



COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO DO CONDUTOR E DO FACILITADOR DO GRUPO DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR



"Competências e formação do Condutor e Facilitador de Grupo de Psicanálise Multifamiliar" representa o resultado do estudo sobre os componentes característicos de um programa de formação em Grupos de Psicanálise Multifamiliar em Itália, Bélgica, Espanha e Portugal. Este volume reúne os documentos elaborados na segunda fase do projeto "Grupos Multifamiliares em Saúde Mental" (FA.M.HE.), apoiado financeiramente pela União Europeia através do Programa Erasmus+.

Os cinco partners do projeto colaboraram no seu desenvolvimento: o "Laboratório Italiano de Psicanálise Multifamiliar" de Roma, como coordenador do projeto; a "Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina" de Lisboa; a "Azienda Sanitaria Locale Roma1" de Roma; a "Associação de Psicoterapia Psicanalítica de Casal, Família e Grupo Multifamiliar" de Bilbao; e o "Centro Psiquiátrico Universitário Z.ORG KU" de Lovaina.

© 2021-2024 pela FA.M.HE. Project. "O apoio da Comissão Europeia à produção desta publicação não constitui uma aprovação dos conteúdos, que refletem exclusivamente as opiniões dos autores, e a Comissão não pode ser responsabilizada por qualquer uso que possa ser feito das informações nela contidas".

ÍNDICE

PREFÁCIO	5
PRIMEIRA PARTE "VADE-MÉCUM – OS ELEMENTOS CHAVE DA CONDUÇÃO E FACILITAÇÃO DE GRUPOS DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR" BASEADO NA TEORIA DE JORGE GARCIA BADARACCO	8
INTRODUÇÃO	8
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	13
1.1. Interdependências Recíprocas	13
1.2. Virtualidade Saudável	14
1.3. Processo terapêutico	15
1.4. Recursos Genuínos do Ego.....	16
1.5. Processos de Identificação	17
1.6. Vivência.....	18
1.7. Mente Ampliada	19
2. RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE GPMF	20
2.1. Sobre o setting	20
2.2. Transferências múltiplas	20
2.3. Clima emocional	21
2.4. Conselhos práticos	21
2.5. Fatores de cura.....	23
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
SEGUNDA PARTE "AS COMPETÊNCIAS DO CONDUTOR E FACILITADOR DO GRUPO DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR"	25
INTRODUÇÃO	25
1. O GRUPO DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR	27
1.1. Questões teóricas	27
1.2. Riscos e importância das competências do condutor	32
1.3. Competências do condutor: uma primeira lista	34
1.4. Conclusão	35
2. SISTEMA DE COMPETÊNCIAS DO CONDUTOR DE GRUPOS DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR: DAS FAMÍLIAS DE COMPETÊNCIAS AOS COMPORTAMENTOS COERENTES	37
2.1. O que podemos dizer sobre Competência	37
2.2. Área das Competências Estratégicas.....	39
2.3. Área das Competências Transversais de Gestão Terapêutica.....	42
2.4. Área das Competências Pessoais, Éticas, Sociais e Culturais	46
3. MATRIZ DE FAMÍLIAS DE COMPETÊNCIAS	48
TERCEIRA PARTE "PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE CONDUTORES E FACILITADORES DO GRUPO DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR"	49
1. EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO DO LIPSIM	50
1.1. O Caminho Percorrido	50
1.2. Mestrado bienal em Psicanálise Multifamiliar	51
2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	52
2.1. O Esquema das "Articulações" (Anexo 1)	52
2.2. As regras do setting	54
2.3. Observações sobre a participação dos técnicos	54
3. PROPOSTA DE FORMAÇÃO	56
3.1. Facilitador e Condutor do GPMF	57
3.2. O Percurso formativo	59

3.3. As Competências do Facilitador e do Condutor	61
3.4. Objetivos e organização das atividades	63
QUARTA PARTE "CONTRIBUIÇÕES DOS PARCEIROS"	70
A. ESPANHA	70
A.I Impacto do Psicanálise Multifamiliar em Espanha Por Norberto Mascaró Masri	70
A.II Criação de um GPMF numa instituição pública Norberto Mascaró Masri	72
B. PORTUGAL	76
B.I História dos Grupos Multifamiliares em Portugal por Paula Godinho	76
B.II A "Síndrome das Portas Abertas": Um Diagnóstico Baseado num Grupo Multifamiliar Maria João Centeno; Paula Godinho; Teresa Fialho; Ana Luísa Teixeira; Isaura Manso Neto	77
C. BÉLGICA	83
C.I Psicanálise multifamiliar na Bélgica por Martine Lambrechts	83
C.II O início de um (grupo multifamiliar) GMF para jovens pacientes psicóticos e suas famílias dentro de um enquadramento sistémico e psicodinámico Martine Lambrechts e Jef Lisaerde	85
D. ITÁLIA	95
D.I O impacto da Psicanálise Multifamiliar em Itália Andrea Narracci	95
D.II - Os principais conceitos da Psicanálise Multifamiliar Andrea Narracci, Alessandro Antonucci	96
BIBLIOGRAFIA	105

PREFÁCIO

"Competências e Formação do Condutor e Facilitador de Grupo de Psicanálise Multifamiliar" é o resultado de diversos níveis de conhecimento e elaboração que, ao longo de quase dois anos de trabalho conjunto realizado pelos cinco parceiros do projeto "FA.M.HE.", foram cruzados e conectados através:

1. da análise das características e difusão dos grupos multifamiliares nos quatro países envolvidos;
2. das considerações e reflexões compartilhadas pelos participantes internacionais do próprio Projeto ao longo desses dois anos;
3. das experiências formativas adquiridas pelos parceiros ao longo dos anos.

O objetivo final foi a co- construção de um Programa Formativo em Psicanálise Multifamiliar que, dentro do respeito pela moldura epistemológica, garanta eficácia, reprodutibilidade e verificabilidade dos percursos formativos nas diversas realidades socio-sanitárias europeias.

O Programa Formativo é dedicado às duas figuras centrais e integradas em seus papéis, ativas no trabalho terapêutico com o Grupo de Psicanálise Multifamiliar: o Condutor e o Facilitador.

O documento é dirigido principalmente aos profissionais que exercem a sua atividade na área da saúde (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores) e às famílias interessadas em Saúde Mental, mas a metodologia descrita pode ser utilizada também em outros contextos, quando houver necessidade de resolução de conflitos relacionais ou institucionais; portanto, pode ser utilizada também por profissionais que atuam em contextos educacionais, judiciais, sociais.

Neste prefácio, apresentamos uma breve síntese dos três documentos que representam os três capítulos que constituem o volume. Foram elaborados pelos parceiros ao longo destes meses e utilizados como trabalhos integrados entre si para a definição do percurso formativo em Psicanálise Multifamiliar, com o objetivo de dar sentido à progressão no desenvolvimento da estrutura metodológica na qual se insere a proposta formativa.

A **PRIMEIRA PARTE** é constituída por um Vade-mécum com os conceitos-chave da Psicanálise Multifamiliar.

O Vade-mécum foi elaborado seguindo as ideias de J. Garcia Badaracco e os contributos dos parceiros dos países participantes do Projeto, com a coordenação do parceiro "Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar" de Bilbao. O conteúdo deste documento foi definido pelos cinco parceiros do projeto durante um *workshop* transnacional que teve lugar em Roma em novembro de 2022. O produto final foi desenvolvido pelos parceiros e posteriormente discutido e aprovado nos encontros *online* subsequentes.

A Psicanálise Multifamiliar (PMF), novo paradigma no sistema terapêutico relativo ao sofrimento psíquico, aprofundou ao longo dos anos a sua conceptualização teórica e os seus conteúdos metodológicos através de uma contínua dialética entre a prática clínica (o Grupo Multifamiliar como laboratório e oficina de ideias) e a teoria (conjunto de hipóteses, produto dessa prática clínica).

O Vade-mécum destaca os conteúdos da teoria, metodologia e prática clínica que, em conjunto, definem a filosofia de cuidado e intervenção. A PMF constitui, de fato, um quadro de referência original e criativo que permite simultaneamente (re) pensar o desenvolvimento saudável, a organização patológica do sofrimento mental e os percursos nos cuidados a pacientes graves e/ou crônicos; representa uma maneira inovadora de trabalhar que inclui a criação de um clima emocional de segurança, solidariedade e confiança e modalidades de intervenção dialógicas e igualitárias.

O documento descreve os fundamentos teóricos da intervenção, as recomendações práticas para a condução de um GMF e os elementos curativos da intervenção multifamiliar.

Na **SEGUNDA PARTE** é descrito o "Sistema de Competências do Condutor do GPMF: das famílias de competências aos comportamentos coerentes".

A elaboração deste documento ocorreu com a contribuição de todos os parceiros e foi coordenada pelo parceiro "Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare" de Roma. Os conteúdos foram definidos e aperfeiçoados nos diferentes encontros *online*, e a forma final foi aprovada no Encontro Transnacional realizado em Bilbao em outubro de 2023.

O documento visa chegar à definição de uma matriz de competências profissionais do Condutor/Facilitador do Grupo Multifamiliar. Inicia com a descrição do perfil do Condutor, especialmente em relação às competências profissionais específicas em comparação com outras figuras psicoterapêuticas. De fato, o Grupo de Psicanálise Multifamiliar representa uma abordagem terapêutica poderosa em que é importante reconhecer e gerir cuidadosamente os potenciais riscos e desafios, para garantir um tratamento eficaz e seguro para todos os participantes. Para mitigar esses riscos e garantir o sucesso do grupo terapêutico, as competências e formação do Condutor são cruciais.

O documento destaca que o referencial não é apenas e tanto o background teórico possuído pelo Condutor, mas a expressão de competências transversais terapêuticas sobre as quais se organiza o ambiente multifamiliar específico e que podem ser possuídas/desenvolvidas por todas as diferentes figuras que compõem a equipa de condução.

Através da definição do conceito de competência, foram organizadas famílias específicas de competências, ou seja, o conjunto homogêneo de comportamentos que se referem a conhecimentos e habilidades semelhantes, caracterizando o comportamento do Condutor/Facilitador, dentro do "setting" específico.

O processo de descrição dos comportamentos observáveis em cada família de competências, resumidos na expressão "saber fazer", permitiu o desenvolvimento da matriz de competências do Condutor cuja aquisição/desenvolvimento ajuda a garantir o bom funcionamento do Grupo.

A **TERCEIRA PARTE** propõe o "Programa formativo para os Condutores e Facilitadores de Grupo de Psicanálise Multifamiliar".

O conteúdo deste documento foi definido numa reunião transnacional entre os parceiros, realizada em Bilbao, e posteriormente desenvolvido e aprovado com a contribuição de todos os parceiros do projeto durante as reuniões transnacionais dedicadas. O parceiro "Laboratório Italiano de Psicoanálise Multifamiliar" coordenou sua elaboração e redação final.

Com base nas competências formativas adquiridas ao longo dos anos pelos parceiros do Projeto, a experiência do LIPsiM no campo didático e da formação foi aprofundada, representando uma

primeira tentativa de formular um percurso formal de aprendizagem coerente com os pressupostos fundamentais da PMF. Posteriormente, foram sistematizadas as reflexões surgidas nos diferentes momentos de troca e discussão entre todos os parceiros, ocorridos também fora do programa formal de reuniões, às vezes como um "brainstorming" espontâneo, outras como uma narrativa experiencial, e que, no seu conjunto, constituíram a valiosa trama sobre a qual foram co-construídos todos os produtos previstos pelo Projeto.

Começando pela definição das figuras profissionais a que se destina, o Condutor e o Facilitador do Grupo de Psicanálise Multifamiliar, o projeto formativo é descrito, estruturado em três anos consecutivos, cada um dos quais permite a aquisição de habilidades/competências específicas para cada figura. Os elementos mais característicos do programa são o primeiro nível formativo para os Facilitadores, compartilhado por todos os papéis profissionais previstos nos Serviços de Saúde Mental, e a centralidade da participação direta de todos num Grupo Multifamiliar com função didática durante toda a experiência formativa. A última parte é dedicada à definição de um programa modular adaptável às diferentes realidades sócio sanitárias presentes na Europa, mas ao mesmo tempo eficaz, verificável e reproduzível.

PRIMEIRA PARTE

“VADE-MÉCUM – OS ELEMENTOS CHAVE DA CONDUÇÃO E FACILITAÇÃO DE GRUPOS DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR” BASEADO NA TEORIA DE JORGE GARCIA BADARACCO

INTRODUÇÃO

O Grupo Psicanalítico Multifamiliar (GPMF) é um espaço terapêutico eficaz e tornou-se um laboratório sócio-experiencial que permite, através da partilha de experiências e da interação entre os membros do grupo, a abordagem e o tratamento de uma população heterogénea composta por famílias com diferentes patologias.

O GPMF integra, pelo menos, duas gerações, incluindo a pessoa que está a receber cuidados específicos de saúde mental.

O GPMF um grupo grande, aberto ou semiaberto, que se forma gradualmente e pode reunir de 10 a mais de 100 pessoas.

Replica uma amostra da nossa sociedade (mini-sociedade) com famílias de diferentes culturas e níveis socioeconómicos, que participam numa experiência comum, onde partilham as suas ansiedades e angústias e podem enfrentar as suas dificuldades num ambiente de segurança e confiança.

O grupo é conduzido por profissionais de saúde mental que trabalham em coterapia constituindo uma equipa terapêutica multidisciplinar.

A sessão de grupo geralmente ocorre semanalmente ou quinzenalmente, com duração entre 90 e 120 minutos.

No final da década de 1950, J. García Badaracco, após regressar a Buenos Aires, realizou uma série de experiências num serviço de pacientes crónicos do Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda, na cidade de Buenos Aires.

Tendo concluído a sua formação psiquiátrica e psicanalítica em Paris, e influenciado pelas ideias de Maxwell Jones na Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional Francesa, dedicou-se a aplicação dos conhecimentos psicanalíticos à patologia mental grave.

Para tal, utilizou uma metodologia que denominou "recontextualização", que consistia na validação das contribuições das diferentes escolas psicanalíticas, através da observação e aplicação dos seus conceitos num contexto alargado (comunidade terapêutica e grupo multifamiliar). A falta de recursos, dificuldades organizativas e algumas situações excecionais levaram-no a reunir diariamente todos os pacientes do serviço, os seus familiares e os profissionais que com eles trabalhavam.

Nasceram assim os primeiros grupos multifamiliares, que se tornaram um laboratório sócio experiencial, onde a interação entre os membros do grupo multifamiliar permitiu observar fenômenos psicológicos até então não descritos na clínica psicanalítica.

O grupo multifamiliar permite a observação das três dimensões da mente, ou seja, individual, familiar e social, e gera uma unidade de análise que permite uma compreensão mais ampla do mundo psíquico interior e da sua interação com o mundo exterior, que se manifesta nas Interdependências Recíprocas.

O conceito de Interdependência Recíproca ganhou relevância ao longo do tempo e tornou-se um dos fundamentos, em conjunto com a Virtualidade Sã, Recursos Genuínos do Ego, Processo Terapêutico, Objeto Enlouquecedor (presenças enlouquecedoras) e outros conceitos, deram origem a um novo paradigma: a Psicanálise Multifamiliar.

Durante mais de sessenta anos, a conceitualização teórica e os conteúdos metodológicos deste paradigma foram aprofundados, através de um continuum dialético entre a prática clínica (o GPMF como laboratório) e a teoria, como conjunto de hipóteses produzidas por essa observação clínica.

Esta introdução destaca os conteúdos da teoria, metodologia e prática clínica, que definem uma filosofia assistencial.

A psicanálise multifamiliar constitui um quadro de referência original e criativo que permite (re)pensar o desenvolvimento saudável, a organização patológica do sofrimento mental e os caminhos de tratamento de pacientes graves e/ou crônicos.

Ao contrário de outras modalidades psicanalíticas, esta forma de trabalhar tem uma metodologia específica em termos de enquadramento, gestão da transferência, criação de um clima emocional de segurança, confiança e solidariedade e modalidades de intervenção através da conversação. Tudo isto é produto de um pensamento complexo, que tentaremos apresentar neste Vade-mécum.

Possibilidade de Tratamento

Contrariamente ao que acontece nas diretrizes psiquiátricas de base biológico-orgânica, que prevêm a "gestão" dos sintomas numa perspectiva de "normalização" mais ou menos parcial do "paciente", a Psicanálise Multifamiliar propõe-se trabalhar com as pessoas e as relações num sentido transformador, partindo do potencial não expresso - a virtualidade saudável - e não dos elementos patológicos.

Todos são vistos como pessoas potencialmente saudáveis e não como doentes, existindo uma possibilidade de tratamento, mesmo nas situações mais graves e/ou crônicas.

A forma de olhar para uma pessoa está intimamente relacionada com o que se imagina do outro, o olhar não se discute, penetra diretamente no inconsciente e conota emocionalmente a relação.

O medo, a perplexidade, a insensatez presentes no olhar do outro, em particular de um psiquiatra, podem ter um enorme poder patogénico sobre uma pessoa que já está assustada e perplexa com o que lhe está a acontecer; ao passo que o sentir-se considerado como alguém que possui um potencial de saúde, ainda que não visível, gera esperança e confiança a partir das quais se pode começar o processo de cura/recuperação.

Uma parte importante do sofrimento deriva da incompreensão e da crueldade inconsciente para com o outro, especialmente o mais próximo; a crise pode ser vista como uma tentativa desesperada de trazer à luz potencialidades saudáveis, individuais e relacionais, uma oportunidade para introduzir mudança e transformação nas armadilhas familiares do sofrimento.

Do mesmo modo, a diferente sintomatologia pode ser considerada como a linguagem concreta para expressar necessidades e estados emocionais inexpressáveis, exagero de processos normais e a expressão de um potencial invisível.

A possibilidade de cura e recuperação estrutura-se em torno da possibilidade de tolerar a passagem da certeza para a incerteza, da ordem para a desordem, da coerência para a contradição: as regressões e as recaídas não são um sinal de "incurabilidade", mas representam momentos inevitáveis de verificação para enfrentar novas situações.

O Sofrimento Mental ocorre na relação entre duas ou mais pessoas

O sofrimento mental manifesta-se sempre nas relações patogénicas entre duas ou mais pessoas. O desenvolvimento destas relações é frequentemente o resultado de tramas inconscientes, por vezes secretas e ocultas, que revelam a existência de uma interdependência mútua.

Em todos os conflitos humanos é possível detetar a presença destas tramas; neste sentido, o sofrimento mental pode ser visto como a expressão particular de uma interdependência recíproca, patogénica e patológica.

Quando pensamos na doença mental, tendemos a referir-nos à psicopatologia como algo que pertence à esfera individual, negando o intercâmbio interativo entre a mente e o ambiente, ou seja, excluindo a realidade relacional.

Quando pensamos em doença mental, referimo-nos habitualmente à psicopatologia, como se fosse algo que pertencesse à esfera individual, negando o intercâmbio interativo entre mente e ambiente, ou seja, excluindo a pessoa e a sua realidade relacional.

O potencial de crescimento e desenvolvimento da personalidade está sempre presente no ser humano e representa a virtualidade saudável; são as interdependências patogênicas e patológicas que operam a partir do exterior ou da realidade interiorizada ("os outros em nós") que interferem na subjetividade e impedem o desenvolvimento de um "verdadeiro eu".

Por outras palavras, tanto o mundo externo como o mundo interno influenciam fortemente a possibilidade das pessoas se tornarem indivíduos completos, legitimados e reconhecidos na sua subjetividade. J. García Badaracco dizia: " (...) neste sentido, poderíamos dizer que a loucura é sempre e em última instância uma "folie a deux".

Percurso pessoal

A noção alargada de processo terapêutico inclui a ideia de como uma pessoa e a sua família adoecem e o caminho que devem percorrer para se curarem.

Entendemos a doença mental como a paragem do crescimento e do desenvolvimento da personalidade, na qual estão implicados fatores biológicos, psicológicos e sociais.

O processo terapêutico é um conceito clínico que se refere ao conjunto de transformações que a pessoa e a sua família podem experimentar através do tratamento psicoterapêutico.

A ideia de processo refere-se à sucessão de mudanças psíquicas que se apresentam como realizações variadas - com uma coerência interna e um sentido progressivo em direção a uma condição humana que tentamos formular como maturação da personalidade, equilíbrio emocional, etc. - e que se objetivam em realizações concretas, como as relações interpessoais, e as experiências subjetivas que transformam o mundo interior e que se traduzem em modificações estruturais da personalidade.

Esta sucessão não é linear nem tem uma causalidade única, mas são momentos de desestruturação e de reestruturação das partes de um todo.

O processo terapêutico tem como objetivo restabelecer o processo de crescimento e de desenvolvimento normal da pessoa, que, devido a diversos fatores, foi interrompido e distorcido durante a sua evolução.

Durante o processo terapêutico, o paciente tem de passar pelas etapas que nunca pôde passar na sua vida familiar.

As novas experiências enriquecerão e fortalecerão o ego, fornecendo-lhe os recursos genuínos necessários para enfrentar os processos de identificação que modificarão a estrutura da personalidade.

O processo terapêutico é necessariamente individual e único para cada pessoa, as suas características dependem do quadro clínico, do início da doença e da sua evolução. As circunstâncias familiares e sociais são fatores muito influentes.

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1. Interdependências Recíprocas

Os seres humanos nascem, crescem e desenvolvem-se numa rede de relações pessoais interdependentes, que constituem o fenómeno-chave da interação social, dando origem aos processos de crescimento e desenvolvimento da personalidade que ocorrem ao longo da vida.

Esta rede de Interdependências recíprocas (IR) assume um significado particular no trabalho clínico do GPMF.

Os fenómenos humanos são muito variados e difíceis de englobar numa teoria unificada da mente e a complexidade adquire tal relevância que nos oferece uma visão caleidoscópica dos acontecimentos psíquicos.

A noção de IR permite-nos incluir esta complexidade, que se inicia no nascimento, se prolonga ao longo da vida e onde vão desenrolar-se os processos de identificação que dão origem à estrutura da personalidade.

Por um lado, as IR permitem-nos visualizar a patologia do mundo interior como um "diálogo interior" entre nós e os "outros em nós" (presenças vivas). Estas "presenças" "falam" com o indivíduo, ameaçando-o, desprezando-o, criticando-o e maltratando-o (interdependências patológicas e patogénicas).

Por outro lado, estas situações são simultaneamente exteriorizadas nas relações; sendo possível observar como estas interdependências se estruturam e se sustentam ao longo do tempo, gerando sofrimento e frustração.

Esta posição teórica transcende a vinculação, uma vez que incorpora no estudo do mundo interior ("realidade psíquica"), a relação significativa com o outro (intersubjetividade), e os fatores sociais que influenciam a vida das pessoas (trans-subjetividade), enfatizando a dimensão interativa ("realidade material").

J. García Badaracco classificou as interdependências recíprocas em duas categorias: as que favorecem o crescimento e o desenvolvimento da personalidade (normogénicas) e as que interferem neste processo (patogénicas). A qualidade destas interdependências dará origem aos verdadeiros recursos do Ego, dos quais dependerá a resolução dos diferentes conflitos internos ou externos.

Trabalhar com IR leva-nos a enfrentar a trama e as interconexões em que o indivíduo está imerso, os conflitos dilemáticos e as "presenças vivas" que o habitam e continuam a atuar no seu mundo interno e a determinar a qualidade das relações com os outros.

O GPMF favorece a "recuperação" das situações em que o doente e a família estão aprisionados, que perpetuam a doença e agravam o pessimismo relativamente a uma vida melhor.

1.2. Virtualidade Saudável

Na teoria de J. García Badaracco, a Virtualidade Sã/Saudável é um conceito-chave que se refere ao potencial de crescimento e desenvolvimento da personalidade .

Baseia-se no conceito de "autopoiese" de H. Maturana (1973), entendido como a propriedade fundamental dos sistemas vivos cuja interação com o mundo exterior depende da sua própria estrutura para se reproduzir e manter.

Para J. García Badaracco, a "Virtualidade Sã" está relacionada com a capacidade da mente para neutralizar e desarmar as "presenças enlouquecedoras" no seu mundo interior e para resolver as interdependências patogénicas do seu mundo exterior (recursos autênticos).

A psiquiatria centrando-se nos sintomas, vê o paciente apenas como uma pessoa "louca ou doente", reproduzindo, em muitas ocasiões, a atitude da família que, por motivos diversos (ansiedade, medo, frustração e, por vezes, agressividade), vê o seu familiar da mesma forma, ignorando a sua Virtualidade Sã, ou seja, o potencial de crescimento e desenvolvimento existente em cada pessoa, por mais doente que esteja.

J.Garcia Badaracco sublinha o poder do olhar no trabalho psicoterapêutico e o poder do olhar adquire, então, um significado especial: "o paciente vai sentir como nós o olhamos".

O olhar não se discute, penetra no inconsciente e conota emocionalmente a relação.

O olhar do terapeuta pode, então, ter um enorme poder patogénico ao não vislumbrar este potencial de crescimento e desenvolvimento da personalidade.

A possibilidade de ver o paciente como uma pessoa com esse potencial gera a esperança necessária para aderir ao tratamento e iniciar o seu processo terapêutico, como um caminho para a recuperação.

Esta situação permite que a família comece a viver a situação com uma perspetiva diferente.

O conceito de "virtualidade saudável" pode ser colocado no centro de uma profunda revisão do desenvolvimento normal e da gênese da doença mental. Ao mesmo tempo, pode ser visto como um guia para a compreensão da vida dos pacientes e das suas famílias, a partir do qual se pode desenvolver o tratamento das perturbações psiquiátricas mais incapacitantes. De facto, o desenvolvimento de uma virtualidade saudável através de novos recursos autênticos do self suporta uma mudança tolerável e possível.

Este conceito remete também para a imagem de uma matriz original e primordial de potencialidades que podem ser manifestadas, reconhecidas e alimentadas, num ambiente emocional e relacional favorável. A complexa rede transgeracional de interdependências mútuas desempenha um papel fundamental na criação de um ambiente propício à emergência de recursos pessoais autênticos, que podem reconstituir-se num GPMF, modificando a organização patológica predominante no contexto familiar.

O potencial não expresso da Virtualidade Saudável desloca o foco da intervenção terapêutica, dos aspetos deficitários individuais e familiares para a estimulação de recursos saudáveis através da reprodução de um contexto natural de crescimento.

1.3. Processo terapêutico

A noção ampla de processo terapêutico inclui a ideia de como uma pessoa e a sua família adoecem e o caminho que devem percorrer para se curarem.

A doença mental é uma perturbação no crescimento e desenvolvimento da personalidade, na qual estão envolvidos fatores biológicos, psicológicos e sociais; o processo terapêutico é um conceito clínico pelo qual nos referimos ao conjunto de transformações que a pessoa e a sua família podem experimentar através do tratamento psicoterapêutico.

A ideia de processo refere-se à sucessão de mudanças psíquicas que se apresentam como realizações variadas, com uma coerência interna e um sentido progressivo em direção a uma condição humana que tentamos formular como maturação da personalidade, equilíbrio emocional, etc.

Mudanças que se objetivam em realizações concretas, como relações interpessoais e experiências subjetivas que transformam o mundo interior, e que conduzem a modificações estruturais da personalidade.

Esta sucessão não é linear nem tem uma causalidade única, mas são momentos de desestruturação e de reestruturação das partes de um todo.

O percurso terapêutico tem como objetivo restabelecer o processo de crescimento e desenvolvimento normal do indivíduo, que devido a diferentes fatores foi interrompido e distorcido na sua evolução.

No seu tratamento, o paciente tem de passar pelas etapas que não pôde passar na sua vida familiar.

As novas experiências, enriquecendo e fortalecendo o ego, vão fornecer-lhe recursos genuínos através dos processos identificatórios, que vão modificar a estrutura da personalidade.

O processo terapêutico é necessariamente individual e particular para cada pessoa, a variedade depende dos quadros clínicos, do início da doença e da sua duração. As circunstâncias familiares e sociais são também fatores que o influenciam.

1.4. Recursos Genuínos do Ego

O conceito de "Recursos Genuínos do Ego" refere-se a um aspeto essencial da saúde mental: a maturação da personalidade. São os pré-requisitos do Ego para que o próprio possa desenvolver as suas funções (simbolização, representação, linguagem, sentido da realidade, controlo dos impulsos, etc.) e alcançar os seus objetivos.

A carência de recursos do Ego ou a noção de défice estrutural permite-nos compreender uma dimensão importante da patogénese; o objetivo principal do processo terapêutico seria a aquisição de novos recursos genuínos do Ego.

A condição de indefesa e de desamparo com que nascemos poderia ser definida como uma condição de escassez de recursos do Ego.

O desenvolvimento psicobiológico da personalidade é, entre outras coisas, a aquisição de recursos do Ego.

No seu aspeto biológico, a constituição e a maturação do sistema nervoso desempenham um papel importante, mas é no aspeto psicológico-relacional que se joga o fundamental, onde as experiências de vida vão determinar o desenvolvimento de si próprio, através dos processos identificatórios.

Algumas destas experiências conduzem a uma estruturação positiva do Ego e outras obstaculizarão o seu desenvolvimento, produzindo alterações que darão origem a diferentes patologias.

Do ponto de vista terapêutico, estes pacientes estão fora da área de conflito e requerem um tratamento diferente, onde experiências emocionais saudáveis permitirão a incorporação de novos recursos do Ego, indispensáveis à reestruturação da personalidade.

1.5. Processos de Identificação

Como a maioria dos autores psicanalíticos demonstrou, a "identificação" é um dos processos fundamentais na estruturação da personalidade.

Os "processos de identificação" intervêm desde os primeiros momentos da vida, sobretudo na relação precoce da criança com o seu cuidador, constituindo, como defendia S. Freud, a forma mais primitiva de vinculação afetiva, e produzindo modificações duradouras no indivíduo.

A identificação representa um conjunto de operações que determinam a complexa tarefa da constituição e organização do "self".

García Badaracco diferencia estes processos pelas suas qualidades, em normogénicos e patogénicos.

Estes processos têm lugar na intimidade das interdependências recíprocas, o clima emocional e os recursos do próprio ego dos pais determinarão a qualidade destas identificações.

Nas "identificações estruturais" (normogénicas) instauram-se mecanismos de assimilação e acomodação entre os membros da interdependência, há uma troca criativa que, com o passar do tempo, permite desenvolver uma dimensão intersubjetiva numa interdependência mútua saudável, que possibilita a diferenciação entre o "Eu" e o "Outro". Ou seja, através de um processo de dessimbiotização, pode alcançar-se uma maior identificação e autonomia crescentes e estas identificações normogénicas passam a fazer parte da estrutura da personalidade.

Se, em vez do processo descrito acima, ocorrer um desenvolvimento anómalo devido à falta de identificações estruturantes, o indivíduo ficará preso numa interdependência patológica, a simbiose não será resolvida com sucesso e haverá uma falta de recursos do ego ou um défice estrutural.

Nos processos patogénicos, os elementos que permanecem separados da estrutura serão incorporados no psiquismo e atuarão como presenças invasivas que obrigam o psiquismo a organizar-se de forma disfuncional. Estas identificações patológicas, a que Garcia Badaracco chamou "objetos enlouquecedores", organizam-se como partes cindidas da mente. Nestes casos, encontramos sempre uma história de acontecimentos traumáticos e de sofrimento psíquico: a presença do "outro" "habitou" o psiquismo do indivíduo, impedindo-o de "ser ele próprio" e condicionando a sua vida.

1.6. Vivência

A palavra “vivência” foi introduzida na língua espanhola pelo filósofo espanhol Ortega y Gasset. Formado na Alemanha, quando regressou a Espanha, não encontrou uma palavra que traduzisse o termo alemão "Erlebnis", que difere da palavra "Erfahrung" (experiência).

Esta última refere-se a uma prática que dá conhecimento ou capacidade (capacitação) para realizar uma tarefa.

A vivência representa uma experiência especial que modifica o Ego; "marca" a personalidade. Ortega y Gasset (1913) descreve-a como "tudo o que atinge o Ego com tal imediatismo que se torna parte dele, é uma experiência de vida". No campo da psicologia, uma experiência de vida vivida com uma intensidade emocional que deixa uma marca na vida do sujeito.

Na nossa perspectiva, a vivência é uma experiência fundadora que ocorre na intimidade das "interdependências recíprocas" e que serve de enquadramento aos processos de identificação.

Normalmente, as experiências tranquilizadoras e protetoras produzidas no seio da família dão lugar aos "recursos genuínos do Ego" derivados das identificações normogénicas, essenciais para levar a cabo um processo de crescimento e desenvolvimento satisfatório.

A par das experiências tranquilizadoras e protetoras, encontramos as experiências traumáticas, que ficam clivadas da estrutura e ameaçam a incorporação dos recursos "egoicos genuínos", distorcendo o crescimento e o desenvolvimento da personalidade, dando origem ao sofrimento psíquico e, conseqüentemente, à doença mental.

J. García Badaracco, nos últimos anos da sua vida, deu relevância ao tema das vivências, como assinala M. E. Mitre na sua obra "Curando desde las vivencias" (2020); a mente, na sua origem, é essencialmente "vivencial". O bebé experimenta a relação com os pais em termos de vivências, dentro de "interdependências recíprocas" e esta troca emocional produz a aquisição, saudável ou não, de recursos genuínos do ego.

Na prática psicoterapêutica, temos observado que a compreensão intelectual não modifica a carga emocional das situações traumáticas vividas pelo paciente.

Sabemos que a pessoa em sofrimento necessita algo mais do que interpretações, como muitos autores - que abriram a possibilidade de tratar pacientes "difíceis" - têm apontado.

A presença do terapeuta como uma pessoa real cria uma experiência real que dá ao paciente o que lhe faltava nas fases infantis.

A maior simetria no tratamento favorece a proximidade afetiva entre o paciente, a família e os membros da equipa terapêutica, criando um clima emocional que servirá de estímulo para as identificações normogénicas, necessárias à aquisição de novos recursos do Ego, que restabelecerão o processo de crescimento e desenvolvimento que foi interferido.

1.7. Mente Ampliada

O Grupo de Psicanálise Multifamiliar funciona como uma "Mente Ampliada", "uma grande mente pensante" (J. García Badaracco, 2000).

Cada participante enriquece o todo ao contribuir com o seu ponto de vista; cada contribuição individual pode gerar associações nos outros que enriquecem o conjunto. Pode ser criada uma espiral criativa que irá contribuir para a modificação dos padrões estruturais rígidos (interdependências patogénicas), que funcionam na mente das pessoas como circuitos reverberantes, que as torturam fazendo-as adoecer.

A capacidade de pensar com os outros permite que a mente se expanda sem perder a autonomia, criando uma rede de conhecimentos com um elevado potencial terapêutico. O clima de segurança, confiança e solidariedade incentiva a "pensar em conjunto" o que não se consegue pensar sozinho.

A observação de diferentes formas de compreender a vida nos outros permite que os participantes comecem a refletir sobre a sua própria forma de compreender a vida e a descobrir a sua "forma de ser" no intercâmbio com os outros.

2. RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE GPMF

2.1. Sobre o setting

O GPMF oferece um ambiente natural e flexível, que replica uma reunião social alargada, onde a participação é espontânea e autêntica.

A flexibilidade é inerente a este grupo e a participação pode não estar requerer um compromisso formal de presença contínua (consoante se trate de um grupo aberto ou de um grupo semiaberto).

Os requisitos que regem a reunião são mínimos: local, dia e hora.

A duração varia entre 90 a 120 minutos e realiza-se geralmente semanalmente/quinzenalmente ao longo do ano.

O trabalho em equipa é essencial para responder à complexidade das situações que se apresentam; mais do que uma opção de trabalho, é visto como uma necessidade para promover a mudança psíquica.

A equipa funciona a um nível inconsciente como família substituta, e deverá conter e assistir de diferentes formas os momentos regressivos que surgem de situações emocionais intensas, por vezes de grande sofrimento, por vezes de extrema violência e por vezes de intenso retraimento.

A atitude de contenção e assistência da equipa permitirá transformar a regressão patológica, onde se observa a falta de recursos do ego para gerir a realidade interna e externa, bem como os impulsos destrutivos e a elevada ansiedade desencadeada, numa regressão útil ao processo terapêutico, onde se resgatam os aspetos saudáveis que ficaram retidos no crescimento e desenvolvimento da personalidade.

Esta forma de trabalhar caracteriza a filosofia assistencial da Equipa que trabalha com GPMF.

2.2. Transferências múltiplas

A maioria dos autores psicanalíticos contemporâneos concorda que todas as terapias psicanalíticas - sejam elas individuais, grupais, de casal ou familiares - devem atender a uma condição primordial: trabalhar com a transferência. O que diferencia as diferentes formas de trabalho analítico é a compreensão e instrumentalização da mesma.

S. Freud nunca considerou a transferência como algo exclusivo do tratamento psicanalítico, mas sim como algo que se descobre e se torna visível no mesmo. Além disso, caracterizou-a como um fenómeno geral e universal, e segundo a nossa perspetiva um fenómeno social.

O GPMF, como amostra de uma realidade social (mini-sociedade), permite-nos observar como a trama transferencial nos envolve a todos e cria um "campo psicológico de estrutura multifamiliar".

É importante notar que qualquer enquadramento formal, com regras e normas pré-estabelecidas contribui para a emergência da transferência, mas ao mesmo tempo parcializa-a e desnaturaliza-a, excluindo geralmente os aspetos saudáveis do funcionamento psíquico que são essenciais ao processo terapêutico.

A experiência no GPMF, enquanto campo social, mostra-nos que é o contexto natural em que a transferência se expressa plenamente e permite o trabalho mais adequado da mesma, sobretudo com os doentes graves que apresentam um déficit estrutural, aqueles que J. García Badaracco caracterizou como carecendo de verdadeiros recursos do Ego.

No trabalho clínico, o conceito de interdependência mostra claramente as relações significativas entre os participantes, incluindo a transferência como expressão dos aspetos inconscientes das relações, e a interação como resultado das ações de uns sobre os outros.

Esta interação prolonga-se no tempo e é a essência da interdependência patológica.

Nos GPMF, a transferência é "múltipla" porque todos os participantes, incluindo os condutores, contribuem para estruturar um "clima psicológico de estrutura multifamiliar". Ao mesmo tempo, a transferência é "dispersa" (Mascaró Masri N., 1990) porque as projeções são feitas nos membros do grupo e da equipa; desta forma, a configuração e a instituição reduzem a carga emocional e permitem um trabalho mais eficaz sobre os fatores mais nocivos que escondem o sofrimento psíquico.

Este contexto social alargado proporciona uma maior contenção, o que reduz o impacto emocional de situações altamente traumáticas que são reativadas na atividade terapêutica.

2.3. Clima emocional

É necessário sublinhar que a variedade de fenómenos que ocorrem num GPMF geram um clima psicológico de estrutura multifamiliar, cuja complexidade deve ser tida em conta pelos condutores.

Uma das principais tarefas do Conductor/Facilitador é criar um clima emocional adequado que permita a partilha de experiências dolorosas e sirva de "gatilho" para novas identificações necessárias à mudança psíquica.

Este clima afetivo será criado e mantido pela equipa terapêutica e baseia-se na confiança, que favorece a segurança, a solidariedade e a esperança.

2.4. Conselhos práticos

O trabalho de J. García Badaracco, M.E. Mitre e A. Fonzi (2008) descreve as recomendações básicas para a condução de GPMFs.

Não se fala de nenhuma técnica específica, mas a tónica é colocada na aprendizagem experiencial que os condutores devem fazer, com base na sua própria experiência pessoal. Esta perspetiva coloca a tónica na criatividade e remete para uma aprendizagem experiencial capaz de enfrentar situações novas e imprevistas, ao mesmo tempo que é capaz de se concentrar no particular, reconhecendo a especificidade de cada pessoa e fomentando uma atitude aberta e autónoma.

São estas as principais recomendações:

- O Condutor e o Facilitador devem fomentar uma comunicação partilhada, aberta e inclusiva. Ao observar e compreender os diálogos e a trama da transferência, surgem hipóteses sobre as relações e o seu desenvolvimento. O reconhecimento mútuo, no sentido da aceitação das diferenças, faz emergir "o melhor do outro", uma situação geralmente nunca antes vivida, que dá sentido à identidade. Tanto os que falam como os que não falam beneficiam desta troca.
- As intervenções do Condutor/Facilitador podem ser variadas (atividade interpretativa de Zimmerman) e devem contribuir para manter um clima emocional adequado, que permita a partilha de experiências de vida e facilite os processos terapêuticos dos participantes.
- Escutar com respeito, evitar juízos de valor e considerar que o que o outro diz pode enriquecer e completar o teu conhecimento.
- Não querer ter razão, desencorajar qualquer tendência a discutir e evitar o isolamento.
- Os Condutores/Facilitadores têm a responsabilidade de aliviar o sofrimento das pessoas envolvidas e de compreender que um clima emocional adequado fará emergir experiências traumáticas, as vezes pela primeira vez.
- Tolerar a incerteza e a confusão do "não saber" e evitar dar explicações tranquilizadoras. Deixar que próprio grupo construa as respostas adequadas.
- Tentar dar sentido às situações difíceis e lidar com elas à luz dos processos normais de crescimento e desenvolvimento, a fim de as naturalizar.
- Capacidade de tolerar e empatizar com os sentimentos de vulnerabilidade e desamparo ocultos sob os mecanismos de defesa.
- Ter o cuidado de recuperar e preservar o vivencial, o emocional e o afetivo, que é o substrato no qual se produzem as interdependências patológicas.
- Respeitar o tempo que cada pessoa necessita para que a experiência partilhada produza mudança psíquica. Cada participante terá de encontrar a sua própria resposta "curativa" sem necessidade de sugestões e interpretações. Esta é uma experiência única e não transmissível.
- Os facilitadores/líderes devem, de preferência, trabalhar o material emergente, o que está a acontecer em cada momento e o que desperta nos outros. As histórias pessoais podem ser reconstruídas durante o tratamento através de interdependências patológicas e patogénicas.
- - Os Facilitadores e Facilitadoras não devem resolver problemas, mas criar as condições que favoreçam a aquisição de novos recursos do Ego que permitam enfrentar a vida de forma mais eficaz e com menos sofrimento.
- O intercâmbio entre os participantes deve ser lúdico. Todos, incluindo os profissionais, devem poder aceder e aprender com as situações experienciais criadas no grupo, que enriquecerão o seu património pessoal (e profissional). Os facilitadores/condutores "curam-se" com os pacientes. Desta forma, o grupo cresce e adquire um funcionamento mais horizontal e democrático.
- A função dos condutores nos grupos não é resolver problemas, mas criar condições que favoreçam a aquisição de novos recursos do ego, que permitam enfrentar a vida de forma mais eficaz e com menos sofrimento.
- O intercâmbio entre os participantes deve ser lúdico. Todos, incluindo os profissionais, devem poder aceder e aprender com as situações vivenciais criadas no grupo, que

enriquecerão o seu património pessoal (e profissional). Os Condutores/Facilitadores "curam-se" com os pacientes. Desta forma, o grupo cresce e adquire um funcionamento mais horizontal e democrático.

- No que diz respeito à intervenção dos participantes, diferentes modalidades são possíveis. Alguns consideram mais conveniente levantar a mão e pedir a palavra, outros preferem uma participação mais espontânea. O Conductor e o Facilitador do grupo devem estar conscientes destes aspectos e promover o uso equitativo da palavra.

2.5. Fatores de cura

O principal objetivo terapêutico dos GPMF é proporcionar, através do intercambio, recursos do ego genuínos, que contribuirão para a reestruturação da personalidade. Isto possibilita "quebrar" as redes de interdependências patogénicas nas quais o indivíduo está aprisionado, através da "mudança psíquica" que oferece a possibilidade de uma identidade mais consistente e uma maior autonomia psíquica.

Os principais fatores curativos são os seguintes:

- A passagem do pessimismo sobre a incurabilidade da doença mental para o otimismo sobre a possibilidade de cura, cria esperança e é a força motriz do tratamento e do processo terapêutico.
- Tratar as pessoas que sofrem, vendo a sua Virtualidade Saudável, faz com que se sintam mais compreendidas e mais construtivas.
- Passar de uma atitude passiva (tu curas-me) para uma atitude ativa (eu curo-me) produz nos pacientes e nas famílias um compromisso com o tratamento.
- Partilhar situações traumáticas que geram intenso sofrimento psíquico com os participantes do grupo, cria alívio, empatia e solidariedade.
- A conversação partilhada, baseada no respeito (não emitir juízos de valor), no reconhecimento (aceitar as diferenças), na responsabilidade (cuidar dos que sofrem) e na recreação (aprender com os outros), tem um potencial terapêutico considerável.
- O amplo contexto em que o GPMF se desenvolve é a melhor garantia de segurança, contenção e solidariedade, que permite a expressão do verdadeiro eu.
- Partilhar experiências de vida gera coesão grupal, o que possibilita começar a confiar nos outros e poder contar com eles.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após muitos anos de trabalho com estes grupos, verificamos que estes amplos contextos sociais têm um alto potencial terapêutico.

O clima emocional desempenha um papel fundamental nesta situação. A equipa deve criar e manter um clima de confiança e segurança, estimular a comunicação/diálogo participativo, desenvolver a solidariedade entre os participantes e gerar esperança numa vida melhor.

Uma vida que valha a pena viver, onde a atividade seja o produto da criatividade como expressão do "verdadeiro eu" e não de uma conformidade com o que é imposto. Esta situação gera a "vitalidade" necessária para uma vida mais saudável.

A dinâmica particular destes grupos é determinada pela presença de pelo menos duas gerações (pais e filhos), bem como outros membros da família e próximos.

Os GPMFs nas instituições de saúde tornam-se a atividade central do quadro terapêutico e contribuem para mudanças profundas na própria instituição.

Por ultimo, deve ser assinalado que este recurso tem um alto valor preventivo e é utilizado em diferentes serviços médicos (medicina interna, oncologia, dermatologia pediátrica), bem como em instituições não médicas para resolução de conflitos (educação, empresas, sistema judicial, etc.).

SEGUNDA PARTE

"AS COMPETÊNCIAS DO CONDUTOR E FACILITADOR DO GRUPO DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR"

INTRODUÇÃO

Da reflexão partilhada durante os meses de trabalho entre os parceiros para a elaboração da Matriz de Competências do Condutor e Facilitador do Grupo de Psicanálise Multifamiliar, nasceu um "Campo" de competências. O "Campo" é uma expressão adequada para identificar esta área dinâmica em desenvolvimento, que pode ter conotações específicas independentemente dos elementos que a integram, uma vez que as competências são postas em prática de formas diferentes nos contextos que as requerem.

Precisamente, no caso das competências dos Condutores e Facilitadores de Grupos de Psicanálise Multifamiliar, o Campo foi marcado por 18 famílias de competências que se entrelaçam para facilitar a escuta e a comunicação entre os participantes, e que são aplicadas de acordo com as situações que se apresentam.

No entanto, para as desenvolver e pôr em prática, o conhecimento do profissional não deve condicionar a sua relação com os participantes através de interpretações preconcebidas, mas deve estar pronto a aceitar sem preconceitos as sugestões e indicações que emergem do grupo.

Esta abertura de pensamento torna-se uma "conditio sine qua non" em qualquer reflexão e abordagem que vise definir competências, é uma capacidade que reflecte também a indicação de Freud quando fala de "suspender o julgamento da realidade" na relação com os pacientes.

Por isso, a reflexão sobre as condições prévias das competências permite o seu desenvolvimento.

Já no "Quadro Europeu de Competências-Chave" de 2008, foi reforçada a importância da competência "Aprender a Aprender", uma mensagem difundida desde o final do século passado na área da formação, fundamental para a aquisição de outras competências e para o desenvolvimento de capacidades que são adquiridas desde os primeiros anos de vida, em ambientes e situações de formação formal, informal e não formal.

"Aprender a aprender" é a competência que está na base da autonomia do indivíduo e é fundamental na condução de grupos de psicanálise multifamiliar, mas neste quadro de competências do Condutor, inseriu-se a reflexão sobre a necessidade, também prévia à análise e desenvolvimento de qualquer competência, de introduzir também a premissa do "aprender a desaprender" do profissional.

Quando García Badaracco participava em grupos de famílias, convidava os seus colegas a participar com "Vamos aprender".

Neste convite, "Aprender a aprender" associa-se indissolúvelmente ao "Aprender a desaprender", e estas duas condições representam os pré-requisitos para o desenvolvimento de competências e estão incluídas neste "Vamos aprender" que implica a disposição de participar, de aprender com o grupo, mas também de desaprender e construir novos conhecimentos, em conjunto com o grupo.

Tanto o "Aprender a aprender" como o "Aprender a desaprender" estão bem representados pelas competências inseridas na Área "Competências pessoais, éticas, sociais e culturais", competências ligadas à cultura e à ética do comportamento do condutor e à necessidade de aprender a transferir conhecimentos nos diferentes contextos familiares e/ou terapêuticos.

A capacidade de desenvolver novas competências decorrentes do confronto entre indivíduos e entre culturas, a capacidade de adotar comportamentos éticos e respeitosos e a predisposição para a aprendizagem afectiva representam fortemente estas condições básicas que caracterizam o trabalho do Condutor e do Facilitador de Grupos Multifamiliares e que são transmitidas pelo convite de Garcia Badaracco "Vamos aprender".

1. O GRUPO DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR

O Grupo de Psicanálise Multifamiliar é um espaço terapêutico que possibilita a abordagem e o tratamento de um grupo heterogêneo de pacientes e famílias afetados por diversas patologias.

Trata-se um grupo amplo e aberto, que reúne habitualmente 10 a 50 pessoas, mas que pode excepcionalmente atingir 100 participantes; reproduz uma amostra da nossa sociedade (mini-sociedade), com famílias de diferentes culturas e níveis socioeconômicos, que são chamadas a partilhar uma experiência comum. Partilham as suas preocupações e os seus medos e podem enfrentar as dificuldades num clima de segurança e de confiança.

No grupo participam, para além dos pacientes e dos seus familiares e/ou pessoas chegadas, diversos profissionais. O grupo é coordenado por profissionais de saúde (Condutores) que trabalham em co-terapia e formam uma equipa terapêutica.

O GPMF nasce com a ideia de permitir a qualquer pessoa, quando quiser, poder estar presente. Ao contrário de outros grupos em que se estabelecem regras de participação mais ou menos rígidas, neste caso elas não existem. A presença e a continuidade são desejáveis, mas a não presença ocasional não é objeto de consideração negativa. Quanto à duração, as várias experiências nacionais permitiram quantificar exatamente o número de participantes, a duração das sessões ou a sua frequência.

Os "Grupos de Psicanálise Multifamiliar" são grupos em que estão presentes simultaneamente pelo menos duas gerações, incluindo a pessoa em tratamento psiquiátrico.

1.1. Questões teóricas

O grupo multifamiliar, constituído por várias famílias, cada uma com um elemento psicótico, permite a construção de um quadro de referência global para concetualizar a doença mental e o seu tratamento. Ultrapassa o falso dilema entre intervenções centradas no passado (psicanalíticas) e intervenções ajustadas ao presente (sistémicas ou cognitivo-comportamentais).

Este método favorece a construção de um cenário inédito em que as diferentes famílias, incluindo os pacientes, podem confrontar-se com as suas vivências, até então consideradas indizíveis, e reativar ao vivo, perante um grande grupo e com a sua ajuda, os núcleos fundamentais das interações patológicas e patogénicas que determinaram, ao longo do tempo, o desenvolvimento da doença.

Deste modo, torna-se possível um processo de modificação substancial do clima vivido no seio dos núcleos familiares, do qual podem beneficiar

- o doente, que pode sair do papel de incurável;
- os membros da família que se verão como atores.

permitindo a cada um deles:

- poder recordar e compreender o que aconteceu no passado sem assumir a responsabilidade;
- pensar em conjunto sobre a melhor contribuição para o desenvolvimento do processo de cura.

O GPMF oferece um ambiente natural e flexível que reproduz um encontro social alargado em que a participação é espontânea e autêntica. A flexibilidade é inerente ao grupo. A participação não

depende de um compromisso formal de assistência contínua e as pessoas participam de acordo com as suas necessidades e interesse.

A equipa terapêutica é variável e aberta e diversas profissões que partilham uma formação metodológica comum (por ex. Conductor, Facilitador e, em alguns casos, também Supervisor). A nível inconsciente, funciona como uma família substituta, que deve conter e sustentar os momentos regressivos que surgem de situações emocionais intensas e que se manifestam de diferentes formas, por vezes com grande sofrimento, por vezes com violência verbal e por vezes com intenso retraimento.

A atitude de contenção e assistência da equipa, permite transformar a regressão patológica numa regressão útil ao processo terapêutico.

A experiência do GPMF como campo social parece mostrar que constitui o contexto natural em que a transferência se expressa em toda a sua plenitude e permite trabalhá-la da forma mais adequada, sobretudo com aqueles pacientes graves que apresentam um défice estrutural, que García Badaracco caracterizou como carecendo de "recursos genuínos do Eu".

O conceito de interdependência no trabalho clínico, central no pensamento de García Badaracco, mostra claramente a importância das relações significativas entre as pessoas. Nela se inclui:

- a transferência, que é a expressão dos aspetos inconscientes das relações;
- e o "interativo", que se refere às consequências das ações de um sobre o outro e vice-versa.

Esta ação recíproca mantém-se ao longo do tempo e constitui a essência da interdependência patológica.

Tendo em conta a evolução da teoria psicanalítica e das ferramentas utilizadas em relação à eficácia do tratamento, podemos ver como as experiências grupais surgiram da dificuldade de produzir mudanças psíquicas profundas, significativas e duradouras na relação clássica terapeuta-paciente.

Os contextos de grupo permitiram o aparecimento e a difusão de abordagens mais frutíferas, como a terapia baseada numa abordagem multifamiliar.

García Badaracco escreve ¹ :

"As sessões multifamiliares criam um clima psicológico que facilita a convivência e a possibilidade de pensar, resolver conflitos e aprender uns com os outros.

Por outras palavras, oferecem a possibilidade de restabelecer uma comunicação normal com um ambiente humano real, que põe em jogo as energias fundamentais que ligam os participantes às suas famílias e ao ambiente social e estimulam a sua capacidade de resolver conflitos. Estas energias estão ligadas ao envolvimento afetivo que resulta da partilha de emoções e linguagem com os próprios familiares e com outros que, apesar de terem histórias diferentes, se encontraram em conflitos semelhantes (p.28).

¹ García Badaracco J. (2000) "Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo". Paidós Buenos Aires.

(...) Reunir os pacientes da minha enfermaria com todos os familiares e pessoal de apoio, como uma comunidade terapêutica, permitiu-me encontrar uma forma de exercer uma liderança que, trabalhando sistematicamente a partir de uma desidealização, possibilitou que o tecido social fosse utilizado para modificar, melhorar e curar o comportamento. Articulando a leitura psicanalítica do inconsciente individual, com a possibilidade de neutralizar os fatores patogênicos da mente que atuam sobre os outros (interdependências recíprocas internalizadas), foi possível resgatar interações grupais saudáveis e experiências sociais reconstitutivas que ocorrem no contexto do grande grupo com as suas conotações tradicionais, como as dos ambientes tribais.

A experiência mostrou que uma das dificuldades é a ansiedade do terapeuta ou do orientador do grupo que se sente muito mais exposto num contexto multifamiliar do que numa terapia de pequeno grupo ou numa psicanálise individual. Na verdade, não me deparei com o medo de desencadear forças grupais difíceis de controlar, situação que parecia tanto mais provável quanto maior fosse o grupo; mas pelo contrário, ocorreu o oposto, como se a presença de muitas pessoas aumentasse a segurança emocional de cada "participante" (p35).

Neste contexto, o GPMF

"... permite ler o inconsciente transmitido nas conversas dos participantes, que aí dramatizam espontaneamente os seus conflitos".

"Se a família é um contexto transitório para o crescimento do indivíduo, o grupo multifamiliar deve tender a facilitar a abertura de novos espaços mentais. Isto permite ao paciente experimentar um novo desenvolvimento através da nossa ação terapêutica".

.... A experiência do grupo multifamiliar deu-me (...) a possibilidade de integrar diferentes pontos de vista e teorias numa ampla unidade virtual que inclui a dimensão psicanalítica individual, as dinâmicas de grupo e as dinâmicas familiares. Tudo isto de forma a que os diferentes pontos de vista possam ser utilizados como recursos terapêuticos à disposição dos participantes, na proporção das possibilidades de cada um, sem cair num ecletismo empobrecedor" (p 36).

"... No grupo multifamiliar, todos os fenómenos descritos noutras locais podem ser observados e acompanhados terapêuticamente. Nalguns casos, este é o contexto que oferece as melhores possibilidades. De um modo geral, pode dizer-se que todo o ser humano pode ter um tipo de experiência válida capaz de ultrapassar um impasse no processo terapêutico. Isso pode ser feito em qualquer outro contexto. O grupo multifamiliar pode reiniciar uma situação bloqueada, pode acelerar um processo bloqueado, pode trazer à luz a possibilidade de mudanças psíquicas em patologias particularmente difíceis onde as técnicas habituais não produzem as mudanças necessárias".

"É uma forma de trabalhar diferente em muitos aspetos, difícil de especificar. Em vez de perguntar o porquê de certas mudanças e a natureza da técnica utilizada, é muitas vezes melhor partir dos resultados terapêuticos obtidos" (pp. 36-37).

O Dr. Andrea Narracci,² um dos principais terapeutas italianos e um dos promotores da experiência do Grupo Multifamiliar em Itália, bem como um amigo pessoal de Jorge García Badaracco, partilha as ideias do mestre.

² Narracci A. (2011) "Il nuovo contesto di cura per i pazienti psichiatrici gravi" in Garcia Badaracco J., Narracci A. "La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia" Antigone Edizioni, Torino

"O GPMF é o único lugar onde a psicose se manifesta de forma típica", afirma García Badaracco. Nem na terapia individual, nem na terapia de grupo para doentes psicóticos, nem na terapia familiar nuclear se pode observar o funcionamento da psicose como no GPMF. Partimos sempre da ideia de estudar o comportamento humano considerando que a pessoa que está à nossa frente é semelhante a nós, o que ela tem é mais ou menos patológico.

O estudo da psicose é muitas vezes abordado num contexto de observação parcial e não suficientemente adequado: na terapia individual, apenas uma parte do todo que constitui a loucura é considerada. Na terapia de grupo para pacientes psicóticos, o contexto não é certamente natural e, portanto, o que acontece pode ser apenas uma reprodução de algo semelhante à realidade, mas não é a realidade.

Na terapia familiar, o contexto terapêutico permite a reflexão sobre uma única situação patológica, o que não facilita o confronto de vivências e "possíveis" psicoses. Na terapia familiar, esta tensão dificulta a tentativa de criar um clima partilhado de auto-observação e, portanto, um processo terapêutico. No entanto, em todas estas abordagens, o ponto de partida é a possibilidade de observar experimentalmente o "seio familiar", ou seja, um casal ou um trio de pessoas sem fronteiras definidas que formam um todo, confrontando-se entre si ou separadamente com outras "sincícios" familiares ou com membros de outras famílias. Podemos compreender que o estado normal de vida de um esquizofrênico e dos seus familiares é diferente do nosso, observando a intensidade enormemente maior com que se manifesta o fenómeno dos demais em nós ("os outros em nós"), ou seja, as projeções e identificações projetivas que se manifestam nestas situações, em comparação com o que nós, neuróticos, normalmente vivemos. A possibilidade do profissional examinar a realidade não só do seu ponto de vista habitual, com limites, mas também do ponto de vista dos outros, sem limites, só existe no GPMF. Na realidade do nosso trabalho, partimos sempre do nosso próprio ponto de vista, com limites, e de cada vez devemos tentar ver as coisas do ponto de vista dos membros da experiência, sem limites" (pp. 27-28).

Neste sentido, o Grupo Multifamiliar é um lugar de observação das dinâmicas reais do funcionamento familiar, é um lugar primordial de aprendizagem, mas também um lugar onde é possível desaprender.

Esta abordagem tem implicações importantes do ponto de vista das competências dos líderes do Grupo Multifamiliar, que é o foco da nossa análise. Estas mesclam-se com comportamentos profissionais, pessoais e terapêuticos desejáveis/preferíveis. Os condutores devem, pois, conhecer a sua génese, as dinâmicas e os efeitos produzidos, para além da irrepetibilidade da gestalt que os compara com os participantes num momento específico e irrepetível.

Para explicar melhor, utilizamos uma metáfora cara aos fotógrafos, a metáfora do alinhamento do coração, do olho e do cérebro construída por Cartier-Bresson, é fundamental para falar de uma boa fotografia. No caso do Grupo Multifamiliar, trata-se de tirar uma instantânea em que o coração, a mente e o cérebro estão perfeitamente alinhados no momento do disparo.

Isto cria no fotógrafo e, metaforicamente, nos participantes do grupo multifamiliar, a possibilidade de aprender com a transformação e o possível alinhamento que a foto registou, dando um vislumbre de uma realidade que não existia antes.

Esta imagem/experiência pode ser utilizada como um estímulo à mudança (uma nova forma de ver-se a si próprio, uma instantânea única e inesperada, como diz o fotógrafo) que liberta energias de reconhecimento da existência de um eu(a realidade presente no instantâneo como fundo) que

está presente, vivo e capaz de gerar uma transformação terapêutica, ainda que sob determinadas condições (Grupo Multifamiliar).

Obviamente, neste contexto de reflexão, é da maior importância saber quais as competências que devem ser utilizadas pelos condutores. Além disso, pode dizer-se que a possível confusão causada pela percepção de um ser ativo, que pode gerar confusão até ao limite do não reconhecimento de si próprio, está relacionada com a surpresa gerada pela percepção de um ser vivo.

Como argumenta Antonio Maone (2015)³:

"Não se trata somente de interpretar o que está a acontecer, mas de intervir ativamente neste quadro paralisante, desarticulando as interdependências patogénicas e proporcionando os recursos terapêuticos que ativam os mecanismos de auto-organização que permitem ao ser humano agir. (...) [O paciente] descobre que estes processos de des-identificação, vividos como uma profunda despersonalização, não só são destrutivos, mas são aqueles que lhes permitem entrar em contato com o seu 'verdadeiro Ser'. Começa a perceber que existe alguém dentro dele, o seu verdadeiro Ser', que pode ter uma nova oportunidade de explorar as potencialidades virtuais que foram bloqueadas durante o seu desenvolvimento: podemos falar de um verdadeiro renascimento."

O grupo multifamiliar permite refletir não só sobre o seu próprio funcionamento, mas também sobre o funcionamento de várias famílias.

Permite também refletir sobre como deixar de repetir indefinidamente os mesmos erros, para modificar as interdependências patológicas que bloqueiam o processo de crescimento, por exemplo na díade/tríade pais-filhos.

É aqui que se tornam evidentes as diferenças entre os grupos multifamiliares e as terapias unifamiliares, onde o foco é o indivíduo ou a unidade unifamiliar e o objetivo é explorar e resolver as dinâmicas internas e os problemas específicos dessa família. Neste contexto, o terapeuta trabalha essencialmente com membros de uma única família, tratando de identificar padrões de interação disfuncional e promover mudanças no funcionamento familiar.

Num grupo terapêutico, os processos inconscientes, parcialmente responsáveis pelo sofrimento, surgem espontaneamente e podem ser analisados, processados, compreendidos e, eventualmente, transformados. O grupo valoriza os momentos de encontro, que podem ser momentos de múltipla adaptação empática. O grupo, mais que em qualquer outra modalidade psicanalítica, privilegia a observação da normalidade e da patologia da comunicação, verbal ou não verbal, lógica ou primitiva, que impregna a vida de todos os seres humanos.

A psicanálise multifamiliar, trabalhando em grupo com várias famílias e profissionais, parece abrir novas perspetivas no tratamento das psicoses e apresenta algumas diferenças significativas em relação às terapias unifamiliares clássicas:

- **Participação de várias famílias:** o Grupo Multifamiliar envolve várias famílias, cada uma com as suas próprias dinâmicas e problemáticas; oferece a oportunidade de expor-se a diferentes experiências e modelos de funcionamento familiar, abrindo caminho para uma maior compreensão e aprendizagem mútuas;

³ Narracci A (a cura di) (2015) 'Psicanalisi Familiare come esperanto', 2015, Antigone Edizioni, Torino

- **Reflexão e aprendizagem compartilhadas:** no grupo multifamiliar, os membros de diferentes famílias podem refletir e aprender juntos. Este processo de intercâmbio e de confronto permite-lhes a obtenção de novas perspectivas e a ampliar a consciência as dinâmicas internas de cada família;
- **Evitar erros:** a oportunidade de observar a dinâmica e os erros de outras famílias permite a cada família aprender com as experiências dos outros para evitar repetir os mesmos padrões disfuncionais;
- **Modificação das interdependências patológicas:** o grupo multifamiliar facilita a compreensão de interdependências disfuncionais entre membros de diferentes núcleos familiares. Esta consciência pode ajudar a mudar a dinâmica patológica e a promover um crescimento mais saudável dos pais e dos filhos envolvidos.
- **Processo de crescimento fortalece-se:** o grupo multifamiliar proporciona um contexto em que as famílias podem apoiar-se mutuamente e enfrentar os desafios em conjunto. Isto pode ajudar a melhorar o processo de crescimento individual e familiar.

Existem algumas características ainda mais específicas que caracterizam o grupo, incluindo as seguintes:

- As pessoas que sofrem sentem-se melhor compreendidas e funcionam melhor quando são tratadas imaginando o seu potencial de saúde.
- Passar de uma atitude passiva (ser tratado) a uma atitude ativa (tratamento) faz com que os pacientes e as suas famílias participem diretamente no tratamento.
- Partilhar com os participantes no grupo situações traumáticas, que causam intenso sofrimento psicológico, universaliza os problemas, cria alívio, empatia e solidariedade.
- Uma conversa partilhada, baseada no respeito (ausência de juízos de valor), no reconhecimento (aceitação das diferenças), na responsabilidade (cuidado dos que sofrem) e na re-criação (aprender com os outros) tem um potencial terapêutico conhecido.
- contexto alargado em que decorre o GPMF é a melhor garantia de segurança, contenção e solidariedade, permitindo ao verdadeiro eu expressar-se.
- Através da troca de experiências de vida, cria-se uma coesão de grupo que permite começar a confiar e a confiar nos outros.

Em conclusão, o Grupo de Psicanálise Multifamiliar representa uma evolução em relação às terapias unifamiliares clássicas e uma aplicação das potencialidades do grupo ao trabalho com famílias e mais figuras profissionais. Oferece uma abordagem mais ampla e inclusiva que favorece o confronto, a aprendizagem recíproca e a possibilidade de ultrapassar dinâmicas disfuncionais que podem obstaculizar o processo de cura e crescimento das famílias afetadas, particularmente no contexto da psicose.

1.2. Riscos e importância das competências do condutor

O método do Grupo de Psicanálise Multifamiliar pode representar uma opção terapêutica eficaz. No entanto, em algumas situações, pode também apresentar alguns riscos e desafios potenciais que devem ser considerados:

- **Transferência e contra-transferência e processos mentais inconscientes no grupo:** o condutor deve ter em conta a transferência e a contra-transferência, ambas mais complexas e visíveis que na psicoterapia individual. O condutor deve prestar atenção aos

fenómenos transferenciais exteriorizados no próprio condutor, nos outros membros do grupo ou nos co-terapeutas.

- **Conflitos e dinâmicas complexas:** dado que o grupo envolve várias famílias, podem surgir dinâmicas complexas e conflitos entre os participantes. O terapeuta deve ser capaz de lidar com estas situações de forma construtiva para evitar que os conflitos aumentem e obstaculizem o processo terapêutico.
- **Confidencialidade e privacidade:** partilhar informação entre várias famílias pode pôr em perigo a sua privacidade. O terapeuta deve proporcionar um ambiente seguro e protegido. Deve fomentar a confidencialidade e estabelecer normas claras para a partilha de informação no seio do grupo.
- **Limites da generalização:** embora possa ser útil comparar diferentes famílias para aprender com diferentes experiências, é importante recordar que cada família é única e que a dinâmica pode variar consideravelmente. Por conseguinte os modelos ou abordagens utilizadas por algumas famílias podem não ser adequados ou eficazes em todas as situações.
- **Participação desigual das famílias:** algumas famílias podem participar ativamente e beneficiar plenamente do grupo. Outras podem ser mais passivas ou ter dificuldade em aproveitar a dinâmica do grupo. O terapeuta deve estar consciente desta heterogeneidade e tentar envolver todas as famílias de forma justa e efetiva.
- **Gestão de emergências:** a psicose pode ser uma doença complexa e, por vezes, podem ocorrer emergências ou crises no seio do grupo. O terapeuta deve estar preparado para lidar com essas situações de forma adequada. Os participantes devem ter uma rede de apoio e recursos disponíveis para enfrentar qualquer crise.
- **Dependência do grupo:** em alguns casos, os membros da família podem tornar-se demasiado dependentes do grupo ou do terapeuta, dificultando a aplicação da aprendizagem fora do contexto do grupo. O terapeuta deve incentivar o empoderamento e a autonomia das famílias para promover mudança duradoura.
- **Efeitos negativos da comparação:** a comparação com outras famílias pode ser útil, mas também pode causar tensão ou insegurança nos participantes. O terapeuta que utiliza esta abordagem terá que equilibrar cuidadosamente a confrontação e só participará na confrontação quando seja construtiva para o processo terapêutico.
- **Os membros do grupo podem estar expostos a conteúdo potencialmente traumático,** como histórias de violência, abuso ou morte. Isto pode ser particularmente difícil para os membros do grupo que já passaram por experiências difíceis. Isto pode provocar sentimentos de vergonha, inadequação e isolamento.
- **Vínculos com outros membros do grupo:** os membros do grupo podem desenvolver vínculos com outros membros do grupo, o que pode dificultar a sua saída do grupo. Isto pode ser especialmente difícil se os membros do grupo tiverem tido uma experiência positiva no grupo. Os Condutores devem fomentar a autonomia e a gestão saudável dos vínculos afetivos criados no seio do grupo.

Em conclusão, o Grupo de Psicanálise Multifamiliar pode representar uma abordagem terapêutica potente. No entanto, é importante reconhecer e gerir cuidadosamente os potenciais riscos e desafios para garantir um tratamento eficaz e seguro para todos os participantes.

Para mitigar estes riscos e garantir o sucesso do grupo terapêutico, a formação e a experiência do condutor são cruciais.

1.3. Competências do condutor: uma primeira lista

Quais são as competências específicas do condutor?

Deve possuir uma série de competências, que enumeramos aqui a título preliminar, principalmente para sublinhar que estas competências são diferentes das do psicanalista individual, do terapeuta familiar e do terapeuta de grupo, porque o condutor deve reunir as competências das três figuras profissionais, integradas de diferentes formas, num conjunto que não tem de seguir regras específicas.

As competências que tem em comum com os outros tipos de terapeutas são:

- **Competência psicanalítica:** a formação psicanalítica distingue-se das outras na medida em que o futuro psicanalista vive a experiência de paciente, passando por uma análise pessoal.
- **Competências clínicas:** o condutor deve ter uma formação clínica específica com especial incidência na terapia familiar e de casal.
- **Competências grupais:** o terapeuta líder deve ter um bom conhecimento da psicologia de grupo e das dinâmicas geradas no próprio grupo.
- **Capacidade de liderança:** o líder deve ser capaz de dirigir e gerir o grupo de forma eficaz.
- **Competências relacionais:** o condutor deve ser capaz de construir relações de confiança e apoio com os membros do grupo.
- **Competências de comunicação:** o condutor deve ser capaz de comunicar de forma clara e concisa, tanto com os membros do grupo como com outros profissionais envolvidos no tratamento.

Além disso, o condutor deve, obviamente, possuir boas capacidades de escuta, empatia e compreensão. Deve ser capaz de interagir com as emoções dos membros do grupo e intervir eficazmente em situações de conflito ou de crise.

O condutor desempenha um papel fundamental no grupo de psicoterapia multifamiliar. É responsável pela criação de um ambiente seguro e protetor no qual os membros do grupo possam exprimir livremente os seus sentimentos e partilhar as suas experiências. Também ajuda os membros do grupo a compreenderem a dinâmica relacional em que estão envolvidos, a desenvolverem novas estratégias de confronto e a melhorarem a comunicação. Pode dar regras de comportamento que, como veremos, tendem a corresponder a áreas específicas de competência.

Estas incluem:

O facilitador desempenha um papel fundamental no grupo de psicoterapia multifamiliar. É responsável pela criação de um ambiente seguro e protetor no qual os membros do grupo possam expressar livremente os seus sentimentos e partilhar as suas experiências. Também ajuda os membros do grupo a compreenderem a dinâmica relacional em que estão envolvidos, a desenvolverem novas estratégias de confronto e a melhorarem a comunicação. Pode dar regras de comportamento que, como veremos, tendem a corresponder a áreas específicas de competência.

Estas incluem:

- Escutar com respeito, evitando juízos de valor e considerando que o que o outro diz pode constituir um enriquecimento do nosso conhecimento.
- Não pretender ter razão. Desencorajar a tendência para discutir, para prevalecer sobre o outro, sem o escutar, que nos confronta e isola.
- Assumir a responsabilidade de aliviar o sofrimento resultante de experiências traumáticas.

- Tolerar a incerteza e a confusão do "não saber", evitando oferecer explicações tranquilizadoras. É o próprio grupo que construirá as respostas adequadas.
- Ser capaz de se ligar e tolerar os sentimentos de impotência e pessimismo que estão por detrás das defesas e ações.
- Estar atento a resgatar o vivencial, o emocional e o afetivo, que é o substrato no qual se produzem as interdependências patológicas.
- Respeitar o tempo de cada um, para que a experiência partilhada produza mudança psíquica. Cada participante deve encontrar a sua própria resposta de "cura". Não há necessidade de sugestões ou interpretações. Trata-se de uma experiência única e intransmissível.
- Trabalhar no que é atual, no que emerge em cada encontro e no que evoca nos outros. Ao lidar com as interdependências patológicas e patogénicas, as histórias pessoais são também reconstruídas; não estamos a resolver problemas, mas a criar as condições para a aquisição de novos recursos do Eu que permitam enfrentar a vida de forma mais eficaz e com menos sofrimento.
- Assegurar que o intercâmbio entre os participantes seja aberto para que todos, incluindo os profissionais, possam aprender e compreender a partir das situações vivenciais criadas no grupo. Isto enriquecerá o património profissional e pessoal dos condutores.
- Apoiar a forma como os cuidados afetam também o "cuidado" dos profissionais, para que o grupo cresça e adquira um funcionamento mais horizontal e democrático.

1.4. Conclusão

O Conductor deve possuir competências que são amplamente partilhadas com outros terapeutas de diferentes orientações, como é facilmente observável.

O que as torna de alguma forma "únicas e específicas" é a sua utilização na situação, de modo que algumas competências, que fazem parte da bagagem cultural e de conhecimentos do condutor, parecem mais relevantes do que outras.

Esta é uma das razões pelas quais o nosso modelo utiliza a possibilidade de ponderar as competências individuais dentro de grupos de competências mais gerais: esta competência é útil, mas entra no contexto multifamiliar de uma forma mais limitada ou com uma conotação particular.

A formação básica e especializada do condutor de grupos multifamiliares pode interagir, dada a estrutura específica do ambiente terapêutico, tanto com figuras profissionais da mesma linha profissional (Conductor, Facilitador, Supervisor) como com figuras externas de outros campos psicoterapêuticos, mas com uma experiência técnico-relacional reconhecida e adquirida.

Neste caso, a referência não é tanto a formação teórica, acima referida, mas a posse de competências transversais que fazem parte da bagagem pessoal e que podem ser utilizadas eficazmente pelo sujeito que as possui e atua através delas.

Isto não contradiz o trabalho aqui apresentado, que formaliza uma matriz técnica específica de competências do Conductor, porque há exemplos em que o processo de acreditação pode ser diferente.

Desta forma, há também uma "democratização" da participação e do conhecimento, que os torna a todos relevantes para a situação, se respeitarem as "regras" implícitas e explícitas que regem a prestação da terapia.

Isto não significa que todos possam fazer as mesmas coisas ou ter as mesmas tarefas.

Como se verá nas ferramentas que acompanham a investigação, mais ou menos todos os profissionais envolvidos devem ser capazes de fazer as mesmas coisas, mesmo que em diferentes níveis de responsabilidade (redundância de competências e conhecimentos comuns), e devem criar um espaço comum onde não seja necessário auto-explicar-se e/ou hierarquizar papéis e funções, mas apenas partilhar experiências, sem enviar sinais contraditórios e gerar conflitos posicionais disfuncionais.

Se quisermos, a sua inclusão e/ou empowerment em grupos multifamiliares é um dos aspetos mais fascinantes da reflexão sobre a profissão de Líder e sobre as características do cenário terapêutico aqui utilizado.

Para além disso, o trabalho aqui apresentado tem como objetivo sistematizar alguns aspectos da experiência profissional do Condutor/facilitador e codificá-los de forma a torná-los legíveis, transparentes e transferíveis.

2. SISTEMA DE COMPETÊNCIAS DO CONDUTOR DE GRUPOS DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR: DAS FAMÍLIAS DE COMPETÊNCIAS AOS COMPORTAMENTOS COERENTES

Antes de passarmos da identificação das 18 grandes famílias de competências à descrição da Matriz de Competências, consideremos a descrição do conceito de competência.

Esta descrição facilitará certamente a tarefa de desenvolver os comportamentos característicos de cada família e clarificará as ligações entre os dois conceitos.

2.1. O que podemos dizer sobre Competência

Nas últimas duas décadas, o conceito de competência adquiriu uma importância estratégica nas políticas de educação e aprendizagem ao longo da vida, bem como no desenvolvimento de estratégias de capital humano nas empresas e, em geral, nas profissões públicas e privadas.

Caracteriza-se agora pela dimensão concetual (e operacional) da análise em torno da qual se desenvolvem os seguintes aspetos:

- Os processos de ensino/aprendizagem que se desenrolam nas escolas de todos os níveis, no ensino profissional e superior e na formação contínua.
- Os processos de definição e de enriquecimento do capital humano a nível das empresas, essenciais para o recrutamento e a contratação de pessoal.
- Os percursos de construção de profissões emergentes e não codificadas (no nosso caso), construídos a partir da observação dos comportamentos mais eficazes, de carácter predominantemente experiencial, manifestados na prática profissional.

Vale também a pena destacar os impulsos para uma reflexão mais geral provenientes do quadro normativo europeu. Neste caso, referimo-nos a:

- A Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de abril de 2008, relativa à instituição do Quadro Europeu de Qualificações para a Aprendizagem ao Longo da Vida, que define tanto as competências, descritas em termos de autonomia e responsabilidade, como as suas ligações com os conhecimentos e as aptidões, de modo a completar a sua correta contextualização.
- A Recomendação relativa a uma nova Agenda de Competências para a Europa, COM (2016) 381.
- A Recomendação do Conselho, de 22 de maio de 2018, sobre uma nova definição de Competências Essenciais para a Aprendizagem ao longo da vida, COM (2018) 189/01.
- documento de reflexão sobre o Controle da Globalização - COM (2017) 240.
- Uma Agenda de Competências para a Europa em prol da competitividade sustentável, da justiça social e da resiliência 2020 - COM (2020) 274 final.

Na nossa opinião, os elementos unificadores do debate sobre as competências são os seguintes:

- **A dimensão da observabilidade:** a competência existe se alguém conseguir reconhecê-la. Trata-se, portanto, de um comportamento "observável" e só reconhecível numa relação social.
- **A dimensão da modularidade:** A competência é modular, ou seja, pode ser combinada com outras competências para produzir resultados complexos (famílias), úteis para atuar em contextos orientados por dados e desafios. Este é o método que escolhemos para reunir

mais do que uma competência em conjuntos de comportamentos (competências) que podem ser agrupados numa mesma família.

- **A dimensão da auto-direção:** a competência é essencial para apoiar a dimensão da gestão individual no âmbito de uma exigência de ação e/ou de mudança.

Por outras palavras, a competência pode ser definida como:

"comportamento organizativo reconhecível em que convergem conhecimentos, aptidões e técnicas tácitas e explícitas, que o sujeito utiliza para realizar tarefas e actividades mais ou menos complexas num determinado contexto".

Entendida desta forma, a competência tem a função não tanto de identificar os conhecimentos, aptidões e/ou capacidades possuídas pelo indivíduo, mas de indicar o seu reconhecimento efetivo num determinado contexto.

Este reconhecimento tem um elevado valor social e relacional, porque só alguém que não o detentor da competência pode comprovar a sua existência real, quando a vê aplicada a um determinado comportamento organizacional dotado de eficácia.

Deste ponto de vista, a competência parece ter uma natureza altamente subjectiva, dinâmica, processual e relacional.

Refere-se, por outras palavras, à capacidade de cada pessoa/profissional - neste caso, estamos a referir-nos aos Condutores de GPMF - de "mobilizar" os seus recursos em relação ao contexto para assumir determinadas tarefas, combinando dinamicamente conhecimentos (gerais e técnicos) e capacidades.

Entendida desta forma, a competência facilita e permite-nos agir com mais precisão no exercício de previsão em que estamos envolvidos.

Em primeiro lugar, não encerra o trabalho analítico num esquema pré-estabelecido, mas deixa-o em aberto, prefigurando-o como uma forma de observar o que acontece na experiência terapêutica concreta.

Em segundo lugar, de acordo com a sua caracterização fortemente contextualizada e essencialmente individualizada, a competência, mais do que a capacidade profissional, individualiza com suficiente precisão o comportamento organizacional a observar, de modo a verificar os efeitos ao longo do tempo.

O processo de descrição do comportamento observável em cada família de competências baseia-se numa etapa intermédia. Isto leva a uma definição precisa e específica de cada família de competências.

Estas foram definidas, como na própria definição utilizada por nós, como comportamentos organizacionais em que a pessoa é capaz de atuar com mestria (reconhecível) em qualquer contexto de trabalho/profissional e resumidos na expressão "saber-fazer".

As famílias de competências seleccionadas constituem a base para a descrição dos comportamentos que as caracterizam individualmente.

2.2. Área das Competências Estratégicas

Nesta área encontramos as competências que o Condutor deve possuir como bagagem técnica básica, tanto teórica como prática. A necessidade de compreender a dinâmica familiar e a interconexão dos membros da família dentro do sistema familiar.

1. Ser capaz de aderir coerentemente ao Pensamento Psicanalítico: reconhecer a centralidade dos conceitos de psicose e identificação patológica na estruturação das interdependências patogénicas atualizadas no GPMF, para ligar o que acontece na mente individual com o que acontece na relação entre o indivíduo e as figuras parentais.

O Condutor do GPMF conhece e mantém a validade de tais conteúdos e recontextualiza de forma coerente a sua utilização numa situação de grande grupo multigeracional, facilitando a manifestação da articulação mundo interno/dimensão relacional e favorecendo o seu reconhecimento.

2. Ser capaz de promover um Pensamento Sistémico: ver como as ações e os comportamentos individuais afetam toda a família e como o sistema familiar afeta os comportamentos individuais.

A mudança como um processo sistémico: O terapeuta do GPMF está consciente de que a mudança no sistema familiar pode ser um desafio e requer uma abordagem sistémica. Abordar os problemas individuais isoladamente pode não conduzir a uma mudança duradoura se a dinâmica familiar permanecer inalterada.

3. Ser capaz de centrar-se numa Abordagem Multigeracional. Dado que na terapia multifamiliar participam várias gerações, os terapeutas podem trabalhar com problemas e dinâmicas transmitidos ao longo do tempo. Este facto pode fornecer orientações valiosas sobre os padrões intergeracionais e o seu impacto no funcionamento familiar.

A abordagem multigeracional na terapia de grupo multifamiliar (GPMF) é um aspeto valioso do processo terapêutico. Nos GPMFs, os terapeutas têm a oportunidade de utilizar esta característica para encorajar o reconhecimento de como as dificuldades apresentadas atualmente pelo indivíduo (paciente designado) têm origem nas problemáticas vividas, mas nunca enfrentadas, pelas gerações anteriores.

4. Ser capaz de utilizar uma abordagem baseada na Partilha de todos os tipos de Emoções que surgem no grupo: Promover corretamente o potencial do GPMF para conter e processar a expressão de cada emoção, nas diferentes formas em que se manifesta. Competência central, pois muitas vezes é precisamente a manifestação demasiado intensa das diversas emoções que impossibilita a intervenção terapêutica em diferentes contextos.

O terapeuta de GPMF deve orientar a sua intervenção para a criação de um contexto emocional de segurança, no qual os estados emocionais intensos relacionados com o sofrimento possam ser acolhidos em vez de evitados, apoiando assim a sua expressão mais adequada e sustentável. Através da legitimação e partilha de diferentes estados emocionais (incluindo os próprios), pode ser possibilitado o contacto com experiências dolorosas anteriores, favorecendo a sua elaboração.

Para apoiar a definição das competências incluídas nesta área, serão conduzidas algumas reflexões gerais, que podem ajudar a situar a área das competências estratégicas num marco teórico preciso.

A originalidade do trabalho de García Badaracco reside no facto de ter reunido pontos de vista pertencentes a mundos conceptuais diferentes que, no final dos anos 60, era difícil imaginar que pudessem encontrar-se.

Interessado em compreender o psiquismo e o comportamento humano, completou os seus estudos de medicina na Argentina e viveu durante oito anos em França, onde aprofundou os seus conhecimentos de psiquiatria, neurologia e psicanálise.

De regresso a Buenos Aires, ganhou um concurso e tornou-se chefe de um dos Serviços de internamento do Hospital Psiquiátrico de Homens da cidade de Buenos Aires. Aí conheceu o tratamento dos doentes graves e a forma de atuação institucional.

A sua primeira impressão foi a de que não eram tratados como seres humanos. Começou a tratá-los como pessoas, com a desaprovação dos chefes dos outros serviços. Os doentes perceberam a mensagem e o seu estado melhorou.

Nessa altura, Garcia Badaracco começou a reunir-se com as famílias, a falar com os familiares dos doentes sobre a situação que estavam a viver e sobre a possibilidade de alguns doentes regressarem a casa.

O grupo, composto por doentes, familiares e acompanhantes, em conjunto com os profissionais do serviço, começou a reunir-se regularmente.

Como diz García Badaracco: "Havia três actores: os doentes, os pais e o pensamento psicanalítico, que me ajudaram a dar sentido ao que via".

a) Um primeiro elemento claro surgiu: os pacientes não eram diferentes de um ou de ambos os pais, como eles afirmavam. Isto levou-o a pensar que, em cada família com uma transação psicótica, existia uma ligação simbiótica entre o filho e um dos progenitores.

O problema não estava no esquizofrénico - 70 por cento dos doentes internados na enfermaria tinham sido diagnosticados como tal, mas na relação entre o doente e a pessoa que, até àquele momento da sua vida, mais dele se ocupara.

Nesta altura, a observação é interpretada e leva-o a utilizar:

1. o pensamento psicanalítico, relativamente ao conceito de simbiose;
2. o pensamento psicanalítico, na descrição da passagem do que acontece no interior do indivíduo para o que acontece entre o indivíduo e a pessoa que sempre se preocupou com ele ou seja, a relação entre os dois;
3. o pensamento sistémico, ou seja, a leitura das situações patológicas no contexto em que ocorrem. Naqueles anos (1956), os trabalhos de Gregory Bateson e outros permitiram estabelecer uma nova ordem epistemológica baseada na consideração de que o comportamento dos pacientes esquizofrénicos estava relacionado com o contexto em que ocorria, e que era possível dar-lhe sentido.

b) A outra observação que impressionou particularmente Garcia Badaracco e os seus colegas foi o facto de os doentes, desde que o hospital foi reorganizado como comunidade terapêutica, mostrarem que se sentiam melhor quando estavam internados no hospital do que quando regressavam a casa.

Esta observação parecia confirmar que os problemas estavam relacionados com a forma como cada paciente era tratado: durante o internamento, cada doente era tido em conta pelo que era na sua individualidade e sentia-se melhor; quando regressava a casa e se encontrava imerso no sistema de relações que o tinha feito adoecer, o seu estado piorava rapidamente.

Tornou-se evidente que os problemas surgiam no âmbito de relações significativas, muitas vezes com uma pessoa em particular, e que o trabalho terapêutico tinha de envolver o questionamento da forma como ambos os membros viviam essa relação.)

O local mais apropriado para começar a abordar estes problemas parecia ser o grupo constituído por muitas famílias ou, pelo menos, por uma ou mais pessoas pertencentes às famílias dos pacientes.

(São as competências n. 1 e n. 2 que dão uma dimensão mista à intervenção).

Os GPMF permitem enquadrar as problemáticas familiares em termos de um problema intergeracional.

Não se trata de reconstruir a relação original através da transferência, nem de considerar apenas um núcleo familiar gravemente patológico de cada vez. Trata-se de construir um grande grupo no qual todas as famílias (pelo menos um membro por família) possam participar, em conjunto com diversos profissionais.

A presença de várias famílias, completas ou parciais, torna possível uma tarefa que seria mais difícil com um único núcleo familiar: reconstruir as histórias familiares das pessoas que compõem os núcleos atualmente envolvidos, ou seja, fazer com que todos se apercebam de que fazem parte de uma família, no espaço (a atual) e no tempo (um conjunto de relações entre parentes de sangue, donde cada um dos presentes provém).

Desta forma, os presentes podem começar a compreender que os problemas que surgem hoje em cada família, no sofrimento e no comportamento de um dos seus membros, o chamado "paciente

identificado", começaram há muito tempo nas relações que um ou ambos os pais tinham com os seus pais, os avós do paciente ou até mesmo antes.

(Competência n.º 3)

A realização gradual deste processo é muito dolorosa e difícil para cada participante nos GPMF, mas precisamente porque sentem que estão num lugar onde o seu sofrimento não é evitado, mas aceite, começam a empenhar-se no trabalho que pode ser realizado aí, todos juntos.

O sofrimento expressado, participado e partilhado por todos torna-se a cola que permite sentirem-se menos sós e "arregaçarem as mangas" para fazer tudo o necessário para saírem da situação em que se encontram.

Parece que é precisamente a partilha do sofrimento entre todos os sujeitos envolvidos, doentes, pais e outros familiares e acompanhantes, que permite a formação de uma aliança entre todos os presentes.

Finalmente, qualquer pessoa pode recuperar a confiança e a força para contribuir para melhorar o bem-estar dos doentes, das famílias e dos profissionais.

(Competência n.º 4)

2.3. Área das Competências Transversais de Gestão Terapêutica

Estas competências são as competências fundamentais da profissão específica e a sua posse é essencial para realizar o trabalho de Condutor.

As competências que fazem parte desta área são as seguintes

5. Ser capaz de utilizar excelentes Capacidades de Comunicação: a comunicação eficaz é crucial na GPMF. Os terapeutas devem ser especialistas em saber ouvir ativamente, expressar empatia e facilitar uma comunicação aberta e honesta entre os membros da família.

As capacidades de comunicação são essenciais para os terapeutas da GPMF. A comunicação eficaz estabelece a base para construir a confiança, compreender as dinâmicas familiares e facilitar uma mudança positiva no sistema familiar.

6. Ser capaz de trabalhar para a Re-discussão dos Conflitos: as famílias nos GPMF podem viver conflitos e tensões. Os terapeutas devem ser capazes de ajudar as famílias a gerir e a resolver os conflitos de forma construtiva.

A resolução de conflitos é uma competência fundamental para os terapeutas do GPMF. Quando as famílias se juntam no grupo, podem surgir conflitos e tensões devido a diferentes perspetivas,

necessidades e estilos de comunicação. As competências de resolução de conflitos permitem aos terapeutas ajudar as famílias a lidar de forma construtiva com estes desafios.

7. Ser capaz de utilizar uma Condução de Grupo não intrusiva e manter um clima solidário e empático: Criar um ambiente de segurança psicológica em que ninguém se substitui ao outro e todos se sentem protegidos e compreendidos na expressão espontânea de si próprio.

Na definição do clima emocional do GPMF, as mensagens não verbais têm mais peso do que o conteúdo verbal, pelo que é fundamental prestar atenção ao "como se diz" assim como "ao que se diz", garantindo a coerência entre os dois níveis. Proteger a paridade das trocas através de uma escuta empática recíproca.

8. Ser capaz de aproveitar as Dinâmicas Relacionais dos Grupos, estar atento ao "espelhamento metaforico", às "transferências múltiplas" e aos "enactments" e à forma como ocorrem nos grupos: O contexto multifamiliar é um contexto em que os fenómenos presentes na dimensão bi-pessoal assumem uma forma "múltipla", o Condutor deve ser capaz de os utilizar como um enriquecimento do campo de ação terapêutica, atribuindo à dimensão grupal a função de "terceiro mediador".

O terapeuta de GPMF deve ser capaz de desenvolver a capacidade colectiva de descobrir a dimensão transferencial em cada relação interpessoal, de modo a que cada participante possa primeiro reconhecer e ver no outro, algo que também lhe diz respeito. Todos os participantes podem ajudar a fazer emergir estes fenómenos e a torná-los manejáveis neste novo contexto de cura.

9. Ser capaz de trabalhar com Flexibilidade e Adaptabilidade: Os condutores da GPMF podem trabalhar com famílias com diferentes necessidades e desafios. Ser adaptável e flexível nas abordagens terapêuticas é essencial para tratar eficazmente os diferentes problemas.

A flexibilidade e a adaptabilidade são qualidades essenciais para os terapeutas do GPMF. As famílias que participam na terapia de grupo multifamiliar podem ter diferentes origens e apresentar um vasto leque de necessidades e desafios. A adaptabilidade e a flexibilidade das abordagens terapêuticas permitem aos os terapeutas adaptar as intervenções e estratégias para responder eficazmente às necessidades únicas de cada família.

10. Ser capaz de Potenciar as Facilitações: O Condutor do GPMF deve criar um ambiente seguro e de apoio para que as famílias interajam e participem na terapia em conjunto. Isto requer fortes capacidades de facilitação para gerir a dinâmica do grupo, fomentar a participação e garantir que todas as vozes são escutadas.

A facilitação é uma competência fundamental para os terapeutas do GPMF. Uma vez que o Grupo envolve várias famílias reunidas num contexto de grupo, as competências de facilitação do terapeuta desempenham um papel crucial na criação de um ambiente terapêutico seguro e de apoio.

11. Ser capaz de promover a Resiliência: trabalhando num contexto multifamiliar, o terapeuta pode permitir que os participantes desenvolvam competências colaborativas de resolução de problemas e estratégias de confronto. Isto pode promover a resiliência e aumentar o potencial de mudança positiva dentro de cada sistema familiar.

A resiliência é um aspeto crucial da terapia GPMF. Ao utilizar de forma criativa as características do contexto multifamiliar, os terapeutas podem capacitar os participantes a desenvolver novas competências, abordando os problemas com uma atitude flexível e experimentando estratégias de coping colaborativas. Esta abordagem representa um apoio adaptativo no sentido de uma maior capacidade de lidar com situações stressantes e tensas, aumentando o potencial de mudança positiva.

12. Ser capaz de utilizar Therapy Open Format: As sessões de terapia multifamiliar têm frequentemente um formato aberto, que permite que várias famílias ou membros da família se reúnam num contexto de grupo, de acordo com as suas necessidades e/ou possibilidades. Cada família ou membro pode apresentar pedidos específicos de ajuda ou preocupações que são abordados no contexto do grupo alargado.

As sessões de terapia multifamiliar adoptam frequentemente um formato aberto, o que implica a capacidade do Condutor para acolher e trabalhar simultaneamente com múltiplas necessidades individuais e familiares. Este formato aberto oferece a vantagem de um ambiente flexível e não restritivo, adaptável a diferentes necessidades; também ajuda a tolerar a incerteza e a transformar a imprevisibilidade numa surpresa criativa.

13. Ser capaz de Fomentar a Exploração Colaborativa: O terapeuta multifamiliar encoraja a exploração colaborativa de problemas e preocupações entre famílias e membros. Permite que os participantes aprendam uns com os outros, partilhem experiências e ofereçam apoio, criando um ambiente terapêutico rico e diversificado.

A exploração colaborativa é uma característica fundamental da terapia de grupo multifamiliar. Os terapeutas da GPMF encorajam ativamente os participantes a envolverem-se em discussões colaborativas, a explorarem os seus problemas e preocupações em conjunto e a aprenderem com as experiências dos outros. Esta abordagem colaborativa cria um ambiente terapêutico rico e diversificado com inúmeros benefícios.

14. Ser capaz de promover a Aprendizagem Partilhada: O Condutor Multifamiliar permite que os participantes beneficiem da aprendizagem partilhada, enquanto observam e interatuam com outras famílias que enfrentam desafios semelhantes ou diferentes. Isto pode promover um sentimento de universalidade e reduzir os sentimentos de isolamento ou estigmatização.

A partilha da aprendizagem é um aspeto poderoso da terapia de grupo multifamiliar. Os Condutores de GPMF permitem aos participantes beneficiarem da aprendizagem partilhada, observando e envolvendo-se com outras famílias que enfrentam desafios semelhantes ou diferentes, facilitando assim a capacitação ativa de cada um nos processos de cuidados. Esta experiência promove um sentimento de universalidade, reduz os sentimentos de isolamento ou estigmatização e contribui para um ambiente terapêutico de apoio e enriquecedor.

A área das Competências Transversais de Gestão Terapêutica está no centro das atividades que um Condutor e um Facilitador deverão desenvolver para promover a constituição e crescimento de um GPMF.

É precisamente na capacidade de recorrer a estas qualidades que se mede por um lado, o trabalho dos psiquiatras e psicólogos, partindo de uma base de estudos mais profundos, psicanalíticos, sistémicos e de teoria de grupos, se veem obrigados a reestudá-los de forma criativa, para se tornarem "Condutores" de um GPMF e, por outro lado, os assistentes sociais, os enfermeiros e os terapeutas de reabilitação psiquiátrica, habituados a um encontro sistemático entre teoria e prática no desempenho do seu papel profissional específico, podem dar um contributo original para a implementação do GPMF como "Facilitadores".

A hipótese original deste Projeto Erasmus+ nasce precisamente das seguintes considerações:

- -Nos GPMF, a doença sofrida pelos pacientes pode ser atribuída, quanto à sua origem e permanência, a uma ausência de mudança e com tendência a agravar-se (cronicidade), devido a um não reconhecimento da importância dos acontecimentos traumáticos e/ou

dos lutos não elaborados ao longo da história das relações entre membros de diferentes gerações da mesma família;

- A capacidade de conduzir-facilitar um MFPG baseia-se num conhecimento teórico e prático que visa tornar a experiência de se libertar dos efeitos auto-mutilantes de partes importantes do eu, acessível aos que estão envolvidos nestes mecanismos intergeracionais complexos que afetam membros da família de diferentes gerações.
- A experiência dos GPMF mostrou que o conhecimento teórico dos "Condutores" e o conhecimento prático dos "Facilitadores" podem coexistir; de facto, idealmente, devem ser combinados. Há Condutores que podem ser demasiado teóricos e Facilitadores que tendem a ser demasiado práticos. Seria bom que ambos os aspetos estivessem presentes em cada 'Conductor' e em cada 'Facilitador', embora em proporções diferentes. A articulação das diferenças é sempre um fator de crescimento pessoal.
- O importante é o resultado: ser "especialistas no reconhecimento da importância das emoções" no que respeita à compreensão e à reconstrução da história dos sofrimentos psicológicos-psiquiátricos que, de forma maior ou menor, qualquer pessoa pode encontrar na sua própria vida.

2.4. Área das Competências Pessoais, Éticas, Sociais e Culturais

As competências pertencentes a esta área são as que dizem respeito ao comportamento do Conductor no que se refere à dimensão cultural e ética e as que estão mais estreitamente ligadas à necessidade de aprender a transferir conhecimentos nos diferentes contextos familiares e/ou terapêuticos.

As competências nesta Área são as seguintes:

15. Ser capaz de efetuar avaliações e diagnósticos: a competência na realização de avaliações familiares e no diagnóstico de problemas familiares é importante para compreender as necessidades das famílias envolvidas e desenvolver planos de tratamento adequados. Pode permitir-lhes assumir um papel ativo na sua própria cura e crescimento.

A avaliação e o diagnóstico são componentes cruciais da terapia de grupo multifamiliar. A experiência na realização de avaliações familiares exaustivas e no diagnóstico de problemas familiares permite aos terapeutas do GPMF compreender em profundidade as famílias envolvidas, personalizar os planos de tratamento e construir uma aliança terapêutica eficaz, encorajando a responsabilidade pessoal no processo de cuidados.

16. Ser capaz de melhorar a sua Competência Cultural: ser sensível e compreender o contexto cultural das famílias envolvidas no GPMF, o que é fundamental para proporcionar uma terapia inclusiva e eficaz.

A competência cultural é vital para os terapeutas do GPMF. Compreender e ser sensível aos contextos culturais das famílias envolvidas é essencial para promover um clima inclusivo que faça das múltiplas diversidades um recurso. Ser capaz de enriquecer a dimensão multifamiliar através do multiculturalismo.

17. Ser capaz de manter a Ética e os Limites. *Como em qualquer abordagem terapêutica, a manutenção de padrões éticos e de limites claros é fundamental nos GPMFs para garantir o bem-estar das famílias e do processo terapêutico.*

A ética e a definição de limites são particularmente relevantes na terapia de grupo multifamiliar, para a utilização correta das características de abertura, inclusão e integração do setting. Manter padrões éticos e a definição de limites claros são essenciais para garantir a segurança, o respeito e o bem-estar das famílias e para garantir a integridade e a eficácia do processo terapêutico.

18. Estar aberto à Aprendizagem Afetiva *(através da participação no GPMF, da formação, da supervisão, do Ateneu e da própria terapia): ser capaz de estar aberto a aprender coisas novas, com o funcionamento emocional do grupo, favorecer a dimensão afetiva da mudança e utilizar as suas "vivências" de forma criativa.*

O terapeuta do GPMF, através dos seus processos de aprendizagem afetiva, favorece o desenvolvimento de novas aptidões e atitudes na experiência transformadora de cada participante; a capacidade de ativar a aprendizagem afetiva no grupo permite a emergência de novas competências emocionais e capacidades relacionais.

Na Área das Competências Sociais, Culturais e Éticas, dizemos que é necessário:

- não se contentar apenas com as linhas de ação em psiquiatria, mas, partindo do pressuposto de que é necessário conhecer a psicopatologia, é igualmente importante não ficar por aí;
- prestar muita atenção à situação "sócio-cultural", às circunstâncias em que se produzem os factos, que, como sabemos, são influenciados pelo contexto em que ocorrem;
- é particularmente importante basear a intervenção no respeito mútuo.

Pode parecer óbvio, mas não é: o encontro com o outro é muitas vezes "perturbador", imprevisto, desafia-nos, obriga-nos a fazer perguntas. Se estivermos prontos para as colocar, podemos enriquecer-nos mutuamente, caso contrário, é mais fácil evitar ou limitar os contactos ao essencial. Para compreender e ajudar os outros, é necessário aprender a sofrer com eles.

Para compreender os outros e talvez ajudá-los, é necessário aprender a sofrer com eles, partilhar o sofrimento alheio implica inevitavelmente trazer à superfície o nosso próprio sofrimento.

3. MATRIZ DE FAMÍLIAS DE COMPETÊNCIAS

1. Ser capaz de aderir coerentemente ao Pensamento Psicanalítico	Área das Competências Estratégicas
2. Ser capaz de promover um Pensamento Sistémico	
3. Ser capaz de centrar-se numa Abordagem Multigeracional	
4. Ser capaz de utilizar uma abordagem baseada na Partilha (de todos os tipos) de Emoções que surgem no grupo	
5. Ser capaz de utilizar excelentes Capacidades de Comunicação	Área das Competência Transversais de Gestão Terapêutica
6. Ser capaz de trabalhar para a Re -discussão dos Conflitos	
7. Ser capaz de utilizar uma Condução de Grupo não intrusiva e manter um clima solidário e empático	
8. Ser capaz de aproveitar as Dinâmicas Relacionais dos Grupos, ser consciente das trasnferencias multiplas e dos enactments	
9. Ser capaz de trabalhar com Flexibilidade e Adaptabilidade	
10. Ser capaz de Potenciar as Facilitações	
11. Ser capaz de promover a Resiliência	
12. Ser capaz de utilizar Therapy Open Format	
13. Ser capaz de Fomentar a Exploração Colaborativa	
14. Ser capaz de promover a Aprendizagem Partilhada	
15. Ser capaz de efetuar avaliações e diagnósticos	
16. Ser capaz de melhorar a sua Competência Cultural	
17. Ser capaz de manter a Ética e os Limites	Área das Competências Pessoais, Éticas, Sociais e Culturais
18. Estar aberto à Aprendizagem Afetiva (através da formação, da supervisão, do Ateneu, da própria terapia...)	

TERCEIRA PARTE

"PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE CONDUTORES E FACILITADORES DO GRUPO DE PSICANÁLISE MULTIFAMILIAR"

INTRODUÇÃO

Da complexidade dos resultados que emergiram da pesquisa de campo realizada pelos parceiros como primeira etapa do projeto "FA.M.HE.", parece-nos importante realçar a crescente difusão da experiência multifamiliar na prevenção e tratamento das várias formas de sofrimento mental. As limitações encontradas a uma maior implementação dos GPMF têm na sua origem resistências institucionais, culturais e ideológicas, que importa ter em conta, o que torna necessário o investimento numa formação adequada à cultura e funcionamento dos contextos de atendimento e apoio à saúde mental.

Um aspeto considerado de importância determinante pelos participantes na investigação, quer familiares quer técnicos de diferentes orientações teóricas, é a formação dos condutores, ficando claro que o desenvolvimento das suas competências deve assentar numa sólida formação teórica e técnica, assim como numa componente clínica experiencial.

Relativamente aos GPMF, os resultados da investigação revelaram que muitos destes grupos apresentam diferentes formas de funcionamento, o que determina a necessidade de uma formação partilhada estruturada sobre as competências individuais do Conductor/Facilitador, sobre o apoio à equipa técnica e sobre a preparação para o contexto sociocultural em que os GMF são realizados.

Os dados obtidos convergem para a necessidade urgente de criar uma formação específica e sólida para os Condutores de GPMF. Tal necessidade vem ao encontro de um dos objetivos deste projeto: reforçar o papel e a figura do Conductor e do Facilitador do GPMF no mercado de trabalho e nos Serviços de Saúde Mental, através de um currículo de formação europeu baseado no conhecimento dos conceitos-chave do GPMF e na aquisição de aptidões e competências essenciais.

Nos últimos anos, todos os parceiros desenvolveram experiência de formação em PMF, mas apenas o LIPsiM implementou percursos formais de aprendizagem que, no prazo de sete anos, prepararam cerca de quarenta novos Condutores de GPMF. O desenvolvimento desta experiência é descrito a seguir.

1. EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO DO LIPSiM

1.1. O Caminho Percorrido

Em 2016, o Laboratório de Psicanálise Multifamiliar iniciou atividades de formação dirigidas a psicoterapeutas interessados em aprofundar a metodologia multifamiliar que se vinha difundindo em Itália há alguns anos. O projeto inicial foi o de um Curso de Mestrado Bienal, no qual se pudesse ter uma experiência de aproximação à teoria de Jorge Garcia Badaracco, decorreria em dois dias consecutivos, com encontros mensais durante 10 meses em cada ano e estruturado através da participação em:

- Um Seminário mensal do LiPsiM, ativo desde a fundação do Laboratório, que se realiza na tarde da terceira sexta-feira do mês; tem a duração de cerca de duas horas e meia, e envolve a apresentação de uma parte teórica e posterior discussão livre com os participantes.
- Grupo de Psicanálise Multifamiliar (GPMF) fundado pelos membros do Laboratório em 2016 e dirigido por Psicanalistas Multifamiliares experientes, que se reúne às sextas-feiras em encontros bimestrais com duração de uma hora e meia e inclui o Ateneu /Reunião pós-grupo, inicialmente com duração de meia hora.
- Aulas teóricas com a duração de 8 horas, completadas pela visualização e discussão de vídeos relativos a Psicanálise Multifamiliar (PMF), no sábado do fim-de-semana dedicado à formação.

Ao longo destes anos de experiência formativa, surgiram várias considerações no seio da equipa pedagógica do LiPsiM, que resultaram em várias transformações na abordagem inicial do programa de Mestrado. Os responsáveis pela formação do LiPsiM introduziram as seguintes alterações:

- A participação dos membros do LiPsiM no GPMF pelo menos uma vez por mês, (se possível duas) tornou-se gradualmente o lugar eletivo de aprendizagem.
- Neste contexto, o início do seminário LiPsiM foi antecipado, para permitir a duplicação do tempo dedicado ao Ateneu/Reunião pós-grupo de meia hora para uma hora;
- Decidiu-se que os docentes que participam na atividade formativa de sábado assistam ao GPMF de sexta-feira e ao respetivo Ateneu, de modo a que os conteúdos dos temas previstos para o dia seguinte possam ser desenvolvidos, em relação com o sucedido no dia anterior no GPMF e no Ateneu subsequente.
- A formulação, por parte de cada aluno, de um projeto operacional relativo ao início de um novo GPMF que acompanhe o trabalho teórico final.

Estas decisões foram tomadas em função da avaliação de que esta forma de trabalhar, ainda muito artesanal, se baseia fundamentalmente na experiência realizada no Grupo e reelaborada no Ateneu/ Reunião pós-grupo, integrando assim, os conteúdos teórico-metodológicos das aulas do dia seguinte.

A este tipo de considerações juntou-se a necessidade de atribuir a cada aluno um dos docentes do Mestrado, com funções de tutoria a realizar através de entrevistas periódicas (pelo menos 3) ao longo de cada ano. Esta abordagem tornou-se necessária para monitorizar o esforço sustentado por cada aluno, confrontado com uma abordagem teórica profundamente transformadora da patologia mental grave, capaz de pôr em causa os fundamentos, o pensamento e a ação clínica dos chamados "experts" na matéria.

Além disso, pareceu útil fornecer aos alunos um ponto de referência para começarem a esboçar o projeto de abertura de um novo grupo a ser lançado no final do curso de Mestrado de dois anos.

1.2. Mestrado bienal em Psicanálise Multifamiliar

O Mestrado em PMF destina-se a dar resposta a profissionais psicoterapeutas (psicólogos ou médicos) que pretendam aprofundar os seus conhecimentos sobre o método e capacitar-se para a função de Condução de Grupos de Psicanálise Multifamiliar. O objetivo do Mestrado é capacitar os alunos para a utilização de uma ferramenta inovadora de prevenção e tratamento, aplicável em diversos contextos.

A duração é de dois anos e tem uma estrutura teórico-clínica-experiencial.

A metodologia de ensino adotada garante a dimensão teórico-clínico-experiencial prevista pelo modelo através de seminários teóricos mensais conduzidos de forma interativa, da participação direta no Grupo de Psicanálise Multifamiliar, da visualização de material clínico gravado em vídeo com fins formativos e do início de um projeto próprio relacionado com a PMF, nos vários contextos de aplicação. Ao longo de cada ano, cada aluno participará em pelo menos 3 entrevistas individuais com um professor de referência para melhor orientar a sua formação.

A proposta de formação prevê uma frequência mensal (sexta-feira à tarde e sábado todo o dia) nas instalações do Laboratório em Roma; está prevista a frequência quinzenal do Grupo Multifamiliar do LIPsiM, e uma semana de participação intensiva nos diferentes GPMF presentes na rede territorial do Laboratório.

O corpus teórico tem as suas raízes no esquema de "Articulações" "Articulaciones", Anexo 1) elaborado por Jorge García Badaracco, que é utilizado como base para as intervenções didáticas; a sua complexidade permite uma utilização flexível e gradual, em função das respostas dos alunos. Através da participação nos Seminários Mensais, pretendemos oferecer a possibilidade de conhecer as diversas experiências multifamiliares realizadas em Itália, permitindo aos alunos comprovar a aplicação e aplicabilidade do método em diversos contextos e realidades profissionais nacionais. A heterogeneidade das contribuições favoreceu o desenvolvimento do próprio método em novos contextos.

A participação no GPMF é ativa. O trabalho que é ativado no seio do grupo permite a experiência direta do funcionamento do modelo, tanto com fins didáticos, enquanto formando, tanto para continuar a realizar um trabalho sobre si próprio, enquanto participante no grupo.

Após o grupo, existe o pós-grupo, designado Ateneu. Neste espaço, reflete-se sobre o que aconteceu no grupo, tanto no que diz respeito às dinâmicas surgidas entre os participantes, como no que diz respeito às vivências dos técnicos.

Conforme já referido, ao longo dos anos, considerámos necessário colocar à disposição de cada aluno um tutor, com o objetivo de o acompanhar ao longo do ano para explorar possíveis situações pessoais que possam surgir durante a participação no grupo (e avaliar como apoiar, quando seja necessário, em situações críticas) e centrar o enfoque no trabalho de final de ano.

Estão previstos pelo menos três encontros com o tutor em cada ano.

Todos os anos, o aluno deve produzir um trabalho teórico e um projeto para iniciar um GPMF num contexto à sua escolha. O objetivo do Laboratório é apoiar a implementação do grupo e favorecer o trabalho em rede para o desenvolvimento do projeto.

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

2.1. O Esquema das "Articulações" (Anexo 1)

A Psicanálise Multifamiliar é simples e complexa ao mesmo tempo, e requer ser pensada como um todo, um conjunto inseparável, estruturado através de múltiplas articulações interconectadas.

Esta ideia básica inspirou Jorge García Badaracco quando formulou o esquema de "Articulaciones", como lhe chamou.

Neste esquema, podemos identificar uma componente central: a "sabiduría" ("sabedoria"), como um objetivo a aspirar ainda que inalcançável, uma atitude mental que informa as relações construídas através da experiência multifamiliar.

Em seguida, é possível dividir os conteúdos conceptuais do esquema das "Articulações" em três grupos:

No primeiro grupo estão presentes os elementos que constituem e caracterizam o "método" (como trabalha o grupo):

1. o Respeito, que constitui a base da atitude na qual se pede que se inspirem aqueles que decidem participar no GPMF;
2. o Grupo de Psicanálise Multifamiliar, visto como um Laboratório permanente para a elaboração de novas ideias: nada é dado como certo; pelo contrário, cada Grupo pode esconder surpresas até então impensáveis, capazes de interferir nas "convicções" mais profundas de todos os participantes ("Vamos aprender")
3. a centralidade da Conversação, entendida, seguindo Edgar Morin, como um instrumento para estimular a capacidade humana de passar da ação ao comentário de uma ação, ou seja, de mudar o nível lógico de funcionamento da própria mente;
4. não se trata de perseguir um "Saber" como um fim em si mesmo, mas um Saber que permita a quem o recebe Saber e Ajudar;
5. o GPMF tem como objetivo fazer sentir a quem perdeu a crença de poder ser ajudado, que pode voltar a "contar com alguém", com a ajuda de alguém;
6. pensar em termos de Saúde Mental, ou seja, que a doença se estrutura ao longo do tempo nas relações, que todos nascemos saudáveis e que podemos ser pensados como potencialmente saudáveis.

Ao segundo grupo pertencem os conteúdos que caracterizam o quadro teórico organizado por Garcia Badaracco para conceptualizar os fenómenos destacados no GPMF (sobre o que o grupo trabalha):

1. O fenómeno de "Os outros em nós": não vivemos apenas em relação com os outros, mas vivemos dentro dos outros, os outros habitam-nos e nós habitamos os outros; o que é normal enquanto fenómeno transitório, mas se se converte num modo estável de viver, mesmo que surja de intenções positivas, pode dar origem a:
2. Sofrimento psíquico, que surge do facto de que, se alguém nos substitui constantemente, não se pode distinguir entre nós e o outro; isto, que é útil no início da vida ou em circunstâncias excepcionais, se se prolonga no tempo, impede as pessoas de se tornarem "sujeitos" da sua própria existência

3. Neste sentido, no Grupo torna-se evidente a semelhança profunda entre o paciente e um ou ambos os pais, contrariamente à percepção de diferença entre filho/filha e progenitor, habitualmente proposta por estes; o filho/filha parece ser uma caricatura do pai/mãe, como se estivesse a tentar ser um deles, habitualmente a quem está mais ligado, correspondendo totalmente às suas expectativas, em vez de prosseguir o desenvolvimento da sua própria personalidade, esquecendo que tem:
4. Recursos egóicos genuínos escondidos no seu interior; o funcionamento do GPMF permite aos membros da família a sua (re)descoberta e cada um poderá recuperá-los, desenvolvendo-se:
5. A Virtualidade Saudável, presente em cada um, mas que não sabiam que possuíam; este conjunto de potencialidades atualiza -se, se se vai resolvendo o vínculo de:
6. Interdependência patológica e patogénica entre membros de duas gerações diferentes, tipicamente um pai/mãe e um filho/filha; surge numa situação em que o progenitor lida com o filho/filha como se este/esta fosse parte de si próprio e na qual o filho/filha, que só experimentou esse tipo de relação dominante, tende a reproduzi-la com o pai/mãe, numa dimensão de reciprocidade.

O terceiro tipo de características leva-nos mais longe, definindo o quadro de "resultados esperados", os objetivos a alcançar (para que trabalha o GPMF):

1. O reconhecimento da dimensão hipercomplexa em que se produzem e atualizam os acontecimentos traumáticos, que produziram um sofrimento tão profundo que conduziu a pessoa a renunciar a viver a sua própria vida.
2. Aumentar a capacidade de escutar, reconhecer e colocar em palavras as nossas emoções e as dos outros, em particular as emoções mais complicadas, que raras vezes são expressas, explicitadas, quando muito são insinuadas, e por isso, quando se manifestam, devem ser captadas e desenvolvidas, mostrando aos que sempre as adiaram por sentirem impossível e/ou demasiado perigoso entrar em contacto com elas, que não só é possível como também é útil integrá-las plenamente nas trocas comunicativas; por isso se utilizam as metáforas e as imagens, que dizem e não dizem, como os sonhos que simultaneamente revelam e escondem, mas que podem ser "interpretados".
3. Aceitar que não se sabe tudo, tolerando a incerteza e assumindo uma atitude de Investigação; abandonar a atitude arrogante do profissional, que considera tarefa prioritária a de colocar o paciente na sua nomenclatura diagnóstica. Adotar uma posição de escuta e de recolha de dados para formular hipóteses, modificáveis em qualquer altura. Convidar e ajudar todos os participantes a fazerem o mesmo.
4. A partir do momento em que se ativam e ligam estes "pontos de referencia" o GPMF começa a funcionar com "a mente ampliada", uma definição proposta por Jorge García Badaracco para indicar como as diferentes opiniões dos participantes não se contrapõem, mas tendem a integrar-se progressivamente num conjunto criativo, gerando um pensamento complexo que inclui todas as opiniões expressas. As mentes individuais começam a funcionar de uma forma mais aberta e integradora, enriquecendo-se a partir das operações anteriores.
5. Se isto acontece, o GPMF torna-se uma comunidade multifamiliar em trabalho, uma pequena sociedade capaz de enfrentar desafios difíceis e enfrentar problemas complexos.

2.2. As regras do setting

Ao descrito anteriormente, acresce o conjunto de regras que conotam o setting específico, referido desde o início e consolidado ao largo do tempo, com a utilização cada vez mais difundida do Grupo de Psicanálise Multifamiliar e com as reflexões resultantes desta forma de trabalhar.

Este sistema expressar-se-á:

1. no pedido dirigido a cada um dos participantes do Grupo para que fale na primeira pessoa, evitando, na medida do possível, falar por outra pessoa, habitualmente pelo(a) paciente identificado(a);
2. no indicar a todos os participantes que é conveniente adotar uma atitude em que não se pretende ter razão, aceitando que outra pessoa proponha algo diferente do que acabou de ser dito
3. no pedido da palavra, reservando a vez, renuncia-se a intervir imediatamente para refutar/contrapor o que foi dito por outro participante.

A colocação em prática destas regras, sugeridas primeiro com firme amabilidade pelos Condutores/Facilitadores, é facilmente assumida e favorecida pelos participantes, que também podem tornar-se porta-vozes destas junto dos novos membros.

Estas simples regras de comportamento, permitindo falar a todos os que desejam, são na realidade modalidades de comunicação antitéticos às utilizados pelos membros de uma família de transação psicótica, ou, em qualquer caso, perturbada.

Numa situação de esquizofrenia, por exemplo, uma pessoa, geralmente um dos pais, tende a falar no lugar de outra, geralmente do doente, mas não só; normalmente, o mesmo pai quer ter razão, imitado pelo filho que fez sua essa forma de interlocação.

Por fim, cada um pretende contradizer o que o outro diz, propondo a sua própria "verdade"; nestas situações, há que propor que cada um reflita sobre a sua visão pessoal da situação e que possa expressa-la de forma direta. Além disso, se se consegue seguir a terceira regra, pode-se experienciar como todas as intervenções, mesmo que proponham ideias diferentes, conseguem conviver com as dos outros e como todas acabam por contribuir para a formação de um único pensamento global sobre o qual, naquele dia, aquele grupo consegue falar (fenómeno da "mente ampliada").

Experimentar que se pode tolerar uma situação em que aparecem opiniões diferentes e que não se está empenhado em opor-se esterilmente à opinião do outro, mas que entre as pessoas pode haver convergências além de divergências, pode ser de grande ajuda para aqueles que provêm dos territórios sinistrados da psicose.

2.3. Observações sobre a participação dos técnicos

No GPMF, a proposta consiste em tentar reformular a forma pela qual é abordada a patologia mental através de um trabalho em que é desejável envolver todo o pessoal de uma instituição, constituído por especialistas na matéria (médicos e psicólogos) e por outros técnicos com formações profissionais diferenciadas (enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas de reabilitação psiquiátrica).

De facto, nos GPMF reconstrói-se a possibilidade de entrar em contacto, observar e interagir com as expressões de sofrimento psíquico mais semelhantes ao modo como se manifestam na

realidade familiar, tornando a experiência multifamiliar particularmente útil e fascinante, mas ao mesmo tempo surpreendente e talvez desconcertante; trata-se de enfrentar a realidade sem a mediação "do técnico", renunciando à proteção fácil garantida pelas relações de poder na habitual relação profissional-paciente.

Tudo isto acarreta, no entanto, consequências que devem ser tidas em conta:

1. O contacto direto com o sofrimento não está mediado pelo "conhecimento" e pode ser difícil, embora, com o tempo, possa gerar um sentimento de grande solidariedade entre os que participam nestes grupos.
2. Partilhar as próprias emoções é mais imediato e autêntico, implica um "revelar-se", que é difícil de utilizar noutros contextos ou, pelo menos, não com as mesmas características e mesma intensidade.
3. Para poder "vivê-las plenamente", o profissional é instado a apresentar-se no seio do grupo em pé de igualdade com os demais, desprovido de tudo o que habitualmente o separa dos doentes e dos familiares: é um encontro entre pessoas.

3. PROPOSTA DE FORMAÇÃO

A condução no GPMF assume uma conotação específica relacionada com as características peculiares de funcionamento do Grupo.

O Grupo

O GPMF constitui-se como um Grupo terapêutico aberto, nos diferentes níveis da sua organização:

- Tem uma data de início mas não uma data de fim, prevê a inclusão de novos participantes a qualquer momento e, normalmente, não ativa processos de seleção mas, eventualmente, apenas de preparação para a entrada.
- Está aberto à inclusão das diferentes figuras profissionais pertencentes ao contexto institucional e integra os diferentes itinerários formativos.
- A frequência contínua, embora desejável, não é obrigatória: cada um participa de acordo com as suas necessidades e possibilidades.
- A estrutura física também é aberta: por exemplo, é preferível uma disposição circular dos lugares, que não sejam fixos em número ou posição.

O funcionamento e a estrutura abertos do GPMF exigem que a condução seja também flexível e permeável aos estímulos provenientes do Grupo, multigeracional, muitas vezes multicultural e multirracial; gestão aberta e flexível, mas também firme no respeito pelas poucas regras do setting, dos limites éticos e deontológicos, garantindo a privacidade e a segurança emocional do contexto. Isto implica que a função de condução vá para além do tempo de cada encontro, presidindo os limites do Grupo e assegurando a sua continuidade.

Auto-eco-organização

Considerar o Grupo Multifamiliar como um sistema de funcionamento hipercomplexo permite-nos ver com clareza como os fenómenos mentais se produzem num campo inter-relacional em que o funcionamento mental de um depende dos outros, geralmente de forma subliminar ou mesmo encoberta; Por vezes, este condicionamento recíproco assume a forma de um impedimento de pensar e de uma obrigação de se comportar como se tivesse sido manipulado a partir do exterior. J. Garcia Badaracco escreve:

"Na realidade operativa dos grupos multifamiliares, não se trata apenas de interpretar o que se passa, mas de intervir ativamente neste quadro paralisante, desarticulando as interdependências patogénicas e deixando atuar os recursos terapêuticos (...do Grupo...) que ativam os mecanismos de auto-organização dos seres humanos, tanto individuais como dos sistemas familiares e sociais".

No momento em que se coloca nas condições de auto-organização, o indivíduo/sistema diferencia-se do ambiente e ao mesmo tempo une-se mais a ele: auto-eco-organiza-se no sentido em que cada individualidade cria relações de interdependência com o ambiente... quanto mais autónomo, menos isolado está. Parafraseando Edgar Morin, pode dizer-se que necessita de trocas contínuas em termos de nutrição, energia, informação, ordem. Estimulado pela equipa de condução, o Grupo recupera o poder natural de auto—eco- organização, o que tem um poderoso efeito multiplicador ao permitir às pessoas auto-organizar as suas mentes.

Em termos de condução, isto significa que a função de condução, à medida que o Grupo progride, pode considerar-se como uma função/recurso transversal de todo o Grupo e que os Condutores/Facilitadores se convertem em participantes paritários no Grupo, no sentido de uma

paridade das contribuições subjetivas, facilitando o funcionamento da "mente ampliada" do próprio Grupo.

3.1. Facilitador e Condutor do GPMF

O aperfeiçoamento progressivo na organização e gestão dos GPMF e as reflexões desenvolvidas durante as diferentes etapas do projeto, permitiram incluir entre os destinatários da proposta formativa também os profissionais de saúde mental que, apesar de não terem uma formação psicoterapêutica, assumem um papel indispensável no funcionamento dos GPMF. Este desenvolvimento permitiu definir as duas figuras diferentes ativas na equipa, o Condutor e o Facilitador, que, através da integração dos seus níveis de responsabilidade e das suas funções, permitem um funcionamento ótimo do Grupo.

De facto, os dados da investigação realizada na primeira fase do projeto indicam que mais de 80% dos GPMFs que participaram na pesquisa têm uma equipa de direção heterogénea, independentemente da metodologia adotada. Em particular, a percentagem dos diferentes profissionais é a seguinte: 89% psicólogos, 56% psiquiatras, 45% enfermeiros, 31% trabalhadores sociais, 13% educadores, 11% terapeutas ocupacionais, 38% outras figuras.

O Facilitador e o Condutor são figuras novas no panorama das intervenções familiares em saúde mental, nascidas de um novo paradigma, uma nova filosofia no tratamento das psicoses e da especificidade da função de condução do GPMF. Como veremos, também representam um elemento inovador no contexto das terapias grupais.

De facto, um dos elementos fortes do GPMF, é precisamente o encontro e integração das diferentes tarefas e competências dentro de uma equipa de direção.

O Condutor assume a responsabilidade do setting, garante a segurança do Grupo assinalando o incumprimento das regras e limitando a dinâmica destrutiva quando o Grupo não o consegue fazer (por exemplo na fase da fundação do Grupo ou em momentos de crise). À medida que o Grupo cresce, deve ser capaz de renunciar à sua posição central e passar para segundo plano, facilitando os intercâmbios diretos entre os participantes. De facto, ele é o responsável clínico, formal e legal do contexto terapêutico.

O Facilitador, ao não ter que assumir a responsabilidade direta pelo Grupo, pode expressar com maior liberdade os seus sentimentos e experiências, ajudando o Grupo a ampliar seu campo emocional e de pensamento; organizará as suas intervenções a partir das competências pessoais adquiridas na experiência clínica.

Na especificidade da função de condução no GPMF, é desejável que ambos os níveis possam alternar-se em cada figura da equipa de direção.

O Facilitador nos GPMFs: considerações adicionais

Definimos Facilitador qualquer profissional de Saúde Mental que, envolvido na gestão de um Grupo Multifamiliar, se converte em parte ativa da equipa de direção do Grupo: Enfermeiro, Assistente Social, Terapeuta de Reabilitação Psiquiátrica, Educador, profissional socio-sanitário mas também psiquiatras e psicólogos, psicoterapeutas.

A experiência levada a cabo em diferentes contextos clínicos ao longo de vinte anos, mostrou-nos como a presença destas figuras profissionais nos processos de governação de um GPMF é

fundamental para o nascimento e enraizamento do Grupo no contexto institucional, para o seu funcionamento coerente e para a sua eficácia transformadora.

Embora as funções do Facilitador se sobreponham em muitos aspetos às do Condutor, destacamos algumas funções específicas, tanto externas como internas do Grupo.

Externas:

- Desempenhando com frequência uma função de “front-office” na relação com utentes e familiares, encontra-se numa posição privilegiada para transmitir nos primeiros contactos a filosofia de intervenção multifamiliar desde os primeiros contactos e facilitar a participação no Grupo.
- A participação em atividades de reabilitação multiprofissionais, facilita a difusão da cultura multifamiliar no contexto institucional.
- Movendo-se em espaços transversais na organização institucional, supervisiona e protege os limites do Grupo, tanto para os participantes (garantindo trocas comunicativas, realizando funções de lembrete para reuniões) como para o contexto institucional (salvaguardando os espaços físicos e relacionais, garantia de um correto desenvolvimento do Grupo).

Internas:

- • Dado que o GPMF envolve varias famílias que se reúnem num contexto de Grupo, as competências de facilitação utilizadas pela equipa de condução desempenham um papel crucial na criação de um ambiente terapêutico seguro e de apoio.
- • Quando as famílias se reúnem no Grupo, podem surgir tensões devido a diferentes perspetivas, necessidades e estilos de comunicação. A habilidade na mediação, através de uma cuidadosa modulação realizada pelos Facilitadores, permite ajudar as famílias a gerir estes desafios de forma construtiva.
- • As famílias que participam no Grupo Multifamiliar podem ter origens diversas e apresentar uma ampla gama de necessidades e desafios. A adaptabilidade e flexibilidade das abordagens permitem à equipa de condução adaptar as intervenções e as estratégias para responder eficazmente às necessidades únicas das famílias.
- • Utilizando de forma criativa as características do contexto multifamiliar, os Facilitadores podem capacitar os participantes a desenvolver novas competências, abordando os problemas com uma atitude flexível e experimentando estratégias de resolução de problemas de forma colaborativa. Esta abordagem representa um apoio adaptativo no sentido de uma maior capacidade de lidar com situações de tensão e stress, aumentando o potencial de mudança positiva.
- • A presença de Facilitadores permite aos participantes beneficiarem da aprendizagem partilhada, observando e interagindo com outras famílias que enfrentam desafios semelhantes, facilitando assim o empoderamento ativo de cada um nos processos de cuidado. Esta experiência promove um sentimento de universalidade, reduz sentimentos de isolamento ou estigmatização e contribui para criar um ambiente terapêutico de apoio e enriquecimento.

3.2. O Percurso formativo

O percurso formativo desenvolve-se ao longo de três anos consecutivos e interdependentes. Cada nível garante um certificado profissional específico, permitindo assim ao profissional que possui os requisitos progredir na experiência formativa, de acordo com sua motivação e atitude.

O primeiro ano está dirigido a todos os profissionais de saúde mental (enfermeiros, assistentes sociais, educadores, técnicos de reabilitação psiquiátrica, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas) interessados em aprofundar conhecimentos em Psicanálise Multifamiliar. Os Facilitadores participam neste primeiro ano.

O segundo ano é o primeiro nível de formação dos Condutores e está dirigido a psiquiatras e psicólogos psicoterapeutas que, tendo concluído o primeiro nível como Facilitadores, pretendem ampliar a sua formação psicoterapêutica anterior através da aquisição de competências em metodologia e prática multifamiliar.

O terceiro ano está dirigido a Condutores que, tendo concluído os dois primeiros níveis de formação, tenham desenvolvido um interesse particular pela PM e estejam interessados na criação e gestão de GPMF no sector público ou privado, através da experiência de implementação de um novo GPMF, processo exigente em termos de participação direta e assunção de responsabilidade pelo projeto.

Estrutura do Percurso Formativo		
Duração	Destinatários	Certificado
Ano 1 140 horas	Profissionais de saúde mental (enfermeiros, assistentes sociais, educadores, técnicos de reabilitação psiquiátrica, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas)	Facilitador de GPMF
Ano 2 140 horas	Psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas	Conductor de GPMF
Ano 3 60 horas	Psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas	Conductor Especialista de GPMF

O percurso assenta na modalidade progressiva da formação em PMF, que favorece uma aproximação gradual a um paradigma inovador na intervenção preventiva em Saúde Mental e no tratamento das doenças psíquicas. Trata-se de promover a adesão a um pensamento complexo, integrador e transdisciplinar; o desafio consiste em avaliar em que ponto a necessidade de considerar estes elementos como um todo indissociável não impede uma abordagem formativa necessariamente modulada em sequências sucessivas.

A progressão na abordagem dos mesmos pode ser conseguida através de um nível sequencial de participação na experiência formativa, simultaneamente teórico (transmissão interativa de conhecimentos) e prático (aprender fazendo).

As atividades de formação referem-se ao fortalecimento das competências identificadas na Matriz de Competências Profissionais que se declina em 18 famílias de competências, agrupadas em três áreas de especialização:

- Área de Competências Estratégicas
- Área de Competências Transversais de Gestão Terapêutica
- Área de Competências Pessoais

Que se desenvolvem nos vários níveis do esquema das "Articulações "

- • Como funciona o GPMF
- • Em que trabalha o GPMF
- • Para que trabalha o GPMF

Estudo aprofundado dos conteúdos do Vade-mécum, seguindo um esquema progressivo que aborda :

- • Fundamentos teóricos
- • Recomendações gerais para a realização de um GPMF
- • Fatores curativos

Para os três anos está previsto o aprofundamento das competências identificadas no "Quadro de Competências" e a colocação em prática do terceiro nível das "Articulações". Na terceira fase realizam-se encontros mensais de visita mútua/discussão entre pares, coordenados por um Formador.

Ao longo do itinerário formativo, cada aluno estará acompanhado por um tutor com função de aprofundamento e avaliação periódica da aprendizagem e apoio no trabalho de final de ano.

No que diz respeito ao terceiro ano centrado no arranque de um novo GPMF, o processo formativo prevê momentos de participação direta do formador no novo Grupo e no Ateneu/ Reunião Pós-grupo subsequente, alternados com momentos de "Supervisão Externa" sobre o trabalho de condução realizado de forma autónoma pelo aluno em colaboração com a equipa de direção institucional.

O itinerário formativo prevê um nível de aprendizagem teórico/metodológico através de seminários mensais estruturados na modalidade grupal interativa/dialógica acompanhados de oficinas experienciais e participação simultânea num GPMF, conduzido por pelo menos um professor/formador integrado no curso de formação, como um momento de aprendizagem através da prática. Trata-se de duas modalidades de aprendizagem interligadas e interdependentes, ambas indispensáveis à aquisição progressiva de níveis adequados de competência, de acordo com o esquema "saber", "saber fazer" e "saber ser" identificado na matriz de áreas de competência profissional.

Para cada ano, a avaliação final será centrada na discussão crítica do trabalho de final de ano, nas observações realizadas pelo tutor durante o processo de capacitação, bem como nas competências manifestadas pelo aluno durante a participação no GPMF. A avaliação será realizada por uma equipa de avaliadores (pelo menos três incluindo o tutor) cada um com experiência comprovada no âmbito clínico e formativo.

3.3. As Competências do Facilitador e do Condutor

Os participantes no programa de formação desenvolverão progressivamente as competências específicas para se tornarem Facilitadores e/ou Condutores, através da programação de atividades teóricas e práticas adaptadas à concretização dos objetivos do ano de frequência.

As 18 competências formam parte da bagagem profissional do Condutor e do Facilitador com diferentes níveis de aprofundamento.

Analisando os papéis destas duas figuras quando trabalham no GPMF, é importante sublinhar a centralidade de algumas competências, mais do que outras.

Em particular, é fundamental que ambos partilhem algumas competências presentes na Área de Conhecimento Estratégico, necessárias para compreender a dinâmica familiar e a interconexão dos membros da família dentro do sistema, e duas competências na Área Pessoal, que se referem à dimensão cultural e ética e está mais ligada à necessidade de aprender a transferir conhecimentos nos diferentes contextos familiares e/ou terapêuticos. Estas competências representam a bagagem técnica profissional de base, adquirida tanto a nível teórico como prático, do Condutor e do Facilitador.

As competências da Área de Gestão Terapêutica são fundamentais para levar a cabo a Condução dos GPMF de forma adequada e eficaz. O Facilitador também deve possuir conhecimentos desta área, mas, como acontece com algumas competências nas outras duas Áreas, não se lhe pede a intervenção ativa nem a colocação em prática de todas as competências. Durante o primeiro ano, poderá desenvolver em profundidade a capacidade de utilizar excelentes habilidades de comunicação, trabalhar com flexibilidade e adaptabilidade, num clima de colaboração e facilitação.

As atividades do segundo ano dedicam-se em particular ao desenvolvimento, no Condutor, das outras 9 competências do “Quadro de Competências”, aquelas que requerem uma intervenção proativa por parte do Condutor, quando surgem situações delicadas que requerem capacidade de diagnóstico e avaliação, de partilha de emoções e que requeiram a criação de capacidades específicas para fazer frente a confrontos, lidar com conflitos e intervir respeitando as orientações de um pensamento sistémico, destinado a reforçar a facilitação e promover a resiliência. Estas competências devem ser exercidas num clima de respeito pelas emoções e abertura à aprendizagem afetiva.

O terceiro ano é dedicado ao fortalecimento das 18 competências, através da sua colocação em prática num contexto criativo e original, como a criação de um novo Grupo de Psicanálise Multifamiliar, para o qual serão necessárias competências adicionais relacionadas com o planeamento, a inter-relação com entidades públicas e/ou privadas e verificação dos resultados obtidos.

FAMÍLIAS DE COMPÊNCIAS E COMPETÊNCIAS-CHAVE POR ANO DE FORMAÇÃO	1° Ano	2° Ano
ÁREA DE CONHECIMENTO ESTRATÉGICO		
1. Ser capaz de aderir com coêrencia ao pensamento psicanalítico		X
2. Ser capaz de promover um pensamento sistémico		X
3. Ser capaz de centrar-se numa abordagem multigeracional num grupo	X	
4. Ser capaz de utilizar uma abordagem baseada na partilha de emoções (de todos os tipos)que surgem no grupo		X
ÁREA DE COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS DE GESTÃO TERAPÊUTICA		
5 . Ser capaz de utilizar excelentes habilidades de comunicação	X	
6. Saber trabalhar para a re-discussão dos Conflitos		X
7. Ser capaz de utilizar uma condução de Grupo não intrusiva e manter um clima solidário e empático	X	
8. Ser capaz de aproveitar as Dinâmicas Relacionais dos Grupos, sendo consciênciente dos multitransfert e dos enactments		X
9. Ser capaz de trabalhar com flexibilidade e adaptabilidade	X	
10. Ser capaz de potenciar a Facilitação	X	
11. Ser capaz de promover a resiliência		X
12. Ser capaz de utilizar a Therapy Open Format		X
13. Ser capaz de fomentar a exploração coloraborativa	X	
14. Ser capaz de promover a aprendizagem partilhada	X	
ÁREA DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS, ÉTICAS, SOCIAIS E CULTURAIS		
15. Ser capaz de realizar avaliação e diagnóstico		X
16. Ser capaz de melhorar a sua competência cultural	X	
17. Ser capaz de manter a Ética e limites	X	
18. Ser capaz de estar aberto à Aprendizagem Afetiva (através da formação, da supervisão e Ateneu, da sua própria terapia, ...)		X

3.4. Objetivos e organização das atividades

3.4.1 Primeiro ano

No primeiro ano, será dada preferência às atividades e conteúdos destinados a formar as competências básicas que assegurem o máximo entendimento entre o Condutor e o Facilitador nas suas respectivas papéis dentro do Grupo. Os objetivos formativos referem-se principalmente o desenvolvimento das 9 competências que caracterizam o trabalho de facilitação necessário para a gestão e desenvolvimento do GPMF, no primeiro e segundo nível das "Articulações" (como e sobre o que trabalha o GPMF) e nos conteúdos principais do "Vade-mécum".

Cada aluno é acompanhado por um tutor com função de orientação e apoio individual na elaboração da experiência formativa. É obrigatória a apresentação de um trabalho teórico no final do ano.

A conclusão do primeiro ano de formação permite participar com consciência no movimento transformador, ativado num Grupo de Psicanálise Multifamiliar (GPMF/GPMF), reprodutível a nível pessoal, profissional e institucional.

Permite obter o certificado de "Facilitador".

Prevê dez seminários teóricos mensais de oito horas cada, estruturados através de uma modalidade Grupal interativa/dialógica, acompanhados de oficinas experienciais com duração de três horas cada e pela participação simultânea num GPMF, conduzido por pelo menos um professor/formador integrado no curso de formação.

Cada um dos 10 módulos formativos mensais, acrescido de um dia de avaliação final do percurso formativo individual e da discussão de um trabalho teórico/experiencial, está estruturado em dois dias consecutivos de formação de 14 horas, num total de 140 horas de atividade didática. As atividades de cada módulo estão estruturadas da seguinte forma:

PRIMEIRO ANO – ESQUEMA GERAL			
Destinatários: profissionais de saúde mental (enfermeiros, assistentes sociais, educadores, técnicos de reabilitação psiquiátrica, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas)			
10 módulos em dois dias cada	Conteúdo dos 10 Módulos	horas	dias
	Apresentação e análise aprofundada de experiências multifamiliares nacionais e internacionais, apresentação de trabalhos (artigos, livros, vídeos) com temas relacionados com PM	3	Primeiro dia
	Participação no GMF com função didática e posterior participação no Ateneu/Reunião Postgrupo	3	
	Apresentação e análise aprofundada dos “Conteúdos teóricos” do Vade-mécum em relação com as reflexões sobre o que surgiu durante a participação no Grupo.	2	Segundo dia
	Estudo dos conteúdos do primeiro e segundo nível das Articulações (como e em que trabalha o Grupo)	2	
	Definição, análise aprofundada, exercício sobre as 9 competências específicas e comuns do Facilitador e do Condutor	2	
	Conclusão com visualização de material vídeo, aprofundamento bibliográfico, exercícios práticos, ligados aos conteúdos abordados durante os dois dias.	2	
TOTAL DE HORAS DE CADA MÓDULO		14	

O segundo e terceiro ano são dedicados ao desenvolvimento das competências específicas do Condutor.

3.4.2. Segundo ano

Para além do desenvolvimento das 9 competências descritas no quadro anterior, as atividades são dedicadas aos temas correspondentes ao segundo nível das “Articulações” em particular no que se refere às conexões com a epistemologia psicanalítica, sistémica e psicodinâmica de grupo. Para além disso, um espaço é dedicado ao aprofundamento dos elementos teóricos e metodológicos do “Vade-mécum”.

Tal como para o primeiro ano, estão previstos mensalmente dez seminários teóricos/metodológicos de oito horas cada, estruturados através de uma modalidade Grupal interativa/dialógica, acompanhados de oficinas experienciais e participação pelo menos quinzenal num GPMF, conduzido por pelo menos um formador /didata e integrado no curso de formação, como momento de formação através da experiência.

Cada aluno é apoiado por um tutor com função de aprofundar os aspetos metodológicos e clínicos. É obrigatória a apresentação de um trabalho teórico/metodológico.

A conclusão do segundo ano de formação implica a capacidade do profissional para atuar no sentido terapêutico no âmbito do GPMF e implica a introdução da metodologia multifamiliar na sua atividade clínica.

Permite obter o certificado de "Condutor".

Está estruturado como o primeiro ano, com 10 módulos mensais de duas jornadas de 14 horas de formação, com exceção da apresentação de trabalhos relativos à hipótese de início de um GPMF que acompanhe o projecto de final de ano.

SEGUNDO ANO – ESQUEMA GERAL			
Destinatários: Psiquiatras, Psicólogos, Psicoterapeutas			
10 módulos divididos em dois dias cada um	Conteúdo dos 10 Módulos	horas	dias
	Apresentação/análise aprofundada de experiências multifamiliares nacionais e internacionais, apresentação de trabalhos (artigos, livros, vídeos) com temas relacionados com PM	3	Primeiro dia
	Participação no GMF com função didática e posterior participação no Ateneu/Reunião Postgrupo	3	
	Apresentação e análise aprofundada dos “Fatores Terapêuticos” e das “Recomendações Práticas” do Vade-mécum	2	Segundo dia
	Estudo aprofundado dos conteúdos do segundo nível das "Articulações", em particular no que diz respeito às conexões com a epistemologia psicanalítica, sistémica e (grup)analítica.	2	
	Definição, análise aprofundada e exercícios sobre as 9 competências específicas do Condutor, incluídas nas três Áreas do Quadro de Competências	2	
	A jornada termina com duas horas dedicadas ao aprofundamento temático dos conteúdos que surgiram nos dois dias, propostos pelos alunos através da utilização de material vídeo, produções artísticas, conteúdos jornalísticos	2	
	TOTAL DE HORAS POR MÓDULO		14

3.4.3. Terceiro ano

No terceiro ano não se trata apenas de aprofundar conhecimentos e experiências de participação num GPMF, mas de os transformar em práticas operativas através do processo de fundação e condução de um novo Grupo, o que passa pela sensibilização e participação de outros profissionais de uma organização pública ou privada interessada no desenvolvimento do GPMF.

Trata-se de uma experiência específica e peculiar de “formação em trabalho”, em que o aluno é acompanhado por um formador/Condutor especialista que acompanha o processo através de reuniões quinzenais, nas quais se elaboraram os diversos aspectos envolvidos no desenho e preparação do contexto em que o GPMF irá ser implementado, formação da equipe de Condução e início do processo fundacional.

Nestes encontros aprofundam-se os aspectos teórico-metodológicos relativos às 18 competências do Condutor e a implementação do terceiro nível das “Articulações” (para que trabalha o Grupo).

Após a abertura do Grupo, o processo de formação continua, alternando momentos de participação direta do formador no GPMF e no subsequente Ateneu/Reunião Post-grupo, com momentos de “Supervisão Externa” sobre o trabalho de condução realizado de forma autónoma pelo aluno em colaboração com a equipa de direcção institucional. Configura-se como um processo de acompanhamento permanente do percurso formativo que inclui momentos específicos de avaliação/ajustamento relativos ao funcionamento do novo GPMF.

Este método ativa um movimento de refinamento progressivo das capacidades de condução expressas pelo aluno, a partir da deteção de situações críticas; tem como objetivo a aquisição da capacidade de aprender com os erros, vista como oportunidade de reflexão, e o aumento da capacidade de modificar o próprio trabalho a partir da elaboração da experiência.

São também realizadas mensalmente visitas mutuas/intervenção entre pares, com o objetivo de favorecer a discussão direta e o intercâmbio operativo entre todos os alunos envolvidos no processo formativo.

Concluir o terceiro ano de formação implica a capacidade de sensibilizar um contexto institucional para a prática multifamiliar, de constituir uma equipa de direcção e de transferir conhecimentos e competências aos profissionais participantes no GPMF. Implica um compromisso específico no desenvolvimento e difusão do pensamento e da experiência multifamiliar.

A participação no terceiro ano permite obter o certificado de Condutor Especialista.

O terceiro ano prevê a realização de 20 unidades de aprendizagem quinzenais de 3 horas cada (60 horas no total), durante as quais cada aluno é acompanhado por um formador/formador especializado e articuladas em fases com uma modalidade progressiva em função da evolução do projeto.

É exigido um relatório de fim de ano no qual o formando descreve a realização do projeto e os resultados obtidos; faz uma auto-avaliação da sua trajetória formativa e das competências adquiridas, salientando os pontos fortes e os pontos críticos.

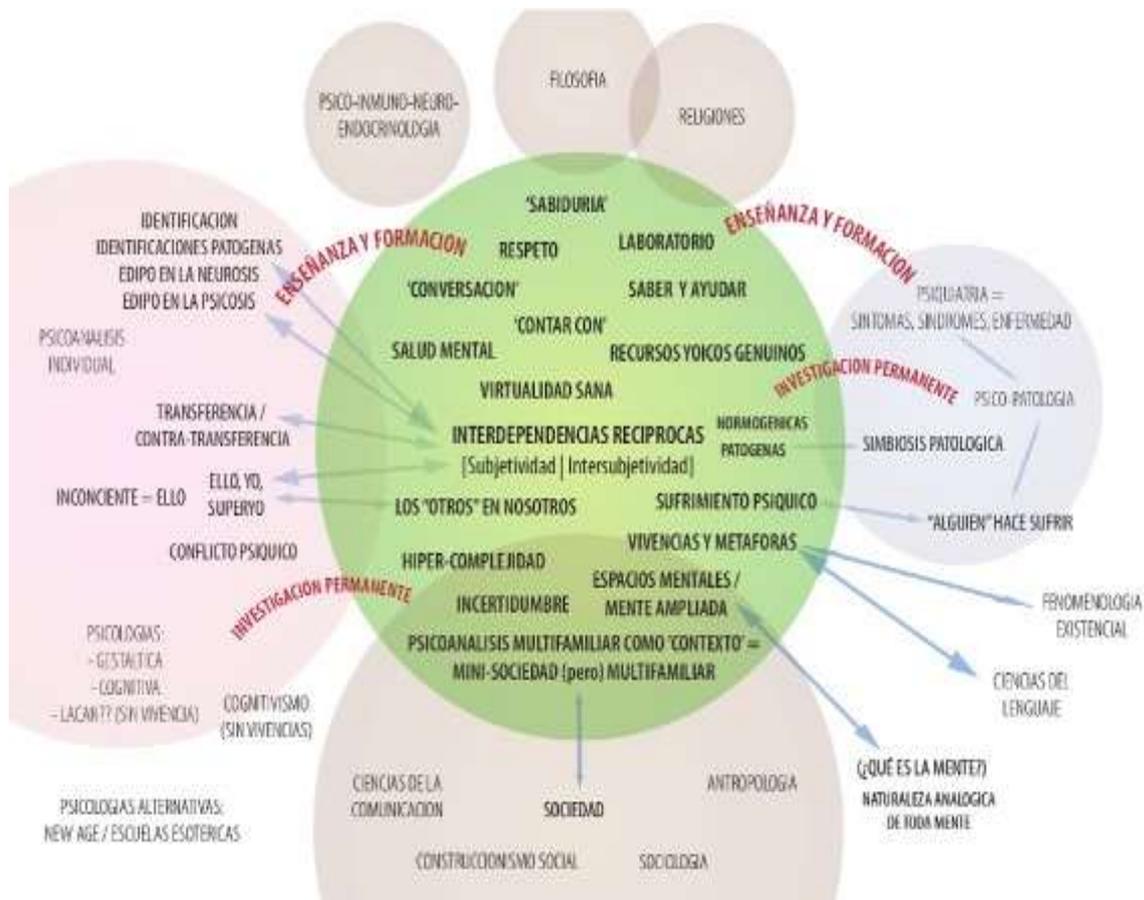
A avaliação dos resultados do projeto inclui, para além dos conteúdos previstos para os dois anos anteriores, a verificação das actividades realizadas dos seus possíveis reajustes, a avaliação do funcionamento e aprovação do GPMF, a avaliação dos efeitos do projeto no ambiente profissional.

TERCEIRO ANO: ESQUEMA GERAL			
Atividade	Encontros	Conteúdos	Horas
Desenho	1	Definição do contexto institucional/operacional	Quinze horas em dois meses e meio
	2	Definição dos objetivos e destinatários	
	3	Identificação dos recursos disponíveis	
	4	Definição dos tempos e modalidades de implementação	
	5	Elaboração do projeto e definição do método e ferramentas de monitorização	
Construção/ Preparação de Contexto	6	Reuniões com stakeholders e apresentação do projeto	Quinze horas em dois meses e meio
	7	Definição de equipa, funções e competências	
	8	Definição da configuração: localização, frequência, horários	
	9	Transferência de informações operativas e básicas	
	10	Monitorização contínua	
Implementação e Start-up do GMF	11	Apresentação do projeto ao Serviço/Instituição	Trinta horas em cinco meses
	12	Contato e envolvimento das famílias interessadas	
	13	Início do GPMF	
	14	Condução do Grupo – Participação do formador no GPMF	
	15	Direção do Grupo - Supervisão externa, aprofundamentos metodológicos sobre condução, avaliação do GMF e supervisão in itinere	
	16	Condução do grupo – Participação direta do formador no GMF e verificação de competências	
	17	Condução do Grupo - Supervisão externa, aprofundamentos metodológicos sobre Condução, avaliação do GPMF	
	18	Condução do Grupo – Participação direta no GPMF do formador e verificação de competências	
	19	Condução do Grupo - Visiting/Comparação entre pares	
	20	Visiting / Comparação entre pares e avaliação final	
Monitorização e avaliação	5	Definição do método e ferramentas de monitorização	
	10-15	Monitorização contínua das atividades e competências	
	20	Avaliação final do projeto realizado	

ESTRUTURA DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Anuidade	Destinatários	Área teórica:	Área experiencial:	Trabalho final	Certificados
Ano 1	Profissionais de saúde mental (enfermeiros, assistentes sociais, educadores, técnicos de reabilitação psiquiátrica, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas)	-9 competências específicas - 1º e 2º nível das "Articulações" - Abordagem aos principais conteúdos do "Vade-mécum"	Participação num GPMF - Acompanhamento de um tutor com função de orientação e apoio individual no desenvolvimento da experiência formativa	Apresentação de um trabalho teórico	Facilitador GPMF
Ano 2	Psiquiatra Psicólogo Psicoterapeuta	- 9 Competências específicas - 2º nível das "Articulaciones", conexões com a epistemologia psicanalítica e sistémica - Recomendações práticas e fatores terapêuticos do Vade-mécum	Participação num GPMF Acompanhamento de um tutor - com função de orientação e apoio individual no desenvolvimento da experiência formativa	Apresentação de um trabalho teórico e a formulação de uma hipótese de início de um GPMF	Condutor GPMF
Ano 3	Psiquiatra Psicólogo Psicoterapeuta	Está estruturado como uma experiência de "Formação em contexto de trabalho". Intervenção individualizada dividida em 4 macro-atividades: A- Planeamento B- Definição e preparação do contexto operacional/institucional C- Implementação do GMF D- Monitorização e verificação			Condutor Especialista em GPMF

Anexo 1 Esquema das "Articulações"



QUARTA PARTE

"CONTRIBUIÇÕES DOS PARCEIROS"

Esta parte contém as contribuições que cada parceiro considerou significativas para enriquecer as análises efetuadas. As contribuições referem-se à divulgação do GPMF nos seus países e ao aprofundamento de alguns aspetos específicos da Psicanálise Multifamiliar.

I - O impacto do GPMF na saúde pública e privada dos países participantes na investigação.

II - Artigos que complementam o Vademécum.

A. ESPANHA

A.1 Impacto do Psicanálise Multifamiliar em Espanha Por Norberto Mascaró Masri

I - No final dos anos 1950, Jorge García Badaracco iniciou, num serviço do hospital psiquiátrico José T. Borda da cidade de Buenos Aires, uma série de experiências inovadoras no tratamento da psicose. Com base nas ideias de Maxwell Jones sobre a Comunidade Terapêutica, ele introduz a psicanálise no tratamento da patologia mental grave nesse amplo contexto social, onde começa a realizar encontros multifamiliares. Observou uma dinâmica particular nesses grupos que diferenciou da terapia em grupo e da terapia familiar.

A partir desta experiência, surge uma forma de pensar e tratar a doença, que permitiu a abordagem simultânea da dimensão individual, familiar e social da mente, e constitui num modelo integrativo próprio, ao qual chamou de Psicanálise Multifamiliar. Este modelo foi alimentado por conceptualizações de diferentes escolas psicanalíticas e outras correntes de terapias de grupo e familiar, filtradas pela experiência em grupos multifamiliares, um processo que ele chamou de "recontextualização da psicanálise".

As ideias de García Badaracco sobre o tratamento da patologia mental grave, através de amplos contextos como a Comunidade Terapêutica (Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar, 1990) e o GMF (Psicanálise Multifamiliar, 2000) são introduzidas em Espanha através de conferências realizadas em Madrid e Bilbao a partir de 1998, e que despertaram um interesse especial em muitos profissionais de saúde mental e administradores. Após vários anos de disseminação das suas próprias ideias, através de visitas periódicas, ocorreu em início de 1984, em Guecho, Vizcaya, Espanha, a chegada de Norberto Mascaró, diretor associado da Clínica DITEM dirigida em Buenos Aires por J. García Badaracco. Contratado como consultor de um Centro Experimental (Consórcio Uribe Costa de Saúde Mental), cuja missão era implementar uma psiquiatria inovadora que integrasse as diferentes correntes psicoterapêuticas da época.

Juntamente com José María Ayerra e José L. López Atienza naquele ano, puseram em prática as ideias de García Badaracco, transformando o Hospital de Dia de pacientes psicóticos numa Comunidade Terapêutica de estrutura multifamiliar, começando no final desse ano um Grupo de Psicanálise Multifamiliar que ainda hoje funciona. Desta experiência surge o trabalho "A constituição de um GMF numa instituição pública" (N. Mascaró Masri, 2000).

Gradualmente, esta forma de trabalhar foi disseminada através dos encontros anuais de Hospitais de Dia, conferências e congressos nacionais e internacionais. Isso aconteceu à medida que esta

atividade se estendeu a outras áreas terapêuticas públicas e privadas, e também à esfera social (escolas, hospitais não psiquiátricos, associações de bairro, etc.). Todas estas experiências foram documentadas e apresentadas em diferentes congressos para discussão e disseminação.

Desde o início desta experiência, contamos com a Fundação Basca para a Investigação em Saúde Mental, OMIE), criada em 1979 e que promove o conhecimento no campo da Saúde Mental. Em colaboração com instituições de saúde e educacionais, oferece cursos de formação em diferentes áreas de trabalho psiquiátrico/psicológico para profissionais de saúde. Esta instituição permitiu-nos investigar os fatores familiares e sociais que influenciam a doença mental e organizar uma formação sobre estes grupos multifamiliares, bem como divulgar o seu corpo doutrinal que chamamos de Psicanálise Multifamiliar.

Posteriormente, recebemos o apoio de uma instituição privada em Bilbao (Avances Médicos), onde no início do ano 2000 desenvolvemos no seu Hospital de Dia as ideias de García Badaracco sobre Comunidade Terapêutica de Estrutura Multifamiliar e implementámos vários grupos multifamiliares. Além disso, esta empresa financiou a realização de duas Jornadas Europeias de Grupos Multifamiliares (2009 e 2015).

Em 2000, foi criado em Buenos Aires o *Instituto de Psicanálise Multifamiliar*, que realiza formação e divulgação desta disciplina. A partir da expansão destas ideias em Espanha, médicos e psicólogos internos, enfermeiros psiquiátricos e assistentes sociais das diferentes províncias de Espanha começaram a viajar para Buenos Aires. Nestes mais de 20 anos, cerca de 600 profissionais foram formados, o que permitiu a realização de numerosos grupos multifamiliares em Espanha, que atualmente ultrapassam os 60 em todo o território, dos quais 28 participaram na pesquisa.

Como observámos no relatório final desta investigação (dos 28 respondentes), observámos uma distribuição geográfica irregular, demonstrando uma concentração em algumas províncias e ausência na maioria. Em Madrid, funcionam 9 GPMF (4 na comunidade e 5 na cidade de Madrid). Em Vizcaya, 9 (6 em Bilbao e 3 em Guecho). Em Granada, 2 (1 na província e 1 na capital). Em Barcelona, 2 na cidade. Em Elche, 2, um na cidade e um online para a comunidade, e em Málaga (Marbella), Navarra (Pamplona), Alicante (cidade), 1 em cada província.

É significativo que, das 50 províncias e 2 cidades autónomas em Espanha, estes grupos multifamiliares sejam realizados em 8 províncias de acordo com as pesquisas, embora saibamos que estes GPMFs também são realizados em outras províncias.

Em 2017, criámos em Bilbao a Associação de Psicoterapia Psicanalítica de Casal, Família e GMF com o objetivo de promover e divulgar a Psicanálise Multifamiliar através de cursos de formação, conferências e congressos.

Não há dúvida de que o impacto da Psicanálise Multifamiliar em Espanha foi importante, mas muito há a ser feito em relação ao cuidado psiquiátrico e psicológico de pacientes e suas famílias, tanto públicos quanto privados. Esta perspetiva "humaniza" a psiquiatria e torna possível, através do tratamento bio-psico-social e especialmente com GPMF, cuidar de mais pessoas com mais recursos humanos, económicos e financeiros.

Por último, mencionar que o GPMF se constitui como um "laboratório social" que permite investigar a complexidade dos fenómenos mentais e a sua inter-relação com o mundo circundante, possibilita a aprendizagem experiencial de profissionais e, acima de tudo, facilita a cura dos participantes.

O GPMF proporciona um modelo de assistência comunitária, que permite abordar as diferentes dimensões da mente, nas suas vertentes, individual, familiar e social, bem como os problemas familiares e sociais em que os indivíduos estão imersos. O seu potencial de desenvolvimento garante um futuro promissor.

A.II Criação de um GPMF numa instituição pública

Norberto Mascaró Masri

Em primeiro lugar, quero agradecer aos organizadores destas jornadas, pela oportunidade de partilhar convosco uma série de reflexões sobre o Grupo de Psicanálise Multifamiliar (GPMF) e, em particular, transmitir-vos como se cria um Grupo desta natureza numa instituição pública. Esta experiência apaixonante, complexa e enriquecedora, embora pouco difundida, abre novos horizontes na busca por uma melhor resposta assistencial à patologia grave.

A minha experiência pessoal neste campo começou em 1972 no âmbito de uma C.T.P. (Comunidade Terapêutica Psicanalítica) que operava em Buenos Aires desde 1968 e que fora criada e dirigida pelo Professor García Badaracco, pioneiro neste tipo de experiências.

Ao longo dos anos, o GPMF tem demonstrado ser um recurso fundamental para abordar a patologia mental grave. Os pacientes e suas famílias precisam de um contexto no qual possam expressar as suas dificuldades pessoais, ou seja, a sua "loucura particular": este contexto será possível graças aos "outros" capazes de conter os aspetos mais primitivos e carentes do sofrimento mental e permitir-nos pensar o impensável e sentir o indizível. A "loucura particular" torna-se a loucura de todos."

Podemos supor que a expressão de conflitos patológicos na dimensão do vínculo bidimensional é caracterizada pela presença de de interdependências patogénicas vividas com figuras parentais; estas interdependências têm no mundo interno uma validade atual, que tende a reproduzir-se nas suas relações presentes. Estas situações evidenciam a chamada transferência psicótica. Os pacientes parecem habitados por múltiplos personagens, muitas vezes incompatíveis entre si, produto de identificações patológicas com os pais que impediram o desenvolvimento de um Eu autêntico. Assim, o paciente mental grave precisa ser resgatado da "loucura" em que está imerso, ou seja, da teia de interdependências patogénicas que o mantém aprisionado na relação com os outros e dos objetos" enlouquecedores" que habitam o seu mundo interno.

A seguir, descreverei uma experiência na constituição de um GMF no ano de 1985, no Hospital de Dia, de uma Instituição Pública localizada em Guecho, Biscaia. Este Hospital de Dia, que funciona de acordo com os princípios da CTP, era frequentado diariamente por 16 pacientes num horário entre as 9h30 e as 13h30, onde realizavam uma série de atividades em grupo complementadas por terapias individuais e familiares. A consolidação do sistema terapêutico, seguindo os princípios da CTP, conforme García Badaracco desenvolvera em Buenos Aires, levou-nos a enfrentar o desafio de criar um grupo multifamiliar.

A equipa terapêutica que realizou a tarefa operava em co-terapia e era composta por três psiquiatras, um psicólogo e uma enfermeira psiquiátrica. Todos partilhávamos o interesse em aliviar o sofrimento mental dos pacientes e das suas famílias, e a necessidade de uma experiência que revertesse o pessimismo existente no tratamento destes pacientes graves. É de salientar que a experiência profissional não era similar em todos os membros da equipa, o que não foi um obstáculo à tarefa, uma vez que a co-terapia constituiu um magnífico meio de aprendizagem, através do trabalho clínico e da reflexão contínua.

A necessidade de utilizar este recurso, em termos do seu potencial terapêutico, era conhecida por alguns e intuída por outros membros da equipa. O início da experiência respeitou o momento evolutivo da equipa terapêutica, que estava apenas a começar o seu percurso, tendo em conta a sua capacidade emocional, psicológica e formativa para conter as intensas ansiedades que os diversos momentos regressivos produzem no Grupo e, por sua vez, conter as próprias ansiedades resultantes das novas experiências.

Pensava-se que a melhor forma de começar fosse por um grupo de famílias no qual os pacientes designados não participassem. As fantasias destrutivas, por reunir várias famílias com os seus membros psicóticos, foram partilhadas por alguns membros da equipa e pelos próprios familiares.

O trabalho prévio com as famílias para conseguir a sua participação centrou-se em transmitir-lhes a importância de partilhar com outras famílias dificuldades semelhantes em relação às circunstâncias vividas e como isto permitia aprender algo novo sobre os problemas que tinham de enfrentar na privacidade da vida familiar. Após várias reuniões com cada família, foi possível superar a resistência e enfrentar as suas próprias dificuldades, muitas vezes mascaradas por medos e preconceitos relacionados com a quebra da própria intimidade.

Assim, começámos a reunir-nos com as famílias uma vez por mês. Durante o primeiro ano de trabalho, o discurso girava em torno dos ausentes-presentes, ou seja, dos pacientes designados.

Inicialmente, os pais estavam interessados na natureza da doença mental e que atitudes deviam tomar em situações desconhecidas para eles. Uma atitude pedagógica por parte da equipa foi extremamente útil na altura. Por outro lado, começava também a surgir hostilidade entre os ausentes-presentes, depositários dos aspetos mais destrutivos e sádicos dos pais/mães.

Nestes momentos iniciais, nunca perdemos de vista o facto de que o nosso principal objetivo era mobilizar as defesas, analisar os conflitos deslocados para as relações e, fundamentalmente, cuidar das deficiências estruturais e das necessidades emocionais profundas, que à medida que o nosso trabalho avançava, iríamos de novo encontrar.

Apesar disso, o início foi focado em conter ansiedades, evitar conflitos e, principalmente, aliviar a intensa culpa que estas doenças geram.

A preocupação inicial era criar um clima emocional de fiabilidade, onde não fôssemos vistos como persecutórios, mas como pessoas dispostas a ajudá-los. Uma atividade terapêutica ativa com uma conotação dialogante contribuiu para criar esse clima. Sabíamos que o potencial terapêutico não se gera por si só, mas que depende, de acordo com a nossa experiência, de um modo especial de fazer.

Após um ano de trabalho, com o grupo bastante consolidado, os pais/parentes pediram para aumentar a frequência das sessões. Afirmavam que era o único espaço à sua disposição para falar sobre os seus problemas; em comparação com os seus filhos, que tinham tratamento intensivo (4 horas por dia, de segunda a sexta-feira), tinham um espaço mensal insuficiente.

A equipa avaliou o pedido como importante para o processo terapêutico e considerou aumentar a frequência para quinzenal.

Durante o desenvolvimento do Grupo Multifamiliar, passamos do discurso circular focado nos pacientes para partilhar situações de vida dolorosas: angústia profunda, culpa intensa, inseguranças, frustrações e um pessimismo intenso que era a principal barreira que encontrava o processo terapêutico dessas pessoas. Assim, foi criada uma cultura terapêutica em que o que

acontecendo com os pacientes designados não era tão diferente do que acontecia com eles mesmos. A inclusão das histórias familiares, em termos das suas origens, também ajudou a compreender que a doença mental tem uma história e que todos podem ser vítimas de situações imprevisíveis que decidem o nosso destino.

Gradualmente, apareceu a esperança de que as coisas poderiam mudar e que uma vida mais satisfatória poderia ser alcançada.

Este desenvolvimento do grupo permitiu aos pais realizar o seu próprio processo terapêutico; assim, diferentes momentos evolutivos foram observados, o que geralmente levava os mais antigos a assumir funções co-terapêuticas. Quem melhor do que uma mãe ou pai que passou por situações de intenso sofrimento psicológico para entender e transmitir esperança a outros pais num momento de crise?

Depois de aproximadamente dois anos de trabalho, uma vez que o grupo estava consolidado, começou a revelar-se a necessidade de incluir fisicamente os filhos, como forma de aprofundar o problema. Esta situação foi partilhada com os familiares, que inicialmente manifestaram uma clara rejeição, baseada em fantasias, já expressas, destrutivas e catastróficas; no entanto, alguns membros da equipa identificaram-se com os pais, opondo-se à inclusão dos filhos sob o pretexto de que aqueles pais seriam privados do único lugar que tinham como seu. Inconscientemente, viviam a situação como se estivéssemos a jogar num campo de batalha onde os filhos iriam destruir os seus pais. Outros membros da equipa, no entanto, apostavam numa tarefa mais complexa e difícil, mas ao mesmo tempo mais gratificante.

A inclusão dos pacientes designados foi feita gradualmente e observou-se que o diálogo se aprofundou. Os temores iniciais da iminente catástrofe não se concretizaram e o grupo existe há 15 anos. As reuniões são semanais e nela participam cerca de 30 pessoas.

Em termos de trabalho terapêutico, gostaríamos de enfatizar que, trabalhando a partir de uma perspetiva psicanalítica, as relações interpessoais de natureza narcísica, onde a comunicação verbal e não verbal estão ao serviço do controle e não da informação, implicam o não reconhecimento do outro como um ser independente.

Observa-se que as dificuldades dos pais, que García Badaracco define como falta de recursos de Eu, são compensadas através de projeções massivas, gerando relações patológicas de complementaridade.

Qualquer situação de diferenciação ou autonomia no sentido de um crescimento psicológico é vivida como uma ameaça ao equilíbrio familiar. Estabelece-se assim um equilíbrio da ordem da homeostase perversa. Este clima emocional favorece ao longo do tempo a introjeção de relações patológicas, que são recreadas no mundo interno de cada membro da família, e constituem o que García Badaracco chama de “objeto enlouquecedor” que atua de forma dissociativa na mente, e contribui para criar uma situação patológica e patogénica.

A equipa, trabalhando na contra-transferência, fará uma leitura dos fenómenos inconscientes que determinam uma dinâmica particular no Grupo. Por outro lado, analisará as características da personalidade dos seus membros, o tipo de comunicação manifesta, a liderança assumida e o papel estabelecido.

As maiores exigências emocionais e intelectuais a que o terapeuta de grupo está sujeito, tornam este procedimento partilhado num recurso de grande eficácia terapêutica para enfrentar fenómenos complexos e difíceis.

Referi anteriormente a importância deste procedimento na formação dos terapeutas de Grupo e familiares.

Para concluir, gostaria de destacar alguns aspetos do trabalho clínico.

Em primeiro lugar, é necessário fomentar um clima emocional que facilite a comunicação e a confiança. Para isso, é importante que os membros da equipa encontrem a forma de comunicação mais adequada para cada situação. Às vezes, entrar em contacto com uma situação específica requer a conexão com os aspetos simbióticos do Grupo Multifamiliar, tendo em conta que estas modalidades patológicas traduzem a existência de carências profundas e necessidades emocionais ocultas e não partilhadas de forma saudável, que impedem a possibilidade de um pensamento elaborado. Muitas vezes, um terapeuta está "imerso" nessas situações até ao ponto de ser investido com aspetos transferenciais intensos, mas como sempre estão presentes outros, falando a outro nível e interpretando o que acontece na sessão, atuarão como um sistema de proteção. Isto proporciona a nutrição necessária para continuar a atividade. Esta complementaridade operativa permitirá o intercambio de papéis e constituirá um processo dialético no qual a família está incluída.

Esta forma de trabalhar exige por parte da equipa uma capacidade de autoanálise e reflexão para enfrentar, tanto as ansiedades que surgem na tarefa, como as divergências, que muitas vezes se inserem em rivalidades latentes; estes movimentos correspondem a intensos impactos transferenciais, que determinam uma dinâmica particular que, se não elaborada, pode converter-se numa resistência ao trabalho com o Grupo multifamiliar. A análise da chamada contratransferência num sentido amplo é um elemento essencial para o desempenho da tarefa.

B. PORTUGAL

B.1 História dos Grupos Multifamiliares em Portugal por Paula Godinho

Os Grupos Multifamiliares (GMF), reunindo pelo menos duas gerações e envolvendo a presença de pacientes em tratamento, tiveram origem em Portugal em 2001 no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, atualmente designado como Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria/Departamento de Neurociências e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário Lisboa-Norte (CHULN).

O Hospital de Dia foi a unidade de internamento pioneira inaugurada no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria em 1957, marcando o estabelecimento do primeiro serviço de Psiquiatria em Portugal integrado num Hospital Geral. Foi fundado pelo primeiro Diretor do Serviço, Professor Doutor Barahona Fernandes, que instaurou uma cultura institucional de convivência pluralista. O modelo operacional atual teve início em 1977 com um grupo de psiquiatras também grupanalistas: João França de Sousa, César Vieira Dinis, Isaura Manso Neto e Sara Ferro. Eles desenvolveram um modelo predominantemente psicanalítico e grupanalítico operacionalizado num contexto de grupo, onde a equipa terapêutica sempre desempenhou um papel crucial. Este modelo abrange objetivos terapêuticos, de formação e de investigação. O Hospital de Dia do Hospital de Santa Maria foi desenvolvido com base no modelo do Seminário João dos Santos (França de Sousa, 2013), pioneiro na moderna Psiquiatria Infantil e Saúde Mental em Portugal e um dos fundadores da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. O Dr. João dos Santos estudou e trabalhou em França com Henri Wallon, G. Heuyer, J. Ajuriaguerra, H. Ey, A. Thomas, René Diatkine, Jacques Lacan, Sacha Nacht, Pierre Luquet e Serge Lebovici.

O impacto desta unidade de referência em Portugal, no tratamento de pacientes considerados "difíceis" e na educação de estudantes de graduação e pós-graduação, foi principalmente documentado nas obras "Tratamento e Formação - 30 Anos de Experiência de uma Equipa com uma Estrutura de Grupo-Analítica". Recebeu o Prémio Jane Abercrombie concedido pela Group Analytic Society - London (GAS- Londres em 2008 (Neto, Fialho, Godinho e Centeno, 2010).

Desde o seu início, o tratamento no Hospital de Dia tem enfatizado a importância das interações familiares e dos relacionamentos na origem das patologias e na evolução terapêutica dos pacientes. Nos primeiros anos, as famílias foram convidadas a participar no processo terapêutico, com entrevistas realizadas para fins diagnósticos e terapêuticos. Durante muitos anos, Isaura Neto organizou grupos de pais sem a presença de pacientes. Estes grupos exclusivamente parentais permitiram a recolha de dados clinicamente relevantes que não podiam ser usados diretamente no tratamento dos pacientes por razões de confidencialidade.

Em 2001, no 3º Congresso Europeu da Associação Europeia de Psicopatologia de Crianças e Adolescentes com o tema "Psicopatologia e Parentalidade", realizado em Lisboa, Isaura e eu folheávamos, como de costume, os livros que acabavam de chegar do outro lado do Atlântico. Encontrámos "Psicanálise Multifamiliar" de Jorge García Badaracco, recentemente publicado, que decidimos comprar. Imediatamente, Isaura Neto organizou a sua leitura distribuindo capítulos entre Maria João Centeno, Teresa Fialho, a enfermeira Pilar Marques e o resto da equipa do Hospital de Dia. Após a leitura do livro, nasceu imediatamente o primeiro GMF(MFG) em Portugal, que tem continuado ininterruptamente até aos dias de hoje.

O GMF do Hospital de Dia é um grupo semiaberto (sem uma data fixa de início ou fim, novos membros substituem os que saem), heterogéneo em termos de diagnóstico, com uma frequência quinzenal, uma duração de 2 horas, conduzido por uma equipa multidisciplinar em coterapia. Ao longo destes 23 anos, sofreu algumas adaptações. Nos primeiros anos, incluía apenas pacientes que eram financeiramente dependentes dos pais, excluindo pacientes que já viviam de forma independente. Mais tarde, passou a incluir todos os pacientes do Hospital de Dia, expandindo também a presença a outros membros da família e indivíduos significativos. Assim, pais, cônjuges, tios, primos, irmãos, avós, etc., começaram a participar, reunindo simultaneamente três gerações e mais de 50 pessoas. Durante a pandemia Covid-19, os grupos passaram para a modalidade online durante cerca de 2 anos, regressando mais tarde ao formato atual presencial.

Desde o início, este GMF em Lisboa inclui a presença de observadores externos, o que levou à sua disseminação noutras instituições do nosso país: no Hospital de Dia do Hospital Fernando da Fonseca (Godinho, P; Dias, M.J, Matos, M.,2004) e, em 2006, no Centro de Dia do Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), mais tarde no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Egas Moniz/Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, e em Comunidades Terapêuticas: na Fundação Romão de Sousa (Estremoz) e Comunidade Vida e Paz (Fátima), entre outras.

Os Serviços de Saúde em Portugal encontram-se numa fase de reestruturação e reorganização. O potencial dos GMFs estende-se da doença mental ou física até à saúde, desde hospitais até à comunidade. A atual legislação portuguesa enfatiza a importância da integração dos cuidados de saúde hospitalares e comunitários, particularmente no campo da Saúde Mental. Enfrentamos o desafio e múltiplas oportunidades para uma maior disseminação deste poderoso dispositivo transformador, gerador de diálogo e escola de humanidade.

***B.II A "Síndrome das Portas Abertas": Um Diagnóstico Baseado num Grupo Multifamiliar
Maria João Centeno⁴; Paula Godinho⁵; Teresa Fialho⁶; Ana Luísa Teixeira⁷; Isaura Manso Neto⁸***

RESUMO: as autoras constituíram um Grupo Multifamiliar (GMF) num Hospital de Dia de Psiquiatria e Saúde Mental num grande Centro Hospitalar universitário em Lisboa, para pacientes agudos e graves. Este Hospital de Dia (HD), em funcionamento desde 1977, segue principalmente uma estrutura psicanalítica e grupanalítica.

⁴ Psicóloga, Mestre em Psicologia Educacional, Grupanalista, Membro da Sociedade Portuguesa de Grupanálise, trabalhando no Sector Público - Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria - e em consultório.

⁵ Médica Psiquiatra, Assistente Hospitalar Graduada, Chefe de Equipa do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria Departamento de Neurociências do CHLN, Pós-Graduada em Saúde Mental, Mestre em Bioética, Docente de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Membro da Poiesis - Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica de Casal e Família.

⁶ Psicóloga Clínica, Mestre em Psicologia Clínica, Membro da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves, trabalhando no Sector Público - Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, e em consultório privado.

⁷ Psicóloga Clínica, Mestre em Psicologia Clínica, Membro da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves, trabalhando no Sector Público - Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, e em consultório privado.

⁸ Psiquiatra, Chefe de Serviço Hospitalar, Grupanalista, Membro Didata da Sociedade Portuguesa de Grupanálise (SPG), Full member da Group Analytic Society - London (GAS) e membro eleito da sua Comissão Directiva, Membro da Sociedade Portuguesa de Psicanálise, tendo trabalhado no Sector Público - ex-Chefe de Equipa do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, mantendo actualmente a prática clínica em consultório privado.

O GMF surge como uma ferramenta psicoterapêutica inovadora fundamentada na Psicanálise Multifamiliar de Jorge Garcia Badaracco, integrada no Programa Psicoterapêutico do HD desde abril de 2001. O GMF engloba pacientes, seus familiares próximos abrangendo pelo menos duas gerações e a equipa clínica.

Além dos seus objetivos terapêuticos, o GMF serve propósitos educativos e de formação para vários profissionais de saúde - nomeadamente psiquiatras, psicólogos e enfermeiros - envolvidos em estágios no Hospital de Dia.

As autoras fazem uma breve revisão das características do GMF, situando-o no contexto do HD, chamando a atenção para um conjunto de sinais e sintomas associados à simbiose patológica e à falta de limites dentro de certas famílias. Essas manifestações tornam-se evidentes através das interações intrafamiliares replicadas no GMF. Os autores cunharam o termo "Síndrome das Portas Abertas" para definir este conjunto de sinais e sintomas.

Palavras-chave: Família, Hospital de Dia, Multifamiliar, Psiquiatria, Síndrome.

"Quando se fecha uma porta, abre-se uma janela."

(provérbio popular)

INTRODUÇÃO

O Hospital de Dia é uma Unidade Psiquiátrica num grande Centro Hospitalar Universitário em Lisboa, dedicado ao tratamento de doenças mentais graves. Estabelecido em 1977, este Hospital de Dia (HD) opera principalmente dentro de um quadro psicanalítico e grupanalítico, tratando pacientes, predominantemente jovens adultos, afetados por perturbações de ansiedade e do humor, bem como descompensações psicóticas frequentemente associadas a perturbações da personalidade.

No HD, o programa terapêutico inclui atividades individuais e em grupo, abrangendo um grupo psicoterapêutico analítico e, desde 2001, um Grupo Multifamiliar (GMF) baseado na Psicanálise Multifamiliar de Jorge Garcia Badaracco. O GMF inclui pacientes, seus familiares próximos abrangendo pelo menos duas gerações e a equipa clínica.

O que distingue este grupo de outros ambientes terapêuticos é a sua capacidade única de observar diretamente padrões comportamentais e relacionais familiares, que se manifestam espontaneamente neste ambiente. Ao longo da sua existência, a Equipa do HD tem estado ciente da importância das relações familiares, tanto na origem das patologias como no progresso terapêutico dos seus pacientes. Independentemente dos diagnósticos nosológicos, muitos pacientes revelam interdependências patológicas, como a simbiose patológica. Dentro destas famílias, certos membros envolvem-se em relacionamentos patologicamente interdependentes, falhando em reconhecer diferenças, exercendo controlo e sendo intrusivos. Em outras palavras, ignoram ou rejeitam a existência de limites psicológicos. Curiosamente, observamos uma correlação nestas famílias entre a ausência de limites psicológicos e a ausência de limites físicos nos seus ambientes de vida diária.

A Equipe e os Pacientes

Os indivíduos em tratamento no Hospital de Dia frequentemente apresentam algumas das seguintes características:

1. Histórico de tratamentos anteriores em outros contextos, e com abordagens diferentes, realizados com pouco ou nenhum sucesso.
2. Sintomas graves de depressão e ansiedade.
3. Ideação suicida e comportamentos suicidas e/ou autolesivos.
4. Abuso de substâncias, envolvimento em comportamentos de risco e desafios na adaptação social.
5. Autonomia limitada.

Numa análise psicodinâmica, estes pacientes demonstram um funcionamento psicológico caracterizado por:

1. Perturbações precoces nas relações com objetos.
2. Ansiedade de separação predominante.
3. Egos pouco coesos e deficientes narcisicamente.
4. Egos frágeis e superegos inadequadamente organizados.
5. Instabilidade afetiva pronunciada, resultante da contínua repetição do processo de idealização/de-idealização.
6. Mecanismos de defesa fracos ou insuficientes, recorrendo a defesas primitivas como clivagem, identificação projetiva, idealização e negação.
7. Défices na mentalização da vida psíquica.

Grupos Multifamiliares e Famílias

O GMF do Hospital de Dia é um dispositivo terapêutico que evoluiu a partir do trabalho clínico com pacientes e suas famílias; com duração de 120 minutos a cada duas semanas.

À medida que o envolvimento familiar com o grupo se intensifica e a confiança nos terapeutas se aprofunda, a exploração partilhada de conteúdos psíquicos torna-se mais evidente através das interações em grupo. Estas interações mostram como, por exemplo, as divergências dos filhos em relação aos pais – muitas vezes correspondendo a uma tentativa de diferenciação e de mudança daqueles – estão na origem de conflitos e tensões familiares perpetuadoras dos vínculos patológicos e patogénicos impeditivos da autonomia. Estes conflitos perpetuam vínculos patológicos e patogénicos, impedindo o desenvolvimento da autonomia.

São famílias que vivem, paradoxalmente, a dificuldade em estarem juntos e a impossibilidade de se separarem; a ausência de individuação transforma a família numa projeção de um corpo coletivo indiferenciado, onde a alteridade não é reconhecida. A prevalência do "não dito" domina nessas famílias, cujos laços visam manter o sofrimento psíquico que não pode ser contemplado, negado e/ou repudiado.

As dificuldades óbvias na mentalização resultam na priorização da ação sobre o pensamento e a simbolização, eliminando progressivamente o potencial de se organizarem como indivíduos diferenciados. Em vez disso, os indivíduos ficam presos em ciclos repetitivos sem saída. Comportamentos parentais desviantes, como incesto ou conduta incestuosa, podem ocorrer, com papéis e posições dentro da família mudando alternadamente (parentificação, por exemplo),

acentuando a ausência de limites. Nesses contextos, a autoridade e a alteridade não são reconhecidas.

Os filhos assumem frequentemente o papel de cuidadores, e mediadores nos conflitos conjugais, intervindo por vezes para evitar agressões físicas entre os pais. Outras vezes são os confidentes da intimidade dos pais, incluindo confissões de carácter sexual; esta cumplicidade, aparentando ser uma forma de “atenção exclusiva”, vai prejudicar na realidade o desenvolvimento da personalidade e sexualidade dos filhos.

A este propósito Racamier, (2010) propõe uma patologia no registo da sedução narcísica que definiu como “o incestual”; trata-se de uma modalidade de organização do grupo familiar que se opõe ao organizador edipiano ligado à triangulação e ao interdito do incesto, ou dito de outra forma, “é o clima que na vida individual e coletiva traz a marca do incesto sem que forçosamente estejam envolvidos aspetos ligados ao genital”.

Há uma confusão entre o espaço público e privado. Todas as fronteiras estão mal definidas, exceto a fronteira imposta ao mundo, apresentado como perigoso e ameaçador. Não há limites entre a vida privada e a vida familiar dos filhos traduzindo-se muitas vezes na forma como o espaço físico da casa é utilizado.

A casa, como espaço físico, serve como paradigma para o estabelecimento ou ausência de limites. Pode ser um lugar aberto ou fechado à observação externa, com ou sem barreiras internas. Este espaço pode ser regulado por regras ou restrições, ou ser uma área transparente sem limites, onde cada lugar pertence a todos e a ninguém. O espaço interno da casa engloba paredes e portas, que atuam como elementos separadores e marcadores do espaço do outro, ou da falta dele. Na sua transparência ou opacidade, participam num tipo de "jogo de esconder e silenciar, ou revelar, ver e ouvir". A casa pode ser um palco tanto para conquistas como para compromissos, ordem ou caos, um refúgio seguro ou, pelo contrário, um lugar que representa uma ameaça à integridade e individualidade.

Em muitas famílias, tudo é transparente e aberto: a porta do quarto dos pais permanece escancarada. Da mesma forma, não é permitido que os filhos fechem a porta do quarto ou até da casa de banho; não é reconhecido nem respeitado o direito à privacidade.

Frequentemente, os filhos adolescentes ou adultos, não têm um quarto ou cama individuais. Alguns partilham quartos para dormir com os pais, avós ou outros familiares, uma prática aceite sem crítica. Em muitas casas, as portas não têm chaves, ou as fechaduras foram intencionalmente danificadas, para não se poderem fechar.

Vários membros da família utilizam simultaneamente a casa de banho sem qualquer sentido de intimidade ou discrição, mantendo uma proximidade física exagerada, por vezes sob pretexto de monitorizar e manter a higiene ou saúde. A trivialização destes aspetos emerge como uma barreira significativa para identificar a dinâmica “incestual” no ambiente clínico. Os pais percebem como inerentemente objetável e inadequado tudo o que não é partilhado abertamente pelos seus filhos, rebelando-se contra a falta de transparência. Os filhos, sob controlo cuidadoso, são frequentemente desencorajados de estabelecer contactos fora da família, alegadamente para sua proteção.

Numa sessão de GMF, a mãe de uma paciente partilhou que tinha o hábito de se sentar ao lado da filha quando esta estava a usar o computador para conversar com os amigos. Ela expressou confusão perante as objeções da filha, raciocinando que se a filha afirmasse que não estava

envolvida em atividades inadequadas, não deveria haver problema em observar com quem ela estava a falar e a natureza das suas conversas com os amigos.

Outra mãe expressou perplexidade sobre a necessidade da filha de telefonar e passar tempo com os amigos quando, na sua opinião, os pais poderiam fornecer mais assistência do que qualquer outra pessoa. Ela discordou explicitamente da preferência da filha por conversar com os amigos em vez da família, afirmando que a confiança deveria ser exclusivamente depositada na família. Esta mesma mãe desaprovou a filha por se isolar no quarto. Em resposta, a filha explicou que simplesmente precisava de espaço pessoal e acolhia as pessoas batendo à porta para sinalizar sua chegada. A mãe criticou essa atitude como irracional e desnecessária, interpretando-a como um sinal de que sua filha provavelmente tinha algo a esconder.

Os pais de outro paciente explicaram que não havia portas trancadas em sua casa; removeram todas as fechaduras alguns anos atrás para impedir que o filho se isolasse, afirmando que trancar portas era desnecessário porque, em sua perspectiva, não havia nada a esconder. Um dos terapeutas perguntou o que pensavam que poderia acontecer com o filho. A mãe respondeu, expressando incerteza, que "talvez ele pudesse sentir-se mal ou estar numa situação em que pudesse morrer sozinho, sem que ninguém o pudesse ajudar."

O pai de outro paciente compartilhou que, durante a infância do seu filho, removeu todas as chaves das portas devido à preocupação de que algo pudesse acontecer. Mesmo depois de as chaves serem reintegradas, as portas nunca eram fechadas.

Outra paciente queixou-se de que não podia fechar a porta do quarto porque a mãe virava a chave na fechadura, deixando o trinco do lado de fora e fazendo a chave desaparecer.

Estes excertos dos GMF elucidam a contínua monitorização dos filhos e o impedimento da sua privacidade, indicando a incapacidade dos pais em reconhecer e compreender a sua necessidade de diferenciação. Chamamos a este conjunto de elementos clínicos a "Síndrome das Portas Abertas", representando um paradigma de desafios intrafamiliares na obtenção de autonomia.

CONCLUSÃO

Afirmamos que, como clínicos, devemos estar atentos aos padrões relacionais e comportamentais familiares, reconhecendo que comportamentos aparentemente normais podem esconder perturbações psicológicas significativas. No contexto da incapacidade de quebrar os vínculos simbióticos, podem surgir tendências incestuais como único mecanismo de defesa contra a separação temida.

Parece importante indagar sobre os hábitos de higiene da família e caracterizar o espaço físico, examinando como é utilizado e partilhado pelos vários membros do agregado familiar. Esta exploração pode revelar dimensões ocultas de disfuncionalidade individual e familiar. Além disso, é recomendável fazer perguntas, já que os indivíduos podem não divulgar ou expressar preocupações espontaneamente. Frequentemente consideram naturais e triviais certos comportamentos e hábitos que, na realidade, poderão ser patológicos e patogénicos. Esta abordagem pode servir como um caminho para revelar segredos escondidos e verdades não ditas, debaixo da superfície do equilíbrio familiar presumido.

Esta disfuncionalidade muitas vezes só pode ser diagnosticada questionando as condições de privacidade mais fundamentais dentro da família. Questões sobre quartos individuais, disposições

para dormir, prática de fechar portas de quartos e casas de banho, e a cortesia de bater antes de entrar, poderão ser importantes.

Questionar sobre estes aspetos em adultos permanece uma área em que os profissionais de saúde mental parecem insuficientemente atentos. Enfatizamos a importância de investir mais na sensibilização, formação e preparação de profissionais de saúde, bem como na necessidade de criar programas dedicados à deteção precoce de disfuncionalidades familiares, frequentemente banalizadas como normalidade.

É necessário fechar as portas dentro de casa, para que as janelas possam abrir-se para o mundo.

C. BÉLGICA

C.1 Psicanálise multifamiliar na Bélgica por Martine Lambrechts

A psicanálise multifamiliar chegou à Bélgica em 2015. No Congresso da ISPS em Nova Iorque (2015), os Drs. Andrea Naracci e Catherina Tabasso mostraram um vídeo do seu trabalho multifamiliar em Roma. Profundamente tocados, ficámos imediatamente convencidos do poderoso potencial de reunir famílias no processo de cura e compreensão de uma crise psicótica.

Martine Lambrechts (psicóloga/psicoterapeuta psicanalítica) trouxe esta experiência para o seu local de trabalho, o programa de cuidados em psicose no Centro Psiquiátrico Universitário Z.Org KULeuven (Kortenberg). Em conjunto com Jef Lisaerde (psicólogo/psicoterapeuta sistémico), iniciaram um GMF dirigido a adultos jovens com vulnerabilidade psicótica, que estão em cuidados em dois lugares diferentes: - Na ala hospitalar, Joris, que oferece um ambiente terapêutico e estruturado, combinando princípios de uma comunidade terapêutica (Ciompi) com as ideias da psicoterapia institucional (Oury). O departamento tem uma longa tradição em trabalho com famílias, inspirado na tradição do modelo do "Open Dialogue" e enriquecido pelas ideias psicanalíticas interpessoais de Bion e Winnicott, entre outros.

Dentro de um serviço de psicose precoce ambulatório, VRINT, localizado no coração da cidade de Leuven (a 10 km do hospital). Este serviço procura fornecer cuidados primários a jovens com sinais precoces de psicose e a suas famílias. Em linha com o modelo dimensional e diagnóstico de Van Os e Kapur, renuncia à visão pessimista da psicose e esquizofrenia e tenta instalar a esperança enquanto trabalha com o paciente psicótico.

Existe uma colaboração privilegiada entre a ala de internamento e o serviço ambulatório, uma vez que ambos frequentemente trabalham com os mesmos pacientes em diferentes momentos da sua doença. Consequentemente, foi bastante "natural" organizar um GPMF focado nos pacientes e suas famílias dentro destes 2 serviços. A primeira reunião aconteceu em janeiro de 2016. Isso foi relatado por Martine Lambrechts e Jef Lisaerde no congresso ISPS de 2017 com uma palestra intitulada: O início de um GMF para jovens pacientes psicóticos e suas famílias dentro de um quadro sistémico e psicodinâmico.

O GPMF ganhou gradualmente mais apoio dentro das equipas de ambos os serviços. Para também lhes dar a oportunidade de conhecer melhor o funcionamento e a teoria do GPMF no âmbito de Badaracco, seguiu-se uma visita de trabalho a Roma em 2018 com uma delegação de Vrint e Joris (Sophie Guiot (psiquiatra/supervisor da ala/terapeuta psicanalítica), Niel Van Cleyenbreughel (psicólogo/terapeuta psicanalítico), Saskia Verbesselt (enfermeira), Leen Lambrechts (enfermeira), Jef Lisaerde e Martine Lambrechts. Eles participam em alguns GPMF em Roma, orientados por Andrea Naracci, Catherina Tabasso e sua equipa. Além disso, existem sessões teóricas sobre os princípios do trabalho de Badaracco.

Em 2019, Vrint e Joris decidem dividir o grupo conjunto por razões práticas. Isso cria dois grupos multifamiliares de acordo com o modelo de Badaracco, um em Vrint e outro em Joris. Sobre o relançamento do grupo na ala de internamento fez-se uma comunicação no congresso ISPS em Roterdão (2019), sob o título: A gravidez do bebé GPMF - tornando-se pais GPMF.

Ambos os grupos GPMF passam então por uma progressão diferente, amplificada pela chegada da pandemia. Vrint decide fazer o grupo on line, enquanto Joris escolhe interromper o grupo e reiniciar em 2021. Entretanto, ambos os grupos têm as suas próprias identidades. Inserir-los na

operação terapêutica de cada serviço também levanta novas questões sobre a técnica. Testemunho disso é a palestra no Congresso ISPS em Perugia em 2022 - Quando o corpo é convidado a falar: levantar as mãos como técnica no GPMF.

Através de Mariska Christiaenen (psicóloga/psicoterapeuta sistêmica e psicanalítica), que trabalha no grupo em Vrint e é formadora no programa de pós-graduação/formação em Psicoterapia Psicanalítica na Universidade Católica de Leuven, a Psicanálise Multifamiliar entra no currículo dos terapeutas em formação.

A pesquisa de campo no âmbito do projeto Erasmus+ ensina-nos duas coisas importantes sobre a Psicanálise Multifamiliar:

- Os grupos multifamiliares existentes na Bélgica orientam-se de acordo com duas correntes: um mais orientado para o comportamento, no qual se trabalha com protocolos e grupos fechados; outro mais orientado para o sistema, que trabalha com grupos abertos e contínuos. O GMFpsicanalítico, até agora desconhecido na Bélgica, parece estar mais próximo desta segunda tradição.
- Nos focus groups, ficou claro que há uma grande necessidade de formação e intervisão entre os terapeutas de grupos multifamiliares.

O projeto conseguiu colocar a Psicanálise Multifamiliar no mapa e assumir um papel de liderança no desenvolvimento da formação contínua. Através do projeto, torna-se claro que o impacto da Psicanálise Multifamiliar precisa de se desenvolver ainda mais em duas direções:

Ascendente - partindo da prática clínica:

1. No seguimento do projeto Erasmus+, é feito um pedido de nova bolsa para apoiar o início de um novo GMF para jovens com idades entre 15 e 25 anos (idade de transição) com problemas de saúde mental, que estão na lista de espera para admissão numa ala no Hospital Psiquiátrico Universitário Z.Org (Kortenberg). Este projeto inclui também a formação dos novos colegas que participarão neste grupo.
2. Desenvolver ainda mais a rede de terapeutas GMF, nesse sentido, organizamos uma reunião com todos os terapeutas interessados no nosso study day em janeiro.

Descendente - por iniciativas ao nível organizacional:

1. No centro psiquiátrico, com a possibilidade de desenvolver ainda mais o GMF tanto a nível clínico como a nível da organização da formação.
2. Na universidade, onde o lugar do GMFse poderá desenvolver se ainda mais na formação pós-graduada de terapeutas e como um projeto de doutoramento no departamento clínico.

C.II O início de um (grupo multifamiliar) GMF para jovens pacientes psicóticos e suas famílias dentro de um enquadramento sistêmico e psicodinâmico

Martine Lambrechts e Jef Lisaerde

Introdução

Pretendemos dar uma ideia do processo de arranque de um GMF. Primeiro, queremos analisar mais de perto como entender uma crise psicótica num contexto familiar. Em seguida, apresentaremos os autores que nos inspiram a organizar um GMF e formularemos os objetivos terapêuticos e as características do nosso grupo. Ao longo do caminho, indicaremos os obstáculos, questões e dúvidas encontradas e destacaremos os aspetos que parecem funcionar.

Compreensão de uma crise psicótica

Badaracco fala sobre a psicose em termos de 'interdependência patológica'. Embora possamos entender este conceito a nível teórico, é mais difícil pensar desta forma quando estamos diante dos pais. Faremos um pequeno desvio para compreender melhor este conceito.

Ao focarmos a relação no cuidado, é importante notar que uma relação concreta, externa, interpessoal (por exemplo, mãe-filho) não é igual às representações internas dessa relação dentro do psiquismo de uma pessoa, nomeadamente as relações objetais. Sem apresentar uma palestra teórica completa da tradição de relação objetal de Klein, Bion e Winnicott, formularemos apenas algumas das nossas intuições clínicas.

Consideramos o nosso campo de trabalho o espaço que se desenrola entre a criança e os pais no nível intrapsíquico de cada um. Falamos sobre a interligação intrapsíquica, apontando os afetos, sentimentos e pensamentos entrelaçados. Este campo relacional, inconsciente e intercambiável, é muito complexo. Mecanismos básicos essenciais em jogo nesta inter-relação entre realidade interna e externa são projeção, identificação projetiva e introjeção.

Ao focarmos a relação como centro do cuidado, é importante notar que uma relação concreta, externa e interpessoal (por exemplo, mãe-filho) não é igual às representações internas dessa relação dentro do psiquismo de uma pessoa, nomeadamente as relações objetais. Sem apresentar uma palestra teórica completa da tradição de relação objetal de Klein, Bion e Winnicot, formularemos apenas algumas das nossas intuições clínicas.

Mecanismos que podem desempenhar um papel no surto de uma psicose:

Do lado dos pais

Searles aponta que os pais - em defesa do seu próprio funcionamento psicótico - podem deslocar/projetar a sua parte psicótica para a relação com o filho. Seguindo esta linha, Narracci (2008) avança com a hipótese de que "durante o seu desenvolvimento, as crianças foram objeto de identificações projetivas maciças por parte dos pais, através das quais os pais deslocaram para as crianças uma série de flutuações afetivas que não conseguiram manter dentro de si mesmos".

Contrariamente ao que é frequentemente pensado, não relacionamos esta projeção necessariamente com distúrbios psíquicos graves dos pais. Consideramos que este mecanismo inconsciente serve para proteger a capacidade dos pais de serem bons cuidadores para a criança dependente e vulnerável dos ataques provenientes da sua própria parte psicótica.

Do lado dos filhos:

Narracci continua que, devido à imaturidade do seu aparelho psíquico ('ego'), a criança não é capaz de filtrar, discriminar e distinguir o que pertence a si própria do que não vem de si mesma, até ao ponto em que esse sofrimento explode e resulta em despersonalização (Bion, 1970).

As projeções afetivas maciças podem criar uma armadilha narcísica para a criança: a criança ocupa uma posição vital na mente dos pais, o que a torna forte internamente, mas frágil externamente, na relação com os pais.

Isto resulta numa vulnerabilidade, descrita por Narracci (2008) como a deterioração progressiva das estruturas que integram e gerem as funções afetivas e cognitivas. Com o tempo, isto resulta na substituição das funções afetivas por um sistema de identificações patológicas e patogénicas, em que pais e filhos estão igualmente envolvidos.

Interdependência recíproca

Badaracco descreve esta interdependência em que tanto os pais como filhos estão envolvidos, são coautores de uma situação patológica. O comportamento dos pais mantém viva a sintomatologia do filho, e este obriga os pais a uma posição igualmente impossível, que é a de não se poderem libertar da função de cuidar de alguém que não quer ser ajudado.

Badaracco entende a relação de interdependência como um *continuum*, com, por um lado, a interdependência saudável e recíproca que gera recursos do Ego e uma identidade consistente, e, por outro lado, uma interdependência patogénica, gerando confusão, alucinações ou delírios.

Desta forma, a patologia pode ser formulada e compreendida como as diferentes modalidades da presença familiar no inconsciente individual, ou como as diferentes formas da presença dos outros em nós.

Assim, uma crise psicótica coloca toda a família em crise: o equilíbrio natural é perturbado. Isto leva a um convite para que toda a família esteja envolvida na recuperação da psicose. Aqui, o foco não reside exclusivamente na pessoa psicótica, mas sim no bem-estar psicológico de todos os membros da família e nas relações entre eles.

Ao integrarmos um aspeto ambiental na etiologia, pode-se pensar que isso significa culpar os pais. Portanto, uma nota importante sobre a 'culpa' é útil. Em vez de 'culpar', formulamos um convite aos membros da família para refletirem sobre o seu próprio sofrimento mental e dor que poderiam ter sido projetados no seu filho. Esta é uma forma frágil e delicada de pensar. Como indica Narracci (2008), muitas vezes não é difícil explicar ao paciente como o seu comportamento influencia a qualidade de vida dos pais. Mas é muito menos fácil criar uma situação terapêutica em que um pai possa considerar que as suas próprias dificuldades tiveram influência na forma como a patologia do filho se desenvolveu.

Neste contexto, a questão da culpa muitas vezes surge. Isto pode ser sentido pelos pais como muito assustador e ameaçador para a sua própria saúde mental. Martindale (2008) diferencia três formas diferentes de culpa que podem ser experimentadas:

Culpa projetada: sentimentos de culpa são evacuados de forma massiva. O outro é considerado responsável e é criticado e atacado.

Culpa punitiva, obsessiva: a pessoa está ou a punir-se a si mesma ou a antecipar retaliação pelo que pensa estar a fazer de errado.

Culpa reparadora: há preocupação pelo outro que está magoado. A restauração do dano é o objetivo principal. O amor e a gratidão caracterizam este tipo de relacionamento.

Van Bouwel (2009) completa estas formas com: culpa como mecanismo onipotente para lidar com o trauma: o sentimento de culpa leva-nos a uma posição ativa e transforma-nos em pessoas muito mais fortes do que realmente somos.

Em vez de evitar, minimizar ou, pelo contrário, acentuar os sentimentos de culpa, tentamos compreendê-los dentro da relação interpessoal e 'trabalhar a culpa' (Van Bouwel). Ao sustentarmos os pais para explorarem e trabalharem os seus sentimentos dolorosos, podem ser mobilizados mecanismos reparadores e preocupação de uma forma construtiva. Eles podem passar de uma ligação onipotente e culpada para uma ligação 'suficientemente boa'. Durante este processo, a prestação parental de apoio ao ego ao seu filho, como formulado por Winnicott, pode ser restaurada.

Contexto da Terapia Multifamiliar

Nesta perspetiva relacional sobre a psicose, consideramos que o MFG é uma técnica única e preciosa. Ao analisarmos a literatura sobre a terapia multifamiliar, tornou-se claro que, nas últimas duas décadas, há um interesse crescente. O seguinte resumo não pretende ser um resumo completo de todos os tipos de terapia multifamiliar, apenas pretende destacar algumas iniciativas e ideias que consideramos úteis para o desenvolvimento do nosso GMF.

Peter Laqueur é geralmente aceite como o pai fundador do grupo multifamiliar. Desde 1951 que tratava pacientes diagnosticados com transtorno esquizofrénico no Hospital Estadual Mental de Creedmoor, em Nova Iorque. O Dr. Laqueur notou que as famílias dos pacientes, após o horário de visita, se reuniam à porta do hospital e observou a necessidade delas interagirem e discutirem as dificuldades que enfrentavam. A ideia surgiu de formalizar estes contactos e nasceu o primeiro grupo multifamiliar. Inspirado pelas primeiras teorias familiares sistémicas, como a teoria do duplo vínculo (double bind), evoluiu para 'um workshop protegido na comunicação familiar'. Laqueur (1964) partiu da ideia de que, e cito: 'as relações familiares em que a doença surgiu podem e devem ser alteradas para acelerar a recuperação'. Na sua visão, o principal problema do paciente consiste num conflito entre a luta para alcançar a diferenciação como indivíduo, por um lado, e a necessidade de uma ligação simbiótica a objetos familiares primários, por outro lado. Laqueur teve a ideia de que uma terapia multifamiliar é o cenário perfeito para abordar este conflito. Laqueur cita Boszormeny-Nagy ao dizer que 'a presença simultânea de figuras familiares originais e de transferência proporciona um ambiente para a promoção do crescimento e da diversificação de oportunidades relacionais significativas' (1962).

Laqueur escolheu um grupo homogéneo e fechado, composto por cinco famílias, e deixou a escolha do tema aos participantes. Observou que os membros aprendiam indiretamente uns com os outros através de analogia, interpretação indireta, imitação e identificação. Laqueur descreve pela primeira vez como, durante este processo de aprendizagem indireta, os terapeutas se confrontam com menos resistência do que ao utilizar confronto direto. Laqueur foi uma fonte de inspiração para William McFarlane, que é provavelmente o autor mais conhecido no campo da terapia multifamiliar. Ele organizou grupos multifamiliares para pacientes com transtornos psicóticos graves. McFarlane destaca o componente biológico dos transtornos psicóticos e o grupo

baseia-se nos princípios terapêuticos das teorias da Emoção Expressa. Deste ponto de vista, e ao contrário de Peter Laqueur, McFarlane enfatizou que cada família é uma família saudável, a menos que o contrário tenha sido provado.

Os objetivos de McFarlane eram ampliar a rede social das famílias confrontadas com a psicose, combater o estigma em torno desta doença e, ao educar a família sobre os sintomas da psicose, tornar os cuidadores mais tolerantes para com os pacientes, o que tem um efeito positivo no clima afetivo na família. Ele organizou primeiro 3 sessões de adesão com famílias singulares e depois um workshop educacional durante um dia de fim-de-semana. Parte do workshop era um grupo multifamiliar. O grupo era composto por 5 a 8 famílias, incluindo o paciente. Depois encontravam-se uma vez a cada duas semanas no primeiro ano e uma vez por mês no segundo ano. Assim, comprometeram-se durante dois anos. Os membros do grupo traziam problemas para o grupo. Cada sessão tinha a mesma estrutura e foco na resolução de problemas.

Assim, ao contrário de Laqueur, McFarlane tinha um protocolo forte para a terapia e deslocou o foco para sessões educacionais. O trabalho de McFarlane inspirou muitos outros a adaptar a sua ideia a diferentes populações e contextos diferentes.

Outra iniciativa é o Marlborough Family Center em Londres. A Dra. Eia Asen documentou extensivamente o trabalho com as chamadas famílias multi-problema feito lá. Inspirados na terapia familiar estrutural de Minuchin e nos terapeutas da escola milanesa, como Boscolo e Cechin, eles integraram mais conceitos da terapia sistêmica em seu grupo multifamiliar. Eles abandonam a posição de especialista, elaboram a ideia de descentralizar o terapeuta e tentam que as famílias se tornem também terapêuticas umas para as outras. Para isso, introduzem novas técnicas e intervenções, como questionamento circular, equipe reflexiva e técnicas de aquário.

A técnica e a aplicação de um GMF são principalmente desenvolvidas e documentadas dentro da tradição sistêmica. Ao mesmo tempo, Jorge Badaracco, um psiquiatra e psicanalista argentino, desenvolveu durante seus 40 anos de experiência com pacientes psicóticos graves a concepção de uma comunidade terapêutica baseada numa estrutura multifamiliar. Ele considera a pessoa psicótica aprisionada numa interdependência patológica. Badaracco acredita, portanto, que o GMF oferece as melhores condições para a resolução desta armadilha relacional que impede o crescimento psicológico e a independência de todas as pessoas envolvidas.

GMF- Objetivos Terapêuticos

Em resumo, descrevemos o objetivo do grupo multifamiliar, que é o de apoiar e ampliar a capacidade de suporte e desenvolvimento do ego tanto dos jovens adultos como dos pais. A seguir, analisaremos esses 5 objetivos principais mais detalhadamente. Para isso, podemos contar com 4 fontes: a palestra de Badaracco (2000), representando uma perspectiva psicanalítica, a palestra de Asen e Scholz (2010), representando uma perspectiva sistêmica, 3 entrevistas com pais participantes por um pesquisador independente, e nossa própria experiência como terapeutas.

Oferecer um lugar para os que sofrem

Badaracco afirma que a primeira função do grupo é um lugar de encontro. Há uma grande necessidade de conhecer outros pais que estão na mesma situação. Pessoas que enfrentam problemas psicológicos graves podem ficar isoladas como consequência da ideia de que elas, ou seus familiares próximos, são diferentes ou anormais. Compartilhar histórias sobre esses fenômenos pode fazê-las sentir-se conectadas e humanas novamente.

Asen e Scholz também enfatizam a importância de criar solidariedade ("Estamos todos no mesmo barco") e superar a estigmatização e o isolamento social ("Não somos os únicos com esses problemas").

Os pais entrevistados destacam este objetivo, encontrando no GMF um lugar onde podem falar livremente sobre suas experiências e sentimentos. Muitas vezes, é um dos poucos lugares onde podem falar sobre a psicose do filho e encontrar algum apoio social, enfrentando um grande estigma com amigos, família ou mesmo dentro do relacionamento com o parceiro. No entanto, são muito sensíveis ao impacto das histórias. Por um lado, ao significado da sua própria história para os outros ("não será a minha situação demasiado difícil e confrontante para outros pais?", "não será a minha situação perturbadora os outros?"), por outro lado, ao impacto das histórias dos outros sobre si mesmos ("será que isso também pode acontecer conosco?"). Esta sensibilidade indica a importância da homogeneidade versus heterogeneidade do grupo, o que discutiremos mais profundamente posteriormente. Por exemplo, uma mãe sugere: "a minha filha foi internada à força, isso foi muito traumático para todos nós, e falo muito sobre isso no grupo. Mas talvez isso assuste quem não passou por essa experiência ". Por outro lado, ela acrescenta: "Ao ter falado disso falar outra mãe contou como o seu médico de família assumiu um papel central na orientação do filho dela para o tratamento, e isso abriu a minha perspectiva ".

Para nós, como terapeutas, o encontro com outros que sofrem era um objetivo básico. Nas sessões familiares individuais, frequentemente ouvimos a solidão e a vergonha da família. Isso pode ser tão forte que até a participação no GMF não é pensável. Isso indica a importância de uma boa recepção e de criar um lugar seguro.

Para oferecer um lugar seguro para a expressão emocional

Badaracco aponta que, apesar do grande sofrimento e da procura de ajuda, existem muitos fatores que podem interferir. Sentimentos e forças negativas podem ter um efeito inibidor, como vergonha, culpa, ciúmes, ódio e agressão. Por isso, a primeira tarefa dos terapeutas é criar um clima positivo que sustente a escuta recíproca e a solidariedade.

Asen e Scholz formulam esta necessidade como promoção da abertura e aumento da autoconfiança através de trocas e interações públicas ("não temos que recear, podemos abrir-nos") e o destaque para aumentar a esperança ("uma luz no fim do túnel - mesmo para nós").

Badaracco sugere fazer isso instalando uma atmosfera de livre comunicação, orientada para a compreensão do que está acontecendo. Ele sugere instaurar um clima onde a expressão emocional seja positivamente acolhida e seja sustentada uma transferência positiva em relação aos terapeutas. Esta aliança terapêutica pode ser generalizada entre os participantes e cria a possibilidade de intercomunicar em torno de uma tarefa comum. Isso possibilita um uso positivo da pressão do grupo ("Não podemos desistir").

Ele compreende a dificuldade da aliança terapêutica em conexão com o problema dos recursos do Ego. O déficit dos recursos do Ego dificulta tolerar o aumento de grandes cargas emocionais. O terapeuta precisa fornecer uma assistência específica ao Ego que é confrontado com a obrigação de estar consciente de conteúdos difíceis de pensar. Este apoio consiste em compreender e explicar as funções positivas do que está em jogo na relação. Colocar o acento positivo não é um ato de bondade, mas uma assistência necessária ao Ego de cada participante.

Desta forma, uma transferência positiva e uma aliança terapêutica são indispensáveis para criar o clima emocional adequado, capaz de conter e criar novas experiências emocionais no grupo. E é por meio desta experiência emocional no momento presente que o pensamento se torna possível, como Asen e Scholz afirmam: "É como uma estufa, as coisas acontecem aqui".

Os pais indicam que sentem uma grande abertura para falar livremente, mas que a tarefa comum do grupo nem sempre é muito clara. Em primeiro lugar, porque os participantes têm expectativas muito diferentes. Em segundo lugar, porque os terapeutas não formulam um objetivo claro para as sessões. Em terceiro lugar, a composição do grupo muda sempre devido ao caráter aberto do grupo, conseqüentemente, cada sessão começa com a apresentação dos novos participantes. Isso é experienciado como útil, mas atrasa a possibilidade de trabalhar em profundidade certos temas.

Como terapeutas, concordamos com estas observações. Compreendemos a nossa cautela em formular uma tarefa comum clara a partir da perspectiva aberta e de pesquisa sobre os conteúdos e métodos que queríamos manter. Mas também sentimos a necessidade de impor mais limites à tarefa terapêutica do grupo, resultando em novas ideias sobre como conduzir o grupo, como será apresentado mais tarde.

Um lugar seguro para atuar na relação de interdependência entre filho e pai.

Nossa família nuclear é o contexto social no qual nascemos e crescemos psicologicamente, e consiste nas interdependências em que somos mantidos ao longo de toda a vida. Essas interdependências muitas vezes permanecem latentes, mas no GMF as coisas se mostram como são, no local, diretas, e ao vivo.

Conflitos subjacentes, interdependências e destrutividade fantasiosa são replicados no presente e na presença de um público múltiplo e diversificado de outros participantes. Uma vez que uma família se atreve a mostrar os seus problemas pessoais, com violência frequentemente suprimida e escondida por muito tempo, essa é uma experiência emocional pela qual todos os participantes passam através da identificação.

Badaracco descreve como esta experiência muitas vezes é muito dolorosa, e o medo da rotura tende a manter a rigidez das defesas conhecidas. Mas se o GMF é um lugar suficientemente seguro e protegido, com limites claros e firmes, ele tem a capacidade de conter a violência que é tão complicada e difícil de aceder. Esta experiência 'abre' o caminho para a interdependência patogénica que dava uma falsa sensação de segurança. O processo de desidentificação, experimentado como uma despersonalização profunda, então não é destrutivo, mas, pelo contrário, pode reforçar novos recursos autênticos do Ego, a experiência de um Self real, que pode desenvolver-se para a inteligência emocional.)

No MFG, muitos recursos terapêuticos estão disponíveis pela multiplicidade do campo identificatório. Ao trabalhar os aspetos imaturos da interdependência entre um paciente e seus familiares numa família, os outros participantes beneficiam de forma indireta. Ao testemunhar e observar outra família, alguém pode entender a sua própria situação de forma diferente e percebê-la como reversível e aberta. Ele não utilizará de maneira construtiva apenas os recursos do Ego do terapeuta, mas também os de todos os outros membros.

Asen e Scholz discriminam os seguintes fatores:

- O apoio e feedback mútuo compartilhados dos outros participantes ("Incrível como você faz isso! E como acham que nos estamos saindo?")
- Estimulando novas perspectivas. ("Vejo claramente essas coisas neles para as quais, quando se trata de nós, sou cego.")
- Aprendendo uns com os outros. ("Gosto da maneira como outros lidam com isso.")
- Sendo espelhado nos outros. ("Fazemos isso exatamente como vocês.")
- Experimentando com famílias adotivas e trocas. ("Podemos lidar com outras crianças e gosto de como outros pais lidam com meu filho.")

Os pais entrevistados não tinham experiência com seu próprio filho ou filha participando do grupo. Todos pensam que se seu filho participasse como família, isso resultaria em sessões difíceis, tensão, talvez discussões abertas. Dessa forma, eles preferem ter um grupo de pais, em vez de um grupo familiar. No entanto, todos acharam muito enriquecedor quando outro jovem adulto está presente, para ouvir suas experiências e como lidam com a psicose. Isso indica a necessidade manifesta da família de ter informações sobre psicose, em vez de ver o grupo como um lugar para trabalhar questões relacionais.

Como terapeutas, um dos nossos principais objetivos ao criar o GMF era criar um grupo familiar, onde pais e jovens adultos pudessem interagir. Apresentamos uma breve experiência nesse sentido: Uma filha falava sobre a culpa sentida após uma recaída. Estava zangada consigo mesma em relação à falta de autocuidado antes do segundo episódio. Um pai, que não era o dela, reagiu de forma muito emocional a este testemunho. Na sua opinião, era inadequado falar sobre culpa no contexto da psicose. O pai enfatizou os aspectos biológicos da psicose, a vulnerabilidade à psicose que é diferente em cada indivíduo. Esta reação causou uma forte reação na filha, que afirmou que se ela não pode sentir culpa, isso significaria que ela não pode ter influência sobre sua situação. A garota estava tentando sair dessa posição de impotência e recuperar influência sobre sua situação. Esse tipo de discussão só foi possível na presença de duas gerações. Discutiremos as dificuldades sobre esse tema mais adiante.

Para ativar o potencial de criatividade e mudança nas relações interdependentes

Badaracco visa criar as condições e o clima necessários para tornar possível que cada participante pense no que não pode pensar por si mesmo. Como continente, o MFG oferece um contexto para tornar possível a criação de uma atmosfera psicológica que facilite a capacidade de pensar, a resolução de conflitos e a aprendizagem recíproca.

Como Asen e Scholz colocam, o GMF oferece um recurso terapêutico para praticar novos comportamentos num contexto seguro ("Podemos experimentar aqui, mesmo que algumas vezes as coisas não corram bem.") e para descobrir e desenvolver competências ("Posso fazer mais do que pensava. Não estou completamente indefeso"). Isso favorece o desenvolvimento e crescimento psicoemocional.

Os pais entrevistados indicam que o GMF mudou a sua relação com o filho. Não pelas experiências no grupo em si, em direto, porque, como já foi referido, o filho nunca participou. Mas porque em casa, compreenderam e ouviram de forma diferente o comportamento do seu filho. Por exemplo: Uma mãe diz que entende a crise psicótica como uma segunda oportunidade na relação com o seu filho. Isto foi um verdadeiro abrir de olhos para muitos outros pais, que - muitas vezes por culpa e

medo - pensavam que tinham feito algo de errado e que não eram capazes de ajudar o seu filho. Na sessão seguinte, uma mãe testemunha como reagiu com mais calma e compreensão a um comentário difícil do seu filho.

Como terapeutas, ainda estamos bastante incertos sobre o alcance deste objetivo. Partindo da ideia de trabalhar as relações em direto, fomos bastante críticos quanto aos possíveis efeitos de um grupo de pais. Mas entretanto entendemos que o efeito de contenção do grupo pode ajudar os pais a ampliar suas perspectivas sobre o que está acontecendo e a experimentar força egóica suficiente para pensar e reagir de forma diferente nos relacionamentos com seu filho.

Para contrariar reações antiterapêuticas.

Badaracco indica que o potencial do grupo depende da forma como as pessoas que o compõem funcionam, sua capacidade produtiva e criativa. Alguns estimulam a criatividade dos outros, outros suprimem a abertura por intervenções compulsivas, impondo seu modo de pensar. Sua atitude pode diminuir outros pensamentos e exercer uma influência inconsciente que mina o potencial saudável.

A razão subjacente é que o paciente e seus familiares são especialistas na não-mudança. Temas dolorosos muitas vezes permanecem clivados, ocultos ou mascarados inconscientemente, pelos poderosos mecanismos de defesa mantidos pelo falso self.

Acreditamos na necessidade de respeitar essas resistências, sem coincidir com elas. Lentamente, sentimos a abertura prudente e a possibilidade de ser mais reflexivo a nível pessoal com os pais. Por exemplo, uma mãe que se pergunta se sua forma de educação foi talvez muito severa. Por outro lado, somos tocados por um pai que é muito crítico durante todas as sessões: ele critica o cuidado recebido, ele se apega a um quadro biológico muito estrito, ele desvaloriza nossas tentativas de abrir um espaço para pensar - é o mesmo pai que anteriormente disse à filha para não sentir culpa. No entanto, ele vem quase todas as sessões. Muitas vezes nos perguntamos por que ele ainda vem, enquanto nos sentimos tão insignificantes para ele. Na entrevista, ele diz como cada sessão é muito stressante para ele, como o medo de uma recaída está muito presente, e como a informação e o conhecimento são importantes para lidar com estas incertezas.

Consideramos importante esperar pacientemente e estar alerta quando uma intervenção de abertura pode ser feita. Estamos encobertos pela experiência de Badaracco, que descreve o caminho muitas vezes longo para revelar e descobrir a verdadeira natureza das interdependências patogénicas. O GMF cria um contexto no qual durante muito tempo outros participantes podem dar uma série de microexperiências que são emocionalmente corretivas.

Características do nosso Grupo Multifamiliar (GMF)

Nesta última parte, apresentaremos as características do nosso grupo multifamiliar, o processo de tomada de decisão e a lógica das escolhas feitas.

Aspectos Formais

No que diz respeito aos aspetos formais do nosso grupo: o grupo acontece com sessões uma vez a cada três semanas, com uma pausa durante as férias de verão. O grupo ocorre no consultório ambulatório no centro da cidade. Quando os participantes chegam, são recebidos com café e chá, e reservamos um tempo para nos sentarmos em uma formação clássica: todos em círculo, onde

terapeutas se misturam com os participantes. O grupo é conduzido por dois terapeutas. Outros membros da equipe são convidados e bem-vindos, mas participam de forma irregular. Abrimos a sessão convidando os novos participantes a se apresentarem. Muitas vezes isso resulta em contar a história da psicose e na formulação de incertezas e dúvidas com as quais os pais se confrontam, oferecendo assim a base para a troca de sentimentos, experiências e dúvidas semelhantes com outros participantes.

Grupo Familiar ou de Pais

Nosso objetivo é um grupo familiar, onde estejam presentes pelo menos duas gerações. Isso decorre do principal objetivo de criar um lugar seguro para trabalhar na relação entre pais e filhos in vivo. Mas notamos que esse objetivo não é tão evidente, porque, por um lado, os pais têm uma grande necessidade de falar livremente sobre psicose sem a presença de seus filhos, e, por outro lado, os jovens adultos não sentem a necessidade de participar do grupo familiar. Embora repitamos o convite para trazerem seus próprios filhos, a maioria dos encontros ocorre entre os pais. Isso resulta em uma mudança em nossa tarefa terapêutica. Quando um filho ou filha está presente, dedicamos muita atenção a eles. Muitas vezes, outros pais estão muito interessados em sua história e em como ele lida com sua psicose e recuperação. Isso faz com que o adolescente muitas vezes se sinta muito apoiado pelos outros pais. Como terapeutas, tentamos entender a experiência psicótica em relação às tarefas de desenvolvimento e à posição na família. Excepcionalmente, o jovem adulto traz questões relacionais com os próprios pais, o que resulta em interações vívidas que apoiamos. Quando o grupo consiste apenas de pais, experimentamos uma função diferente como terapeutas. Em vez de trabalhar com a relação entre pai e filho, trabalhamos com a capacidade parental de entender seu filho. Os pais têm uma grande necessidade de contar a história de seu filho em crise, aprender mais sobre psicose, ter um lugar para falar sobre sua experiência como pai, aprender como podem reagir à crise e recuperação, ajudar outros pais.

Posição Diretiva versus Não Diretiva do Terapeuta

A partir dos objetivos terapêuticos acima, entendemos que, como terapeutas, nossa função consiste em criar e garantir o espaço de fala. Para isso, adotamos a posição de um 'terceiro', um moderador, sem nos identificarmos com a posição de conhecedor/especialista. Como tal, optamos por não introduzir certos temas ou métodos. Tentamos conectar as famílias, convidando-os a falar, fazendo perguntas, relacionando certos temas ou destacando diferenças nas experiências. Ao fazer isso, tentamos estimular todos os participantes a pensar, buscar e questionar, e ajudar os outros a pensar. Nossa esperança é que a participação de todos resulte na descoberta de um potencial pessoal que ainda não foi realizado, que os recursos do Ego de alguns enriqueçam o Ego de outros, resultando em crescimento psicológico. Esta posição foi colocada sob pressão várias vezes pela demanda compulsiva dos pais por mais informações, considerando-nos como especialistas. Ao não assumir essa posição, os pais nos experimentaram como frustrantes ('vocês têm o conhecimento, mas não querem partilhá-lo conosco'). Ao ouvir mais de perto as necessidades dos pais, tornamos-nos mais conscientes sobre a situação particular dos pais com um adolescente psicótico em casa. Eles são pais e cuidadores ao mesmo tempo. Entendemos que era necessário fornecer mais ferramentas psicológicas, não sendo o 'especialista conhecedor', mas contendo as dúvidas, perguntas e incertezas sobre seu papel de pais. Tentamos fortalecer suas intuições e pensamentos livres sobre seu filho e sobre si mesmos. Tentamos ajudar os pais a dar sentido à crise na história pessoal de seu filho e no desenvolvimento da família. Desta forma, entendemos nosso papel como

'mantendo a função de sustentação'. Para atender melhor a essas necessidades, também decidimos convidar especialistas externos para nossas reuniões. Assim, convidamos uma pessoa com experiência vivida para apresentar seu filme e para organizar uma sessão psicoeducativa pelo Dr. Van Bouwel sobre o "primeiro episódio". Ao fazer isso, poderíamos permanecer na posição de moderadores e acompanhar os participantes na confrontação com novas perspectivas e teorias sobre psicose.

Grupo Aberto versus Fechado

De muitas maneiras, a opção por um grupo fechado é atraente. Provavelmente é mais fácil estabelecer uma atmosfera terapêutica onde os participantes se sintam seguros o suficiente para deixar de lado alguns de seus mecanismos de defesa. Em um grupo fechado, os participantes têm mais probabilidade de estar na mesma fase do processo. Apesar desses benefícios, há também preocupações que nos levaram à opção por um grupo aberto. Um grupo aberto também permanece um convite aberto, sem obrigações, desta forma queríamos ser o mais acessíveis possível. Isso resultou na escolha por um grupo aberto onde jovens adultos, pais, irmãos e irmãs, parceiros ou outros parentes importantes são bem-vindos. Não há número fixo ou acordo finito de participação, há a ideia de possibilidade infinita de participação.

Grupo Homogêneo versus Heterogêneo

Nosso foco está nos pacientes de 'primeiro episódio' (cf. modelo de estágio de McGorry), independentemente da hospitalização do adolescente. Isso proporciona um grupo homogêneo em relação à natureza traumática e incompreensível do que está acontecendo. Na maioria das vezes, havia um bom ou alto nível de funcionamento do filho ou filha e da família antes da psicose, e a psicose ocorre de forma muito inesperada. Mas isso resulta em uma heterogeneidade em relação a: os gatilhos: drogas, viagens, início da universidade, término de relacionamentos o momento na psicose: em crise, em recuperação precoce, retomando tarefas da vida o contexto de recuperação: em casa, no hospital, em cuidados forçados o tipo de psicose: sintomas ativos (alucinações ou ilusões), melancolia, bipolaridade como mencionado anteriormente, os pais experimentam essa diversidade de situações com uma certa ambiguidade. Todos eles querem ouvir o maior número possível de histórias; procurar semelhanças com sua própria situação. Mas essas diferenças também são assustadoras, frustrantes e confusas em sua busca pelo conhecimento sobre a psicose.

Conclusão

Esperamos ter dado uma ideia sobre o que um GMF pode ser. Formulamos muitas ideias, compartilhamos algumas experiências e deixamos muitas perguntas em aberto.

D. ITÁLIA

D.1 O impacto da Psicanálise Multifamiliar em Itália

Andrea Narracci

Começámos a utilizar o Grupo Multifamiliar (GMF) no outono de 1997, na Comunidade Terapêutica Tarsia, da ASL Roma A, dois meses após a sua abertura. Cinco meses antes, tínhamos conhecido Jorge Garcia Badaracco na apresentação do livro: "A Comunidade Terapêutica (CT) de uma estrutura multifamiliar", apresentado pela Dra. Anna Nicolò.

No início, acreditávamos que era uma forma de criar um clima de colaboração com as famílias dos pacientes que estavam a ser tratados na Comunidade Terapêutica.

Dentro de dois meses, eu e os meus colaboradores percebemos que o Grupo Multifamiliar servia como um "contentor" de todos os eventos, tanto aqueles que tínhamos compreendido como aqueles que permaneciam pouco claros, que ocorriam na CT.

O GMF, por um lado, ajudou-nos a compreender os problemas existentes nas relações entre os pacientes e as suas famílias que, inevitavelmente, os pacientes traziam novamente para a relação com os técnicos da CT; por outro lado, destacou as dificuldades e os mal-entendidos que ocorriam entre os técnicos, os quais, finalmente, conseguimos falar e, talvez, resolver.

Ficou imediatamente claro que o GMF teve um impacto fundamental em ambas perspetivas: por um lado, compreender como as coisas estavam a correr em cada família e como tentar fazê-las correr menos mal; por outro lado, lidar com as relações entre os técnicos que trabalham numa CT é igualmente importante para obter a melhoria dos pacientes e das suas famílias.

A consciência da importância de gerir a evolução destes dois aspetos permitiu-nos começar a comparar-nos com Jorge Garcia Badaracco, três anos depois.

A nossa sorte consistiu em ter encontrado um "companheiro de viagem extraordinário" que, no exato momento em que o conhecemos, em março de 2000, acabara de publicar o seu terceiro livro: "Psicanálise Multifamiliar", no qual nos explicou que este tipo de grupos poderia ser conduzido em qualquer tipo de serviço de saúde mental, não apenas na CT, onde os pacientes permanecem para períodos de tratamento de aproximadamente dois anos, mas também nos centros de saúde mental (CSM) e nos centros de dia locais (CD) e em serviços hospitalares, onde são realizadas hospitalizações para pacientes agudos. Neste sentido, propôs chamar a estes grupos, a partir de então, de 2000: Grupos de Psicanálise Multifamiliar (GPMF).

Desde então, tentámos, por um lado, trazer o mesmo tipo de tratamento, assim como na CT, para os dois CSM e CD da ASL Roma A e, por outro, começar a dar a conhecer essa forma de trabalhar aos técnicos de outros Serviços, tanto na nossa cidade como no resto do território nacional, principalmente aos técnicos de outras CTs privadas e públicas.

Seguindo estas duas diretrizes, os grupos de Psicanálise Multifamiliar começaram a espalhar-se, primeiro em Roma e posteriormente em várias cidades italianas, grandes como Nápoles, Cagliari, Turim, Milão, Catânia, Florença, Perúgia, Trieste e pequenas como Caltagirone, Morlupo, Sarno, Varazze etc. etc.

Em alguns lugares ocorreram experiências significativas não apenas decorrentes do trabalho de Jorge Garcia Badaracco, mas também de Enrique Pichon Riviere e Armando Bauleo. Por exemplo,

na Região das Marcas, primeiro em Macerata e posteriormente em Ancona, foram organizados grupos multifamiliares pelos Serviços Públicos sob a influência dos três autores.

O hábito de implementar o grupo de psicanálise multifamiliar (GPMF) pode mudar o clima dentro de cada Serviço, por um lado, porque a relação com os pacientes psiquiátricos graves e suas famílias é menos conflituosa e mais colaborativa, por outro, porque é possível construir uma relação de maior colaboração entre todos os tipos de técnicos que trabalham em Psiquiatria, independentemente das escolas de formação que os psiquiatras e psicólogos frequentaram e da formação profissional específica de cada um, desde que todos estejam preocupados com os outros.

Se for possível introduzir, com base numa proposta, o MFPG dentro de cada Serviço que compõe um DSM (Departamento de Saúde Mental), será possível realizar uma intervenção consistindo na soma das intervenções implementadas pelos Serviços individuais, dependendo da sua especificidade: uma intervenção departamental real. Do ponto de vista mais significativo, as experiências estão a ocorrer em Cagliari, no DSM, em muitos centros na Ligúria onde se encontram os CTs pertencentes ao Grupo Redancia, que estão presentes na Ligúria, Piemonte e Lombardia e na Sicília, onde estão presentes tanto nos CTs como na rede de Serviços Públicos.

Em Roma, existem experiências envolvendo UOCs (Unidades Operacionais Complexas) inteiras, correspondentes aos 13º e 3º Municípios, na ASL Roma 1, enquanto experiências inovadoras estão em curso tanto na ASL Roma 2, onde os técnicos vêm do TSMREE (Proteção e Reabilitação da Saúde Mental da Idade de Desenvolvimento) e do DSM para conduzir em conjunto um MFPG, como na ASL Roma 1 onde um MFPG é conduzido para pacientes e famílias pertencentes à Área que cuida de crianças dos 14 aos 25 anos, vindos tanto do campo dos Transtornos Psiquiátricos como das Dependências.

Em 2012, foi fundado em Roma o LIPsiM (Laboratório Italiano de Psicoanálise Multifamiliar), uma associação cultural destinada ao desenvolvimento e difusão das ideias de Jorge Garcia Badaracco, no âmbito da qual foi organizado um Mestrado de Dois Anos em Psicanálise Multifamiliar. O objetivo desta associação é dar a conhecer e transmitir esta forma de trabalhar que nos foi dada pelo seu Autor, generoso como poucos em disponibilizar o conhecimento e a experiência de trabalho a todos os que se aproximaram dele. Não esqueçamos que Jorge Garcia Badaracco tem sido há muito tempo uma pessoa de contacto para a IPA (Associação Psicanalítica Internacional) sobre o problema da "psicose".

Ele realizou uma verdadeira sessão de formação connosco que nos envolveu por mais de dez anos, o que mudou radicalmente a nossa forma de abordar e lidar com doenças mentais graves. Assim, sentimo-nos obrigados a estender o privilégio que nos tinha caído às mãos a todos os possíveis interessados. O Mestrado de Alta Especialização, primeiro para os "condutores", e o Curso de Formação, para os "facilitadores", representam os nossos esforços nesse sentido.

D.II - Os principais conceitos da Psicanálise Multifamiliar

Andrea Narracci, Alessandro Antonucci

O alcance das inovações introduzidas por Jorge Garcia Badaracco é, na nossa opinião, muito relevante. Decidimos limitar a seis, os argumentos essenciais a serem considerados para tentar delinear um quadro global dos elementos teóricos de referência da Psicanálise Multifamiliar (PM). Trabalhando, perceberemos a impossibilidade de os separar claramente uns dos outros; pelo contrário, parece bastante claro que formam um discurso único.

Pontos 1 e 2: pais e filhos

Acreditamos que o primeiro conceito do qual se deve partir é o que foi explicitado, incluindo e o título, no artigo publicado no *International Journal of Psychoanalysis* v. 67, n. 2, 1986, do título "Identification and its vicissitudes in the psychoses. The importance of the concept of the "maddening object". A doença mental mais grave, a esquizofrenia, naquele tempo como hoje, representava 70% das doenças psiquiátricas graves, incluindo perturbações do humor, perturbações graves da personalidade e dependências. Neste artigo, o autor expressa a convicção de que estas doenças são determinadas não por algo que começa a funcionar mal dentro de uma pessoa desde o nascimento ou pouco depois, por toda uma série de razões orgânicas que ao longo da história da psiquiatria foram propostas, mas pelo tipo particular de relação que se estabelece entre duas pessoas. Ele também afirma que o objeto, ou seja, um pai/mãe "enlouquece o outro", ou seja, desempenha uma função transitiva, contrariamente ao que, até então, tinha sido o seu estatuto. Pensamos que se trata da abertura de uma nova epistemologia que delinea, com clareza, que é necessário considerar factos que parecem confirmar estas hipóteses:

1. O sofrimento de um filho surge na relação problemática entre um dos pais e um filho; que o outro pai secunda ou não faz o suficiente para que não ocorra;
2. A relação pai/mãe-filho deve contribuir para o desenvolvimento do filho e do progenitor, marcada pela necessidade de vir a determinar progressivamente um processo de separação, com a consequente individuação do filho ao pai/mãe. Caso contrário, não se será possível percorrer o caminho previsto ficando ambos bloqueados, como se não fosse possível separarem-se um do outro;
3. O pai/mãe não consegue deixar que o filho se separe, porque mantém com ele uma relação simbiótica, ainda que de forma não consciente, tratando-o como parte de si mesmo, enquanto o filho se adapta a viver nessa situação; a ser "um" com o pai/mãe em questão, como se acreditasse que esta fosse a única forma de poder viver;
4. O pai/mãe, como foi clinicamente observado nos grupos de psicanálise multifamiliar (GPMF), viveu uma perda ou trauma, que não tem possibilidade de recordar através das formas habituais de ativação da memória; quanto ao filho, é bastante difícil, para não dizer impossível, pensar que pode viver de forma diferente daquela que o pai/mãe propõe, e a quem se sente mais unido, adaptando-se portanto, a viver de acordo com as expectativas deste; renunciando, sem se dar conta, à procura de outras fontes constitutivas da sua própria personalidade. Este processo ocorre como é habitual nas crianças pequenas, que vão recolhendo um pouco daqui e dali e, progressivamente, são autores da sua personalidade;
5. A simbiose entre o pai/mãe e filho começa a quebrar quando o filho, na adolescência, tem experiências que lhe permitam sentir que existem aspetos da sua personalidade, que não sabia que tinha, mas que, pelo contrário, lhe parecem mais seus do que os que tinha experimentado até então, relacionados com a relação com o pai/mãe com quem partilha o estado simbiótico;
6. Nesse momento, pode ocorrer que sinta que não tem as competências para viver-competir com os seus pares, começando a fechar-se inexoravelmente em si mesmo; ou que ocorra uma rutura de personalidade, no sentido em que experimentando a incompatibilidade entre as duas partes da personalidade com que entrou em contacto - a anterior moldada pelas expectativas do pai/mãe, e a mais recente, relacionada com aspetos mais correspondentes ao seu Eu, mas completamente incompatível com a anterior, levando a que em algum momento dissocie e tenha uma crise psicótica aguda;

7. Nesse ponto, o pai/mãe simbiótico, juntamente com o outro pai/mãe, deseja que o filho volte a ser quem era, enquanto o filho não pode desistir do que descobriu; além disso, é diagnosticado como doente com uma doença incurável à qual ele deve resignar-se e permanecer submetido durante toda a sua vida, além de tomar medicamentos que podem fazer com que ele se sinta menos doente, por um lado, mas também que geralmente tornam mais difícil a recuperação. Em suma, o seu sofrimento é lido como uma doença que o afeta e ao seu substrato orgânico, enquanto os aspetos relacionados com a evolução das relações mais significativas para ele não parecem ser levados em conta;
8. O que, pelo contrário, pode acontecer, se os pais/mães e filhos em conjunto com os outros pais/mães e filhos, começarem a participar num GPM, dão-se conta que os problemas não dependem apenas dos pacientes, mas também dos pais a quem estão ligados; e que nessa dupla o vínculo simbiótico se tornou, com o tempo, uma interdependência patológica e patogénica que pode ser compreendida; que não é imutável, ao contrário do que a psiquiatria, por não se ocupar dela, considera implicitamente não discutível.

Ponto 3: a "Virtualidade Saudável"

Como mencionado no ponto 1., se o pai e o filho ligados por um vínculo de interdependência patológica e patogénica começam a frequentar o GPMF, podem ter a possibilidade de reconhecer a existência do tipo de vínculo no qual estão implicados e dar-se conta que é necessário que esse vínculo se atenuar, se desejam começar a viver as suas próprias vidas, menos ligadas, ou até mesmo desvinculadas um do outro.

Podem participar no GPMF vários elementos da família, apenas um, ou até o paciente sozinho; já que cada membro da família traz consigo a sua própria "família interna". Independentemente da participação ou não de outros membros da família, os vínculos familiares podem ser evocados pela presença dos outros membros do Grupo, mesmo na sua ausência.

Uma vez que se reconhece a dificuldade de retomar o próprio caminho do crescimento, relacionada com a presença incómoda do vínculo simbiótico original, que se transformou numa "interdependência patológica e patogénica" entre ambos, começam a dar-se conta que só atenuando a existência deste vínculo conseguirão começar a viver as suas próprias vidas.

Se, através da participação no GPMF, isso se tornar possível, cada um terá a oportunidade de começar a conhecer a sua virtualidade saudável, ou seja, dar-se conta que existem amplas partes do Eu, que por parte do filho nunca foram expressas; ou que não se expressaram mais, no que diz respeito ao pai/mãe. Pelo contrário, uma vez que o vínculo de interdependência patológica e patogénica se desvanece, é possível para cada um começar a explorar as partes de si que eram desconhecidas, ou que estavam esquecidas.

O conceito de Virtualidade Saudável corresponde a um estado do Eu que nenhum dos dois teve a oportunidade de experimentar na situação anterior. É como se se tratasse de algo cuja existência não pode ser reconhecida enquanto as pessoas se encontrarem na situação anterior, e que só pode começar a ser evidenciada na medida em que o vínculo patológico se atenuar e tenda a ser redimensionado.

Depois de se experimentar esse vínculo, parece muito difícil prescindir dele; a não ser que ambos sejam capazes de mostrar ao outro que cada pode fazê-lo por sua própria conta.

O vínculo simbiótico não admite réplicas: as pessoas permanecem indissolúvelmente ligadas e tenderão a continuar a preocupar-se mais uma com a outra, do que consigo próprias. Devem sempre ter em mente que têm limites entre si, pouco pronunciados e que antes de se darem conta, cada um pode vir a preocupar-se com o outro, em vez de se preocupar consigo mesmo.

Em relação a este estado, o explorar a sua Virtualidade Saudável pode ser muito difícil. Pode-se renunciar a fazê-lo na primeira dificuldade que se encontra, e voltar a colocar a preocupação com o outro antes da preocupação consigo mesmo.

Portanto, é necessário permanecer muito vigilante e não esquecer deste terrível mecanismo.

Contudo, isso não impede que a descoberta da própria virtualidade saudável possa ser extraordinária e comovente. Trata-se da capacidade de reconhecer a si mesmo o direito a fazê-lo, de poder cuidar de si próprio antes de qualquer outra pessoa.

Pode parecer uma operação fácil, mas para quem está habituado a escutar os problemas do outro não separados das próprias, constituindo uma unidade indiferenciável entre eles, pode ser muito difícil.

Das histórias dos pacientes e dos pais e dos vínculos que viveram, emerge claramente que qualquer dificuldade vivida outro não era considerada do outro, mas tratada como se fosse do próprio. Este é o ponto de partida.

A Virtualidade Saudável pode parecer fascinante, mas também muito difícil; pode ser muito mais fácil voltar a ficar confuso e não sentir o peso da responsabilidade da sua vida, que pode exercer um encanto diabólico na vida das pessoas, mas também muito medo.

Finalmente, devemos ter em conta que por um longo período, o tempo parece não ter passado, e que as pessoas estão imersas na mesma atmosfera que partilharam durante muito tempo, no verdadeiro sentido da palavra. Uma das características mais marcantes da relação simbiótica é que ela permanece inalterada, interrompendo a possibilidade de transformação do vínculo, prescindindo da evolução no tempo.

Acreditamos que o tempo, na psicose, não passa mais, precisamente porque o filho doente e o pai/mãe vivem um vínculo que deve permanecer inalterado. Se o tempo não passa, o momento da separação não pode ocorrer. Portanto, permanecer imóvel é um pouco como estar protegido do perigo de que as coisas possam mudar. Se permanecerem iguais, não mudarão. Viver a experiência da mudança depois de ter experimentado tal situação durante um longo período é extremamente difícil. É por isso que Jorge Garcia Badaracco considerava os psicóticos especialistas na não mudança.

Ponto 4: as regras de funcionamento, os mecanismos em funcionamento, o Ateneu/reunião pós-grupo e as relações com as formas habituais de psicoterapia

Para que o desenvolvimento do GPMF são necessárias três regras de comportamento que são solicitadas a todos os participantes do grupo:

1. -A palavra ser atribuída a uma pessoa de cada vez enquanto os outros devem escutar atentamente o que é dito; só se podendo intervir depois de a pessoa ter terminado a sua intervenção; cada um dever estar ciente de que pode falar por um tempo limitado, de forma a permitir que todos os que desejarem, possam intervir.

2. Ser solicitado a todos que "não pretendam ter razão", ou seja, que devam aprender a tolerar que outra pessoa possa expressar uma ideia profundamente diferente da sua, seja quem for, e que essa ocorrência deva ser vista não como prejudicial, mas como uma possível novidade, que não deve ser rejeitada e/ou refutada.
3. - As intervenções, dentro do possível, deverão ser pedidas, como numa assembleia, para que haja uma ordem respeitosa da presença do outro, com a esperança de que se inicie um modo de funcionamento do grupo, que Jorge Garcia Badaracco definia como "mente ampliada", em relação à qual as intervenções individuais adquirem, inconscientemente por parte de quem as profere, a capacidade de se somarem umas às outras, em vez de se oporem, dando assim origem a um único pensamento abrangente do grupo naquele dia específico.

Durante o GPMF existem três modos de funcionamento do próprio Grupo, que denominamos "mecanismos", característicos deste tipo de Grupo, constituído por muitas famílias e indivíduos que, vêm ao grupo com a sua "família interna". São constituídos:

1. Pelo "espelhamento metafórico", ou seja, a possibilidade que cada um dos presentes tem de observar de fora o que acontece noutra núcleo familiar patológico, diferente do próprio, mas não tão distante na forma de funcionar. Esta eventualidade só pode ser objeto de observação neste tipo de Grupo.
2. A recuperação da capacidade de "representar", capacidade que não se perde, mas que temporariamente não é utilizada nas famílias com transações psicóticas. Por um lado isto deve-se ao facto de se crer que somos os únicos a viver essa experiência dramática da qual fundamentalmente nos envergonhamos; e por outro lado, porque se está demasiado ocupado a responder ao "concreto", ou seja, num único plano; e ainda por outro lado, finalmente, porque poder fazê-lo poderia significar conseguir "metacomunicar" sobre a situação em que se vive, que é a única maneira de a mudar, o que normalmente não acontece.
3. A chamada "transferência múltipla", ou seja, o facto de no MFPG se poder estabelecer uma multiplicidade de transferências, fenómeno descoberto por Freud com a psicanálise, surgindo espontaneamente; por exemplo, entre um filho e os pais de outro núcleo familiar e vice-versa, ou entre um pai/mãe e outro pai/mãe, pertencentes a dois núcleos familiares diferentes, etc. Este fenómeno torna possível a constituição e o funcionamento deste Grupo, e em particular a criação de uma atmosfera, em que estejam presentes, mas de forma significativamente atenuada, os fenómenos de ansiedade psicótica ligados ao estabelecimento da transferência psicótica, que ocorrem tipicamente na psicoterapia psicanalítica individual de pacientes graves, nas terapias familiares individuais, etc.

O GPMF deve ser pensado como um dispositivo útil para tornar acessível a utilização do pensamento em situações que à primeira vista parecem dificuldades insuperáveis, e se acaba por falar mais através de atos do que de palavras.

Neste sentido, é um dispositivo que pode tornar a utilização de intervenções de orientação analítica individuais e de grupo para pacientes graves, menos complicadas do que habitualmente.

O recurso às diversas formas habituais de psicoterapia constitui um dos objetivos a que o Grupo se propõe, precisamente com o objetivo de construir modalidades de intervenção - o Grupo de Psicanálise Multifamiliar - por um lado, e uma ou mais formas de psicoterapia tradicional, por outro lado, que se reforcem mutuamente na difícil tarefa de combater a patologia mental grave.

Em conjunto com o grupo, ou melhor, como parte integrante dele, deve ser pensada, finalmente, a reunião reservada aos técnicos, que é realizada regularmente no final de cada grupo, com duração de meia hora a uma hora ou mais, chamada "Ateneu/reunião pós-grupo". Trata-se de um Grupo em se tem a possibilidade, por um lado, de retomar os passos clínicos que pareceram mais significativos no grupo que acabou de terminar; por outro lado, permitir que os técnicos sob a influência do grupo, tal como os outros, reflitam sobre se a participação no grupo produziu a possibilidade de recuperar, também em cada um, aspetos relativos a si próprios, clivados e mantidos dissociados e, portanto, habitualmente, não recuperáveis.

Isso pode ser configurado como um programa de formação contínua ao qual os técnicos se submetem.

Ponto 5. A "Mente Ampliada"

Quanto ao funcionamento do GPMF, descrevemos o terceiro mecanismo, que se estabelece se tivermos a paciência e a constância de pedir aos presentes que intervenham reservando a sua intervenção.

Se procedermos desta forma, teremos um efeito particular: vamos dando conta que as intervenções sucessivas tendem a integrar-se reciprocamente até formar uma única grande intervenção; constituída pelo conjunto das intervenções dos presentes, ainda que as intervenções tenham sido concebidas como individuais e tenham nascido como representativas da vontade de expressão de cada uma das pessoas que intervieram.

Neste sentido, trata-se de uma grande mente a trabalhar, composta pelas mentes de todos os presentes a funcionar em conexão.

Acreditamos que esse tipo de experiência é muito importante para os participantes do MFPG que, em geral, chegam ao grupo com uma conceção do modo como os diferentes pontos de vista de cada um dos participantes podem entrar em relação que é praticamente o oposto daquela vivida no funcionamento da "mente ampliada"; ou seja, com a ideia de que a opinião própria não pode deixar de colidir com a opinião do outro e que se trata basicamente de tentar fazer prevalecer o próprio ponto de vista sobre o do outro.

Descobrir participando no Grupo, que a própria opinião pode ser integrada e não contrapor-se e, em conjunto com os outros, dar origem a uma espécie de pensamento comum que contém os pensamentos de todos os que se expressaram, constitui uma experiência absolutamente antitética às habitualmente vivenciadas no seio das famílias com transação psicótica, nas quais, pelo contrário, cada um tenta fazer prevalecer a sua própria opinião sobre a do outro: já não existem mais mensagens de conteúdo, mas apenas as que definem a relação. Consequentemente, deixa de haver escuta e respeito.

Pelo contrário, neste tipo de Grupo é proposta a ideia de que é possível e útil escutar o outro, que deve ser respeitado e, finalmente, dar-se conta que se nos deixarmos levar, construímos com os outros um pensamento que nos representa a todos, a partir do qual as divisões intransponíveis desapareceram.

Em seguida, acontece outro fenómeno, talvez ainda mais importante. Seguindo a terceira regra que propõe a necessidade de pedir a palavra antes de intervir, o tempo que transcorre entre o pedido de intervenção e o momento em que é dada a palavra, as coisas que os que levantaram a mão tinham em mente dizem, fundem-se com o dito por aqueles que o precederam.

A instauração desta modalidade de regulação da ordem progressiva das intervenções, possibilita que o funcionamento habitual das mentes dos participantes, predominantemente racional, do tipo secundário, absorva também o funcionamento primário das associações livres.

Consideramos que este fenômeno torna possível algo de particular importância nestes grupos: que elementos que estão clivados e dissociados e, portanto, presentes mas não utilizáveis, se tornem acessíveis.

Com este tipo de patologias, esta oportunidade abre a possibilidade de conseguir revelar outros aspetos que de outra forma estariam destinados a permanecer absolutamente inacessíveis. Refiro-me ao que se passou na relação simbiótica entre um pai e um filho, precisamente no período em que a ausência de qualquer tipo de limites entre ambos permitiu a percepção indiscriminada de traumas ou lutos não processados pelo adulto, nem pela criança, e que essa percepção se produziu sem que esta última tivesse a possibilidade de dar-se conta de que pertencia ao outro e não a si própria; ou seja, a criança sente essa dor como se fosse sua. Depois disso, o adulto cliva e, dissociando, torna a memória inalcançável, enquanto a criança permanece investida nela e continua a senti-la confusamente como existente, enquanto o adulto perdeu a possibilidade de a ela se referir. Estamos a falar de mecanismos inconscientes, pelos quais não nenhum tipo de culpa ou responsabilidade. Isto não invalida que estes factos possam acontecer e produzir consequências sobre os filhos, que vêm a adoecer, por exemplo, expressando delírios que têm uma base de verdade, mas que depois tomam caminhos de expressão não compartilháveis.

Por outro lado, nenhum doente grave sabe porque está doente, e nenhum pai pode ajudá-lo, a não ser que comece a participar num GPMF e encontre a força para enfrentar aspetos da sua vida que podem subitamente emergir de um passado confuso. Nesse momento, o pai pode tornar-se o maior aliado do filho e de todos os presentes, procurando algo que para o pai se se tinha dissolvido, mas que pode reaparecer, e que para o filho, continuou sempre a existir, mas de uma forma em que não era possível dar-lhe sentido.

Ponto 6. Repercussão do GPMF nas Instituições

Este é o relato de uma experiência que vivi em 2010, na qualidade de diretor do Departamento de Saúde Mental (DSM) da Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma1 (500.000 habitantes). Considerei oportuno introduzir Grupos de Psicanálise Multifamiliar em dez dos onze serviços presentes no DSM. No 1º Distrito já existiam três grupos (um na Comunidade Terapêutica (CT) e dois no Centro de Saúde Mental (CSM) e no Centro de Dia (CD)), e organizei sete novos grupos nos outros serviços da DSM, no Serviço de Diagnóstico e Tratamento Psiquiátrico (SPDC) do Hospital Sant'Andrea (serviço hospitalar para doentes do 4º Distrito) e na Comunidade Terapêutica para jovens dos 18 aos 25 anos do Serviço para Adolescentes e Jovens Adultos. Apenas foi excluído o Serviço de Psicoterapia de Adolescentes e Jovens Adultos, que preferiu continuar a trabalhar da forma clássica: atender os jovens individualmente e os pais em pares e/ou num grupo só de pais.

No decorrer da experiência aconteceram alguns factos que tentaremos enfatizar:

1. Dentro de cada serviço onde o Grupo de Psicanálise Multifamiliar (GPMF) era regularmente realizado, as relações entre pacientes e familiares e técnicos do Serviço melhoraram; o GPMF tem, de facto, a capacidade de reconstruir ou construir pela primeira vez um grau suficiente de "aliança terapêutica" entre técnicos e famílias, incluindo pacientes;

2. Os técnicos do Serviço puderam sentir, novamente ou pela primeira vez, que podiam cooperar com os técnicos do seu próprio serviço e do serviço "próximo";
3. Finalmente, tornou-se possível imaginar um projeto de intervenção, imaginado desde os "primeiros passos" e independentemente de onde fosse feito o primeiro pedido de intervenção, como algo realizado pelo DSM como um todo através de uma direção que planeava as intervenções entre os vários serviços envolvidos;
4. O clima geral do DSM tinha sido modificado pelo estabelecimento de uma cultura de intervenção partilhada por um grande número de técnicos, utilizada com curiosidade, embora não totalmente partilhada por outra parte dos técnicos, que não se opunham, mas observada com maior perplexidade ou pseudo indiferença, por uma pequena parte;
5. Neste contexto, para melhorar esta situação global, que não era consensual, decidi introduzir uma alteração substancial no funcionamento da DSM: o Comité de Departamento, ou seja, o órgão encarregado de definir as orientações da própria DSM, era habitualmente composto pelos chefes das Unidades Operativas Complexas, ou seja, os chefes e os responsáveis de cada figura profissional, e reunia habitualmente uma vez por ano. Decidi convocá-lo uma vez por mês, num total de cerca de dez comités por ano, cada um sobre um ou mais temas sobre os quais era urgente tomar decisões;
6. Decidi também que os Comités de Departamento mensais podiam ser frequentados e participados por qualquer trabalhador da DSM que se sentisse competente em relação ao tema em discussão nessa ocasião, independentemente da sua qualificação. Em suma, conseguimos que a maior parte dos técnicos que habitualmente não se sentiam ouvidos pudessem fazer ouvir a sua voz e começassem a sentir-se parte dos processos de decisão que procuravam determinar o rumo a dar à DSM de que faziam parte;
7. Esta decisão contribuiu para a instauração de um clima diferente no seio da DSM, em que cada profissional deixou de se poder refugiar na posição de "sentir-se excluído" dos processos de decisão ao ser obrigado a delegar em outros as decisões a tomar, para se ver confrontado com a possibilidade/necessidade de assumir responsabilidades e, se o entendesse, de tomar decisões.

O que queremos dizer é que a introdução proposta e partilhada de um GPMF no seio de cada serviço que compõe um DSM pode ter um impacto significativo nas atividades especificamente profissionais do DSM, através da construção de uma nova cultura de intervenção sobre as patologias mentais graves que o DSM é chamado a tratar em primeiro lugar, mas também ao nível do funcionamento e, portanto, da organização dos órgãos de decisão do próprio DSM.

Pensamos que é muito importante dar a palavra aos pacientes, aos familiares e aos técnicos numa situação, como a do GPMF, em que é possível renegociar a forma como nos relacionamos uns com os outros, com o objetivo de unir as forças destas três componentes fundamentais da Saúde Mental, para melhorar o nível de vida das pessoas com perturbações mentais graves e das suas famílias. Mas acreditamos que é igualmente importante poder fazer com que os técnicos se sintam "sujeitos" dentro do seu próprio serviço, do seu próprio DSM, da sua própria ASL.

Acreditamos que é possível modificar as instituições em benefício daqueles que nelas trabalham, para que aqueles que delas fazem parte não venham a pensar nas instituições como 'dragões invencíveis' nos quais só se pode ser maltratado/massacrado.

As instituições podem ter um carácter ou outro: podem ser concebidas para que poucos exerçam o poder sobre muitos, ou podem ser vividas na primeira pessoa através de mecanismos de funcionamento democrático, capazes de garantir que todos os que delas fazem parte tenham uma

palavra a dizer sobre o que deve ser decidido. Bibliografia García Badaracco J.G. (1986). Identificação e suas vicissitudes nas psicoses. A importância do conceito de "objeto enlouquecedor". The International Journal of Psycho-Analysis, 67: 133-146. 37

BIBLIOGRAFIA

ANPAL (2023). *Rapporto Italiano di Referenziazione delle qualificazioni al Quadro Europeo EQF*, Ministero del Lavoro, Collana Biblioteca Anpal n.25.

ARGYRIS C. & SCHOON D.A. (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*, Reading, Addison Wesley.

ASEN, E. & Scholz, M. (2010). *Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques*, London, Routledge.

BANDURA, A. (1982). "Self-efficacy mechanism in human agency" in *American Psychologist*, 37(2), 122–147.

BANDURA, A. (1986). "The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory" in *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4: 3, 359-373. doi:10.1521/jscp.1986.4.3.359.

BANDURA, A. (2008). "Toward an agentic theory of the self" in H. Marsh, R. G. Craven & D. M. McInerney (Eds) *Advances in Self Research*, Vol. 3: Self-processes, learning, and enabling human potential. Charlotte, NC, Information Age Publishing.

BATSON, D., EARLY, S. & SALVARANI, G. (1997). "Perspective Taking: Imagining How Another Feels Versus Imagining How You Would Feel" in *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(7), 751-758.

BIALIK, M. & FADEL, C. (2015). *Competences for the 21st Century: What Should Students Learn?* Boston, Centre for Curriculum Redesign.

BION, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*, London, Tavistock Publications.

BÖCKLER, A., HERRMANN, L., TRAUTWEIN, F. M., HOLMES, T. & SINGER, T. (2017). "Know Thy Selves: Learning to Understand Oneself Increases the Ability to Understand Others", in *Journal of Cognitive Enhancement*, 1, 197-209.

BOYATZIS, R., GOLEMAN, D. & MCKEE, A. (2002). *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*, Boston, Harvard Business School Press.

BOYATZIS, R.E., GOLEMAN, D. & HAY ACQUISITION (2001/2007). *Emotional and Social Competency Inventory (ESCI)*, Boston, MA, The Hay Group.

BRUNELLO, G. & SCHLOTTER, M. (2011). *Non-Cognitive Competences and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in Education and Training Systems*, IZA DP No. 5743, Bonn, Institute for the Study of Labour.

CAENA, F. (2019). *Developing a European Framework for the Personal, Social & Learning to Learn Key Competence (LifeComp). Literature review and analysis of frameworks* (EUR 29855 EN), Publications Office of the European Union.

CAENA, F. (2019). *LifeComp Key Competence Framework. Personal, Social, Learning to Learn, Scoping Paper*, Joint Research Centre, European Commission.

Cambridge Framework of Life Competencies. Introductory Guide for teachers and Educational Managers, Cambridge, Cambridge University Press.

CARE, E. & LUO, R. (2016). *Assessment of Transversal Competencies. Policy and Practice in the Asia-Pacific Region*, Bangkok, Unesco.

- CEFAI, C., BARTOLO, P., CAVIONI, V. & DOWNES, P. (2018). *Strengthening social and emotional education as a core curricular area across the EU. A review of the international evidence: analytical report*, European Commission, Neset II.
- CENTENO, M.J., NETO, I.M. (2008) A multifamily group at a psychiatric day hospital – a group analytic experience, in Newsletter of the Group Analytic Society, London. “Contexts” –N.40 June 2008 p.35-40
- CIBORRA C. & LANZARA G.F. (1988). “I labirinti dell’innovazione, routines organizzative e contesti formativi”, in *Studi Organizzativi*, XIX, n. 2 pp 113-134.
- DEMETRIOU, A. (2014). “Learning to learn, know and reason”, in STRINGHER, C. DEAKIN, R. & KAI REN, K. (Ed.), *Learning to Learn: International perspectives from theory and practice*, 41-66, New York, Routledge.
- EFKLIDES, A. (2006). “Metacognition and affect: what can metacognitive experiences tell us about the learning process?”, in *Educational Research Review*, 1, 3-14.
- EUROPEAN COMMISSION (2011) *Non Cognitive Competences and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in E&T Systems*, Analytical Report for the European Commission prepared by the European Expert Network on Economics of Education (Eenee).
- EUROPEAN UNION (2010) *New Competences for New Jobs: Action Now A report by the Expert Group* prepared for the European Commission.
- EVARD, G. & BERGSTEIN, R. (2016). *A Competence Model for Youth Workers to Work Internationally*. Bonn, SALTO Training and Cooperation.
- FISHER, R., MARITZ, A. & LOBO, A. (2016). “Does Individual Resilience Influence Entrepreneurial Success?,” in *Academy of Entrepreneurship Journal*, 22:2, 39-53.
- FRANÇA DE SOUSA (2013). “Seminário Joao dos Santos: Na consulta de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria” in <https://joaodossantos.net/contributos/seminario-joao-dos-santos-na-consulta-de-psiquiatria-do-hospital-de-santa-maria/>
- GARCÍA BADARACCO J. (1986). “Identification and its vicissitudes in the psychoses. The importance of the concept of the ‘maddening object’”, in *The International Journal of Psycho-Analysis*, 67:133-146. 37.
- GARCÍA BADARACCO, J. (1990). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*, Madrid, Tecnipublicaciones.
- GARCÍA BADARACCO J. (1997) *La Comunità Psicoterapeutica Psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Milano, Franco Angeli.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar, los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000). *Psychanalyse multifamiliare: Les autres en nous et la découverte du vrai soi-même*, Paris, Editions in Press.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000) *Psicoanalisi Multifamiliare*, Torino, Bollati Boringhieri 2004.

- GARCÍA BADARACCO J.G. & NARRACCI A. (2011) *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*, Torino, Antigone Edizioni.
- GARCÍA BADARACCO J. (2018). *Selección de Trabajos, tres volúmenes*. Comp. Maria Elisa Mitre. Buenos Aires, Editorial Asociación Psicoanalítica Argentina y Editorial Antigua.
- GARDNER, H. (1983). *Frames of Mind, The Theory of Multiple Intelligences*, New York, Basic Books.
- GODINHO, P., DIAS, M. J. & MATOS, M. (2004), "Multifamily Groups at a Day Hospital. A two- years' experience", in Third European Conference of Psychoanalytic Group Psychotherapy "The Individual and the Group", Bridging the Gap, Ispa, Lisboa, 7-10 oct.
- GODINHO, P. CENTENO, M. J., FIALHO, T. & NETO, I. (2012). "El grupo multifamiliar y el síndrome de las puertas abiertas: del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa", in *Teoria y Práctica Gruposanalítica*, 1(2) 123-136.
- GODINHO, P. (2016). "Personalidades y Parentalidades. Contribuciones al enfoque de necesidades específicas de intervención en Psiquiatría y Salud Mental" in Rotenberg, E. (comp)
- GODINHO, P.(2020). "El descubrimiento de García Badaracco: de la Psiquiatría a la Historia del Futuro", 289-299, in Mitre, M. E. *Diez años después: homenaje a GarcíaBadaracco.1*, ed. CABA : Ditem.
- GOLEMAN, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*, New York, NY Bantam Books.
- GUSTEIN, A. J. & SVIOKLA, G. (2018). "7 Competences that aren't about to be automated" in *Harvard Business Review*, July 7, 2018.
- HANSEN, T. (2013). *The Generalist Approach to Conflict Resolution*. Plymouth, Lexington.
- ISFOL, FELICE, A. & D'AGOSTINO L. (a cura di) (2013). *Le competenze trasversali nelle équipe della salute mentale*, Roma, Isfol, <https://isfoloa.isfol.it/xmlui/handle/123456789/1403>>
- JONES, M. (1953). *The Therapeutic Community*, New York, Basic Books.
- KIRSCHNER, P., KIRSCHNER, F., SWEKLLER, J. & ZAMBRANO R. J. (2018). "From Cognitive Load Theory to Collaborative Cognitive Load Theory" in *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning*, 13:2, 213-233.
- LANZARA G.F. (1993). *Capacità negativa: competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Bologna, il Mulino.
- LE BOTERF, G. (1990). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (1997). *Compétence et navigation professionnelle*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (1998). *L'ingénieries des compétences*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (2002). "De quel concept de compétences avons-nous besoin?", in *Soins Cadre* n.41, 20-22.
- LE BOTERF, G. (2008). *Costruire le competenze individuali e collettive*, Napoli, Guida.
- LUCAS, R. (2009). *The Psychotic Wavelength A Psychoanalytic Perspective for Psychiatry*, London, Routledge.

- MANSO NETO, I., FIALHO, T., GODINHO, P. & CENTENO, M. J. (2010). "Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part I. Group Analysis", 43(1), 50–64. doi:10.1177/0533316409357133. Jane Abercrombie Prize.
- MANSO NETO, I., FIALHO, T., GODINHO, P. & CENTENO, M. J. (2010). "Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part II. Group Analysis", 43(2), 107-126. doi:10.1177/0533316410364727. Jane Abercrombie Prize.
- MARTINDALE, B.V. (2008). "The rehabilitation of psychoanalysis and the family in psychosis: Recovering from blaming" in Gleeson J.F.M., Killackey, E. & Krstev, H. (eds.), *Psychotherapies for the Psychoses*, London and New York, Routledge.
- MARUCCO, N. & MITRE M.E., *Padres e hijos... el poder de enfermar al otro. Curar desde la vivencia*, pp. 161-192, CABA, Lugar Editorial.
- MASCARÓ MASRI, N. (2006). "La constitución de un GMF en una institución pública", in *Rev. Avances en Salud Mental Relacional*, Vol. 5, n. 2.
- McCLELLAND, D.C. (1973). "Testing for competence rather than intelligence", in *American Psychologist Association*
- McCLELLAND, D.C. (1998). "Identifying competencies with behavioral event interviews", in *Sage Journals*.
- MITRE, M.E. (2021). *Le voci del silenzio*, Roma, Giovanni Fioriti Editore.
- NARRACCI, A. (2008). "La mia esperienza con il gruppo multifamiliare", in *Interazioni*, 1: 51-73.
- NARRACCI, A. RUSSO, F., ANTONUCCI, A. & MAONE, A. (2015). *Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto*, Torino, Antigone Edizioni.
- NARRACCI, A. a cura di (2021). *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione*, Milano, Bruno Mondadori.
- NETO, I. et al. Moving the Group work into the Day Hospital setting. In: Radcliffe, J., Hajek, K., Carson, J., & Manor, O. *Psychological Group work with Acute Psychiatric Inpatients*. London: Whiting & Birch Ltd. Cap. 18, p. 325-338. (2010)
- OECD (2018a). "Future of Education and Competences: Conceptual Learning Framework. Draft concept note on construct analysis. Working Document for 8th Informal Working Group meeting", Paris, 29-31 October 2018.
- OECD (2019b). *OECD Future of Education and Competences 2030. Conceptual Learning Framework. Concept Note: Transformative Competencies for 2030*, Paris OECD.
- Psychological Science*, Vol. 9, 331-9.
- Psychologist*, Vol. 28 No. 1, 1-40.
- RAWSON, M. (2000). "Learning to Learn: More than a competence set. Studies in Higher Education", 25(2), 225-238.
- RACAMIER, P.C. (2010). *L'inceste et l'Incestuel* Paris, Dunod, 174 p.
- UNESCO (2013). *Intercultural Competences. Conceptual and Operational Framework*, Paris.

UNESCO (2015b). *Transversal Competencies in Education Policy and Practice (Phase I)*. Asia-Pacific Education.

VAN BOUWEL, J. (2009). "Guilt as a reparative motor". Personal communication on ISPS congress in Copenhagen, Juin 2009.

WIERSEMA, J. A., LICKLIDER, B., THOMPSON, J. R., HENDRICH, S., HAYNES, C. & THOMPSON, K. (2015). "Mindset about Intelligence and Meaningful and Mindful Effort: It's Not My Hardest Class Any More!" in *Learning Communities Research and Practice*, 3(2), 1-17.