



Intencionalidade na comunicação em grupos Balint*

Raul Guimarães Lopes,** Fernanda Santos***

RESUMO

Os AA apresentam o Grupo Balint vivido «por dentro», como grupalidade. Evidenciam os seus aspectos relacionais, como terceiro termo, incluídos na situação duplamente vivida: com o paciente (relato do vivenciado) e depois no seio do grupo (memórias paradigmáticas). São apresentados temas referidos ao longo dos anos num Grupo Balint. Por fim, aprofundam o fenómeno «grupalidade».

Palavras-Chave: Comunicação; Intencionalidade; Relação; Situação; Encontro; Facilitadores; Grupalidade.

INTRODUÇÃO

O objectivo deste ensaio é conceptualizar e desenvolver o que se entende por processo relacional, estudando a sua topologia, enfatizando a ideia de cuidar e debatendo a intencionalidade na comunicação dessa ideia. É também aprofundado o sentido da situação clínica relatada, debatido o papel dos facilitadores e apresentado o vasto campo da temática dos grupos Balint. Por fim dissertamos sobre o fenómeno da grupalidade com intuito formativo para quem trabalha em grupo.

A nossa experiência assenta em mais de três décadas a lidar com Grupos Balint. O actual Grupo Balint do Porto tem vindo a reunir-se desde há três anos no Internato de Medicina Geral e Familiar, nele participando médicos de família, internos de medicina e, pontualmente, outros profissionais de Saúde.

É de toda a justiça fazer especial agradecimento ao Dr. Torcato Santos – então Director do Internato Médico, hoje Director Clínico do Hospital Pedro Hispano – por todo o apoio, interesse e disponibilidade para este Grupo. Primeiro, pela compreensão da importância dos Grupos Balint na formação dos médicos. Segundo, por ele próprio despindo a sua qualidade de Director, se ter tornado participante. Terceiro, por ter conseguido que os Grupos fossem reconhecidos com mérito curricular.

Gostaríamos ainda, muito sucintamente, de apresentar a nossa homenagem ao fundador dos Grupos Balint em Portugal. O Prof. Doutor João Hipólito^a deu a conhecer em Portugal a metodologia Balint através de *Workshops* organizados e realizados em Braga por nós próprios e pelo então Director do Centro de Saúde Mental de Braga, Dr. Silva Martins. Durante alguns anos foram muitos os médicos que neles participaram. Também no Porto, na Associação Cristã da Mocidade, realizou um *Workshop* envolvendo Grupos Balint que marcou o início da formação de psicoterapeutas não analistas no Porto.

O actual Grupo teve ainda outros grupos antecedentes.

Na década de 80 do século passado, os Grupos Balint foram divulgados na Zona Norte durante a formação específica Clínicos Gerais/Médicos de Família (CG/MF). Muitos Colegas quiseram continuar e daí a sua realização em diversas cidades do Norte. Depois integrou-se a sua prática nas acções de Psiquiatria Consiliar/Ligação^b (CL) quando esta, de modo organizado, começou a ser praticada em Portugal.^c Neste contexto é de salientar o Grupo da Batalha,^d que teve a duração de 15 anos, inserido naquelas acções dentro do Centro de Saúde.^e

*Como «Processo do Grupo Balint» ou «O Grupo Balint por dentro».

**Médico Psiquiatra. Doutor em Medicina pela Universidade de Heidelberg. Introdutor e divulgador dos Grupos Balint na Zona Norte depois de formação na Alemanha.

***Psicóloga Clínica. Facilitadora, com Guimarães Lopes, de Grupos Balint no Norte do País, nomeadamente em Vila Real, Bragança, Macedo de Cavaleiros, Miranda, Miranda do Douro, Braga, Guimarães. E também em S. João da Madeira e Santa Maria da Feira.

a. Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta, Director do Curso de Psicologia na Universidade Autónoma de Lisboa.

b. Vide as suas referências no site do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática: <http://www.psiquiatria-cl.org>

c. A primeira formação CL no nosso país, segundo moldes europeus também foi no Porto por iniciativa de um dos autores deste ensaio.

d. Facilitado pelo então jovem psiquiatra Marques Teixeira, hoje Professor da Universidade do Porto, que recebeu formação do Prof. João Hipólito.

e. Como foi referido, em 1993, no livro «Psiquiatria e Clínica Geral» (vide ref. bibliográfica 2).



Na temática apresentada nos grupos perpassavam os anseios, dúvidas, mal-estares do médico sentidos na relação com o doente.¹ Isso fez-nos procurar não só a sua elucidação dentro do grupo como a mudança da postura interna face ao que terá originado esses estados e promover a capacitação, de quem os vinha a sofrer, em os resolver por si na continuidade da vida clínica.

PROCESSO RELACIONAL

A procura da idealidade na relação médico-doente, sendo objecto da prática clínica, é relatada nas reuniões de grupo através de estórias^f vividas.^g Depois é comentada, analisada, perspectivada à luz da experiência de vida clínica de cada um. E aqui nem sempre são condizentes as virtuais reconstituições, pelos membros do Grupo, dos antecedentes dessas estórias, de tal modo importantes para quem as viveu que mereceram ser relatadas e que assumem para o grupo valor paradigmático pois foram por si escolhidas entre outras.

São postas questões de dois tipos. Uma respeitante à história clínica do doente incluindo, sobretudo, os dados anamnésicos da vida pessoal, social e noética.^h Outro, referente ao sentir do médico.

Estamos num domínio da máxima importância: o *sentir*. Este pode ser referido à *corporalidade* (como a dor, a vergonha, o pesar), à *situação*, nela se incluindo a «atmosfera» (podendo ser pesada, circunspecta, empenhada), à *compreensão* do que está a acontecer (em que intervêm os valores pessoais – sentir valorativo). Os valores pessoais orientam os trâmites seguintes do processo, dão o colorido do sentido ético à situação e logo a forma da relação.

A relação é hipostasiada no «*estar-com*» não sendo simples postulado dum *contacto*, nem subjectiva pro-

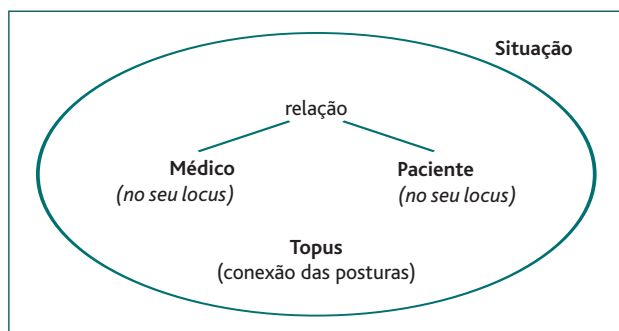


Figura 1. Topografia situativa

ximidade entre duas pessoas que pretendem objectivos comuns. Esses objectivos são *relativos* à peculiaridade da *situação clínica* com base na assimetria do *locus*ⁱ médico (que pode dar ajuda) e do paciente (que busca ajuda).^j A postura^k do médico é *relativa* à postura do paciente e vice-versa, através dum terceiro termo que é precisamente a *relação* (*re-latio*)^l cuja função é justamente a de *ligar ambos* atendendo a princípios que se tornam normativos.^m

A relação é o indicador topológico (*topus*) da situação. Toma a forma «articulada» das duas posturas face a face.

A «articulação» postural vai-se modificando ao longo da Consulta. Uma vez em relativa consonância, outras vezes em relativa dissonância. O importante aqui é salientar a importância comunicacional de que tudo é basicamente *relativo*ⁿ – quer na melodia, quer no ruído. Tudo se pode modificar. E daí a modificação da forma de comunicar ao longo do diálogo clínico tendo em vista as diferentes situações que surgem.^o

O segredo da comunicação é não perder de vista que *comunicar é libertar da ignorância* (quer o médico, quer o paciente).

ENCONTRO

Não há posições absolutas nem estáticas na situação. Isso seria como que obstinado silêncio ou imobilidade psíquica o que resultaria numa pseudo-comunicação – podendo acontecer desde que não se dê o *encontro*.

O modelo mais bem conseguido do Encontro é dado

f. Distingue-se «estória» como acontecimento, de «história» como processo, saber feito de estórias (tal como a língua inglesa o faz entre «story» e «history», ou a língua alemã entre «Geschichte» e «Historie»). Um é visto «de dentro», o outro de fora.

g. Também é dada no Grupo do Porto formação teórica aos seus membros sempre que as circunstâncias a tornam necessária. Um dos assuntos dessa formação é precisamente o que se está a discutir neste *dossier* da Revista: «Relação e Comunicação Médico-Doente».

h. Conhecimento dos valores, ou melhor, da vida do espírito (noos), que inclui as crenças, os mitos, os símbolos, as virtudes – distinta da vida anímica ou psicológica (*psyche*).

i. *Locus* na dinâmica da situação tem sentido funcional, é o papel desempenhado na espacialidade da consulta.

j. Há outras relações reais assimétricas como a dos pais-filho, a do mestre-discípulo.

k. Pode-se entender também a postura como «atitude». No nosso contexto interessa mais a «postura interna», isto é, como o médico e o doente se posicionam dinamicamente face ao que têm a comunicar um ao outro.

l. O que faz referir.

m. Formando o *habitus*.

n. Relação e relativo têm étimo comum.

o. Nos Cursos de Comunicação realizados no Internato de Medicina Geral e Familiar,



pela relação *Eu-Tu* abissalmente distante da relação anónima do *Eu-Ele*. Esta é dada na prática quando se fala com o doente como «caso» clínico, pseudónimo dum desconhecido *Tu*, dum exemplar do geral que não é visto na sua singularidade de pessoa, única.

A relação estabelece-se *entre* a assimetria de posturas. A preposição (pré-posição) *entre* é muito importante em medicina e psicologia pois pode comportar riscos ou atritos. O encontro unifica o espaço da intersubjectividade. Este pode ser ambíguo, pleno de obscuridades, se a Ideia não está adiante a iluminar o caminho. Se a Ideia fica atrás ou se lhe virarmos costas, projecta sombras nesse caminho.

IDEIA

O Grupo Balint é um precioso meio de rastrear essas sombras e elucidá-las^p através da postura. Mas há que possuir a *Ideia*.^q

A Ideia em Medicina vem desde há muito a ser lembrada no chamado «Juramento de Hipócrates», adaptado à nossa geração, sendo de enfatizar a intenção de conservar sem mancha – sombra – «minha vida e minha arte». A Ideia em Medicina é, e será, primeiramente *cuidar*^r – na forma verbal da acção.^s

O conhecimento positivista do paciente deixa de satisfazer logo que este abandona a máscara de falsa *compliance*, logo que a compreensão e aceitação do acto médico são secundarizadas a outros interesses – isto é, logo que a situação clínica perde a sua essência? cuidar. Não há manuais para a relação a estabelecer do doente para com o *seu*^t médico (há, quando muito, o *habitus*)^u – por isso muito se tem a fazer para que as interferências não prejudiquem o processo terapêutico. O Grupo Balint ajuda, através da mudança de postura médica, a activar a psicopedagogia do paciente, enquanto doente,^v e a dignificar esse processo.

QUEIXAS

Na Consulta vê-se o doente através das suas *queixas*,^w indicadores de pressuposta patologização e, de repente, aparece *uma pessoa* a trazer para o espaço intersubjectivo, problemas pessoais e éticos, ou interpessoais e morais – importantes referentes do seu sofrimento.

As «queixas» dão-se na *corporalidade*,^x esta considerada como denotação na intersecção do projecto existencial fundado num corpo com o que está a acontecer

no mundo pessoal (sem os limites físicos de interno e externo), pleno de anseios e desilusões, expectativas e malogros, interesses e perdas, esperança e desespero. As queixas «inclinam», dobram, subjagam a capacidade de afirmação de *Si*, adquirindo o sentido existencial de «limitação» das potencialidades da corporalidade. Estão intimamente ligadas à liberdade situada e à finitude humanas. A queixa é duplamente de *si* (em *si* sentida) e da «vida» cujo sentido começa, com ela, a ser questionado e, se perdido, poder sobrevir *crise*. A queixa pode ser o prenúncio desta – se for precocemente assim entendida, ou a sua manifestação nosológica se for tardia.

Com tais problemas manifesta-se muitas vezes o despropósito (onde se esperava o compromisso), a indiferença (e não a preocupação pela situação), mesmo a hostilidade (ficando perturbada a atmosfera de cuidar e, logo, o esforço de solidariedade e de auxílio). E isso alarma a consciência do médico. Notam-se falhas. E questiona-se: «O que poderá ser feito?»

INTENCIONALIDADE

Por vezes, na consulta, a expressão dum sentir corporal foi degrau para alcançar algo mais importante através de quem está ali para ouvir. Parte-se do princípio que o paciente procura o cuidado de *si* ao solicitar ajuda. Tem portanto algo importante a dizer...

O paciente começa por falar a *si-próprio* em *jogos de linguagem* a partir do que lhe está a acontecer (e que o

no Porto, isso é praticado através de diversos métodos pedagógicos.

p. O étimo de «elucidar» é o mesmo de «luz».

q. Kierkegaard, iniciador do actual movimento existencial, entendia a ideia como «princípio e regra da vida» (p. 85 do livro «La Répétition» - vide ref. bibliográfica 3).

r. Como na relação mestre-discípulo é ensinar, ou na pais-filho é educar.

s. É diferente cuidar, verbo, acção em desenvolvimento, de cuidado, substantivo, acção concretizada, limitada no tempo.

t. Seu não é aqui forma possessiva mas afectiva.

u. Com o sentido de normatividade. (Mais adiante voltaremos a este assunto ao especificarmos «situação»).

v. Paciente e doente não são sinónimos - tal como se pode verificar ao longo deste texto (atente-se no seu reflectido emprego). Paciente deriva de *pathos* no sentido de se afectar, de padecer. No contexto, padecer com o que acontece na vida pessoal incluindo a própria doença. Doente tem etimologia em *dolor* – dor, no sentido de sofrimento físico (se a dor é moral fala-se antes de padecimento). Também se utiliza o termo «enfermo» que é propriamente o doente acamado, já que o termo deriva de *in-firmus*, «não firme».

w. Queixa - etimologicamente o que nos faz inclinar e cair (do ortogonal bem-estar). Do mesmo étimo de «clínico», «queda». Na história das palavras, o «clínico» observava o enfermo alectuado, que se queixava.

x. Convém diferenciar «corpo» de «corporalidade» – esta é categoria existencial básica. Outras categorias existenciais são a temporalidade, espacialidade (de que temos vindo a falar), outriedade, liberdade, renovabilidade.



faz de algum modo sofrer), do que disso pensa, do que lhe interessa resolver. Agora tem de «traduzir» isso para o médico. O que nem sempre consegue convenientemente.

Estes jogos de linguagem foram bem descritos por Wittgenstein.⁵ Por exemplo, não se entenderá uma piada se não houver sentido de humor, se a situação não permitir tal *jogo*, se não houver alguma proximidade afectiva entre os interlocutores.

O que o médico fica a conhecer é o que o Outro exprime não propriamente o que sente – e aqui pode residir a incompreensibilidade comunicacional.

Faz isso lembrar quando andamos de comboio e este pára numa estação junto a outro. Quando este se põe em movimento parece-nos ser o nosso que se move. Necessitamos dum outro ponto de referência para discernir o equívoco.

A consciência não é mero palco do conhecimento objectivo ou da pura representação sensorial. Está muito além disso: procura sentido. *O sentido é dado pelos valores*. A esse fenómeno chama-se *intencionalidade* da consciência.^y

É graças a ele que a nova *situação* se foi formando na consciência (intencional) do paciente a necessitar de ajuda e que vai pretender comunicar ao médico.

A comunicação é a procura dum significado comum entre pessoas na mesma situação.

Na sua consciência o médico apreende o *sentido* dum gesto, duma palavra, duma atitude que podem não se coadunar com o esperado. Descobre, de chofre, o mundo em que se move o paciente, o seu *mundo-próprio*. Pode ser um mundo marcado por contradições éticas o que surge no espaço intersubjectivo da Consulta. Ou um mundo de temor que pode tomar a aparência de agressividade, ou de ira ou ciúme ou inveja que molesta a relação na família, no trabalho, na Unidade de Saúde. Mas também um mundo de amor, de concórdia, de aceitação.

Na Consulta o médico vê em cada novo doente um novo mundo presentificado. A questão é saber sentir.^z Principalmente, sentir os valores desse novo mundo.

y. Não confundir «intenção» com «intencionalidade». Esta nasce com a situação revelando o seu sentido.

z. Vide no livro «Psicologia da Pessoa e Elucidação Psicopatológica» o capítulo «Momento Pático» (v. Referências Bibliográfica 4).

aa. Aqui a palavra de ordem seria «deixar falar, desabafar».

A «natural» compreensão dá lugar à interpretação.

A intencionalidade do médico, regida pela Ideia de cuidar, aqui e agora, pode vir a chocar-se não só pela inopinada postura do paciente como também pelo escasso tempo cronológico para a escuta activa,^{aa} pelos entraves administrativos à assiduidade no acompanhamento de situações que requerem maior atenção, pela pletora de inscrições a obstaculizar uma melhor gestão das preocupações terapêuticas. Vem o cansaço, a rotina, o desalento. Vem um pensamento que dói, uma falha na disposição que inquieta – e logo a autocrítica do que se poderia fazer e não se fez.

Não é de admirar o *crescendo* do *burnout* médico.

As narrativas das diferentes sessões de grupo dão-nos a rica expressão dos sentimentos que surpreendem, que culpabilizam, que revoltam, que entristecem, que magoam, que fazem desanimar na primeira reacção. Mas, o que logo a seguir decorre é o anseio de bem-fazer, a crítica da atitude não tomada – o que significa caminhar para o aperfeiçoamento.

TEMÁTICA GRUPAL

No Grupo do Porto há registo da temática das sessões. O que temos vindo a dizer está nelas implícito. Podemos exemplificar:

- doente com sarcoma, familiares não cumprem o preceituado pelo médico, o sofrimento é indevidamente prolongado;
- doente tem alta hospitalar mas sem indicações, piora, reenviado ao hospital que de início rejeita;
- doente com baixa, sem tratamento, com queixas vagas, não cooperante;
- agressividade com manifesto prejuízo da saúde da esposa;
- casal na Consulta responde um pelo outro;
- rigor na hora marcada da Consulta, insensibilidade à justificação do médico, prejuízo no ambiente terapêutico;
- violência conjugal e esforço da mulher em evitar o seu reconhecimento ou a comparência do marido, só solicitando «baixa» para não mostrar os hematomas;
- abertura pelo doente da correspondência de médico a médico tirando desforço por mal a interpretar;
- parassuicídio e ligeireza da apreciação da situação pelos familiares;
- chora e nada diz;



- pretendida consulta por *e-mail*;
- responsabilidade, culpabilidade e ressarcimento na falha médica;
- sedução;
- excessos vinculativos na relação médico-paciente;
- imigrante que pretende «transferir» a consulta para a mulher presente (mas não registada);
- emigrante em tratamento em França e questionando as medidas terapêuticas tomadas mas não se implicando na orientação actualizada;
- olhar concupiscente à médica;
- criança «mal educada» na consulta sem qualquer intervenção dos pais;
- sofrimento causado ao médico no acompanhamento de doente terminal;
- médico face à morte;
- cuidados paliativos e sofrimento.

É difícil categorizar estes temas. Não há dois iguais. Cada um vale por si. Uns ocorrem no seio de singulares relações familiares, outros têm a ver com o médico enquanto pessoa de «carne e osso» e de sentimentos, com a burocracia perturbadora da ajuda imediata, com as ambiguidades do doente quanto ao que pretende (deixando um gosto amargo de incompreensibilidade), com a autocritica ao próprio trabalho clínico, com a confrontação das idiossincrasias da pessoa humana.

RESSONÂNCIA

Situação Clínica

No grupo, havendo a descrição da situação clínica em que a pessoa do médico e a do doente se encontram, aprecia-se então o que foi feito, solicitam-se esclarecimentos e avalia-se o que se poderia fazer (ouve-se dizer frequentemente: «eu...») confrontando homólogas experiências vividas).

Temos vindo a falar de *situação clínica*. O «caso» é mais fácil de relatar. A «situação clínica» pela sua complexidade merece ser descrita e aprofundada e não somente ser referenciada como substituta do «caso».

Usamos neste ensaio diversos conceitos que fazem parte integrante da situação. Começamos pelo *locus*^{ab} do médico e do doente com funções, à partida, bem definidas no espaço intersubjectivo da consulta. Encontramos em seguida o *positus*, tendo a ver com a postura do médico e do doente na Consulta. O *topus* refere-se à topologia comunicativa (relação) com as possíveis cone-

xões de familiaridade ou de estranheza, de confiança ou de rejeição, de aproximação ou de afastamento – pois toda a relação é tópica. Há ainda a considerar o *habitus* ou a normatividade das relações no seio da Consulta. Temos, por fim, o *situs* ou a acção situada (situ-acção) englobando todos os outros processos^{ac} configurando dinamicamente o que está a acontecer como um todo.

Assim apresentada a *situação* não é externa ao acto médico, é o próprio *acto situado no aqui e agora vivido*. O consulente e o consultante (médico) fazem parte integrante da situação por eles formada. Quem vive inautenticamente a sua existência leva a considerar-se *vítima da situação* quando, precisamente, esta é da sua responsabilidade.

Com o decorrer dos processos dinâmicos no seio do Grupo Balint, cada vez se enfatiza mais a relação situada (na perspectiva médica) e os seus componentes afectivos e não os aspectos propriamente patológicos ou nosológicos do doente. Por vezes estes, ao vermos o doente como pessoa,⁶ passam a segundo plano. Aí entra a acção dos facilitadores.

Papel dos Facilitadores

Este papel é complexo. Exige formação específica.

A sua acção decorre da atenção dada a quem fala privilegiando-se «o que quer dizer» sobre «o que disse».

– *O facilitador é exegeta.*

Qual a nova dimensão acabada de ser introduzida na discussão? Foi convenientemente seguida ou o grupo não a aceitou? Porquê? Então o facilitador pode decidir voltar atrás e reintroduzir a questão se isso for conveniente para o aprofundamento da situação e para a maturação do grupo. – *O facilitador é enzima do desenvolvimento grupal.*

Há membros que começam a falar e se calam por sobreposição de outros. Num hiato do tempo discursivo é-lhes dada a palavra. Ninguém pode ser excluído da sua liberdade de expressão. Parte-se do princípio que nada é banal. Não há que seguir dada orientação, todas são bem-vindas e esclarecedoras, à sua maneira, da situação vivida. – *O facilitador é comunicador indirecto.*^{ad}

No grupo é vivenciada uma outra forma de relação

ab. Conforme já anteriormente esclarecemos.

ac. Para uma descrição mais pormenorizada leia-se o capítulo da «Estruturação Situativa» da Pessoa (p. 56 e ss) do Livro «Psicologia da Pessoa...» (v. ref. bibliográfica 4).

ad. No sentido existencial e não propriamente verbal (comunicação directa).



distinta da que está em discussão. Pode ser entendida com vinculativa da ligação entre os seus membros. – *O facilitador é símbolo de união.*

Vamos terminar pelo aprofundamento do significado de «estar em grupo» vivenciando «outra forma de relação» através do fenómeno da grupalidade.

FENÓMENO DA GRUPALIDADE

A narrativa da situação clínica leva à interacção grupal. O sentimento que daí se gera faz parte do grupo.

Tem-se necessidade de situar fisicamente o fenómeno da grupalidade no tempo e no espaço; de o condicionar a leis de causalidade. Daí as múltiplas definições das características dum grupo.

Um de nós escreveu alguns textos sobre este fenómeno.⁷ Vamos aqui retomar e desenvolver as questões que tão importante fenómeno suscita.

O grupo a funcionar é vivido. Verdadeiramente, um grupo não é observável por quem sai dele e o pensa ou por qualquer observador externo que não o vive.

Para ser observável teríamos de o objectivar, de o fazer parar, de o tornar passado, de o «cadaverizar». A «cadaverização» ou coisificação é necessária, mais, indispensável para estudos anatómicos como o são, relativamente a um grupo, as análises sociométricas. Quando efectuadas com objectivo preciso, não deixam de ser relevantes pela ajuda que dão. No entanto, tentativas de reorganização como estas (muito válidas aliás) de modo algum informam ou esclarecem a totalidade de fenómenos que surgem na atmosfera do Grupo, tal como o estudo de um órgão ou de uma função pouco nos pode dizer sobre o que é e como funciona um organismo como um todo (no sentido de *holon*)^{ae} integrado em dado meio.

O fenómeno da grupalidade manifesta-se, não em virtude da força com que os participantes mutuamente se atraem, manifesta-se por uma força não imposta por causas externas, embora podendo desencadear-se através delas. Força, se assim nos é permitido expressar, interiormente sentida.

A *coesão*, parcialmente entendida como sendo essa força, funciona mais como uma argamassa que, ao invés de movimentar as relações estabelecidas entre os membros, as sedimenta, as estratifica, as aglutina. Daí

ae. A correcta tradução de holon é inteiro. Todo é pan – constituído por partes. Holon é indecomponível.

a possibilidade de um outro fenómeno quando o grupo se institucionaliza, o da *cisão* que pode levar ao desvio, à marginalização, à exclusão. A força centrípeta do Nós deixou de operar, de ser vivida.

De outro modo dito: a pessoa está no sentimento do Grupo (sujeito) ou do Outro (objecto).

Isto é, a pessoa está integrada no sentimento do Nós impossível de individualizar. Se no grupo é tentada essa individualização por outro membro torna-se «objecto». E como tal pode vir a ser manipulada, afrontada, agredida, ou então, enaltecida, adulada, heroificada.

E porque está no sentimento e não o sentimento na pessoa, está integralmente, unitariamente.

Desta forma, só lhe é possível observar o Outro artificialmente ou seja indirectamente, através de fenómenos condicionados a mitos de observação.

Quanto a nós, a *grupalidade* é fenómeno primário, essencialmente sentida como vivência e só artificialmente observada ou tomada como experiência.

Se na química e na física podemos prever com exactidão o que vai acontecer com dois reagentes ou dois corpos interactuantes, o mesmo não se processa a nível das relações pessoais. Nestas, somente nos é dado acompanhar, dos fenómenos, o processamento da sua significância.

Acompanhar a evolução dos fenómenos que se desencadeiam no seio da grupalidade, no fundo é transformação, modificação de mim próprio no Encontro, como Nós.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Raul Guimarães Lopes
Rua da Beneditina, 115
4100 Porto

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos MF. Grupos Balint- Reflexões sobre Michael Balint e a sua Obra. Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, vol. 14, nº1, Março 1996.
2. Tabora M (coord). Psiquiatria e Clínica Geral. Porto: Colégio de Psiquiatria, Ordem dos Médicos; 1993.
3. Kierkegaard S. La Répétition. In OEuvres Complètes, Tome V. Paris: Editions de l'Orante; 1972.
4. Lopes R.G. Psicopatologia da Pessoa e Elucidação Psicopatológica. Porto: Higiomed Edições; 2006.
5. Wittgenstein, Ludwig. Philosophical Investigations. Oxford: B. Blackwell; (1958).
6. Lopes R. G. Renovação noética: Fundamento da verdade no encontro terapêutico. Análise Psicológica 2006, 3; XXIV: p. 323-330.
7. Lopes R. G. "Grupalidade" in Textos compilados de "Psicologia Comunitária e de Grupo". Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa; 2007.



ABSTRACT

The AA present the Balint Group lived «from inside», as groupality. They show the evidence of the relational aspects, as third term, included in the situation (sometimes perceived as problematic). The situation is doubly lived: with the patient (as story of the deeply experienced with him) and then within the group (as paradigmatic memories). They also presented the issues referred throughout the years in a Balint Group. Finally deepen the phenomenon «groupality».

Keywords: Balint; Communication; Intentionality; Relationship; Situation; Encounter; Facilitators; Groupality.

A Visão do Formando

Torcatto Santos*

Desde o seu início, em Maio de 2005, o Grupo Balint do Porto tem proporcionado aos seus intervenientes uma perspectiva única na abordagem das múltiplas situações já referidas.

Mensalmente, foi a oportunidade para despertar em si a integração da ferramenta do «estar com» e «do ouvir», na descoberta de novos paradigmas para abordar situações que, muitas vezes, eram tidas, pelos apresentadores, como insolúveis, tal a circularidade do pensamento na busca, frustrada, de respostas alternativas para o doente agressivo, difícil, incómodo, etc. Esta dificuldade chegava a convencer os elementos do grupo de que poderia ser uma situação difícil para se responder melhor e aí teríamos de nos conformar com o mundo. Na verdade, quase se pode dizer que, da interacção do grupo, sempre surgiram novas respostas e novas abordagens que a todos enriqueceram, em particular, o apresentador da vivência.

A diversidade do grupo, que integra médicos de família seniores, jovens assistentes e internos de Medicina Geral e Familiar, manteve sempre o mesmo interesse, apesar da fase de elemento. Aliás, esta diversidade enriqueceu o grupo e é responsável pela sua evolução ao longo destes meses.

A humanidade, e outras espécies também, tem esta capacidade de, pela interacção do grupo, fazer novas descobertas, ou saltos no pensamento, que sempre seriam mais difíceis para o indivíduo isolado. Muito mais no que à relação emocional diz respeito e, neste caso, na relação médico-doente. A ferramenta é simples, mas exige disponibilidade mental, emocional e muita prática. Infelizmente, são requisitos que muitos colegas não conseguem conciliar. Saliento a prática e a vivência em grupo, pois são condicionantes para os resultados referidos. Por exemplo, todos concordamos que relaxar e respirar conscientemente é simples, mas sem se praticar não se evolui nestas técnicas; e como estamos todos carenciados no seu desenvolvimento!

Dizer simples da tecnologia de participação num grupo Balint pode parecer menosprezo para os facilitadores. Contudo, considero o contrário, pois tal simplicidade na participação resulta da boa aplicação das técnicas inerentes e que os facilitadores, Prof. Doutor Guimarães Lopes e Dra. Fernanda Santos, sempre souberam implementar. Quando os formandos começaram a fazer facilitação descobriram o muito que importa treinar essa arte, apoiada nas pedagogias que, pouco a pouco, vão sendo mostradas.

*Formando em Grupos Balint