

Um olhar sobre a psicose através do Psicodrama

A look to Psychosis through Psychodrama lens

Resumo/Abstract

O Psicodrama com doentes psicóticos é, actualmente, pouco comum na prática clínica e raramente objecto de investigação. Aborda alguns dos problemas mais relevantes das perturbações psicóticas e contribui potencialmente para melhorar aspectos não directamente influenciados pelo tratamento farmacológico com anti-psicóticos.

Este trabalho pretende rever os fundamentos teóricos sobre o Psicodrama com pacientes psicóticos e dar a conhecer o grupo específico que funciona no Serviço de Psiquiatria do Hospital de João (HSJ) há duas décadas.

A partir da sua experiência, os autores reflectem sobre as especificidades técnicas no trabalho psicodramático com este grupo, os requisitos principais para desenvolver com sucesso este tipo de abordagem e sobre o papel que o Psicodrama pode ter na melhoria da saúde e bem-estar destes pacientes.

Palavras-chave: Psicodrama, Psicoterapia de grupo, Perturbações psicóticas.

Psychodrama with psychotic patients is, nowadays, seldom seen in clinical practice and also poorly investigated. It approaches some of the main issues about psychotic illness and provides important input in aspects not addressed by standard antipsychotic treatment with psychotropics.

This paper aims to review the conceptual framework of Psychodrama with psychotic patients and to present the specific group of the Department of Psychiatry of HSJ provided for over two decades.

Based on their experience, the authors discuss on the specific techniques in psychodramatic work with this group, the main requirements to successfully develop this approach and on the role that Psychodrama can play in the health and well-being improvement of these patients.

Key-words: Psychodrama, Group Psychotherapy, Psychotic Disorders.

Vera Teixeira de Sousa

Médica Interna Complementar de Psiquiatria do Centro Hospitalar de S. João, Porto
Sócia efectiva da Sociedade Portuguesa de Psicodrama

Luciano Moura

Médico Psiquiatra (Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria), Porto
Sócio Didacta da Sociedade Portuguesa de Psicodrama e membro da sua Comissão de Ensino

Correspondência:
e-mail: veratsousa@gmail.com

Sem conflito de interesses

Sua inovação foi dupla: além de criar um novo método terapêutico para a loucura - pois é nessa área que a psicanálise mais mostra os seus limites - , conseguiu, através desse mesmo método, revelá-la não como fenómeno intrapsíquico, mas como explosão das contradições inter-subjectivas cujo berço é a História."

(Naffah Neto, A., referindo-se a Moreno em: Moreno, J.L. Fundamentos do Psicodrama. 1st. São Paulo, Summus Editorial, 1983, p 11)

Introdução

As psicoses, e em particular a Esquizofrenia, são as entidades nosológicas mais emblemáticas da Psiquiatria. O tratamento preconizado para estas perturbações consiste no uso de agentes anti-psicóticos. No entanto, apesar de um tratamento psicofarmacológico optimizado, muitos dos sintomas da doença persistem, sobretudo aqueles conhecidos como sintomas negativos [1]. Adicionalmente, apesar da medicação anti-psicótica prescrita, muitos pacientes descompensam por não aderirem ao tratamento, o que decorre em muitos casos da ausência de insight para a doença e para a necessidade de tratamento, elas próprias características da doença.

Em face do modelo biológico actualmente dominante, a maioria dos profissionais de Saúde Mental considera a abordagem psicoterapêutica destes quadros clínicos como pouco relevante ou paliativa [2]. Não obstante, modalidades terapêuticas complementares à abordagem psicofarmacológica, como o Psicodrama, podem ter um papel como adjuvantes do tratamento dos quadros psicóticos, encorajando a criatividade, a espontaneidade e promovendo a expressão emocional, comprometidas nestes doentes [1]. Apesar do reconhecimento empírico do sucesso da técnica, a sua validação científica encontra-se dependente da realização de estudos que comprovem a sua eficácia em vários aspectos do tratamento das psicoses. Existe, de facto, uma enorme escassez de publicações actuais sobre os efeitos do Psicodrama como terapia adjuvante das perturbações psicóticas, sobretudo devido às dificuldades metodológicas resultantes da diversidade das apresentações clínicas, da necessidade de procedimentos minimamente padronizados e de longos períodos de seguimento. A maioria dos estudos publicados refere-se ao uso de Psicodrama em pacientes psicóticos em regime de internamento [1].

Perspectiva histórica

Mesmo antes do advento dos primeiros anti-psicóticos, que ocorreria no início da segunda metade do século XX, na década de 30, no Beacon Hill Sanatorium, no estado de Nova Iorque, **Jacob Levy Moreno**, o fundador do Psicodrama, fez uso desta modalidade terapêutica com pacientes psicóticos em fase aguda [3]. Encontra-se descrito o primeiro Psicodrama realizado com um paciente esquizofrénico que apresentava uma actividade delirante de teor místico, acreditando ser o Messias e ter como missão a salvação da humanidade [4].

Uma grande parte da literatura sobre o tratamento da psicose através do Psicodrama deve-se ao próprio Moreno, provavelmente fruto do seu enorme empenho e trabalho com estes doentes, numa época em que as opções terapêuticas eram muito escassas para estes quadros clínicos. Usando o Psicodrama, Moreno procurava ajudar os pacientes, aliviando os seus delírios e alucinações através da sua vivência simbólica no contexto terapêutico, o que, segundo ele, neutralizaria a sua influência deletéria. Apesar das óbvias dificuldades, consta que terá tido alguns resultados notáveis com esta abordagem.

Moreno considerava que a Esquizofrenia ou quaisquer outras perturbações mentais à época classificadas como de "carácter predominantemente narcísico" e que eram excluídas da então vigente abordagem psicanalítica, poderiam ser tratadas através do Psicodrama. Em contraponto com a ausência de expressão real das experiências psicóticas, o princípio psicodramático por ele então concebido permitia a concretização dessas experiências vagas e subjectivas no espaço dramático. De acordo com este princípio, o paciente projecta a actividade psicótica do seu mundo interior e subjectivo, para o mundo exterior, com o auxílio dos egos-auxiliares, o que lhe permite uma actualização sobre a sua própria condição. No centro do tratamento está sempre o paciente e o desenvolvimento do próprio processo terapêutico psicodramático está nas suas mãos, cabendo ao director e aos egos auxiliares o papel de facilitadores e instrumentos através dos quais ele desempenha os vários papéis da sua psicose [5]. Dada a instabilidade e irreabilidade do mundo exterior e das relações sociais sentidas pelo paciente, Moreno desenvolveu um método que consistia em criar um mundo "real" baseado em toda a sua produção psicótica. Deste modo, o paciente passava a viver num ambiente centrado na sua própria percepção do mundo, então designado por **mundo auxiliar** [4, 5].

Esta realidade imaginária resultante do princípio psicodramático está para o psicótico como o princípio da realidade está para os indivíduos não psicóticos. Nesta realidade imaginária, o paciente encontra o contexto concreto em que toda a sua actividade delirante, alucinatória, mas também as suas emoções e os seus papéis são vividos. Esta realidade é, para o psicótico, mais "verdadeira" e convincente do que aquela em que viveu nas fases iniciais da psicose, à qual já não era possível adaptar-se em virtude dos novos papéis introduzidos pela doença. No contexto dramático, pelo contrário, ele encontra a realidade que é ajustada a si mesmo.

O próprio Moreno adverte que esta abordagem pode ser polémica por sugerir que é promovida a confirmação dos delírios do doente através da sua livre representação. Ao contrário, defende que a organização criada pelo contexto psicodramático, precisamente pelo facto de ser exactamente à medida do doente, funciona como uma restrição mais rígida do que a própria realidade externa. Os pacientes deixam de tentar (em vão) encaixar a sua própria actividade delirante na realidade externa porque ela passa a ter uma existência concreta no espaço dramático. Nesta nova realidade imaginária, o doente sente-se confortável, o que por sua vez permite manter a actividade produtiva dentro dos limites da realidade psicodramática imaginária e possibilita que os egos auxiliares o conduzam a restringir-se a si mesmo, evitando assim uma maior deterioração em resultado da psicose. De acordo com Moreno, desta forma, o tratamento psicodramático poderia evitar a escalada do desenvolvimento delirante e, por essa razão, entendia que este método devia ser iniciado precocemente quando surgia um surto psicótico.

A construção do mundo auxiliar implica conhecer e compreender o "mundo interno" do doente, criando com e para ele as personagens e os papéis que a sua actividade psicótica necessita. Com esta técnica, Moreno preconizava a transformação de toda a instituição num palco psicodramático e de cada pessoa em ego auxiliar [5]. À medida que o paciente vivia nesse mundo auxiliar, era possível conhecer progressivamente melhor o seu mundo interior e melhorar a sua espontaneidade. Neste ambiente, sentido como seguro pelo paciente, era possível desenvolver um trabalho psicodramático que incluía desafiar a sua actividade produtiva e guiá-lo em direcção à realidade, por exemplo, aproximando os papéis das suas personagens delirantes progressivamente das pessoas reais, quando o doente melhorava e se recuperava a sua capacidade

para manter relações télicas [4].

No tratamento de doentes psicóticos crónicos em que persiste actividade produtiva, Moreno descreveu o método da **realização psicodramática** que consiste em realizar a vivência delirante numa sessão de Psicodrama. Através desta técnica e de forma progressiva, procurava desfazer-se o mundo delirante, mostrando que ele só teve existência no contexto dramático [4].

Em 1939, Moreno publica um artigo em que descreve a técnica que designou como **choque psicodramático**, que consiste em reconduzir o doente que teve um surto psicótico a uma segunda psicose, agora experimental, recriando a situação psicótica no ambiente protegido da dramatização. Esta revivência da psicose deveria ser idealmente realizada logo após a remissão do surto e possibilitaria ao doente uma compreensão profunda e o estabelecimento do sentido da psicose com a sua história de vida. Moreno considerava que desta forma, o paciente poderia estabelecer pontos de contacto entre o delírio e a realidade, o que seria útil no controlo de surtos psicóticos futuros. Ao contrário dos outros tipos de tratamento usados na época (choque insulínico, electrochoque, hipnose) em que o doente permanecia dependente e incapaz de agir, no tratamento através do Psicodrama, o doente estava consciente e podia experimentar revivenciar o surto com intuito compreensivo e libertador. Este procedimento teria um efeito catártico sobre os pacientes, reforçando a sua espontaneidade e criando barreiras à recorrência psicose. Segundo Moreno, é fundamental para o paciente reviver o surto sem a sensação de isolamento, dado que o vínculo estabelecido com os terapeutas produz a sensação do "vivido com". Este método é ainda por alguns psicodramatistas considerado útil na abordagem destes casos em contexto hospitalar [4, 6]. Mais tarde, na década de 60 do século XX, **Jaime Rojas Bermudez**, no Hospital Nacional José T. Borda, em Buenos Aires, popularizou o uso do Psicodrama no tratamento de doentes psicóticos crónicos, a maioria deles com marcada deterioração cognitiva. No contexto deste trabalho e em resultado das dificuldades que encontrou na comunicação com estes pacientes, desenvolveu o conceito de **objecto intermediário de comunicação**. Trata-se do uso de objectos, mais frequentemente máscaras, fantoches ou marionetes, na interacção com os pacientes, contribuindo para focar a sua atenção e promover o contacto interpessoal, ao qual se mostravam alheios ou vivenciavam como ameaçador [2].

Actualmente, o Psicodrama tem sido sobretudo usado com

objectivo de reabilitação dos doentes psicóticos, sendo mais raras as intervenções em fases agudas da doença.

A Psicose na Perspectiva Psicodramática

De acordo com as bases teóricas que sustentam o Psicodrama e a sua compreensão da psicopatologia, a psicose tem origem em distúrbios no início do desenvolvimento da matriz de identidade. A matriz de identidade designa o universo indiferenciado do qual o *Self* e os papéis emergem gradualmente. Durante o processo de diferenciação gradual entre a criança e o seu ambiente (os outros - pessoas ou objectos), emergem os papéis e forma-se o *Self*. Quando existe uma débil diferenciação do *Self*, o sujeito permanece fixo no período da matriz de identidade indiferenciada, no qual não distingue entre si mesmo e o mundo externo, ocorrendo portanto uma discriminação muito pobre entre a realidade e a imaginação. Assim, para o paciente psicótico, os limites entre a fantasia e a realidade são vagos e resta apenas uma única realidade, a do surto psicótico [7, 8]. Moreno designou a psicose como "síndrome de actuação" e desenvolveu a técnica do *acting out*, ou passagem ao acto, com o objectivo de auxiliar o paciente a vivenciar no palco a toda a sua produção psicótica. Será interessante notar que para Moreno *acting out* significa "agir de dentro para fora", o que se assemelha ao próprio conceito de espontaneidade. Deste modo, o doente daria a conhecer o seu mundo interno e subjectivo, ao mesmo tempo que toma consciência das suas próprias acções, criando progressivamente condições para discriminar entre fantasia e realidade [7].

Baseado na teoria dos papéis de Moreno, a psicose surge como uma condição iminente social, em que o indivíduo está desconectado do seu ambiente [8]. O psicótico perde a capacidade de perceber o outro, tem uma relação distorcida com os outros e a sua própria auto-imagem pode estar afectada. Assim, pode concluir-se que o paciente está isolado, apenas interage consigo mesmo e, consequentemente, o seu átomo social é irreal ou delirante [4].

A partir da psicopatologia baseada na teoria do núcleo do eu, **Rojas Bermudez e Alfredo Soeiro** entenderam a psicose como o resultado de porosidades em dois dos papéis psicossomáticos [2].

Embora com uma importante base na teoria dos papéis do

próprio Moreno, o conceito de fisio-psicopatologia como origem das perturbações mentais no núcleo do eu foi formulado e desenvolvido por Bermudez. Segundo este autor, o núcleo do eu desenvolve-se a partir do *Self* fisiológico, sendo que no recém-nascido existe uma confusão entre as áreas corpo, mente e ambiente. A estruturação dos papéis psicossomáticos é fundamental para resolver essa confusão e ordenar o universo antes indiferenciado e caótico entre as diferentes áreas, permitindo também desenvolver uma estrutura social mais complexa [8].

De acordo com esta teoria, os papéis psicossomáticos têm origem em três funções fisiológicas vitais: ingerir, defecar e urinar. O desenvolvimento destes papéis resulta da interacção entre estruturas genéticas programadas internas (EGPI) (necessidades), que para o seu desenvolvimento ideal necessitariam de um ambiente adequado, que designou como estruturas genéticas programadas externas (EGPE). Se ocorrer uma complementaridade entre essas EGPI e EGPE, estabelece-se uma marca mnémica íntegra. No entanto, a ausência de complementaridade definitiva ou duradoura resulta num defeito na marca mnémica, denominado por Bermudez como porosidade (Figura 1). Esta lacuna na marca mnémica (papel psicossomático) leva à confusão das áreas delimitadas pelo papel [8].

Figura 1 - EEPi e EGPE complementares formando marca mnémica íntegra e EGPI e EGPE não complementares resultando em porosidade na marca mnémica



Segundo Bermudez, as perturbações mentais têm origem na confusão entre as diferentes áreas do núcleo do eu, da qual resultam os sintomas primários da doença. Por outro lado, quando existe uma porosidade num dos papéis psicossomáticos surgem mecanismos reparadores que tentam manter o equilíbrio do eu e conter a confusão entre as áreas em contacto, produzindo os sintomas secundários. Assim, de acordo com

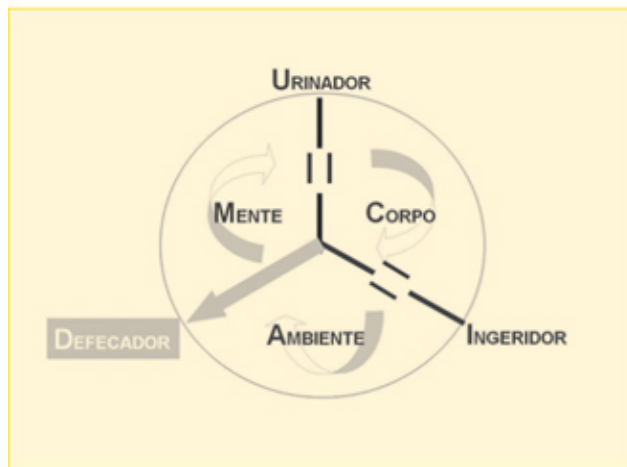
o papel psicossomático afectado e o mecanismo reparador desenvolvido, surgem os vários quadros psicopatológicos (Figura 2). Quando a porosidade afecta apenas um dos três papéis psicossomáticos, existe confusão entre as duas áreas correspondentes e a terceira área, que permanece intacta, torna-se hiper-funcional. Para Bermudez, a hiperfunção de uma das três áreas corresponde à neurose [8].

Figura 2 - Núcleo do eu e porosidades em cada um dos papéis psicossomáticos e respectivos mecanismos reparadores, dando origem aos diversos quadros psicopatológicos genericamente designados por "neuroses" por Bermudez



A psicose, por outro lado, é o resultado da existência de porosidades em dois dos papéis psicossomáticos. Neste caso, ocorre confusão entre as três áreas, deixando o indivíduo com apenas um papel psicossomático intacto que se tornará hiper-funcional. Como nas situações acima descritas, as porosidades dão origem aos sintomas primários e os mecanismos reparatórios são considerados sintomas secundários, que no seu conjunto compõem o quadro clínico psicótico. Na psicose, os mecanismos reparatórios são insuficientes, persistindo a confusão entre as diferentes áreas - emoções, pensamentos e acções, o que afecta o desenvolvimento dos papéis, o contacto do indivíduo com o ambiente e a relação consigo mesmo. Por exemplo, quando o papel intacto é o do defecador, predominam os sintomas produtivos, correspondentes à actividade alucinatório-delirante clássica dos quadros psicóticos. A figura 3 ilustra a génese do delírio paranóide [8].

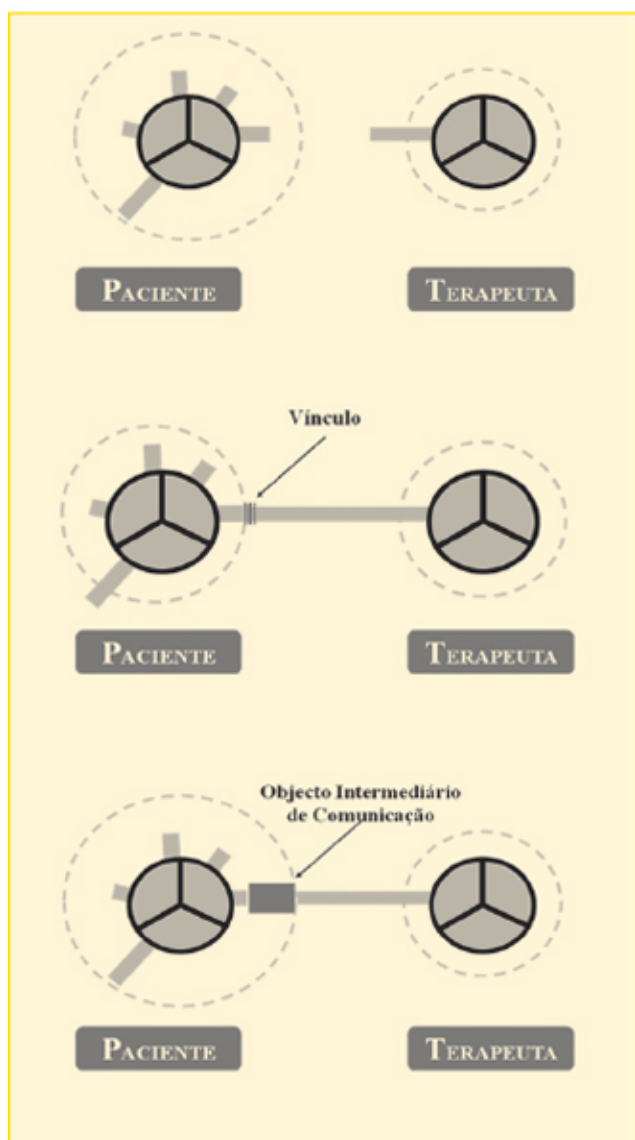
Figura 3 - Génese do delírio paranóide por existência de porosidades nos papéis de ingeridor e de urinador e hiperfunção do papel defecador



Os limites do *Self* estão intimamente ligados às emoções e aos mecanismos de defesa. O **si-mesmo** é entendido como uma barreira que "protege" a invasão do núcleo do eu. Os papéis que partem do núcleo do eu podem desenvolver-se e ultrapassar o si-mesmo, estabelecendo vínculos com os papéis complementares, o que por sua vez potencia adicionalmente o seu desenvolvimento. Quando os papéis não atingem o contacto com o exterior, não existe vínculo e atrofiam [9]. Em situações de stress que provocam no indivíduo um estado de hiper-alerta, os limites do si-mesmo expandem-se e cobrem mesmo os papéis bem desenvolvidos. Na psicose, a expansão crónica do si-mesmo, que resulta da confusão entre as três áreas, conduz à alienação do indivíduo do seu meio envolvente, encerrando-o no seu próprio universo. Desta forma entende-se que estes pacientes percebam muitas vezes os estímulos externos como ameaçadores, uma vez que não dispõem de papéis para lhes responder adequadamente. Algumas manifestações dos quadros psicóticos crónicos como o mutismo ou negativismo remetem precisamente para esta ausência de vínculos com o exterior [8]. Bermudez desenvolveu o conceito de **objecto intermediário de comunicação (OI)** a partir do seu trabalho com pacientes psicóticos crónicos e gravemente deteriorados do ponto de vista cognitivo, para os quais a comunicação natural se encontrava perturbada e a presença do outro era fonte de experiências distorcidas e bizarras. Ele percebeu que o uso de marionetas ou máscaras podia ser um facilitador do aque-

cimento psicodramático, contribuindo para focar a atenção e funcionando como um meio de restabelecer a comunicação interrompida nestes doentes alienados em relação ao seu meio envolvente. O uso do OI permite diminuir o estado de hiper-alerta em que se encontram os pacientes psicóticos crónicos, através da contracção do si-mesmo, permitindo que emerjam os papéis através dos quais poderão estabelecer vínculos com os outros. À medida que este objectivo vai sendo alcançado, restabelece-se a comunicação cara-a-cara, e prescinde-se do OI [10]. (Figura 4)

Figura 4 - Efeito do uso do OI sobre o si-mesmo na comunicação entre paciente e terapeuta



Psicodrama com pacientes psicóticos

A abordagem das perturbações psicóticas através do Psicodrama é, actualmente, considerada como complementar da intervenção psicofarmacológica, não a substituindo nem tendo como objectivo a cura da psicose mas antes a melhoria de vários aspectos da doença.

Os principais objectivos do Psicodrama com pacientes psicóticos são:

- Desenvolvimento de papéis mal desenvolvidos. Incentivar o contacto interpessoal, abordando as interacções familiares e sociais.
- Promover a socialização e melhorar as aptidões de comunicação (incluindo ao nível afectivo).
- Intervir sobre os sintomas negativos (apatia, alergia, embotamento emocional, abulia, anedonia).
- Promover o insight para a doença e, conseqüentemente, a adesão à terapêutica.
- Evitar a dependência do hospital e o excessivo foco sobre o papel de doente.
- Treino de estratégias de resolução de problemas.
- Explorar a expressão corporal e o movimento

[2].

De facto, um dos principais objectivos do Psicodrama em grupo com pacientes psicóticos é despertar no doente a noção da existência de duas realidades: a sua e a dos demais. (Silva Filho LA, 1993) Proporcionando a distinção entre a realidade delirante e a realidade exterior, no contexto protegido e contenedor da terapia, reverte-se o ciclo vicioso criado pela confusão de limites. Para os pacientes psicopatologicamente mais estabilizados, as questões das interacções relacionais tornam-se nos temas mais proeminentes, bem como as questões de como lidar com a doença e com o pesado estigma social que esta carrega. Neste aspecto também o contexto grupal e o suporte que deste advém são basilares no acolher do sofrimento individual muitas vezes trazido pela doença e exacerbado em face do reconhecimento da sua gravidade e implicações. É também trabalhada a expressão de afectos e a responsabilidade grupal, sendo o grupo um factor de socialização por si mesmo em indivíduos que estão frequentemente muito isolados [2].

No Psicodrama com psicóticos podem ser usadas todas as técnicas usadas com os demais pacientes, existindo ainda a possibilidade de técnicas específicas (Quadro 1).

Quadro 1 - Técnicas psicodramáticas mais usadas com psicóticos (adaptado de Vieira F, Estevens JD, 1999)

Técnicas psicodramáticas mais usadas com psicóticos.
• Inversão de papéis
• Soliloquio
• Interpolação de resistências
• Técnica do espelho
• Desdobramento do ego
• Representação simbólica
• Objectos intermediários de comunicação
• Átomo familiar/átomo social
• "Role-playing"
• Jogos
• Aliança às alucinações

No seu trabalho com estes pacientes, o próprio Moreno refere-se à utilização de várias técnicas, como a inversão de papéis, espelho e projecção, chegando mesmo a descrever algumas delas inicialmente neste contexto e a sugerir a sua generalização a doentes com outras patologias [5]. Também Luís Altenfelder Silva Filho, psiquiatra brasileiro e psicodramatista trabalhando com pacientes psicóticos durante longos anos, defende que qualquer técnica psicodramática é aplicável ao paciente psicótico [4]. A aplicação das várias técnicas deve, como em toda a actividade psicoterapêutica, ser orientada pelo bom senso do clínico e baseada num profundo conhecimento da sua aplicação, bem como dos pacientes em tratamento.

Como técnicas particulares deste grupo de doentes, Moreno descreve a já mencionada técnica do mundo auxiliar, sobretudo para aqueles que de outro modo não aderem ao trabalho psicodramático [5]. Outras técnicas específicas para psicóticos são o choque psicodramático, ainda actualmente usado em alguns grupos específicos, e a aliança às alucinações [4].

O grupo de psicodrama com pacientes psicóticos do Hospital de S. João

No Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, no Porto, funciona regularmente um grupo de Psicodrama específico com doentes psicóticos, que é único no nosso país, tanto quanto é do nosso conhecimento.

O grupo foi fundado em 1991 pelos psiquiatras Dra. Lionida Miranda e Dr. Luciano Moura. Tem periodicidade semanal e as

sessões duram cerca de 90 minutos. Encontra-se vocacionado para doentes com perturbações psicóticas clinicamente estabilizados, muito embora possam, em qualquer altura do seu processo terapêutico, apresentar actividade produtiva ou desorganização do seu comportamento. Sendo o Psicodrama por nós considerado uma abordagem complementar do tratamento psicofarmacológico óptimo para cada caso e não seu substituto, todos os doentes que frequentam o grupo encontram-se medicados com anti-psicóticos. Os pacientes são propostos pelos seus psiquiatras assistentes e admitidos consoante disponibilidade de vagas, num regime aberto. Em regra, não são dadas altas clínicas do grupo por não se concluir o processo terapêutico pela cura da psicose e porque, dada a condição crónica do problema, surgem variados aspectos passíveis de serem trabalhados e melhorados através do Psicodrama mesmo quando os doentes se encontram psicopatologicamente estabilizados. A coexistência de doentes em várias fases da doença e do tratamento no grupo tem sido observada como um factor que contribui para melhorar a dinâmica do próprio grupo e a sua coesão.

As características específicas deste grupo em relação aos grupos institucionais ditos "comuns" podem resumir-se numa atitude mais flexível em relação às regras a observar. O contracto terapêutico é mais flexível, não excluindo os pacientes por faltas não justificadas mas antes procurando perceber se essas faltas correspondem ou não a um agravamento do quadro psicopatológico, contactando mesmo o doente ou seus familiares, se necessário. Também a delimitação dos contextos social e grupal é menos nítida, sendo admitida a troca de informações externas ao grupo com o médico assistente ou com os familiares/cuidadores, quando há suspeita de descompensação psicótica.

A atitude terapêutica adoptada é de total acolhimento dos doentes e dos seus problemas, sendo o grupo em primeiro lugar, um meio de suporte e apoio com que estes podem contar. De acordo com as circunstâncias, a postura assumida pelo director varia entre ser cuidador (numa perspectiva quase de *maternage*) e promotor da autonomia e responsabilidade de cada um dos indivíduos.

Como já foi referido, todas as técnicas psicodramáticas podem ser usadas neste grupo específico. Os jogos dramáticos são particularmente privilegiados, como parte do aquecimento ou para trabalhar o emergente grupal envolvendo todos os elementos, embora o trabalho em contexto dramático (no

"como se") esteja presente na quase totalidade das sessões. Não existem restrições quanto ao tipo de sintomas a abordar, nomeadamente, os psicóticos. Dada a relação dualista entre o paciente e estes sintomas, a triangulação conseguida no contexto dramático contribui para a melhoria do insight. Não obstante, esta abordagem poder melhorar o juízo crítico sobre os sintomas e proporcionar o suporte em relação ao sofrimento que eles acarretam, não deve ser nunca esquecido que o Psicodrama não os faz desaparecer ou trata e, assim, não substitui de modo algum o tratamento psicofarmacológico.

Além da sua importante função de suporte, o grupo é uma oportunidade privilegiada para monitorizar clinicamente os doentes, já que são observados semanalmente. Outro dos objectivos centrais deste grupo é a melhoria do insight em relação à doença e, conseqüentemente, também da adesão ao tratamento psicofarmacológico.

Conclusão

O Psicodrama pode ser uma terapêutica adjuvante relevante no tratamento de pacientes com perturbações psicóticas crónicas, abordando alguns dos sintomas que não são o alvo dos anti-psicóticos, prevenindo o isolamento, promovendo reabilitação clínica e social dos doentes, melhorando o seu insight em relação à doença e a adesão à medicação. A terapia de grupo permite aos pacientes quebrar o isolamento social que, não raramente, acompanha a doença, fazendo-lhes sentir que os seus problemas não são exclusivos mas que afectam outros doentes de forma idêntica. Este é um contexto que favorece a partilha das dificuldades e proporciona um suporte a cada um dos elementos. Apesar destas vantagens, entre nós, o Psicodrama, amplamente utilizado em diversas outras perturbações mentais, é raramente considerado para o tratamento de doentes psicóticos. Consideramos, no entanto, que a intervenção na psicose aguda não é recomendada, permanecendo como um legado histórico do período anterior ao advento dos anti-psicóticos.

Para trabalhar com grupos de doentes psicóticos em Psicodrama é fundamental conhecer a psicopatologia (nomeadamente distinguir claramente sintomas homólogos e heterólogos e os sintomas que são passíveis de ser trabalhados com esta abordagem daqueles que apenas se tratam com tratamento farmacológico), ter experiência no tratamento de doentes psi-

cóticos e designadamente reconhecer os efeitos secundários dos antipsicóticos, ser capaz de trabalhar num ambiente pouco organizado e por vezes caótico e, naturalmente, ter experiência em Psicodrama.

Para melhor atender às suas necessidades destes doentes e para tirar o máximo partido das potencialidades desta abordagem, é importante compreender a psicose e a psicopatologia em geral à luz da teoria do Psicodrama. A psicose pode, assim, ser vista em três domínios: social, fisiológico e psicológico; o primeiro inicialmente descrito pelo próprio Moreno e os restantes de acordo com a elaboração posterior de Bermudez:

- O social refere-se à ausência de ligação entre o paciente e o seu meio envolvente.
- Ao nível fisiológico, a psicose é entendida como resultado da existência de porosidades em dois dos papéis psicossomáticos, que por sua vez resulta de falhas no desenvolvimento destes papéis por ausência de complementaridade entre as EGPI e as EGPE.
- Ao nível psicológico, o psicótico apresenta uma expansão crónica do si-mesmo, que encobre todos os papéis do sujeito [8].

Referências Bibliográficas

- [1] RA Ruddy. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illness. *Cochrane Rev Abstracts* 2007.
- [2] Vieira F, Estevens JD. O Psicodrama em pacientes psicóticos. Em: Vieira F. (Des)Dramatizar na doença mental. Lisboa: Edições Sílabo, 1999, p 127-140.
- [3] Silva Filho LA. Doença mental, um tratamento possível - Psicoterapia de grupo e Psicodrama. São Paulo: Editora Ágora; 2011.
- [4] Silva Filho LA. Técnicas exclusivas para psicóticos. Em: Técnicas Fundamentais do Psicodrama. São Paulo: Editora Ágora; 1993, p 82-.89.
- [5] Moreno JL. Psychodramatic treatment of psychoses 1939. Em: Moreno JL, Fox J. The essential Moreno: writings on psychodrama, group method, and spontaneity. New York: Springer Publishing Company; 1987, p 68-80.
- [6] J. Moreno JL. Psychodramatic shock therapy. A sociometric approach to the problem of mental disorders. *Sociometry* 1939; 2(1):1-30.
- [7] Milanello M. Moreno e Winnicott - Aproximações. Em: dissertação para obtenção de Mestrado em Psicologia Clínica, São Paulo, 2005.
- [8] Figusch Z. The 'nucleus of the I' theory of Rojas-Bermudez. Em: Figusch Z. Sambahdrama: the arena of Brazilian psychodrama. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006, p 71-89.
- [9] Pio de Abreu JL: O modelo do Psicodrama Moreniano. Lisboa, Climepsi Editores, 2006.
- [10] Rojas-Bermúdez, J. Teoría y técnica psicodramáticas. Barcelona: Paidós, 1997.