondem à formação de pares ou subgrupos que podem se tornar independentes, arriscando novamente a integridade do grupo. É importante salientar que, para Bion (ibid), um grupo para se constituir como tal deve autogerir seus movimentos.

Resumidamente é possível afirmar que sua principal contribuição refere-se à afirmação de que qualquer grupo se movimenta em dois planos, um consciente

voltado para a execução de alguma tarefa (grupo de trabalho) e um latente e inconsciente, o grupo dos pressupostos básicos, como descritos, o de dependência, o de luta x fuga e o de pareamento.

Corrêa (1994) aponta nesta teoria, como controvérsia, a dificuldade em se trabalhar entre os níveis da consciência e da inconsciência, planos propostos por Bion. Segundo a autora, “qual a possibilidade de compatibilizar conceitos psicanalíticos com sociológicos?... como lidar com o nível simbólico, que a psicanálise impõe na consideração do sujeito e do outro, e o empirismo da sociologia que trata de agrupamento de indivíduos reais?” (p.43).

Enrique Pichon-Rivière, suíço de nascimento, viveu na Argentina desde os quatro anos de idade, onde desenvolveu seus estudos e teoria, tornando-se um dos mais talentosos psicanalistas do hemisfério sul e principal representante da escola argentina de estudos psicanalíticos a respeito da terapia em grupo. Ele ensinava Psiquiatria para estudantes de Medicina e descreveu sua primeira experiência com grupos em 1951.

Suas primeiras investigações relacionavam o estado de saúde das crianças que ele cuidava em uma instituição para oligofrênicos com seus grupos familiares. Nessas relações ele percebia uma forte influência da dinâmica do grupo familiar na esquizofrenia de seus pacientes.

Elaborou o ECRO (esquema conceitual referencial operativo) em 1958. O grupo é entendido por este autor como:

> "um conjunto de pessoas que, ligadas entre si por constante de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, se propõem de forma explícita ou implícita à realização de uma tarefa, inter-atuando, para isso, através de complexos mecanismos de adjudicação e assunção de papéis" (Pichon-Rivière, 2000, p.98).

Para o autor, o que caracteriza os grupos operativos é a relação entre os integrantes e a tarefa estipulada. Assim, o grupo funciona de acordo com o seu objetivo; por exemplo: se o grupo for terapêutico, a tarefa pode ser a cura, se o grupo for de aprendizagem, a tarefa pode ser a aquisição de conhecimentos. Ao se referir especificamente à tarefa do grupo terapêutico coloca, como aspecto importante, a resolução da ansiedade do grupo, que adquire características particulares em cada participante (ibid, 2000).

A partir da tarefa específica, Pichon-Rivière afirma que os sujeitos deixam de ser amontoados e assumem-se como participantes de um grupo, cujo objetivo é mútuo. Embora o objetivo seja o mesmo, os participantes são diferentes e é nesta diferença (heterogeneidade) que eles vão construindo sua identidade.

Segundo Weffort (1997), em seus escritos acerca do grupo operativo, no grupo "cada indivíduo vai introjetando o outro dentro de si" (p.17), o que Pichon-Rivière chama de grupo interno. Os grupos mantêm uma estrutura que se compõe

pelo depositado, “algo que o grupo ou um indivíduo não pode assumir no seu conjunto e o coloca em alguém (...) que permite ou aceita” (ibid, p.19); pelo depositário, quem recebe os depósitos; e pelo depositante, quem coloca os depósitos.

Pichon-Rivière (op cit) elenca cinco papéis assumidos pelos membros do grupo. São eles: líder de mudança (é o depositário de aspectos positivos do grupo), bode expiatório (depositário de aspectos negativos), porta-voz (é quem denuncia a totalidade do grupo, falando por todos), líder de resistência ou sabotador (quem representa a resistência às mudanças) e representantes do silêncio (aqueles que assumem as dificuldades dos demais para estabelecer comunicação, fazendo com que o resto do grupo se sinta obrigado a falar). Esses papéis devem ser mutáveis, cabendo ao terapeuta a quebra da fixação dos mesmos.

Corrêa, a partir deste estudo, faz nova crítica ao apontar que Bion, Pichon-Rivière e Didier Anzieu[5] (que citarei adiante) consideram a existência de uma grupalidade comum, isto é, um funcionamento comum a todos os grupos. Novamente chama a atenção para a questão do social.

[5] Considero importante esclarecer que os principais trabalhos psicanalíticos a respeito do atendimento em grupo são divididos em escolas, de acordo com sua procedência. Assim, temos a escola inglesa, cujo maior representante é Bion; a escola Argentina, de Pichon-Rivière; a escola francesa de Anzieu e Kaës e os estudos realizados no Brasil.

Pautada em suas considerações aproxima-se de Costa, que discorda da existência de uma grupalidade comum e avança a reflexão sobre a questão do social (consideração da realidade de cada integrante e, assim, de cada grupo).

Aponta para a existência de diferentes concepções de grupo e, a partir das mesmas, diferentes olhares e práticas, e afirma que a Fonoaudiologia pode ser beneficiada com as discussões que se façam acerca deste tipo de atendimento, sem que sejam realizadas "adoções cegas de concepções propostas por estes ou outros autores" (Corrêa, op cit, p.47). Por fim, ressalta a importância de se considerar o social.

Neste trabalho Corrêa não detalha a opção por uma determinada linha teórica; entretanto critica as atuações fonoaudiológicas de perfil comportamentalista.

O terceiro escrito fonoaudiológico estudado foi o de Freitas et al., de 1999. Estas autoras analisaram o desenvolvimento de linguagem de crianças em atendimento fonoaudiológico em grupo. Segundo elas, "o grupo terapêutico configurou-se como contexto que possibilita o uso pleno e efetivo da linguagem levando, assim, ao seu desenvolvimento" (ibid, p.58). Nas relações lingüísticas que se estabelecem no grupo entre crianças e entre criança e terapeuta, são adquiridos significados.

Freitas, Lacerda e Panhoca (ibid), baseiam-se na concepção desenvolvimentista de Vygotsky e afirmam:

> "O grupo terapêutico fonoaudiológico é um contexto sociolingüístico rico, autêntico e eficiente, onde seus membros estão automaticamente mergulhados em situações mediadas e de uso de ferramentas culturais que, por sua vez, são o cenário onde os protagonistas falam usando, ao mesmo tempo, suas próprias vozes e as 'vozes da história', adquiridas ao longo do percurso sócio-histórico-linguístico de cada um e de todos" (p.64).

Panhoca, em um outro texto a este respeito, reforça a afirmação acima e acrescenta que o grupo terapêutico - fonoaudiológico é "um contexto poderoso, tanto para o desenvolvimento da linguagem quanto para a aquisição e o domínio de atitudes socioculturais disponibilizadas e partilhadas pelos diversos componentes do grupo" (Panhoca, 1999, p.55).

Neste estudo a autora acompanha um grupo de cinco crianças do sexo masculino cujo critério básico para a seleção e o agrupamento foi a heterogeneidade, "no sentido de que elas deveriam apresentar características socioculturais e dificuldades lingüísticas diversas e, por isso, complementares" (p.33). As crianças em questão tinham idades diferentes e atrasos de linguagem de graus e naturezas distintos.

Apesar de um dos componentes inicialmente não participar do grupo, isto é, manter-se isolado dos demais, não participando das atividades realizadas, este foi mantido no grupo e, segundo Panhoca, após um mês e meio, integrado.

Panhoca conclui que as relações entre crianças e entre criança e adulto “são situações lingüísticas nas quais os significados são construídos dentro de inter-relações humanas que demandam atividade comunicativa” (ibid, p.54).

Como referido anteriormente, estas autoras baseiam-se nos pressupostos de Vygotsky, psicólogo russo que iniciou sua carreira na década de 20, preocupado com o desenvolvimento da linguagem infantil. Segundo ele, a linguagem é aprendida e segue uma trajetória de desenvolvimento. Seu enfoque histórico-cultural remete à noção de mediação, visto que a criança aprende a linguagem a partir das relações que estabelece com os outros e o meio (Vygotsky, 2000).

Considero um ganho significativo o fato de estas autoras darem à linguagem uma posição de destaque no atendimento em grupo. Nos trabalhos analisados até o momento, a preocupação recai sobre a teoria de grupo tomada, o que acaba dando à linguagem um papel complementar. De acordo com as autoras, a concepção de linguagem pode ou não permitir atividades grupais que levem a mudanças lingüístico-discursivas. Baseadas na concepção que adotam, podem observar o desenvolvimento de linguagem das crianças atendidas em grupo.

As autoras demonstram preocupação em formar e manter a grupalidade, no entanto não há referências explícitas ao subsídio teórico acerca do grupo adotado, embora situem historicamente este atendimento retomando os pressupostos de Bion e Pichon-Rivière.

Outra pesquisa analisada é a dissertação de mestrado de Lores, de 2000. Esta autora afirma haver um avanço significativo no modo de se conceber o grupo, segundo ela não mais como um agrupamento de pessoas que recebem, ao mesmo tempo, os mesmos cuidados, mas sim o grupo com um funcionamento próprio que, de certa maneira, é a soma dos funcionamentos individuais e, portanto, heterogêneos dos pacientes.

Ela relata que o grupo terapêutico em Fonoaudiologia pode ser "visto como um espaço potencializador do funcionamento de linguagem" (p.49). Esta autora afirma basear-se na concepção interacionista de linguagem e, segundo ela, o grupo permite o deslocamento do sujeito em sua posição discursiva, onde se dá a circulação de sentidos, "encobertos pela manifestação do sintoma de linguagem" (ibid, p.49).

Cabe ao terapeuta compartilhar a tarefa de intérprete com os outros integrantes do grupo. Os integrantes podem entre si ou com o terapeuta refletir-se ou diferenciar-se.

Ao citar os critérios de formação de grupos terapêuticos, a autora afirma que, por muito tempo, os fonoaudiólogos reuniram os integrantes em grupo levando-se em conta o fato de manifestarem os mesmos sintomas de linguagem, sem que fossem levadas em conta a possibilidade de formação e também a manutenção de um vínculo que garantissem o funcionamento grupal.

Lores (ibid), baseando-se na concepção de grupo de Kaës[6], aponta para a possibilidade de uma nova forma de se pensar nos critérios para a formação de grupos, levando-se em conta a realidade subjetiva de cada indivíduo, ou seja, a compreensão do modo singular de funcionamento da linguagem permeando a compreensão da manifestação sintomática. Para tanto se faz necessária uma avaliação inicial do paciente anterior ao atendimento.

Kaës avançou os estudos de Anzieu[7] sobre a terapia de grupo desenvolvidos por com o objetivo de desenvolver uma teoria psicanalítica da grupalidade do psiquismo. Dessa forma, sua teoria preocupa-se em associar o chamado 'grupo de dentro' – interno (conceito utilizado anteriormente por Pichon-Rivière) – ao 'grupo de fora', isto é, a grupalidade interna do sujeito com o grupo real, antes dissociados. Para ele, o grupo interno refere-se aos esquemas de representações pré-existentes à formação do grupo e que no aparelho psíquico desempenham a ligação, diferenciação e transformação; e o grupo externo a uma organização da matéria psíquica, a realidade material (Kaës, 1997).

---

[6] Kaës: representante da escola francesa ao lado de Anzieu. Na década de 60, retomam alguns postulados originais de Freud e propõem o conceito de aparelho psíquico grupal, o qual está dotado das mesmas instâncias que o psiquismo inconsciente individual, mas não dos mesmos princípios de funcionamento.

[7] Anzieu (1990) acredita que o grupo é o local onde são colocados todas as angústias e sentimentos dos integrantes, ganhando, assim, uma dimensão fantasmática. Nele as pessoas têm a identidade ameaçada e adquirem uma identidade grupal ilusória, chamada ilusão grupal. Essa ilusão grupal é um fenômeno essencial para a constituição do grupo.
O autor, baseando-se na dimensão fantasmática do grupo, associa o sonho ao grupo, no sentido de que ambos são lugares privilegiados do desejo inconsciente. Cada membro o coloca no grupo e produz efeitos nos demais, caracterizando uma dinâmica inconsciente grupal.

O autor chama a atenção para o jogo de efeitos entre representações do grupo no processo grupal e processo grupal na produção das representações. Para Kaës há, no psiquismo individual, formações que são estruturadas no grupo; o sujeito em sua teoria é intersujeito, isto é, a intersubjetividade presentifica-se na formação do inconsciente do sujeito singular.

O grupo pode ser compreendido de três maneiras: como forma de organização de vínculos intersubjetivos; como forma e estruturação de uma organização intrapsíquica caracterizada por ligações mútuas entre seus elementos constitutivos e pelas funções que desempenha no aparelho psíquico; e como dispositivo de investigação e de tratamento das formações e dos processos da realidade psíquica envolvida na reunião de sujeitos em um grupo. Conclui que o grupo é um aparelho de transformação, ou seja, um dispositivo utilizado como abordagem psicanalítica para a manifestação dos grupos internos.

Na pesquisa de Lores é possível notar que houve uma aproximação entre a concepção de linguagem e o referencial de grupo, materializada na forma como ela propõe o critério para a formação, como definido: a avaliação inicial do sujeito, para a compreensão do modo singular de funcionamento de linguagem permeando a compreensão da manifestação sintomática. Este é um passo significativo nesta forma de atendimento. Fica, no entanto, vazio o espaço para a discussão do atendimento em si.

Outro trabalho publicado sobre grupos é o de Hugenneyer & Oliveira (2000). Estas autoras consideram o atendimento fonoaudiológico em grupo uma forma terapêutica de intervenção. Baseiam-se em uma visão desenvolvimentista de linguagem e tomam o grupo como propiciador para o desenvolvimento da mesma. Afirmam que no atendimento em grupo "os pacientes têm a possibilidade de se perceberem como produtores de linguagem, à medida que vão vivenciando as relações estabelecidas com os outros integrantes" (p.21). Ressaltam "o quanto um indivíduo pode perceber a sua linguagem, suas atitudes e a si mesmo pelo movimento de uma outra pessoa" (p.21), identificando-se ou diferenciando-se a ela.

Em seu estudo, as autoras observaram um grupo de crianças e suas mães. O critério para a formação do grupo de crianças foi o de semelhança entre faixa etária e hipótese diagnóstica, uma vez que estes fatores, para as autoras, facilitam a escolha de estratégias terapêuticas, participação no grupo e desenvolvimento do processo terapêutico. Não há referências à adoção de qualquer teoria de grupo.

Hugenneyer & Oliveira (ibid) afirmam que o grande contingente de pacientes não deve justificar o encaminhamento para este enquadre, mas, entre outros aspectos, o "estar com o outro, o construir a linguagem com seus pares, usando desta para compartilhar as próprias experiências com as outras pessoas, assim como se deparar com as suas dificuldades e capacidades frente ao outro, o que, segundo elas, provoca mudanças terapêuticas" (p.22).

Elas concluíram que:

> "o atendimento em grupo e, inclusive, o silêncio que por vezes se estabelecia entre eles auxiliava o trabalho fonoaudiológico, promovendo o autoconhecimento e a autopercepção a partir da identificação ou, até mesmo, da diferenciação; conseqüentemente provocava um movimento determinante no processo terapêutico" (p. 22).

David (2000), em sua dissertação de mestrado, relata que o atendimento terapêutico fonoaudiológico em grupo volta-se para a atividade discursiva do sujeito, visto que os integrantes do grupo atuam como espelhos para os demais e são também refletidos por eles. "As possibilidades de emergência da linguagem e de percepção do falante parecem, então, ser ampliadas e potencializadas" (p. 92), visto que o falante dispõe de vários interlocutores ao mesmo tempo e estes, por sua vez, apresentam os reflexos de suas ações ou verbalizações.

Esta autora utiliza como critério para a formação do grupo os dados singulares obtidos na avaliação inicial do paciente, o que lhe fornece a indicação do tipo de atendimento que ele terá. O sintoma e a faixa etária são aspectos importantes, mas não determinantes.

Baseando-se em Kaës, a autora conclui que "a potencialidade deste espaço (atendimento fonoaudiológico em grupo), sendo compreendido como um espaço de transformação, não deixa dúvidas sobre sua legitimidade" (ibid, p.109).

Suas considerações aproximam-se das de Lores, citadas anteriormente, e, assim como esta autora, David ressalta a avaliação inicial para a indicação do atendimento, ou seja, o tipo de atendimento é pautado no diagnóstico. Embora sem a intenção, refere-se implicitamente a um princípio do método clínico fonoaudiológico, visto que é a partir do diagnóstico que se dá o encaminhamento para uma técnica ou outra de atendimento.

Outro estudo analisado é o de Vial (2001). Para a autora a terapia em grupo tem o objetivo de propiciar a instauração do funcionamento de linguagem no sentido intersubjetivo, ou seja, linguagem como resultado da relação entre pessoas. "O grupo é semelhante a uma sala de espelhos, na qual o indivíduo encara sua imagem social, psicológica e corporal" (p.26). O terapeuta deve ser um espelho neutro, autêntico ao seu próprio modo de ser.

Esta autora, ao pensar no grupo, assentou-se nos estudos elaborados por psicólogos seguidores de Winnicott, os quais elaboraram um paralelo entre sua teoria de desenvolvimento e o desenvolvimento de um grupo, contribuindo para a intervenção neste enquadre, embora o próprio Winnicott nunca não tenha trabalhado, tampouco desenvolvido, teorizações acerca dos grupos.

Mello Filho (2001), psicólogo brasileiro estudioso de Winnicott, refere-se, em seu trabalho, às possíveis contribuições deste último para a técnica de atendimento em grupo. Relata que o grupo evolui assim como o desenvolvimento do indivíduo;

no início apresenta-se não-integrado, como uma soma de partes, e depois “como a criança contida por uma mãe suficientemente boa, que desenvolve simultaneamente sua sensibilidade interoproprioceptiva com sensações de unidade e equilíbrio e evolui para um estágio de integração” (p.240).

Os estudos apresentados nos permitem afirmar que o atendimento em grupo tem sido, principalmente nos últimos anos, objeto de interesse do campo fonoaudiológico. Ainda assim as publicações apontam para uma busca, ainda inicial, de uma teorização que dê sustentação para a prática clínica.

As preocupações que dominam o cenário dos estudos abordados referem-se à determinação dos princípios para o atendimento, em especial aos critérios para a formação do grupo, ou seja, idade (cronológica/mental), queixa, patologia (intimamente relacionada à concepção de linguagem adotada), sexo, raça e horário disponível; critérios para sua configuração, isto é, número de participantes, grupo aberto ou fechado e duração do atendimento; sempre se partindo do pressuposto de que o grupo é terapêutico.

Cada um dos estudos apresentados aborda ao menos um critério a respeito de sua indicação terapêutica. No entanto, apesar de serem todos internos ao campo fonoaudiológico, o critério escolhido nem sempre é o mesmo. Podemos dizer também que não há consenso quanto à configuração do grupo; para alguns autores o grupo deve apresentar-se com um mínimo de três pessoas, o que vai ao encontro

da proposta de Bion (1975); entretanto, outros sequer mencionam o número de integrantes e há, ainda, os que entendem por grupo um conjunto de dois pacientes. Se há algum consenso nos trabalhos visitados, o mesmo pode ser localizado no fato de o atendimento em grupo ser considerado terapêutico e, portanto, possibilitador de mudanças.

Dessa forma, identificam-se vários delineamentos teóricos sobre esse tipo de atendimento na Fonoaudiologia. Se for pensado enquanto técnica, deverá considerar sua existência a partir do método clínico fonoaudiológico; se esta clínica for a da linguagem, ela também deverá ser objeto e meio das transformações buscadas.

Motivada pelos chamados “sucessos” que obtive na experiência clínica descrita no capítulo anterior e considerando que nestes casos o trabalho com a linguagem foi possível visto que o grupo enquanto tal estava assegurado, busco, no próximo capítulo, partindo de fundamentações teóricas de grupo descritas na literatura psicanalítica amealhadas com minha experiência clínica atual, elencar quais os princípios determinantes para que um grupo fonoaudiológico funcione.

4 PRINCÍPIOS PARA O FUNCIONAMENTO DO GRUPO TERAPÊUTICO

Com base nos estudos analisados no capítulo anterior, pode-se afirmar o interesse da Fonoaudiologia em buscar princípios de sustentação para o atendimento fonoaudiológico em grupo. Em sua aproximação à clínica psicanalítica dedicada ao atendimento em grupo, a Fonoaudiologia deparou-se com várias vertentes, a saber: a escola inglesa - cuja referência principal são os trabalhos de Bion; a escola argentina - assentada sobre estudos realizados por Pichon-Rivière; a escola francesa - que se apóia sobre a proposta de Anzieu e Kaës e a elaboração teórica de Costa, psicanalista brasileiro. Cada uma dessas vertentes trouxe diferenças marcantes quanto ao modo de definir o grupo e seu funcionamento.

No entanto, como salientei, a aproximação feita mostra, nitidamente, uma cisão entre os princípios teóricos extraídos destas clínicas e a prática fonoaudiológica tradicional, centrada no atendimento individual. Ou seja, em última instância, os princípios teóricos, ainda que trazidos para o centro da cena, não são visíveis na clínica. A articulação necessária entre teoria e clínica ou a constituição de uma teoria da clínica, não é entendida como projeto prioritário pela Fonoaudiologia. Além disto, a literatura alçada parece mais confundir que esclarecer. Com base nestes meus achados é que elaborei o formato deste capítulo.

Na primeira parte, tomo a proposta psicanalítica para o funcionamento dos grupos terapêuticos de Zimerman (1997), que considera o “vasto polimorfismo grupalístico (...) e, por conseguinte, a extensa e múltipla possibilidade na variação de estratégias, técnicas e táticas” (p.33) e enumera, de forma genérica, os principais

fundamentos técnicos para o atendimento em grupo, delineando um esqueleto para esta clínica. Encontrei neste estudo uma apreensão bastante didática dos fundamentos teóricos e técnicos para o atendimento em grupo que me levou a alçá-lo a guia deste projeto.

Na segunda parte resgato minha prática clínica atual, ressignificada a partir dos princípios propostos por Zimerman (ibid), princípios estes que foram, tendo em vista as especificidades da clínica da linguagem, modificados. Meu objetivo final é chegar à uma formulação, ainda que preliminar, de princípios teóricos para o atendimento em grupo que o coloquem como parte integrante de uma teoria de clínica.

O fato de a Fonoaudiologia reconhecer-se como uma disciplina clínica exige a sua aproximação a uma teoria da mesma natureza. Para esta aproximação, a Fonoaudiologia pode escolher entre duas alternativas: a clínica médica ou clássica e a clínica psicanalítica. Uma vez que já declinei minha opção pela linguagem enquanto objeto da clínica que discuto aqui, torna-se óbvio que a clínica médica, cujo objeto é o corpo orgânico, nada tem a dizer sobre o atendimento em grupo de sujeitos com desvios de linguagem. Portanto, considero justificada a minha aproximação à clínica psicanalítica.

Ao mesmo tempo em que a Fonoaudiologia aproxima-se da clínica psicanalítica, pelas razões acima colocadas, há também uma aproximação à

Lingüística, dada a natureza de seu objeto e, portanto, segundo Freire (2001), “como disciplina privilegiada em suas relações de interlocução” (p.2).

São provenientes da Lingüística as fundamentações propostas por Saussure, Jakobson e, mais recentemente, por de Lemos sobre o funcionamento da linguagem. Tomei como base para este trabalho a forma como a fala do sujeito é trazida para o centro das discussões e como sua linguagem é tomada enquanto lugar de subjetividade. Também sou adepta da concepção que de Lemos, com Lacan, faz do sujeito como pulsional (de Lemos, 2003). Como anunciei na introdução, não detalharei aqui as suas teorizações, visto não ser o objetivo deste trabalho; vale reafirmar, no entanto, que de acordo com estes estudos a língua é instância do simbólico; dessa forma, com essa aproximação, viso uma clínica voltada para a subjetividade.

Assim, assentada sobre a concepção de sujeito da/na linguagem e sobre os fundamentos teóricos e técnicos para o atendimento psicanalítico em grupo, tentarei propor, na seção seguinte, os princípios desta técnica em consonância com o método clínico fonoaudiológico.

4.1 Sobre as fundamentações técnicas: uma proposta psicanalítica

Ao buscar os fundamentos teóricos do atendimento em grupo torna-se inicial a caracterização do grupo. De acordo com Zimerman (1997), o ser humano, desde o seu nascimento, faz parte de um grupo e durante a sua existência busca a sua identidade individual ao mesmo tempo em que necessita de uma identidade grupal.

Para o autor o individual e o social não existem separadamente; eles se complementam e confundem entre si; o indivíduo se constitui voltado para um outro e na sua relação com o outro, assim o mundo interno e o mundo externo mantêm uma relação de continuidade. Dessa forma ele afirma que "todo indivíduo é um grupo (...) da mesma maneira como todo grupo pode comportar-se como uma individualidade" (p.27).

Segundo Zimerman (ibid) a definição de grupo é bastante vaga e imprecisa. Ela pode abranger desde grupos pequenos (três pessoas) até comunidades, nacionalidades, etc.. Desta forma uma primeira classificação refere-se ao seu tamanho: os grandes grupos pertencem à área da macrosociologia e os pequenos grupos (como os grupos terapêuticos) à micropsicologia.

Uma segunda questão a ser observada refere-se à diferença entre um grupo e um agrupamento. Para o autor, no grupo as pessoas devem apresentar interesses

em comum, enquanto que no agrupamento são interesses comuns, ou seja, as pessoas não têm, necessariamente, vínculos entre si.

Em sua caracterização de grupo terapêutico o autor afirma:

> "um grupo não é mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos (...) é inerente à conceituação de grupo a existência entre os seus membros de alguma forma de interação afetiva" (Zimerman, 1997, p.28).

Dessa forma, para que um grupo se constitua como tal há necessidade de haver um relacionamento entre os integrantes; não basta que todos se assemelhem por um motivo qualquer, é necessário que ocorram trocas e que as pessoas voltem-se para uma necessidade em comum. A partir do estabelecimento de relações entre os integrantes, um contrato entre os mesmos é realizado; são determinados os objetivos, os direitos e os deveres de cada integrante que passam a ser considerados como do grupo. Assim, como diz o autor, "todos os integrantes do grupo estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comuns aos interesses deles" (p.28).

Com relação ao tamanho do grupo, Zimerman (ibid) afirma: "o tamanho de um grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual como a auditiva e a conceitual" (p.28).

Ao referir-se sobre o contrato de trabalho, ele afirma:

> "Deve haver a instituição de um enquadre (setting) e o cumprimento das combinações nele feitas. Assim, além de ter os objetivos claramente definidos, o grupo deve levar em conta a preservação de espaço (os dias e o local das reuniões), de tempo (horários, tempo de duração das reuniões, plano de férias), e a combinação de algumas regras e outras variáveis que delimitem e normatizem a atividade grupal proposta" (p.28).

Embora para o autor cada grupo constitua-se como uma entidade, com identidade própria, ele chama a atenção para o fato de se respeitar e preservar as identidades específicas de cada integrante; como veremos neste capítulo, respeitar a heterogeneidade do grupo. Segundo ele nos grupos sempre existe uma distribuição de papéis e posições, os quais são, muitas vezes, reproduções daqueles assumidos nas suas vidas cotidianas.

Posto o que é o grupo terapêutico, o autor teoriza a respeito do campo grupal, caracterizando-o como uma estrutura que vai além da soma dos seus componentes. Nesta teorização são colocados aspectos que estão, segundo o autor, ativamente presentes no campo grupal. Considero importante destacar, dentre as suas colocações, a presença do jogo de identificações, da comunicação, de vínculos entre os integrantes e do desempenho de papéis. Para ele o campo grupal constitui-se como uma galeria de espelhos, onde cada um pode refletir e ser refletido nos e pelos

outros. Um grupo coeso e bem constituído tem a função de um continente, isto é, um espaço para a contenção das angústias e necessidades de cada integrante.

Zimerman, de conhecimento às possíveis variações nas técnicas, enumera o que para ele caracteriza-se como sendo os principais fundamentos da técnica, e que dizem respeito ao cotidiano da prática grupal. São eles: “planejamento da formação de um grupo; seleção e agrupamento; enquadre; manejos das resistências, dos aspectos transferenciais e dos *actings*; comunicação; atividade interpretativa; papéis; vínculos; término e atributos de um coordenador de grupo” (ibid, p.33).

Inicialmente este autor define o que se entende por técnica, diferenciando-a da tática e da estratégia. Como já descrito, segundo ele a “técnica se refere a um conjunto de procedimentos e de regras, de aplicabilidade prática, e que fundamentam a exeqüibilidade da operação” (p.33).

A primeira recomendação técnica refere-se ao planejamento, isto é, à clareza do que se pretende do grupo – seu objetivo – e qual o caminho para se alcançá-lo. A segunda recomendação refere-se à seleção e agrupamento dos sujeitos para o grupo.

Como foi possível notar no segundo capítulo, esta foi a maior preocupação da maioria dos trabalhos já desenvolvidos na Fonoaudiologia, sendo que como na Psicanálise não há um consenso. Zimerman (ibid) afirma que há psicanalistas que

aceitam quaisquer sujeitos que queiram participar de um grupo, enquanto outros, como ele, preferem selecioná-los.

O terceiro ponto citado refere-se ao "enquadre"[8] (*setting*). Segundo o autor o "enquadre é conceituado como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o funcionamento grupal" (p.35). Assim ele se constitui de todos os acordos que determinam o atendimento, segundo o autor, as regras do jogo. Além disso, é ele quem permite o espaço para as experiências emocionais e também as assunções de papéis e posições.

Segundo este mesmo autor para se configurar um *setting* é necessário se considerar: se o grupo é homogêneo ou heterogêneo, isto é, se todos os pacientes apresentam semelhanças ou se são permitidas diferenciações entre os mesmos; se o grupo é aberto ou fechado, como já esclarecido, se no grupo são possíveis novas entradas ou não; se a duração é limitada ou ilimitada; o número de pacientes que podem fazer parte deste grupo; o número de reuniões e o tempo das mesmas.

A quarta recomendação técnica de Zimerman (ibid) refere-se aos manejos, que são ocorrências do grupo, às quais o terapeuta deve estar atento. A primeira ocorrência que o autor descreve são as resistências. Elas são caracterizadas por atitudes dos integrantes que se repetem, tais como atrasos ou faltas sucessivos, ou ainda apatia no grupo. Estes acontecimentos, geralmente negativos, podem referir-

[8] As palavras entre aspas correspondem àquelas utilizadas pelo próprio autor.

se a sentimentos outros, e devem ser colocados ao grupo para que seus integrantes, juntamente com o terapeuta, busquem uma solução. A segunda ocorrência refere-se aos aspectos transferenciais (que discutirei adiante); a terceira refere-se ao manejo dos *actings*. Entende-se por *actings* "uma determinada conduta que se processa como uma forma de substituir sentimentos que não conseguem se manifestar no plano consciente" (p. 37).

A quinta recomendação técnica apontada por Zimerman (ibid) refere-se à comunicação, aspecto que será aprofundado adiante. A sexta recomendação caracteriza-se pela atividade interpretativa.

Outra recomendação técnica de Zimerman refere-se ao conhecimento das funções do ego, ou seja, "de como os indivíduos utilizam a capacidade de percepção, pensamento, conhecimento, juízo crítico, discriminação, comunicação, ação, etc" (ibid, p.38). Além destas recomendações o autor chama a atenção novamente para o fato de que os pacientes assumem papéis no grupo, os quais também podem ser uma reprodução daqueles assumidos em diversas áreas de sua vida, como vimos anteriormente.

Outros aspectos importantes, segundo ele, são os vínculos formados entre os integrantes do grupo, que favorecem ou desfavorecem os resultados obtidos. O manejo de tais vínculos torna-se, segundo Zimerman, um excelente recurso técnico no trato dos grupos.

O término do atendimento, no caso de um grupo aberto caracterizado pela saída de um integrante do grupo enquanto este continua funcionando, ou pelo fim do grupo todo diante da limitação de tempo, também é um aspecto a ser trabalhado pelo terapeuta com o grupo.

A última recomendação técnica de Zimerman refere-se aos atributos de um coordenador de grupo. Segundo o autor é "impossível dissociar um adequado manejo técnico em qualquer modalidade de grupo, sem que haja uma simultânea atitude interna na pessoa real do profissional" (ibid, p.40). Para ele o terapeuta deve apresentar: conhecimentos, habilidades e atitudes específicas.

Zimerman afirma haver uma extensa e múltipla possibilidade de variação nas técnicas, o que torna o assunto, praticamente inesgotável. As colocações acima expressam um determinado ponto de vista e a justificativa para seu alçamento foi apresentada no início desta parte. Seus estudos devem ser vistos pela Fonoaudiologia como o primeiro passo de uma caminhada. No entanto, não me autorizo a parar por aqui, deixando ao leitor apenas estas considerações como contribuição à área. Faço, a partir deste momento, uma releitura destas considerações e, de minha posição como fonoaudióloga clínica, elaboro princípios norteadores de uma proposta terapêutica em grupo.

4.2 Em busca de princípios estruturadores de uma proposta fonoaudiológica para o atendimento em grupo

Como relatado anteriormente, o método clínico é entendido enquanto articulador entre teoria e prática. Segundo Kokanj (2003), "(...) o comprometimento com uma prática também traz consigo o comprometimento com o caminho que permite instaurar esta prática" (p.1); dada qualquer clínica, no método é que se concentra o 'poder' terapêutico.

Como referi anteriormente, tomo o atendimento em grupo enquanto técnica que, por sua vez, remete a um certo método clínico fonoaudiológico. Portanto, a discussão da técnica deve estar articulada ao método que a subjaz e, por sua vez, o método está referido à clínica.

Adoto aqui a visão de clínica desenvolvida por Freire (2000), dita clínica da subjetividade, onde o sujeito e a linguagem ocupam lugar de destaque. Esta clínica é advinda da aproximação à clínica psicanalítica, que abandona a noção de sujeito consciente e, portanto, com controle sobre a linguagem, e adota a linguagem enquanto material simbólico e opaco, via de acesso ao sujeito do psiquismo, ou seja, do inconsciente.

No método clínico fonoaudiológico (Kokanj, 2003), a linguagem que se manifesta na clínica deve ser escutada pelo terapeuta para além da sua materialidade, alcançando o sujeito presentificado nesta linguagem do sofrimento.

Este método, baseado na concepção de subjetividade advinda da psicanálise e na de língua enquanto rede de significantes, tem como princípios o falar e o escutar. Segundo Kokanj (op cit), “incluir fala significa incluir sistematicidade e imprevisibilidade; é incluir o falante, ou seja, o sujeito capturado por esse funcionamento discursivo” (p.40).

A indicação da terapêutica depende do diagnóstico ou como quer a psicanálise, do diagnóstico deriva a direção do tratamento. A minha afirmação é que o método clínico tem, para sua operacionalização, um conjunto de técnicas com particularidades que as tornam mais ou menos indicadas para determinados quadros de desvios de linguagem. Coloco o atendimento em grupo como uma dessas técnicas, que difere, em pontos que tematizarei adiante, da técnica do atendimento individual. É neste plano que eu diria quase de oposição, que situo as diferenças entre as duas técnicas.

Ao apresentar os princípios norteadores da minha clínica de atendimento em grupo e sua relação com a teoria acima descrita, pretendo pontuar questões singulares à clínica fonoaudiológica. Para tanto, retomo, neste momento, os fundamentos técnicos de Zimerman (1997) e passo a articulá-los com minha prática.

O primeiro fundamento técnico refere-se ao planejamento do atendimento. Segundo Zimerman, diante da resolução de criar e compor um grupo o terapeuta deve estar apto a responder as seguintes questões: “quem vai ser o coordenador?... para o quê e para qual finalidade o grupo está sendo composto?... para quem ele se destina?... como ele funcionará?... onde, em quais circunstâncias e com quais recursos?” (ibid, p.34). A segunda recomendação técnica de Zimerman refere-se à seleção e agrupamento dos pacientes.

O que para Zimerman são considerados primeiro e segundo fundamentos técnicos do atendimento em grupo, para mim são partes integrantes do diagnóstico, pois dizem respeito à circunscrição da terapêutica mais indicada para os sintomas apresentados. Tais questões remetem ao método clínico, mais especificamente à necessária anterioridade do diagnóstico para a indicação da técnica a ser priorizada pelo método clínico que, no caso do atendimento em grupo diz da finalidade de um grupo, da sua constituição (escolha dos seus integrantes) e do seu funcionamento. Considero que estes elementos dependem exclusivamente do objetivo para o qual cada grupo se volta, que é determinado pelos seus integrantes e suas necessidades[9]. A avaliação inicial de cada participante leva ao diagnóstico, determina o objetivo da intervenção, o que por sua vez determina a técnica a ser utilizada. O fonoaudiólogo, diante do sujeito de sua clínica, deve estar apto a avaliá-

[9] Parto da premissa de que os objetivos do trabalho em grupo na clínica da linguagem são o de favorecer o vínculo entre os integrantes e também entre eles e o terapeuta e fornecer trocas entre os mesmos, para propiciar o deslocamento lingüístico-discursivo dos pacientes cujos sintomas dão-se nesse âmbito. No entanto, é fundamental que o terapeuta conheça as necessidades de cada paciente.

lo do ponto de vista de seu funcionamento lingüístico discursivo, e encaminhá-lo para um atendimento em grupo ou individual. Após o diagnóstico e, portanto, da determinação da terapêutica, os agrupamentos são formados, sendo da técnica a transformação destes agrupamentos em grupos.

Dada o diagnóstico do sujeito, ou seja, nas palavras de David (2000), a compreensão do modo singular de funcionamento da linguagem permeando a compreensão da manifestação sintomática, que se refere à seleção dos pacientes para um determinado modo de atendimento, no caso do atendimento em grupo inicia-se a formação dos agrupamentos. Para esta formação deve-se levar em conta aspectos óbvios que permitam o encontro e a aproximação dos pacientes, tais como coincidência de horários e idade, sendo este último um fator relevante quando se trata de crianças ou adolescentes.

Embora seja comum, para a formação dos agrupamentos, a consideração da patologia de linguagem, esta não é uma regra de funcionamento dos grupos; a grupalidade dá-se a partir do momento em que todos os integrantes, nas palavras de Zimerman, apresentam um objetivo em comum. Cabe ao terapeuta, na técnica, tomar este como seu primeiro objetivo: tornar o interesse do agrupamento voltado para um objetivo em comum, para que tenha a possibilidade de construir o grupo e atuar voltado para o objetivo geral da terapia. Caso o terapeuta acredite na facilidade desta tarefa proveniente da aproximação de sujeitos que apresentem uma mesma patologia, este pode ser um critério para a formação dos agrupamentos; no

entanto se o terapeuta acredita que o enriquecimento do grupo deve ser dado de acordo com o maior número de diferenças possíveis entre os pacientes, este é outro critério a ser tomado. Dessa forma é importante que, por ser uma clínica que lida com a subjetividade, os critérios sejam flexibilizados, impedindo a rigidez.

Assim, estes princípios metodológicos, planejamento, seleção e agrupamento, são determinados pelo diagnóstico. No atendimento a que o paciente é submetido, cabe ao terapeuta avaliar os efeitos desta técnica. Há casos em que um paciente demande inicialmente um tipo de intervenção e, posteriormente, necessite de uma outra. Há casos em que as duas técnicas são possíveis. Cabe ao terapeuta conhecer as duas opções e considerá-las em sua clínica.

Meu entendimento da proposta de Zimerman é que a seleção não é anterior à avaliação; é comum vermos o movimento de seleção dos pacientes e sua posterior avaliação, para a formação dos agrupamentos. Proponho aqui, a avaliação determinante do diagnóstico e a seleção a partir dos resultados nela obtidos para a formação dos agrupamentos. Ainda assim, este processo não garante, por si, que o grupo venha a se constituir. Torna-se necessário ressaltar, novamente, que lidamos com subjetividades que serão acessadas no decorrer do atendimento; portanto podem e devem ocorrer mudanças durante o processo de constituição de cada grupo.

Assim, determinada a melhor indicação de atendimento aos sujeitos, são organizados os agrupamentos e dá-se início ao atendimento propriamente dito, ou seja, a técnica terapêutica em grupo.

A terceira recomendação técnica de Zimerman, o estabelecimento de um “enquadre” e a necessidade de preservação do mesmo torna-se, dessa forma, o primeiro princípio técnico da clínica fonoaudiológica, entendido enquanto a construção do grupo e seu funcionamento. Segundo Zimerman (op cit), para a configuração deste “enquadre” deve-se levar em conta como principais elementos: grupo homogêneo ou heterogêneo, fechado ou aberto, limitação de tempo (ou tempo ilimitado), número de participantes, número de reuniões, tempo, etc.

Como relatado, é na prática que o grupo será construído e é na prática que muitas das suas características serão adquiridas, tendo em vista as subjetividades que formarão este grupo. Assim, opto por utilizar tais regras como parâmetros, sem que tenham rigidez.

Na clínica da linguagem, como relatei, parto do princípio metodológico de que as interações podem trazer à tona as diversidades lingüísticas dos pacientes e, a partir daí, estranhamentos, os quais podem levar a uma movimentação lingüístico-discursiva; deste modo a prática pode ser enriquecida pelas heterogeneidades relativas entre os sujeitos e seus sintomas de linguagem. Este aspecto é reforçado

pelas fonoaudiólogas Santos (1993) e Panhoca (1999), referidas no capítulo 2, que afirmam que a heterogeneidade favorece as trocas no grupo.

Ao formar o agrupamento é realizado um contrato entre as partes envolvidas: o terapeuta de um lado e os responsáveis (caso os pacientes sejam crianças) e/ou os pacientes de outro. Neste contrato são informados o modo de funcionamento do atendimento em grupo (número de atendimentos semanais, horários e limitação de tempo) e seus possíveis benefícios aos seus integrantes, e todos são alertados para possíveis mudanças de enquadre, conforme a necessidade.

O contrato prevê ainda, a obediência ao funcionamento da instituição ou da clínica, envolvendo pontos básicos como pagamento, faltas, férias, cumprimento de horários e de datas.

Por ser o grupo aberto, os pacientes têm a possibilidade de sair conforme seus sintomas forem desaparecendo e a demanda for perdendo seu sentido. As altas são, então, aceitas em qualquer período do ano, o que caracteriza o término do grupo para aquele paciente. Desta forma, o grupo tem abertura relativa e permite a entrada ou saída de novos integrantes, de acordo com o seu andamento. No entanto, todas as mudanças são discutidas e decididas pelo grupo e não apenas pelo terapeuta ou pelo paciente cuja entrada ou saída está em questão. É na clínica que se materializa o funcionamento do grupo e o posicionamento do terapeuta.

O número de participantes segue o mesmo raciocínio. A prática tem apontado que o número máximo de pacientes restringe-se geralmente a cinco e o número mínimo a três; o número máximo determinado com o objetivo de garantir a eficácia do tratamento, ou seja, garantir sua atenção aos efeitos da técnica escolhida, e o número mínimo com o objetivo de se evitar que, na ausência de um dos membros, o atendimento seja suspenso. No entanto, deve ficar claro que um contrato bem feito pode evitar este impasse e permitir o funcionamento de duplas.

A quarta recomendação técnica de Zimerman referente aos manejos é, na clínica fonoaudiológica, um segundo princípio técnico, entendido pela posição do terapeuta em relação aos acontecimentos discursivos do grupo em seu funcionamento. Esta posição do terapeuta depende, segundo Zimerman, de seus "atributos", questão que será tomada adiante.

No atendimento individual, o terapeuta é entendido como Outro, rede de significantes, posição esta que no grupo é assumida por todos os integrantes.

Da mesma forma que nos atendimentos psicanalíticos em grupo, reconheço que nos atendimentos fonoaudiológicos também ocorrem resistências, transferências, contra-transferências e atuações, termos utilizados por Zimerman ao se referir aos manejos. No entanto, não irei me deter sobre estas questões, pois estão fora do escopo deste trabalho.

A quinta recomendação técnica proposta por Zimerman refere-se à comunicação, segundo o autor, verbal e não-verbal. Neste ponto retomo que o método fonoaudiológico presume uma determinada concepção de linguagem a qual embasa as suas técnicas. Como relatado, a linguagem é o recurso técnico da intervenção fonoaudiológica. O que ocorre é que nos grupos várias são as bocas e vários são os ouvidos, o que cria diversas redes e diversas formas de interpretação, enquanto que no atendimento individual esta relação se dá entre terapeuta e paciente.

Os atendimentos psicanalíticos priorizam a 'comunicação', termo utilizado por Zimerman, que, na clínica fonoaudiológica, me autorizo a substituir por linguagem, tendo em vista que é ela quem permite as mudanças lingüístico-discursivas. Estas mudanças ou deslizamentos decorrem do estranhamento do outro diante da produção do falante. Este estranhamento leva, muitas vezes, à interpretação[10]; os pacientes estranham as produções, interpretam doando um sentido ao que ouviram e, a partir de então levam a um movimento de reestruturação da fala. Como relatado, na clínica, é comum o terapeuta centralizar esta posição no início do tratamento, posição que vai sendo assumida pelos demais integrantes no decorrer do processo. Este é o terceiro princípio técnico deste atendimento.

[10] De acordo com o ponto de vista adotado nesta pesquisa, a interpretação ou atividade interpretativa é entendida como a dotação de sentidos às falas.

Ainda, durante o processo, os integrantes passam a assumir outras posições que vão dando ao grupo múltiplas formas de combinação e funcionamento. Observam-se mudanças nos efeitos de suas interpretações sobre a fala, uns dos outros, e o grupo se mostra em constante mutação, ficando a cargo do terapeuta tanto a avaliação sistemática das mudanças como o contorno das situações que possam trazer algum comprometimento ao grupo.

Diferentemente da interação adulto-criança, onde o adulto assume a posição de intérprete, na relação entre coetâneos há uma conquista para esse lugar, o que propicia este movimento. O fato de o adulto ser um falante com linguagem adquirida faz com que ele possa interpretar a fala do paciente o tempo todo. Na interação entre coetâneos, onde o terapeuta permite estas trocas, diferentemente, há uma alternância na ocupação desta posição (Mendonça, 1989 e Morais, 2001).

É importante afirmar que ao mesmo tempo em que um integrante tem sua fala interpretada, isto é, dotada de um sentido, ele também é agente, ou seja, ele dá a outras falas, interpretações, o que acarreta em deslocamentos discursivos simultâneos. Em muitos casos, no entanto, estas interpretações não causam estranhamento ao próprio falante.

A atividade interpretativa, sexta recomendação técnica de Zimerman, por ser da clínica psicanalítica apresenta um enfoque bastante diferente do da clínica fonoaudiológica. Ainda assim, esta atividade, com o sentido aqui utilizado, é de

extrema importância, visto que é a partir da sua ação que os deslocamentos de posições discursivas ocorrem. Desta forma não basta ter a linguagem presentificada no grupo; a atividade interpretativa deve fazer parte dos acontecimentos; este é o quarto princípio técnico.

É fundamental, neste atendimento, que o terapeuta esteja atento aos acontecimentos do grupo de modo a manter o processo terapêutico. Suas atitudes de estranhamento ou interpretação da fala dos integrantes devem ganhar um sentido no grupo significativo para a direção para a 'cura', tornando-se, paulatinamente, atitude de todos os seus integrantes.

Zimerman (op cit), na seqüência, apresenta sua sexta recomendação teórica, as funções do ego, que consistem na atitude do terapeuta em fazer com que cada integrante do grupo saiba ouvir o outro, ver as diferenças pessoais, enfim, colocar-se no lugar de um outro. Neste ponto Zimerman trata de especificidades da clínica psicanalítica, que não serão adotadas por mim na clínica fonoaudiológica.

A sétima recomendação técnica de Zimerman, aquela que mais se aproxima às considerações de Bion, refere-se ao "desempenho de papéis" assumidos pelos integrantes do grupo. Segundo Zimerman, cada integrante assume um "papel" e cabe ao terapeuta estar atento para que não haja fixação nos mesmos, visto que geralmente estes "papéis" assumidos no grupo refletem papéis assumidos na vida cotidiana.

Na clínica fonoaudiológica esta questão torna-se um princípio técnico ao se considerar que na interação entre os integrantes as posições de locutor, interlocutor e, portanto, falante e ouvinte, devem estar sempre se transformando, sendo que cada um dos integrantes deve, a todo momento, estar assumindo-as.

Zimerman ressalta, como oitava recomendação técnica, a formação de "vínculos" entre os integrantes. Ao se retomar a questão de que para que o grupo possa ser construído deve haver interesses em comum, é fundamental que haja algum vínculo entre os sujeitos. É necessário que estes possam ser afetados e afetar. No entanto, não cabe à Fonoaudiologia o trabalho com estes vínculos; assim como as funções do ego, este aspecto refere-se à clínica psicanalítica.

Quanto ao término do atendimento, isto é, a limitação ou não do tempo, nona recomendação técnica do autor, considero, na clínica fonoaudiológica, que o grupo tem uma determinada duração para cada paciente, o que justifica o fato de mantê-lo aberto (permitindo a entrada ou saída dos integrantes). Por considerar a subjetividade não é possível estabelecer uma regra de tempo cronológico, mas entender que o que emerge na clínica da linguagem, é o tempo lógico. Dessa forma, este aspecto passa a ser considerado o sexto princípio técnico para este tipo de atendimento.

Por último, a décima recomendação técnica de Zimerman que na clínica fonoaudiológica torna-se o oitavo princípio técnico, refere-se aos "atributos de um

coordenador de grupo". Como descrevi, o terapeuta no grupo tem uma função específica que difere daquela exercida no atendimento individual. Para tanto, ele deve apresentar algumas características também específicas. Dessa forma, termino estas considerações tomando como minhas as palavras de Zimerman (1997) ao referir-se a elas. Para o autor o terapeuta deve:

> "-Gostar e acreditar em grupos.
>
> -Ser continente (capacidade de conter as angústias e necessidades dos outros, e também as suas próprias).
>
> -Empatia (poder colocar-se no lugar do outro e assim manter uma sintonia afetiva). (...)
>
> -Comunicação (tanto como emissor ou receptor, com a linguagem verbal ou a não-verbal, com a preservação de um estilo próprio, e com a forma de modelo para os demais do grupo).
>
> -Ser verdadeiro (se o coordenador não tiver amor às verdades e preferir não enfrentá-las, não poderá servir como um modelo para o seu grupo, e o melhor será trocar de profissão).
>
> -Senso de humor (um coordenador pode ser rígido, flexível sem ser frouxo, bom sem ser bonzinho e, da mesma forma, pode descontrair, rir, brincar, sem perder o seu papel e a manutenção dos necessários limites). (...)" (Zimerman, 1997, p.40).

Considero como essenciais tais características, concordando integralmente com as justificativas do autor.

Neste capítulo procurei detalhar a direção do tratamento quando a técnica escolhida for a do atendimento em grupo, articulando questões fundamentais advindas de minha prática às recomendações técnicas já descritas por Zimerman, na busca de configurar princípios específicos para este tipo de atendimento na Fonoaudiologia.

Alguns pontos foram mais marcados que outros, no entanto é preciso considerar que mesmo nestes não há rigidez na intervenção, pois a clínica de linguagem inclui a subjetividade e, dessa forma, deve considerar os acontecimentos que só se darão a ver na própria clínica. Dessa forma é somente a partir dela que se conhece o funcionamento de cada grupo, provisório e instável, mas que sob a escuta do terapeuta pode se transformar em uma técnica eficaz e eficiente.

5 CONCLUSÕES

O interesse pelo atendimento em grupo partiu da minha prática clínica quando, diante dos questionamentos por ela provocados, vi-me desprovida de teorização específica que pudesse resolvê-los.

Fui em busca, então, de conhecimentos que pudessem embasar minha prática, com o objetivo de localizar e definir o atendimento em grupo. Recorri inicialmente a leituras sobre esse tema e, como decorrência das questões que permaneceram apesar destas leituras, fui levada a outras referentes à natureza da clínica a qual me remetia. A partir destas, passei a localizar o atendimento em grupo enquanto uma técnica do método clínico fonoaudiológico.

Neste trabalho entendo por método clínico o caminho para se chegar a um fim, obtido pela articulação entre teoria e prática, prática esta orientada por suas bases teóricas.

A primeira questão a ser, por mim, assumida, foi, portanto, a de enfrentar as implicações advindas da localização do atendimento em grupo. Ao falar em método, aponto a obrigatória articulação entre este e uma determinada clínica e seus desdobramentos. Neste trabalho, opto por uma aproximação à clínica psicanalítica, à concepção de subjetividade nela implícita e a de linguagem enquanto rede de significantes.

Pautada nestas considerações iniciei esta pesquisa com o objetivo de diferenciar a técnica de atendimento em grupo de outras possíveis e apontar as suas

especificidades. Assim propus, neste trabalho, elaborar os princípios estruturantes desta técnica.

Meu primeiro passo foi procurar na literatura fonoaudiológica brasileira os princípios que regiam os atendimentos apresentados, ou vislumbrar a articulação entre teoria e técnica. Os achados, no entanto, mostraram-me que, apesar do grande interesse em se estudar tal assunto, a preocupação voltava-se ora para o diagnóstico visto como anterior para o atendimento, ora para os critérios de agrupamento dos sujeitos.

Tais estudos contribuíram para a compreensão do momento anterior ao alçamento da técnica propriamente dita, em que os sujeitos são avaliados e encaminhados para uma terapêutica.

Portanto, o objetivo deste trabalho pediu uma nova busca, e a clínica psicanalítica com grupos foi a escolhida. Zimerman (1997), em seus estudos sobre a temática em questão, forneceu-me os princípios teóricos e técnicos para esta fundamentação.

Trazendo a linguagem para o centro da cena clínica discuti cada fundamento proposto pelo autor, o que me permitiu a elaboração de princípios estruturantes da técnica de atendimento em grupo na clínica fonoaudiológica, a saber:

1. a construção e o funcionamento do grupo;

2. a posição do terapeuta; a comunicação, aqui ressignificada como atividade intersubjetiva;
3. a ação interpretativa;
4. a assunção de posições discursivas;
5. o tempo do atendimento;
6. as características do terapeuta.

Estes princípios, enquanto tais, deverão ser tomados como inspiração para as discussões que, com certeza, serão por eles geradas.

Concluo esta pesquisa afirmando que o atendimento em grupo, prática bastante freqüente na clínica fonoaudiológica deve apresentar, de acordo com Althusser (1964) “uma teoria que” esteja “em relação com a prática e com a técnica” (p.53), ou seja, pautada em conhecimentos teóricos, que possibilitem a compreensão do processo terapêutico. Por sua vez, esta técnica deve responder a princípios norteadores que a explicitem, diferenciando-a de outras práticas.

Aponto, por fim, que a diferença primordial entre a técnica de atendimento individual e a de atendimento em grupo explicita-se pelas posições lingüístico-discursivas, ou seja, pelas especificidades que atravessam a relação criança (sujeito) x Outro (língua) x outro (terapeuta). Esta questão, por sua vez, dada a sua complexidade, demanda uma discussão aprofundada que deverá ser objeto de outra pesquisa clínica.

6 REFERÊNCIAS

Althusser L. Freud e Lacan. In: Althusser L. Freud e Lacan – Marx e Freud. Traduzido por: Evangelista WJ. Rio de Janeiro: Graal; 1991. p. 47-71.

Anzieu D. O Grupo e o inconsciente: o imaginário grupal. Traduzido por: Fucks A., Gurovitz H. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.

Bion WR. Experiências com grupos. Traduzido por: Oliveira WI. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago USP; 1975.

Classes AJ, Zimmerman IC. Clinical interpretation of the Wechsler inteligence scale for children, s/d; 1968.

Corrêa MB. Considerações sobre a terapia de grupo na clínica fonoaudiológica. In: Lier-De Vitto MF, organizadora. Fonoaudiologia: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez; 1994. p.39-48.

Costa JF. Psicanálise e contexto social: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus; 1989.

David RHF. A Fusão das cores: o sentido terapêutico na clínica fonoaudiológica de grupo [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

De Lemos CTG. Corpo & corpus. In: Leite NVA, organizadora. Corpolinguagem: gestos e afetos. Campinas: Mercado de Letras; 2000. p.21-9.

Freire RM. A fundação da clínica fonoaudiológica. In: 9º Congresso de Fonoaudiologia. Guarapari; 2001.

Freire RM. O diagnóstico nas alterações da linguagem infantil. Dist da Comunic 2000; 12(1):107-116.

Freitas AP et al. O grupo terapêutico fonoaudiológico – ensaios preliminares. Rev Bras Fonoaudiol 1999; 5:57-64.

Freud S. Totem e Tabu. In: Freud S. Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. XIII: 13-124.

Freud S. Psicologia de grupo e análise do ego. In: Freud S. Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. XVIII: 79-154.

Freud S. Mal estar na civilização. In: Freud S. Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. XXI: 67-148.

Houaiss A., Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. Método; p.1910. Técnica; p. 2683.

Hugenneyer AG, de Oliveira SMRP. Terapia fonoaudiológica em grupo: um caminho possível. Rev Bras de Fonoaudiol 2000; 6:19-23.

Kaës R. O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. Traduzido por: José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Kokanj AS. Método clínico fonoaudiológico: quando o discurso toma a palavra [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.

Lores C. Grupo de crianças e de familiares: uma perspectiva de atuação fonoaudiológica em unidade básica de saúde [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

Mello Filho J. O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Mendonça JS. A atividade comunicativa na interação entre crianças pequenas [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1989.

Morais CALA. Estudo dos efeitos lingüístico-discursivos na interação criança-criança: suas implicações na Fonoaudiologia [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

Moreno JL. Psicoterapia de grupo e psicodrama: introdução à teoria e à práxis. Traduzido por: Cesarino Filho ACM. São Paulo: Mestre Jou; 1974.

Panhoca I. O grupo terapêutico-fonoaudiológico e a literatura infantil – constituindo um saber. Dist da Comunic 1999; 11(1):29-57.

Pichon-Rivière E. O processo grupal. Traduzido por: Velloso MAF. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Santos VR. Fonoaudiologia e grupo: construção de um processo terapêutico [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1993.

Vial TCL. O grupo terapêutico como estratégia de intervenção fonoaudiológica no campo da saúde coletiva [TCC]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

Vygotsky LS. Pensamento e linguagem. Traduzido por: Camargo JL. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Weffort MF. O que é um grupo? In: Weffort MF et al. Grupo: indivíduo, saber e parceria - malhas do conhecimento. São Paulo: Espaço Pedagógico; 1997. p.17-26.

Zimerman DE. Fundamentos Teóricos. In: Zimerman DE, Osório LC e colaboradores. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997:23-31.

Zimerman DE. Fundamentos Técnicos. In: Zimerman DE, Osório LC e colaboradores. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997:23-40.