

SOCIEDADE DE PSICODRAMA DE SÃO PAULO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
CONVÊNIO SOPSP-PUCSP

FERNANDO H. N. MAUÁ

**A ILHA DOS LOUCOS: A ESPONTANEIDADE E
CRIATIVIDADE EM UM GRUPO DE PSICODRAMA COM
PACIENTES USUÁRIOS DE DROGAS E COM SINTOMAS
PSICÓTICOS DE UM CAPS AD**

São Paulo – SP
2016

Fernando H. N. Mauá

**A ILHA DOS LOUCOS: A ESPONTANEIDADE E
CRIATIVIDADE EM UM GRUPO DE PSICODRAMA COM
PACIENTES USUÁRIOS DE DROGAS E COM SINTOMAS
PSICÓTICOS DE UM CAPS AD**

Monografia apresentada à Banca Examinadora da
Sociedade de Psicodrama de São Paulo/ Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, como exigência
parcial para obtenção do título de Psicodramatista

Orientador: Prof. Sérgio Perazzo

São Paulo – SP
2016

Fernando H. N. Mauá

**A ILHA DOS LOUCOS: A ESPONTANEIDADE E
CRIATIVIDADE EM UM GRUPO DE PSICODRAMA COM
PACIENTES USUÁRIOS DE DROGAS E COM SINTOMAS
PSICÓTICOS DE UM CAPS AD**

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Sociedade de Psicodrama de São Paulo / Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Psicodramatista, sob a orientação do Prof. Sergio Perazzo.

Data:

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Sérgio Perazzo
Orientador

Prof. Anibal Mezher

Prof. Luis Russo

Dedico este trabalho
a meus pais Silene e Antonio e
aos meus irmãos Lissandra e Roberto.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Sérgio Perazzo, pela compreensão e apoio.

Aos professores que colaboram com a minha caminhada no psicodrama.

Aos meus colegas da Turma Suricatos, que se tornaram grandes amigos.

Aos profissionais do CAPS AD.

A minha coterapeuta Valéria Ferreira

Em especial aos pacientes, pela receptividade e pela oportunidade de continuar meu aprendizado como profissional.

“E a ilha desconhecida, perguntou o homem do leme, A ilha desconhecida não passa duma ideia da tua cabeça, os geógrafos do rei foram ver nos mapas e declararam que ilhas por conhecer é coisa que se acabou desde há muito tempo...”

O Conto da Ilha Desconhecida
José Saramago

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é a investigação da espontaneidade e criatividade em um grupo de pacientes usuários de drogas e com sintomas psicóticos de um CAPS AD, sob a luz da teoria moreniana, respaldada por sua prática. Esta pesquisa foi qualitativa e uma pesquisa-ação, através do método psicodramático. Como resultado desta pesquisa foi verificado que, através da espontaneidade e criatividade, a realidade suplementar apresentada nas dramatizações permitiu a criação de cenas com situações de consumo de drogas e relacionamento entre os integrantes e novas formas de resolução de situações antigas.

Palavras-Chave: Psicodrama. Psicoterapia de Grupo. Psicose. Drogas.

ABSTRACT

The objective of this research is the investigation of spontaneity and creativity in a group of drug users and patients with psychotic symptoms of CAPS AD, in the light of Morenian theory, supported by practice. This research was a qualitative and action research, through the psychodrama method. As a result of this research it was found that through the spontaneity and creativity, the surplus reality presented in dramatizations allowed the creation of scenes with drug use situations and relationships between members and new ways of solving old situations.

Keywords: Psychodrama. Group Psychotherapy. Psychosis. Drugs.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	10
1.1 Transtornos psicóticos e Uso de substância psicoativas	10
1.2 Psicoterapia de Grupo.....	13
1.3 Psicoterapia de Grupo e Psicodrama	14
1.4 Espontaneidade e Criatividade.....	17
1.5 Realidade Suplementar	21
1.6 Personagem e Papel.....	23
1.7 Psicodrama com paciente psicóticos	24
1.8 Grupo de Psicodrama com Psicóticos no Brasil.....	25
2 Objetivos	27
3 Justificativa.....	28
4 Metodologia	29
4.1 Descrição dos sujeitos	31
4.2 Contexto	31
4.3 Temporalidade	31
4.4 Modalidade de tratamento: psicoterapia psicodramática em grupo	32
5 Processamento e Discussão: Sessões	33
Sessão 1: “Barco”	33
Sessão 2 : Loja mágica “modificada”	38
Sessão 3: Ilha dos Loucos	44
6 Comentários e Conclusões	51
7 Referências Bibliográficas	Error! Bookmark not defined.
Anexo 1	56
Anexo 2	57
Anexo 3	58

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNOS PSICÓTICOS E USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS

Os transtornos psicóticos são caracterizados pela presença de alucinações (geralmente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), por distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranoide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. (1)

Os episódios psicóticos podem ser decorrentes de diversos transtornos mentais, tais como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno afetivo bipolar e também pode ser induzido por uso de substâncias ou decorrente de a uma condição médica geral. (2)

O uso e abuso de substâncias psicoativas comumente ocorre em conjunto com transtornos psicóticos. (3) A prevalência do consumo de substâncias em um primeiro episódio psicótico varia, segundo os autores, entre 6% a 44% para abuso de substâncias que não o álcool e 3% a 35% para o álcool. Alguns estudos apontam valores maiores chegando a mais de 70%. A prevalência do uso de substâncias ao longo da vida em doentes com perturbações psicóticas varia de 20% a 60%. As drogas mais consumidas são o tabaco, álcool e maconha. (3)

Em um estudo realizado na cidade de Londres observou-se que 20% a 40% dos pacientes com algum transtorno psicótico, revelaram uso de maconha em algum momento da vida (4) e que 16% dos pacientes com esquizofrenia ou outras psicoses relacionadas, referiam uso de substâncias psicoativas, excluindo o uso de álcool. A maconha parece ser a substância de abuso mais utilizada, sendo que 55% dos pacientes consomem mais que uma substância psicoativa e a associação mais frequente é o consumo de maconha e álcool. (4)

A maior parte dos estudos sobre os transtornos psicóticos e as comorbidades entre abuso e dependência de substâncias envolve a esquizofrenia, sendo escassos os estudos a respeito de outros transtornos. A esquizofrenia ocorre em aproximadamente 1% a 2% da população. (5)

Os transtornos pelo uso de substâncias psicoativas são comuns em indivíduos com esquizofrenia e essa combinação de doenças apresenta desafios especiais para o diagnóstico e tratamento. Além disso, o uso de substâncias psicoativas em pacientes com esquizofrenia pode exacerbar tanto os sintomas positivos (alucinações e delírios) como negativos (afeto embotado, falta de motivação, prejuízo na atenção, anedonia e as dificuldades nas interações sociais. (4)

Os tratamentos preconizados para pacientes com transtornos psicóticos, principalmente a esquizofrenia são, prioritariamente as medicações antipsicóticas e poucos estudos tem descrito os tratamentos não farmacológicos. As modalidades de tratamento psicoterápico e em grupo são preconizadas, em *guidelines* e manuais, tanto para pacientes com transtornos psicóticos quanto para os com dependência química. No entanto, as modalidades de tratamento não medicamento citadas são: a terapia cognitivo-comportamental, as entrevistas motivacionais, os grupos psicoeducacionais e pouco ou quase nada se fala sobre o psicodrama nestes grupos. Os estudos referem-se a psicoterapia de pacientes com esquizofrenia e psicoterapia para o abuso de substâncias isoladamente. (7)

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais estudado em relação às modalidades de tratamento não farmacológico. Podemos afirmar que a psicoterapia tem se mostrado um importante recurso terapêutico, associado ao tratamento farmacológico, na recuperação e na reabilitação do indivíduo com esquizofrenia. As abordagens apontadas com potencial de recuperação do indivíduo, do ponto de vista psíquico, interpessoal e social, são as educativas, suportivas, interpessoais e dinâmicas. (7)

Segundo alguns autores os objetivos da psicoterapia para pacientes com esquizofrenia são:

1. Oferecer continência e suporte.
2. Oferecer informações sobre a doença e modos de lidar com ela.
3. Restabelecer o contato com a realidade. O paciente deve ser capaz de reconhecer experiências reais e diferenciá-las das alucinatórias ou delirantes. Isso pode ser alcançado por meio do teste de realidade, feito pela intervenção direta do

terapeuta ou pelos próprios pacientes no caso da psicoterapia de grupo.

4. Integrar a experiência psicótica no contexto de vida do paciente, ou seja, dar um sentido à experiência psicótica.
5. Identificar fatores estressores e instrumentalizar o paciente a lidar com os eventos da vida. Os fatores desencadeantes de crises estão intimamente relacionados com as recaídas e o prognóstico da doença. Discutir formas de suportar, modificar ou compreender melhor as situações vividas pelos pacientes podem ajudá-lo a ter uma melhor evolução na sua doença. Algumas estratégias usadas são a busca de solução de problemas e o planejamento de metas, conseguidas pela orientação direta do terapeuta ou por discussões grupais.
6. Desenvolver maior capacidade de diferenciar, reconhecer e lidar com diferentes sensações e sentimentos.
7. Crescimento emocional associado à mudança nos padrões de comportamento, resultando em melhora na qualidade de vida e na adaptação social fora do setting terapêutico.
8. Conquista de maior autonomia e independência. Aumentando-se a capacidade de gerenciar a própria vida, melhora-se também a autoestima.
9. Diminuição do isolamento. Um sintoma proeminente em pacientes com esquizofrenia é o autismo. Em geral, esses pacientes apresentam pouca possibilidade de troca e de registro de experiências negativas no contato com as pessoas - geralmente paranóides. A oportunidade de experimentarem contatos positivos, individualmente ou em grupo, pode possibilitar a diminuição do autismo.
10. Observação dos pacientes. Pode-se observar, durante o processo psicoterápico, o funcionamento e o comportamento dos pacientes - de esquiva, de inibição, de desconfiança ou de inadequação - como também, a presença de sintomas psicopatológicos - delírios, alucinações, auto-referência, depressão, entre outros. Essa observação pode ajudar o

clínico na avaliação de determinado paciente. (7) Baseado nestes objetivos podemos dizer que o psicodrama se enquadra em uma boa linha de psicoterapia para psicóticos.

1.2 PSICOTERAPIA DE GRUPO

A psicoterapia de grupo foi iniciada, acidentalmente, em 1905, por Joseph Hersey Pratt (1872-1956), nos Estados Unidos. Pratt observava seus pacientes com tuberculose na sala de espera do hospital e percebeu que estes estabeleciam relações emocionais entre si e tornavam-se mais animados. Por isso decidiu reuni-los em grupo e começou a realizar cursos sobre regras de higiene, noções sobre as doenças e discussões sobre as atitudes frente a doença. Depois incluiu cursos de relaxamento coletivo e o exercício de imaginação. Ao término dos grupos, os pacientes relataram melhoras nos sintomas das doenças. (8)

Outros profissionais também utilizaram grupos, como Edward Lazell (1920), psiquiatra e psicanalista usou o método de Pratt com pacientes com demência precoce, depressão e mania. Corda Marsh (1930), precursor das “comunidades terapêuticas”, apresentava aulas, mas ampliou esse recurso na medida em que utilizou alto-falantes para aumentar a comunicação com os pacientes do hospital e mesclou psicóticos, pré-psicóticos e psiconeuróticos no mesmo grupo. Abraham Low (1937) organizou um programa de auto-ajuda com pacientes psicóticos. (8)

Sigmund Freud (1856-1939) nunca recomendou ou praticou a psicoterapia de grupo. Em sua obra, a única menção que faz ao tratamento grupal é em relação ao trabalho de Simmel com neuróticos durante a Primeira Guerra Mundial, em que realizava grupos com uma preocupação humanitária e social. (MARTINS, 1989, apud SILVA FILHO, 2000). (8)

Trigant Burrow (1875-1950) criou o termo “análise de grupo” e foi o primeiro a utilizar o método da psicanálise no ‘setting grupal’. Depois disso, Louis Wender (1889-1966), que se submeteu a análise com um aluno de Freud, descreve as relações grupais a partir de uma ótica transferencial, que seriam repetições das relações simbióticas da família de origem. Em grupo, os pacientes poderiam ter a

compreensão da dinâmica do comportamento e elaborar alguns conflitos familiares não resolvidos - o que facilitou a reorganização da personalidade. Segundo este autor, o recurso grupal estimulava uma melhora da espontaneidade do paciente.(8)

Shielder (1886-1940) foi o pioneiro na utilização da psicanálise com pacientes psicóticos em grupos. Para ele, o paciente em psicoterapia seria estimulado a questionar suas convicções, o que levaria a percepção de que as mesmas não diziam respeito a fatos reais. (8) O paciente em grupo apresentaria uma diminuição da sensação de isolamento, na medida em que transferiria seu problema individual para o grupo, podendo por sua vez identificar-se com seus conflitos- o que auxiliaria na resolução dos mesmos.

Para Knobel (2004), o recurso grupal possibilita ao paciente uma sensação de semelhança e continência. Segundo a autora, este espaço “é fundamental para diminuir o sentimento de solidão do paciente psiquiátrico, melhorar sua auto-estima e aumentar sua sensação de força.” (9)

1.3 PSICOTERAPIA DE GRUPO E PSICODRAMA

Segundo Moreno, a psicoterapia de grupo tem sua origem em três raízes: é um ramo da medicina pois os primeiros psicoterapeutas foram médicos; a psicoterapia de grupo é uma forma de tratamento que tem como objetivo tratar tanto o grupo como um todo como cada um de seus membros através da mediação do grupo. Esta começou como uma ciência do grupo terapêutico não do grupo “em si” e contribui para o estudo do grupo de forma realista com a patologia do grupo. Tem como segundo ramo a sociologia, ciência que tornou necessário descobrir um princípio científico que ultrapasse os limites do indivíduo e ao mesmo tempo abrangesse a saúde mental de vários indivíduos. (10) No entanto na sociologia não se encontrou um método de investigação que pudesse fazer uma análise de grupos.

Para isso, Moreno criou o método da Sociometria, uma sociologia dinâmica do pequeno grupo, uma “microsociologia”. A Sociometria procura pesquisar a composição do grupo, a escolha dos pacientes que se prestam para tal tratamento, as síndromes características de um grupo; busca encontrar métodos com os quais se possam tratar, eficazmente, grupos e indivíduos. (10)

A terceira raiz da psicoterapia de grupo é a religião. Religião vem de *religare*, ligar, é o princípio de “tudo reunir”, de ligar em conjunto, a imaginação de um universalismo cósmico. (10)

Para J.L. Moreno: “O homem é um ser cósmico; é mais que um ser psicológico, biológico e natural”. (10)

Moreno observou que no desenvolvimento da psicoterapia de grupo o relacionamento entre os membros do grupo não se baseia apenas nas comunicações verbais, mas que atuam na engrenagem das sessões de psicoterapia de grupo diferentes formas de comunicação. Existe um relacionamento recíproco baseado na interação entre seus membros que tem um significado maior do que a interação com o terapeuta, este é o aspecto que diferencia a psicoterapia de grupo dos métodos individuais. (10)

Outro aspecto importante na psicoterapia de grupo, é o “o juramento do grupo”, ou seja os membros do grupo são levados progressivamente, em momentos oportunos no decorrer do tratamento, a compreender sua responsabilidade recíproca no grupo. (10)

Segundo Moreno, na psicoterapia de grupo, os pacientes também têm a função de terapeutas auxiliares, ou seja, um paciente é um agente terapêutico dos outros. Um grupo é um agente terapêutico para outros grupos. Isso foi o que Moreno denominou como princípio da interação terapêutica, no qual a independência dos indivíduos participantes não se dissolve, como na massa, e no qual as suas capacidades terapêuticas são aproveitadas. Outro princípio não menos importante é o princípio da espontaneidade, da produção espontânea do grupo. Uma outra mudança radical da sessão individual para a sessão em grupo foi o caráter direto, imediato da interação do grupo, interação que tem todas as características de uma prova de realidade. (10)

Segundo Moreno: “O fundamento da psicoterapia de grupo é a doutrina da interação terapêutica.” (10)

O objetivo da psicoterapia de grupo é:

- a) favorecer a integração do indivíduo em face das forças incontroladas que o cercam; isso se atinge graças à exploração que o eu individual faz de seu ambiente imediato, por exemplo, através de análise sociométrica;

- b) favorecer a integração do grupo. Essa aproximação pelos dois lados, tanto do indivíduo como do grupo, facilita sua integração recíproca.

A regra fundamental é “interação livre e espontânea”, a) entre os pacientes, b) entre os pacientes e o terapeuta, c) entre os terapeutas. Há três tipos de auxiliares terapêuticos: a) o terapeuta principal, b) o terapeuta auxiliar profissional, o ego-auxiliar e c) o paciente como terapeuta auxiliar. (10)

Em resumo, podemos dizer:

- a primeira base da psicoterapia de grupo foi a interação espontânea entre os membros do grupo apoiada pelo terapeuta.
- a segunda foi introduzida mais tarde, quando se ligou sistematicamente a sociometria com a psicoterapia de grupo: o estudo da composição do grupo no curso do tratamento.
- a terceira base foi colocada quando se uniu o psicodrama à psicoterapia de grupo: o princípio da ação, o “atuar terapêutico”, num ambiente controlado, como medida profilática contra o “atuar irracional” na própria vida. (10)

Segundo Garrido Martin, a psicoterapia grupal é uma forma de psicoterapia em que os seus membros participam livres de entraves e o mais importante é a livre participação. (11)

O próximo passo decisivo do desenvolvimento da psicoterapia de grupo foi o psicodrama. (10)

Moreno: “O Psicodrama é a terapia profunda do grupo.” (10)

O fundamento do psicodrama é o princípio da espontaneidade criadora, a participação desinibida de todos os membros do grupo na produção dramática e a catarse ativa. (10)

Drama é uma palavra grega e significa “ação” (ou algo que acontece). Psicodrama pode daí ser definido como o método que penetra a verdade da alma através da ação. (10)

É principalmente no tratamento de pessoas psicóticas que o psicodrama atingiu admiráveis resultados através de uma espécie de catarse de “amor”, uma catarse que nasce do encontro de pessoas igualmente sofredoras. (10)

O princípio teórico é de que o terapeuta e seus assistentes trabalham diretamente no plano de espontaneidade do paciente e dentro do seu mundo; é manifestamente sem importância para o tratamento se a “espontaneidade” do paciente for chamada de seu “inconsciente”. Mas é importante, entretanto, que o paciente abra, realmente, o domínio de pessoas e objetos, que preenchem seu mundo psicótico, por mais fragmentárias e confusas que possam ser suas vivências. (10)

O psicodrama desenvolveu, a partir disso, um sistema de métodos cuidadosamente elaborados, com o qual o terapeuta e seus egos-auxiliares se introduzem no mundo do paciente e procuram povoá-lo com imagens extraordinariamente familiares, que tem a vantagem de não ser totalmente ilusórias e não ser totalmente reais, mas meio imaginárias e meio verdadeiras. (10)

O psicodrama repousa na hipótese de que “microculturas terapêuticas” precisam ser criadas para o paciente isolado ou no grupo em lugar da (ou como) ampliação de um ambiente natural insatisfatório, para dar ao paciente oportunidade de uma readaptação e reintegração psicodinâmica e sociocultural.

O psicodrama aproxima-se da própria vida. Quanto mais uma psicoterapia se aproxima do encontro vivo, maior será o sucesso terapêutico. (10)

1.4 ESPONTANEIDADE E CRIATIVIDADE

Segundo Moreno: a espontaneidade, de origem latina - *sponte* = do interior para o exterior, é a resposta adequada a uma nova situação ou a nova resposta a uma situação antiga. Espontaneidade atua no presente, no aqui e agora. Embora seja a mais antiga em termos universais e na evolução, é a força menos desenvolvida nas pessoas e, frequentemente, inibida e desencorajada pelas instituições culturais. Uma grande parte da psico e sociopatologia humanas pode ser atribuída ao desenvolvimento insuficiente da espontaneidade. (10)

Para J.L. Moreno: “A espontaneidade e sua liberação atuam em todos os planos das relações humanas, quer seja comer, passear, dormir, ter relações sexuais, ou relacionar-se socialmente; manifestam-se na criação artística, na vida religiosa e no ascetismo”. “E torna-se supérfluo provar a necessidade da

espontaneidade no psicodrama, se nos lembrarmos que este nasceu do “ teatro da espontaneidade.” (10)

A importância da espontaneidade nas técnicas terapêuticas determina que em todas elas sejam usadas, inicialmente exercícios físicos e mentais para desencadear o que, por enquanto, chamaremos de esta “força”. Esses exercícios têm por finalidade mover a pessoa a agir espontaneamente sem preconceitos nem amarras. Se Moreno lhe concede tal valor terapêutico, preciso é demonstrar que a doença tem suas raízes na falta de espontaneidade e que a função da terapia é devolvê-la ao paciente.

Conforme Moreno relata “a enfermidade psíquica está ligada à falta de espontaneidade”, o confirmam palavras como estas: “Uma grande parte da sócio e da psicopatologia humana pode ser atribuída um desenvolvimento insuficiente da espontaneidade.” (10)

Segundo Garrido Martin, apesar do que diga Moreno, a espontaneidade deve ser entendida como energia que se conserva e que se transforma. (10) É preciso evitar a criação de excessivas conservas culturais, que sufocam a espontaneidade e a capacidade criadora do homem. Por que empenhar-se em ter uma vida resolvida, tendo, de antemão, para cada problema, a solução buscada? Esta postura não aniquila o enfrentamento pessoal e original com a realidade? As conservas transformam o homem em robô previamente programado. As conservas surgem da ansiedade do homem, querendo ter assegurada a sua resposta diante do desconhecido. Talvez esse esforço que Moreno exige do homem, constitua um excessivo risco, porém ele será sempre mais pessoal, por ser exclusivamente de si própria, aqui e agora, e não uma apropriação alheia. (11)

As conservas sufocam a espontaneidade e este esgotamento da espontaneidade produz a doença psíquica. (11)

A criança aprende modos de conduta estandardizados e aprende a manejar as conservas culturais; assim o mundo deixa de parecer-lhe uma novidade - condição indispensável para a criação da espontaneidade no homem - e por isso utilizará menos sua espontaneidade. A espontaneidade não diminui com a idade, mas acontece que a frequência do uso das conservas culturais aumenta. A espontaneidade em si é inesgotável pelo fato de criar-se no instante, para cada circunstância. É função da terapia, tal como concebe Moreno, evitar que as conservas culturais sufoquem a espontaneidade. (11)

Ao fazer da espontaneidade o eixo de sua teoria e de sua terapia, nosso autor (Moreno) pressupõe que o mundo deve estar aberto à criatividade constante e que o homem deve ser um criador, um gênio. (11)

Moreno explica a espontaneidade como um catalisador que age como intermediário e desencadeia a criatividade que, por sua vez, produz as conservas culturais. (11) Um catalisador atua acelerando as reações químicas, sem perder a integridade de sua constituição e separando-se do produto ou reação resultantes. É claro que, como toda comparação entre físico e psíquico, esta não pode se dar no momento presente e depois desaparecer. A comparação é válida apenas com relação a sua função mediadora. (11)

Garrido Martin descreve como Moreno reforça a validade do conceito: “A espontaneidade é o catalisador. A criatividade é o X elementar sem compreensão específica, o X que se reconhece por seus atos. Para entrar em ação, necessita de um catalisador - a espontaneidade- como a Bela Adormecida precisou do Príncipe Encantado para sair do seu sono”. “A manifestação operacional da interação entre a espontaneidade e a criatividade é o processo de *warming up*, ou seja, de aquecimento, de liberação da espontaneidade. Pelo que sabemos, os únicos produtos destas interações são os modelos cristalizados da cultura”. (11)

Para Moreno, o mundo está enfermo de criatividade. Os bacilos dos produtos definitivos estão invadindo e terminarão por deixá-lo definitivamente afetado, senão definitivamente morto: “ A coletividade deve ser liberada dos excessos patológicos de sua própria cultura, ou pelo menos, essas influências culturais devem ser controladas.” (11) O perigo está nos robôs que aniquilam a criatividade do homem, e sabemos que esta criatividade é impulsionada pela espontaneidade. (11)

Moreno conclui: “a conserva aborta o gênio, a espontaneidade o realiza” e “O que a educação da espontaneidade faz por elas, uma vez que não altera a sua inteligência formal, é pelo menos levá-las a atuar e parecer melhor orientadas para a vida, mais inspiradas, mais reais, mais sábias. E, embora menos instruídos, certamente mais inteligentes que alguns alunos da escola formal, que têm um quociente intelectual semelhante.” (11)

Sua terapia espontânea pretende que o homem indivíduo e a humanidade sociedade se enfrentem com a vida e a história de maneira original e pessoal, como se cada momento fosse inédito e pedisse uma resposta improvisada.

Como se as soluções prontas e pré-fabricadas obstruíssem o progresso social e a realização dos indivíduos.

Moreno aproveitou o drama, inclusive a revolução dramática de Stanislavski, como base para o seu teatro espontâneo e depois, para o seu teatro terapêutico. O drama, sendo uma conserva cultural, não chegou a escravizar a novidade do seu psicodrama, que foi uma “resposta nova a uma situação antiga”. (11)

Schutzenberger refere que espontaneidade não é fazer qualquer coisa em qualquer momento, em qualquer lugar, de qualquer maneira e com qualquer pessoa, o que seria uma espontaneidade patológica. Em psicodrama, ser espontâneo é fazer o oportuno no momento necessário. É fazer a resposta boa a uma situação geralmente nova, e por isto mesmo difícil. Deve ser uma resposta pessoal, integrada, e não uma repetição ou uma citação inerte, separada de sua origem de seu contexto. (11)

Schutzenberger também compreendeu a espontaneidade assim como Moreno, que diz: “a espontaneidade é a melhor adaptação a uma realidade que se aprende a perceber de maneira mais completa”. Essa definição abrange, de fato a da inteligência e a da adaptação.

Moreno refere que: “A espontaneidade é a disposição do sujeito a responder tal como é requerido. É uma condição - um condicionamento - do sujeito; uma preparação do sujeito para a ação livre. Onde não se pode alcançar a liberdade mediante um ato de vontade. Ela surge gradualmente, como resultado da educação da espontaneidade. Por conseguinte, parece como resultado como que, por meio da educação da espontaneidade, o sujeito se torna relativamente mais livre das conservas - passadas ou futuras - do que era antes isto demonstra o valor biológico da espontaneidade, assim como seu valor social.” (11)

O conceito de criatividade aparece ligado ao conceito de espontaneidade. Moreno repete indiscriminadamente: “espontaneidade criadora”, “criação espontânea” ou “espontaneidade-criatividade.” (11)

Segundo Garrido Martin: “ato espontâneo é ato criador, criatividade é momento de espontaneidade”, de suas obras nos fica a impressão de que fala de criatividade no sentido de progresso, evolução, crescimento, invenção, arte e artesanias: tudo o que suponha inovação ou desenvolvimento. E, com referência ao homem, lhe confere um sentido de vitalismo, otimista e às vezes ingênuo. (11)

Moreno relata: “Sem criatividade a espontaneidade do universo tornar-se-ia vazia e estéril; sem espontaneidade a criatividade do universo se limitaria a um ideal sem eficácia se sem vida”(11). “Em consequência, a espontaneidade e criatividade aparecem como pertencentes a categorias diferentes: a criatividade pertencente à categoria da substância - é a arqui-substância-, a espontaneidade à categoria dos catalisadores - é o arquicatalisador.” (11)

A espontaneidade criadora explica o homem são e o homem doente e explica também as técnicas morenianas de cura: psicodrama, psicoterapia de grupos e sociometria. (11)

Para Moreno: “A vinculação da espontaneidade com a criatividade significou um importante progresso e o reconhecimento de que ambas são as forças primárias da conduta humana.” (11)

1.5 REALIDADE SUPLEMENTAR

Segundo Moreno descreve: “o psicodrama enriquece o paciente com uma experiência nova e alargada da realidade, uma “realidade suplementar” pluridimensional, um ganho que ressarce, pelo menos em parte, o sacrifício que ele teve que fazer durante o trabalho de produção psicodramática.” (10)

Perazzo (2010) ratifica que “a realidade suplementar não é uma técnica, é simplesmente a realidade com que se trabalha o psicodrama o tempo todo.” (12)

Segundo Marineau (1990), Moreno entende verdade psicodramática como uma forma de verdade subjetiva em que a pessoa coloca em evidência suas próprias forças criadoras, apelando não só para um real imediato, mas para um real que se apodere de um “engordamento” da realidade: a realidade suplementar. (12)

A realidade suplementar é, portanto, o substrato da nossa verdade psicodramática e poética. Realidade e fantasia, como nos lembra Soliani, não estão conflito. Representam o “conjunto das dimensões invisíveis da realidade, da vida intra e extra psíquica” segundo a concepção. (12)

Para Moreno, segundo Zerka Moreno, a realidade suplementar dá ao protagonista não só o trânsito entre duas dimensões de realidade, como também,

por seu caráter objetivo, a sensação ou, mais a vivência, só a ele (o protagonista), de gravitar em áreas igualmente reais como sua verdade única, vivenciada, em que sua intuição está perfeitamente casada com sua inspiração. (12)

Perazzo (2010) afirma que a realidade suplementar constitui como requinte criativo em que o sujeito se integra e se eleva numa dimensão cósmica da confluência da condição humana na relação com o seu semelhante. (12)

Sylvia Cardim, em sua monografia “Um encontro oportuno: Moreno e Bachelard – em direção ao cosmodrama”, destaca que a construção de um diálogo entre os dois (eles se visitam num encontro imaginado por ela) em uma realidade e irrealidade se confrontam e o “real é absorvido pelo mundo imaginário”, demandando o resgate dos estados de espontaneidade. (12) Perazzo (2010) exemplifica que “naturalmente, em se tratando do homem aprisionado em conservas, o psicodrama oferece a oportunidade e os meios para a construção de um percurso em que, ao vivenciar, criando, uma realidade suplementar, ele estará caminhando no sentido do apoderamento e do resgate da espontaneidade perdida ou adormecida, tendo como instrumento a própria criatividade, recolocando-o no universo em que se configure como uma centelha divina.” (12)

Devanir Merengué reafirma com Moreno que “a espontaneidade e a conserva cultural não existem em forma pura”. Conforme Perazzo (2010) descreve: “Toda cena psicodramática, sua montagem e o seu percurso, é a coconstrução, sempre, de uma realidade suplementar.” (12)

A realidade suplementar do protagonista em cena é sempre um processo de cocriação. A cena psicodramática é e sempre será a expressão viva da realidade suplementar do protagonista, acrescida de elementos da realidade suplementar de cada integrante do grupo, incluído o diretor. (12)

No psicodrama, as sessões são imersas em imaginação e fantasia, ou seja, a realidade suplementar em que os personagens habitam. (12)

1.6 PERSONAGEM E PAPEL

O personagem não é um termo descrito por Moreno em sua obra, no entanto é frequente o uso de papel e personagem como sinônimos pelos psicodramatistas. (12)

Calvente (2002) apresenta em seu livro “O personagem na psicoterapia” um estudo sobre o personagem. Ele nos aponta a relação entre personagem e persona-máscara, enfatizando a sua ligação com a fantasia e imaginação. O termo personagem tem vários significados. Pode ser definido como “um papel representado por um ator ou atriz a partir da figura humana fictícia criada por um autor”, que como “figura humana representada em várias formas de arte”. Outro significado é o do “homem definido por seu papel social ou comportamento.” (12-13)

A definição de papel no dicionário é muito semelhante ao de personagem: “a personagem representada por cada ator ou atriz” e “parte que cada ator desempenha no teatro, no cinema, na televisão”. As definições de personagem e papel se confundem, mas sempre são produtos da imaginação. (13)

Calvente, em seu estudo sobre o personagem/papel, nos alerta que determinadas formas repetitivas de comportamento ocorrem em papéis sociais diferentes, configurando um personagem conservado que se repete em situações e contextos diversos. (13) Perazzo (2010) revela que a visibilidade de uma transferência pode se efetivar como um personagem estereotipado que migra por meio de efeito de cacho ou feixe de papéis em múltiplas complementaridades dos mais diferentes papéis. (12)

Em 1994, Perazzo propôs o termo equivalentes transferenciais para caracterizar os sinais indiretos da transferência que nos guiassem no percurso do protagonista na cena psicodramática, partindo da própria etapa de aquecimento inespecífico, que tanto pode ser um sintoma, um trecho de um discurso, uma postura corporal, um movimento na cena. Desta forma a captação de um personagem conservado, tanto na fala quanto na ação dramática, também pode ser considerada um equivalente transferencial. (12)

Em 2003, Maria da Penha Nery criou o conceito de lógicas afetivas de condutas, para caracterizar “expressões racionais de sentimentos e sensações

que orientam a dinâmica da pessoa em determinados momentos e contextos”. No que diz respeito a transferência, é preciso detectar qual personagem interno num vínculo primário, em seu papel complementar, detém o poder na coconstrução de uma transferência em seu status nascendi. (12)

1.7 PSICODRAMA COM PACIENTE PSICÓTICOS

A abordagem dos pacientes com quadros psicóticos, através do psicodrama é, atualmente, considerada como complementar ao tratamento medicamentoso, não o substituindo nem tendo como objetivo a cura da psicose, mas antes a melhora de vários aspectos da doença.

Os principais objetivos do Psicodrama com pacientes psicóticos são:

- Desenvolvimento de papéis mal desenvolvidos. Incentivar o contato interpessoal, abordando as interações familiares e sociais.
- Promover a socialização e melhorar as aptidões de comunicação (incluindo ao nível afetivo).
- Intervir sobre os sintomas negativos (apatia, alogia, 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.

Um dos principais objetivos do psicodrama em grupo com pacientes psicóticos é despertar no doente a noção da existência de duas realidades: a sua e a dos demais. (8) O que proporciona a distinção entre a realidade delirante e a realidade exterior, no contexto protegido e contendor da terapia, reverte-se o ciclo vicioso criado pela confusão de limites. Para os pacientes psicopatologicamente

mais estabilizados, as dificuldades de relacionamento interpessoal tornam-se um dos temas mais proeminentes, mas também 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 importantes para o acolhimento 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 afetos e a responsabilidade grupal, sendo o grupo um fator de socialização por si mesmo em indivíduos que estão frequentemente muito isolados. (6)

*O autor Luciano Moura não explica o que seriam esses papéis “mal desenvolvidos”.

1.8 GRUPO DE PSICODRAMA COM PSICÓTICOS NO BRASIL

O uso do psicodrama com psicóticos no Brasil ainda é escasso e ainda poucos estudos apresentam grupos de psicóticos. Moreno descreve o tratamento de pacientes em um dos seus protocolos principais, o Protocolo de Adolf Hitler, em que ele relata o tratamento psicodramático do Sr. Karl, que acreditava ser Adolf Hitler.

Uma das experiências bem-sucedidas no Brasil foram os atos terapêuticos realizados, de 1979 a 2004, na forma de psicodrama público, semanalmente na enfermaria do serviço de psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE). Esta enfermaria assistia pacientes psiquiátricos agudos com diversos diagnósticos psiquiátricos: descompensação de transtornos neuróticos, esquizofrênicos, transtornos delirantes, quadros psicóticos de etiologia variada, transtornos maníacos ou depressivos, dependentes químicos de substâncias psicoativas com descompensações psicóticas, transtornos de personalidade, quadros psiquiátricos de etiologia orgânica. O ambiente utilizado era uma sala de uso comum que servia como sala de estar e para atividades de terapia ocupacional. Não havia uma sala destinada exclusivamente para as sessões de psicodrama e não haviam recursos especiais para dramatização, como palco, luzes coloridas, almofadas, aparelhos de som. (8)

Os participantes do grupo eram médicos psiquiatras e estagiários de psiquiatria, aprimorados de terapia ocupacional, psicologia e enfermagem e estudantes destas disciplinas. A direção do grupo era do psicodramatista Luiz Altenfelder Filho e os demais membros da equipe tinham função de coterapeuta e ego-auxiliar. Por vezes, algum residente dirigia o grupo e Altenfelder exercia o papel de coterapeuta. (8)

O grupo era aberto a todos os pacientes, cuja participação é voluntária. Não havia critérios de seleção, seja por diagnóstico, idade nível sociocultural ou sexo. Eram contraindicados a participar pacientes com alto nível de descontrole, principalmente quanto à a agressividade. Também eram contraindicados: crianças, deficientes mentais e pacientes demenciados. O contrato de participação da sessão, tendo em vista o grau de comprometimento psíquico dos pacientes era: a participação voluntária, pode-se entrar e sair da sala a qualquer momento, não se admitia comportamento explicitamente agressivo e não era permitido fumar. (8)

Este trabalho teve como objetivo estudar um grupo de pacientes psicóticos que também utilizavam drogas, com base na teoria psicodramática, em relação a espontaneidade e criatividade, das conservas, do personagem conservado e também pela realidade suplementar. Importante avaliar as características deste grupo que podem facilitar a dramatização e catarse.

2 OBJETIVOS

Estudar o psicodrama em um grupo de pacientes psicóticos em relação à espontaneidade-criatividade, conservas culturais, personagem conservado e papéis sociais e psicodramáticos e realidade suplementar.

3 JUSTIFICATIVA

O conhecimento das características do grupo de psicodrama com pacientes psicóticos pode facilitar a dramatização e catarse.

4 METODOLOGIA

O grupo de psicodrama com psicóticos do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas) Capela do Socorro foi desenvolvido a partir da observação de que os pacientes com quadros psicóticos crônicos ou agudos apresentavam muita dificuldade em participar de grupos com outros dependentes químicos sem quadros psicóticos. Pois, muitas vezes, os psicóticos não se sentiam pertencentes daqueles grupos em que a maioria era de não-psicóticos e tinha muita dificuldade em expressar seus pensamentos ou ideias delirantes. Os psicóticos eram pouco colaborativos nas atividades propostas, provavelmente em virtude do quadro clínico e de aspectos de personalidade (esquiva, persecutória, ambivalente e apática).

Neste CAPS todos os pacientes em tratamento apresentam algum tipo de dependência química de uma ou mais drogas (álcool, tabaco, cocaína, crack, maconha, alucinógenos, estimulantes e outros).

Os indivíduos para participarem deste grupo precisavam estar inscritos no CAPS, estar em atendimento médico-psiquiátrico regular neste CAPS, podendo ou não estar participando de outros grupos.

Os pacientes foram incluídos no grupo pelo médico ou “gestor” do caso, que é o profissional (psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, farmacêutico) do CAPS que realiza o Projeto de Tratamento Individual ou Singular (PTI ou PTS).

Os pacientes precisavam ter 18 anos ou no máximo 60 anos¹, ter apresentado ou apresentar quadro psicótico acompanhado da dependência química no último ano e não apresentar histórico de lesão cerebral grave, como demência moderada a grave, traumatismo craniano grave ou deficiência mental moderada a grave.

As escolhas para formação do grupo foram baseadas nas características dos pacientes em tratamento neste CAPS.

¹ * a escolha desta faixa etária está relacionada ao fato de que adolescentes apresentam demandas de tratamento mais específicas e no caso deste CAPS, poucos pacientes apresentam mais de 60 anos e os pacientes com mais de 60 anos, no geral, apresentam comprometimento cognitivo importante o que prejudicaria o andamento do grupo.

Os pacientes participantes do grupo poderiam estar em qualquer modalidade de tratamento no CAPS, por exemplo, alguns pacientes participam do tratamento intensivo (permanecem no CAPS o dia todo - das 8 às 16 horas - de segunda a sexta-feira) ou semi-intensivo (permanecem meio período no CAPS ou frequentam o CAPS - 2 a 3 vezes por semana) ou em tratamento ambulatorial (frequentam o CAPS somente no período do grupo- 1 vez por semana ou mais de um grupo somente no período dos grupos).

Para permanecer em tratamento neste CAPS é necessário que o paciente frequente pelo menos um grupo e que esteja em acompanhamento médico na unidade. Não é exigida a abstinência.

Este grupo foi inicialmente desenvolvido para ser um grupo de psicoterapia psicodramática processual com um número máximo de 12 participantes. No entanto, os pacientes psicóticos não apresentavam uma frequência adequada, apresentavam muitas faltas, provavelmente em virtude dos sintomas psicóticos e da manutenção do consumo frequente de drogas. Então cada sessão havia um número variável de pacientes e cada sessão era formada por um grupo diferente. O grupo não se iniciou com todas as vagas preenchidas, então em algumas sessões eram incluídos novos participantes. Alguns pacientes eram “retirados” do grupo por abandono ou por outros motivos (internações, dificuldades pelo horário das sessões ou mudanças no seu projeto terapêutico). O abandono foi considerado quando o paciente apresentava duas faltas consecutivas. Neste caso, eu entrava em contato telefônico com o paciente ou família, para verificar o motivo das faltas e para confirmar se o paciente gostaria de retornar ao grupo. Quando o contato telefônico não era possível, enviávamos um telegrama para convidá-lo a retomar o tratamento.

Em virtude das características da formação do grupo, cada sessão apresentava-se como um ato psicodramático, ou seja, os componentes do grupo poderiam ser variáveis e as sessões geralmente tinham começo, meio e fim.

De qualquer forma, nas sessões seguintes alguns aspectos ou impressões da sessão anterior poderiam ser lembrados pelo diretor e o mesmo explicava de forma sucinta os acontecimentos das sessões para os novatos e faltosos.

4.1 DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS

Pacientes de ambos os sexos, que já realizam o tratamento no CAPS AD, já participam de outros grupos (prevenção de recaída, redução de danos, terapia ocupacional, atividades físicas) e acompanhamento médico clínico e psiquiátrico, que poderia ser realizado pelo psiquiatra-diretor do grupo ou outro psiquiatra da unidade.

Os critérios de inclusão no grupo foram:

- faixa etária de 18 a 60 anos
- ter diagnóstico de transtorno psicótico e uso de substâncias
- estar inscrito para tratamento no CAPS AD
- estar em acompanhamento médico no CAPS AD.
- não apresentar lesão neurológica grave - TCE, demência e deficiência mental moderada a grave.

4.2 CONTEXTO

As sessões foram realizadas em sala do anfiteatro do CAPS AD, que apresentava um espaço amplo e adequado, com palco e cadeiras escolares. Os materiais disponíveis foram computador com projetor, rádio e alto-falantes e era possível utilizar colchonetes eventualmente.

4.3 TEMPORALIDADE

O grupo ocorreu de dezembro de 2014 a abril de 2015

As sessões ocorriam todas as segundas-feiras, às 10 horas, com duração de 1 hora e meia.

4.4 MODALIDADE DE TRATAMENTO: PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA EM GRUPO

Os pacientes poderiam ser encaminhados para o grupo por qualquer profissional do CAPS até que se completassem 12 vagas. O grupo iniciou com 5 a 6 pacientes e no máximo 10 pacientes. Foi permitido que outros pacientes “entrassem” posteriormente, no decorrer do processo terapêutico.

5 PROCESSAMENTO E DISCUSSÃO: SESSÕES

As sessões descritas foram escolhidas em virtude das características que pudessem exemplificar os aspectos estudados. Elas estão apresentadas de forma cronológica, mas houve sessões não descritas aqui. As sessões escolhidas foram as mais relevantes, em virtude da participação e exemplificação do processo psicodramático.

Sessão 1: “Barco”

Os presentes nesta sessão foram: Alexandre, Walter, Valdemar, Maria Lucia, Clóvis, Saulo e Nelson (nomes fictícios).

Iniciei a sessão pedindo para que cada um dissesse seu nome e falasse também sobre alguma atividade que gosta de fazer para se divertir.

(*O objetivo desta instrução foi a apresentação dos novos integrantes do grupo, pois havia 2 novos integrantes. Perguntar sobre “quais atividades gostam de fazer” foi uma forma de conhece-los melhor e descobrir atividades prazerosas e de lazer. Porque neste grupo de pacientes psicóticos, as atividades de lazer e diversão são escassas. A maioria deles tem poucos amigos, permanecem a maior parte do dia em casa. Em quase todas as sessões, quando eu perguntei sobre “o que tem feito no seu dia a dia ou fim de semana”, as respostas foram “sempre”: “fiquei em casa”, “não fiz nada”, “assisti televisão”. E também foi uma forma de que os pacientes novos e os antigos pudessem identificar características que pudessem promover identificações e que facilitassem a integração.)

- Nelson iniciou dizendo que gosta de ouvir música, mas não toca nenhum instrumento e não gosta de dançar. Prefere ouvir pagode e funk.

- Saulo diz que também gosta de ouvir músicas, mas raramente as ouve e que gosta de jogar futebol, mas que também não tem jogado por problemas no joelho.

- Walter diz que gosta de ouvir música, mas só gosta de ouvir rock, ouve com frequência bandas como Black Sabbath e Metallica, conta que costumava ir em shows de rock, mas deixou de frequentar, porque “lá”, “rola muita bebida e drogas” e tem preferido se manter abstinente.

- Alexandre gosta de jogar videogame, joga todos os dias, mas queria “poder” trabalhar, pois está desempregado e não se acha “bem” ainda para voltar a trabalhar. Pois sente-se indisposto e “devagar” depois do surto que apresentou.

- Valdemar diz que gosta de ler e ficar com os filhos.

- Clóvis conta que gosta de ouvir samba e sertanejo, mas não sabe dançar.

- Maria Lucia conta que gosta de maquiagem, pergunto sobre outras atividades e diz que não gosta “de mais nada”.

Em um segundo momento, pergunto quais foram os acontecimentos da última semana, se fizeram uso de drogas e que atividades fizeram. (*O grupo também tinha o objetivo de avaliar o consumo de drogas semanalmente e ampliar o repertório de atividades, que é bastante restrito nestes pacientes).

- Walter conta que “só” assistiu televisão e bebeu 3 garrafas de cerveja e 2 doses de conhaque “no último sábado”, no bar próximo de sua residência, mas não fez uso de outras drogas. Conta também que não ouviu vozes. (Este paciente já tinha o costume de dizer sobre as alucinações espontaneamente, porque com frequência apresentava alucinações quando fazia uso de drogas).

- Saulo diz que se mantém abstinente, “não tem costume de sair de casa” e carpiu o quintal. (*informação importante ele ter “carpido o quintal”, tendo em vista que é um paciente com pouca iniciativa para qualquer atividade).

- Nelson informa que foi na casa de sua avó, no último fim de semana, encontrou com os primos, fumou 2 baseado e bebeu duas latas de cerveja.

- Alexandre conta que saiu sozinho de casa, encontrou dois amigos, bebeu 3 latas de cerveja e usou 2 baseado.

- Clóvis diz que não saiu de casa desde a última consulta e ficou vendo televisão, principalmente filmes. Manteve-se abstinente.

- Valdemar conta que estava abstinente da maconha “há uma semana” e que só tem ido trabalhar e permanecido em casa com os filhos.

- Maria Lucia refere que ficou em casa, usou maconha todos os dias, mas não usou crack.

Peço que todos se levantem e comecem a andar pela sala, realizando alongamentos de partes do corpo. Peço para que pensem em que lugar gostariam de estar naquele momento. Alguns dizem em uma ilha deserta, na praia, numa cachoeira. Pergunto se todos gostariam de ir para praia e chegar numa ilha. Todos concordam e peço para que todos deem as mãos e se imaginem em um barco. Digo que este barco tem um capitão, mas que este capitão seria trocado de tempos em tempos. De maneira lúdica, brincamos de que ali tinha um barco. Digo que quando eu disser “troca”, este barco vai mudar de capitão. Falo que eu seria o primeiro capitão, eu também de mãos dadas, digo que a nossa viagem irá começar e começamos a andar pela sala de mãos dadas lentamente. Mas digo que este caminho é longo e com muitos obstáculos. Aumento a velocidade em que andávamos pela sala, em sentido circular, andamos muito próximo as cadeiras que estão no meio da sala, aumento mais os movimentos e digo que este caminho tem muitos obstáculos e tempestades e que o mar é revolto. Então o barco começou a ser dirigido pela minha coterapeuta que continua nesse “mar revolto”. E assim, diversas trocas de capitão foram feitas, de forma que todos pudessem experimentar o papel de capitão. Digo que o barco vai parar num porto. Mantemo-nos de mãos dadas e digo que cada um poderá trazer alguém para dentro deste barco e que cada

um diria quem seria essa pessoa. Após cada paciente escolher quem vai acompanhá-lo nesta viagem.

*O objetivo deste jogo com o barco foi promover a integração e contato físico do grupo, de mãos dadas e permitir que cada um pudesse ser o capitão deste barco e que pudesse navegar pela sala/mar e que levasse os outros aos ambientes da sala. O barco surgiu de forma espontânea e foi sendo desenvolvido conforme a participação dos integrantes do grupo.

Resumidamente, nesta etapa, peço que escolham um membro da família, após a escolha peço para que o paciente entre no papel deste familiar. Perguntei sobre o tratamento do paciente a este familiar. (*O objetivo desta troca de papéis foi que os pacientes pudessem experimentar o papel deste familiar que geralmente eram as pessoas mais próximas e que tinham uma relação melhor com estes pacientes. Além de permitir que os pacientes se coloquem no papel deste familiar em relação ao seu tratamento).

- Nelson escolheu levar sua irmã Natália para esta viagem. Peço para conversar com a Natalia e peço para que o Nelson “entre” no papel dela e começo a entrevista-la. Pergunto se ela toparia ir nesta viagem com ele, ela responde afirmativamente e também pergunto como ela o percebe neste tratamento. Ela diz que ele está bem, sem crises e sem usar drogas. Conta que ele teve o primeiro “ataque” de esquizofrenia aos 20 anos e que ficou internado num manicômio. Pergunto também se ela tem alguma dúvida ou se quer perguntar algo sobre o Nelson e ela responde negativamente.

- Saulo escolheu sua mãe - Dalva. Pergunto a ela, porque ele está neste tratamento. Ela me diz que ele ficava “agitado” e usava drogas. Pergunto se ele continua assim. Ela nega que ele esteja agitado, mas “não sabe” sobre o consumo de drogas. Pergunto como ela acha que ele está no momento: “ótimo”.

- Walter escolhe sua irmã – Valquíria. A irmã refere que ele veio para o tratamento porque usava muitas drogas e tinha comportamentos “estranhos”. Agora ela o percebe bem, mas ainda está preocupada com o retorno “das vozes”.

- Clóvis escolhe a mãe – Josiane. Ela conta que ele começou o tratamento porque teve uma “crise de nervosismo” e usava muitas drogas. Ela acredita que ele está bem, mas queixa-se que “ele não está fazendo nada” e que gostaria que ele estivesse trabalhando.

- Valdemar escolheu o seu filho de 10 anos - Lucas. Quando eu pergunto sobre o tratamento, ele diz que sabe que o pai faz um tratamento, mas não sabe o motivo e que não sabe sobre o uso de drogas do pai.

- Maria Lúcia escolheu sua irmã - Carla, que a paciente tem pouco contato, sabe apenas que tem 3 filhos e mora no litoral, mas não a vê há mais de 3 anos. Maria Lucia tem muita dificuldade de entrar no papel da irmã. Fala que não tem contato com esta irmã e não sabe o que ela responderia. Peço para que ela imagine o que a irmã responderia. Diz que a Maria Lucia está bem, mas que não sabe sobre o uso de drogas e nem sobre o tratamento.

- Alexandre escolheu sua avó – Dona Maria. Ela diz que sabe sobre o tratamento e diz que ele está bem. Pergunto se ela sabe sobre o uso de drogas do neto. Ela responde que sabe, mas não sabe qual é a droga. Pergunto sobre a opinião dela em relação ao uso de drogas dele. Ela diz que desaprova, “mas não pode fazer nada”.

Peço para que imaginem quais caminhos querem percorrer com este barco e que lentamente voltem para seus lugares nas cadeiras onde estavam sentados na sala do CAPS.

Inicialmente esta atividade tinha como objetivo promover uma integração do grupo, o barco foi criado como uma metáfora do grupo que ali estava e que caminho eles queriam percorrer, foi usado para mostrar que todos estavam no mesmo barco e que se um “puxasse” mais para um lado ou para o outro lado, poderia prejudicar o andamento do grupo e de si mesmo. Também foi pensado para facilitar a espontaneidade e criatividade desses pacientes.

Quando pedi para que convidassem um familiar, foi para que eles pudessem ver em quem eles “poderiam contar” e quem seria a pessoa que pudessem ajudá-los neste tratamento, ou seja, o barco também poderia ser o

tratamento. Também teve como objetivo, verificar a disponibilidade deles em “entrar no papel” de um familiar e qual a percepção deles do tratamento e qual a percepção que eles acreditam que o familiar tem deles.

A ideia do barco foi pensada no momento do aquecimento em que eles estavam querendo ir às praias ou às ilhas, não foi feita de forma planejada, mas espontânea na medida em que a sessão do grupo ocorria, pois percebi que o grupo precisava confiar em si e nos outros integrantes, ou seja, permitir um ambiente de união e segurança para o desenvolvimento da espontaneidade e criatividade. Desta forma, todos deveriam sentir que “estavam no mesmo barco”. Pensei no barco de forma lúdica para que eles ficassem mais espontâneos e mais “à vontade” para falar sobre suas dificuldades e relações. Depois pedi que escolhessem um familiar para avaliar as relações que eles mantinham com membros da família e que poderia lhes fornecer um suporte para este tratamento.

Percebi que o barco foi bem recebido por todos e que facilitou a inversão de papel dos familiares e a entrevista com eles.

No compartilhamento eles disseram que o barco era: “eles mesmos no tratamento” e que eles poderiam “se ajudar” ou “se prejudicar”, assim como ocorreu no barco. Depois afirmaram que neste grupo eles poderiam se ajudar “dando uma força” ou conselhos, mas que poderiam se prejudicar se fossem juntos “lá fora” (fora do CAPS) para usar drogas. Também disseram que foi bom “trazer” e conversar com alguém da família, pois assim percebem que não estão sozinhos no tratamento. Como estes pacientes tem muita dificuldade em expor sentimentos, peço para que eles digam em uma palavra, o que sentiram após a dramatização. E disseram:

Walter: “aliviado”, por ter conversado com sua irmã, pois sabe que ela se preocupa com ele. Valdemar: “bem”, Maria Lucia: “bem”, Alexandre: “tranquilo e com fome”, Nelson: “calmo”, Saulo: “bem” e Clóvis: “bem”.

Sessão 2 : Loja mágica “modificada”

Nesta sessão estavam presentes 5 pacientes: Clovis, Miguel, Alexandre, Saulo e Roberto

Iniciamos a sessão conversando sobre a última semana e o que tinham feito (Aquecimento inespecífico):

- Miguel contou que fumou maconha em duas ocasiões, não ouviu vozes e não cheirou cocaína desde a última semana. (*Não relaciona o uso de maconha às suas alucinações).

- Alexandre falou que teve “um surto”, em que ficou inquieto, “com vontade de sair correndo”, angustiado, mas não apresentou alucinações e nem delírios. E depois “foi melhorando aos poucos”.

- Roberto revelou que permaneceu em casa, passou a maior parte do dia em casa deitado na cama e às vezes ajudou em algumas atividades domésticas. Mas não faz uso de drogas há 3 meses.

- Saulo informou que “não tem feito nada” e ficou em casa assistindo televisão. Diz que gosta de carpir o quintal, mas raramente o faz.

- Clovis contou que foi trabalhar na casa do tio com montagem de objetos, gosta do que faz e disse que conseguiu realizar as atividades de maneira tranquila. (*Não esboça reação alguma quando questionado sobre o trabalho). Não tem feito uso de drogas e às vezes joga videogame.

Entrego aos componentes do grupo canetas, folhas de papel sulfite e uma cesta. A cesta é composta por diversos pequenos papéis em que estavam escritas qualidades humanas. Em cada pedaço de papel havia apenas uma característica. Estas características foram escolhidas aleatoriamente.

Peço que escolham 5 características da cesta, as quais eles mais se identifiquem, quais características que cada indivíduo apresenta.

*Este jogo foi escolhido, pois permite que os pacientes se conheçam melhor ou percebam quais características eles acreditam ter. É uma forma de eles se conhecerem melhor e se perceberem com qualidades e defeitos. Este jogo também foi feito desta forma, porque em sessões anteriores, em outros jogos,

pedíamos que eles escolhessem 2 características pessoais uma boa e uma que eles julgassem ruim. No entanto, todos tiveram muita dificuldade em falar ou escrever alguma característica. E muitas das características foram em relação à aparência, como cabelo enrolado e orelha grande, ou seja, características concretas em detrimento as características subjetivas. Isso revela a dificuldade desses pacientes em olhar para si mesmo e perceber como cada um se percebe. E neste jogo, as características “da cesta” eram todas subjetivas, para que eles pudessem “acessar” a própria subjetividade. Outro objetivo desta atividade foi também permitir que eles se relacionem, que possam conversar e “trocar características”. O grupo de psicóticos apresenta dificuldade em se relacionar em grupo, mesmo em pequenos grupos. Este jogo também tinha como objetivo estimular a iniciativa de realizar “trocas” e tomar decisões, através da espontaneidade e criatividade.

Os pacientes escolheram da “cesta de características”:

- Alexandre: envergonhado, sossegado, calmo, zeloso e organizado.
- Miguel: distraído, confuso, simples, preocupado, envergonhado, tranquilo, sossegado e esforçado (*escolheu mais de 5 características).
- Roberto: vaidoso, extrovertido, romântico, sossegado e emotivo.
- Clovis: esforçado, perfeccionista, disciplinado, emotivo e distraído.
- Saulo: tranquilo, generoso, sossegado, zeloso e fiel.

Após esta etapa: Conto que tínhamos uma loja, uma loja mágica, em que eles teriam de trocar “coisas”, mas que não era possível utilizar dinheiro ou qualquer outro tipo de pagamento. E que estas “coisas”, eram as características que cada um escolheu.

- Saulo começou a atividade oferecendo a sua “tranquilidade” para ser trocada.

Pergunto se ele tem certeza em fazer esta troca e se esta não poderia lhe fazer falta. Ele diz que já é muito tranquilo e que gostaria de ser mais esforçado e por isso pede esta característica em troca para o Clovis.

- Clovis prontamente aceita a troca sem questionar nada. Pergunto se ele não gostaria de alguma outra característica que o Saulo tem. Responde que não.

Pergunto ao Clovis se ser “esforçado”, não é uma característica que lhe ajuda no seu trabalho e que “não ser esforçado”, não poderia lhe atrapalhar na sua vida ou trabalho. Clovis diz que prefere ser tranquilo a esforçado e os dois fazem a troca.

- Clovis oferece ao grupo “disciplinado”. Pergunto se ele trocar “ser disciplinado”, não seria um problema? Clovis diz que não. E fala que é muito perfeccionista. Digo que ser disciplinado não é o mesmo que perfeccionista. Clóvis concorda, mas diz que por ser perfeccionista, não precisa ser disciplinado.

- Miguel informa que quer ser mais “disciplinado” e oferece a “simplicidade” ao Clóvis. Este aceita de imediato e ambos realizam a troca.

- Miguel oferece a “preocupação”. Pergunto se ele acredita que as pessoas querem ser mais preocupadas e se ele não sentirá falta desta preocupação, até porque esta preocupação pode lhe ajudar a se manter abstinente. Miguel sorri e diz que já preocupado demais. Pergunto sobre o que ele se preocupa. E Miguel diz que se preocupa com o espaço sideral e o fim do Mundo conforme descrito na Bíblia.

- Roberto aceita a “preocupação”, porque diz que é muito sossegado e que precisa se preocupar mais com as “coisas” da sua vida, como arrumar um local para morar.

- Roberto oferece a emoção em troca da preocupação para Miguel que aceita. Pergunto ao Roberto se a emoção não é importante para sua vida. Este me diz que é muito emotivo e precisa ser mais objetivo.

- Miguel refere que é pouco emotivo e que quer mais emoção em sua vida e busca isso no seu consumo de maconha. Miguel, então começa a falar da emoção de usar maconha e os seus benefícios, como “ser mais ágil”, ter ideias e pensamentos “ mais livres”. Conta que quando fuma, pensa no Universo e que a maconha lhe traz muitos benefícios.

Neste momento: Clovis diz “você está brisando”.

Roberto fala também: “você está viajando na maionese”

- Alexandre sorri e parece compartilhar dessas sensações enquanto Miguel conta sobre o seu consumo de maconha. Alexandre também acha que usar maconha “é uma loucura” e confirma que também se sente bem usando maconha.

(*Miguel e Alexandre mantém o uso frequente de maconha, os outros integrantes estão abstinentes das drogas).

- Roberto, Clóvis e Saulo falam que a maconha não causa agitação e nem “mais energia” e que os três sentem-se mais lentos (“lesados”) e por isso optaram por não mais usar maconha.

- Saulo diz que prefere ficar sóbrio e sente-se mais ativo sem usar maconha, pois fica com sono quando faz uso.

- Roberto também optou por “não ficar brisado” como Miguel e Alexandre.

- Clóvis diz que não tem usado porque também se sente mais “lesado”.

- Miguel conta sobre a sua briga com seu pai porque roubou dinheiro da sua mãe para comprar maconha.

Peço para que Miguel nos mostre onde eles estavam nesta briga, transformando o relato em uma cena.

Montamos a cena, em que Miguel estava no carro, voltando para casa, após irem ao supermercado. Ele estava sentando no banco traseiro enquanto o seu pai dirigia o carro.

O pai lhe perguntou por que roubou dinheiro da sua mãe. Miguel diz que foi para comprar maconha, pois estava com vontade de usar. O pai fala para Miguel que o combinado com o médico era uma “internação domiciliar” naquela semana. Ou seja, Miguel não poderia sair de casa desacompanhado. Miguel diz que não quer parar de usar maconha. Mas depois diz que quer ficar internado por uns 6 meses ou 1 ano para não usar maconha. Mas depois quer sair da internação e voltar a usar. Miguel conta a situação com o pai. Peço para que pudéssemos colocar esta situação em uma cena.

Cena: Miguel conversando com o pai no carro (*a ego-auxiliar entra no papel do seu pai - o paciente recusa-se a entrar no papel do pai).

Repetimos a cena conforme ele tinha nos contado. Pergunto ao Miguel o que ele sentiu revivendo esta cena. Ele diz que não sentiu nada. Mas depois conta que xingou o pai, mas que não queria xingá-lo novamente na cena. (*o paciente tem bastante dificuldade em dramatizar e não consegue entrar no “faz de conta”, sempre diz que o personagem-pai não é seu pai e sim a ego-auxiliar).

Após dizer que xingou o pai revela que sentiu raiva dele. Miguel diz que o pai está certo em não querer que ele use drogas, mas que não pretende parar de usar maconha. Depois volta no assunto da internação, fala que quer ficar internado “um tempo”, porque é bom ficar internado, tem “boa comida” e não pode usar drogas. No entanto refere que não pretende parar de usar maconha.

Esta cena, fez com que os outros pacientes se posicionassem e eles disseram que ele estava “maluco” de querer ficar internado, porque não é bom ficar internado.

Todos contam que já ficaram internados e que não desejam uma nova internação. Dizem também que ele “tá maluco” de querer continuar a usar drogas porque ele pode “entrar em surto”.

Miguel parece não ouvir os outros e volta a contar sobre os benefícios do uso da maconha. Pergunto porque “não dá pra viver” sóbrio, principalmente para Miguel e Alexandre.

Miguel reafirma que “fica” mais comunicativo e mais alegre quando usa maconha e mais deprimido se não usar.

Alexandre diz que não dá para parar de usar porque é bom.

Os outros pacientes se mostram inconformados com o que foi dito pelos dois que continuam usando maconha.

Para o término da sessão peço para que cada um escolha uma característica sua para doar ao outro. (O objetivo desta “doação” é para que cada um escolha uma característica pessoal que possa ser doada para o outro.)

Miguel entrega “envergonhado” para o Alexandre.

Alexandre doa o “sossegado” para o Saulo.

Saulo abdica do seu “generoso” e entrega ao Clóvis.

Clóvis oferece o “esforçado” para o Miguel.

Miguel decide entregar outra característica para o Roberto e lhe dá o “disciplinado”. Roberto entrega o “sossegado” para Miguel.

A sessão foi finalizada desta forma.

Acredito que este jogo foi uma forma de “aquecimento” para que surgisse uma situação conflitante do Miguel em relação ao seu relacionamento familiar, apesar da dificuldade deste paciente em dramatizar. A cena que ele trouxe, permitiu uma discussão sobre uso de maconha, benefícios e malefícios, internação e manutenção do consumo de drogas. O jogo permitiu um melhor conhecimento de cada na medida em que cada um pode escolher as características que acreditavam ter. As trocas permitiram uma melhor integração entre os elementos deste grupo. Miguel despontou como o único protagonista e conseguiu expor uma situação conflitante e permitiu que ele pudesse demonstrar sua ambivalência a internação e a manutenção do consumo. O jogo e posteriormente a cena permitiu que Miguel percebesse e falasse o que sentiu em relação ao pai (raiva).

Este jogo também foi idealizado desta forma, porque estes pacientes apresentam muita dificuldade em interagir com os outros componentes do grupo, assim como ocorre na vida deles “fora” do grupo.

O grupo tendo que utilizar características subjetivas de personalidade, permitiu que eles entrassem em contato com si mesmo de forma subjetiva através da espontaneidade.

Estes pacientes apresentam grande dificuldade em trazer conteúdos subjetivos, interagir com outras pessoas e trazer sentimentos e emoções.

Sessão 3: Ilha dos Loucos

Participantes: Roberto, Armando, Clóvis, Walter, Saulo, Maria Lucia, Miguel, Cícero, Daniel, Henrique e Orlando

Iniciei a sessão perguntando sobre a última semana, como se sentiam e o que gostariam de contar, todos como de costume, dizem que estão bem e não trazem nenhuma questão para o grupo.

(*Como este era o comportamento de costume, percebi que para que eles contassem algo sobre eles, alguma preocupação ou acontecimento importante, era necessário que em todas as sessões fossem realizados jogos lúdicos que facilitassem o entrosamento dos pacientes e poderiam deixá-los mais à vontade e mais espontâneos e criativos).

Utilizei o “jogo da bola”, em que eu entregava uma bola ao grupo e pedia que dissessem o nome da pessoa que receberia a bola e assim eles jogavam a bola dizendo o nome da pessoa.

(*Esse jogo é bem simples, mas foi utilizado para que eles memorizassem os nomes dos outros pacientes. Notei que a maioria dos pacientes não sabia o nome dos outros pacientes do grupo e este jogo facilitou a memorização dos nomes, identificação de cada um no grupo e melhorou a comunicação entre eles).

Após os nomes já memorizados, eu pedi que cada um dissesse alguma característica: neste grupo pedi que dissessem um prato de comida preferido e a partir de então cada um teria que dizer o nome da pessoa e o prato escolhido quando fosse jogar a bola.

Essas características: nome e prato de comida, era identificadoras de cada um. Isso auxiliou na identificação e criou um ambiente mais favorável para que a espontaneidade e criatividade aflorassem.

Após peço que se dividam em 3 grupos de 4 pessoas (*A escolha do número de pessoas foi para que houvesse uma maior integração e que facilitasse a criação e dramatização de uma cena).

Escolhi anteriormente imagens semelhantes àquelas de alguns testes psicológicos, com pouca definição e que poderiam ser usadas, como iniciadores ideativos para a criação de uma cena (Anexos). As imagens podem ser interpretadas de diversas formas, são imagens em preto e branco com pouca definição.

As imagens foram escolhidas para facilitar a cocriação de cenas através da espontaneidade e criatividade.

Peço que cada subgrupo (foram formados 3 subgrupos), escolha uma imagem.

A escolha foi decidida pelo grupo, o que promoveu a integração entre os integrantes (tendo em vista que eles têm uma dificuldade de relacionar, são mais isolados, tem poucos amigos e permanecem muito tempo em casa, com exceção quando saem para usar drogas).

Após a escolha da imagem, peço que criem uma história baseada na imagem escolhida.

Dois dos grupos pedem para mudar as imagens escolhidas, pois acreditavam que seria difícil criar uma história com a imagem. Uma das imagens que foram trocadas era de uma sala com apenas um móvel, uma sala vazia. A outra imagem escolhida inicialmente que depois foi trocada era uma imagem de mulher seminua e um crucifixo (um dos integrantes deste grupo é evangélico e tem dificuldade em lidar com questões religiosas e espirituais).

Após cada grupo criar a história, peço que criem cenas baseadas nestas imagens.

Primeiro subgrupo: Imagem de um homem, uma mulher e um burro/cavalo (anexo 1).

Atores/Pacientes: Daniel, Henrique, Orlando e Maria Lúcia.

História: Daniel (o personagem tinha o mesmo nome do paciente) é um homem que bebe muito. Ao sair de casa, pede a esposa dinheiro para procurar emprego. Sai de casa montado no burro para falar com o Seo José que havia lhe prometido um emprego. Ao chegar à casa do Seo José, não conseguiu emprego porque a vaga já tinha sido preenchida. (Inicialmente os pacientes disseram que a cena acabou). Eu pedi para que dessem um desfecho nesta cena. Em grupo decidiram que iriam vender o burro para o Seo José, mas ele não lhe pagou em dinheiro e sim em alimentos. Perguntei se Daniel não teve vontade de beber, pois poderia vender os alimentos e comprar cachaça. Daniel diz que tem vontade, mas ia se controlar e voltou para casa com os alimentos.

Nome da cena: A venda do burro.

Percebo que o grupo tem bastante dificuldade em criar a cena e dramatizá-la, devido à falta de espontaneidade, criatividade e que se traduz como falta de iniciativa, que se estende de maneira geral a outros papéis sociais. No entanto, criaram uma cena muito semelhante às cenas da própria vida e conseguiram fazer um desfecho diferente do que fariam de costume.

Segundo grupo: Imagem de uma praia e um barco (anexo 2).

Atores/pacientes: Cícero, Armando, Alexandre e Clovis.

A cena começa com todos os personagens numa ilha em que existem muitas drogas, mas que eles querem sair de lá, para pararem de usar drogas. Pergunto como eles fazem para pagar as drogas na ilha. Dizem que venderiam as frutas da ilha para pagar as drogas. Pergunto como venderiam as frutas e como fariam para sair da ilha. Decidem construir um barco para fugirem. Constroem o barco em conjunto e vão parar no CAPS para fazer tratamento, tomar remédio e que cada um iria fazer um tipo de tratamento no CAPS (O tratamento preconizado no CAPS é individualizado e cada paciente apresenta um projeto terapêutico individual ou singular - PTI ou PTS).

Cícero diz que essa é a ilha dos loucos. Cícero também diz que vai desistir das drogas e “não vai usar mais nada”.

Pergunto aos atores em cena e a plateia, se de fato, é assim “tão fácil desistir e parar de usar drogas”. Tanto os atores quanto os pacientes que assistem a cena confirmam que não é fácil parar de usar. Cícero refere que “precisa passar nos médicos” e “tomar remédios” para parar de usar. Pergunto aos atores em cena: “O que eles estariam dispostos a fazer, para parar de usar drogas, além de ir ao CAPS, “passar no médico” e “tomar remédios”. (Desta forma eu os responsabilizo pelo tratamento e mudanças de comportamento, ou seja para que eles se percebam como agentes do próprio tratamento). Eles dizem que pretendem evitar situações de risco como ficar com amigos que usam drogas.

Este jogo permitiu que eles fossem criativos e espontâneos na criação das cenas e no desfecho da história. É uma maneira de dramatizar novas

formas de reagir a situações anteriormente conhecidas. Além de permitir que os pacientes se relacionem e se comuniquem com outras pessoas e treinar o trabalho em equipe. Ou seja, são dificuldades que eles apresentam no dia a dia: de relacionamento, de comunicação e resolução.

Nome da cena: A Ilha dos Loucos

Terceiro grupo: Imagem de uma mulher seminua com seios à mostra, com um lobo por trás e também é possível ver também uma sombra de uma pessoa ao fundo (anexo 3).

Atores/pacientes: Miguel, Saulo, Roberto e Walter.

Alice (paciente Saulo) é uma garota que conhece uma menina que não tem nome e que “por um passe de mágica”, a alma de uma entra na outra, “elas trocam de alma”. De repente o lobo aparece e esquarteja a menina e traz o coração para Alice comer, mas na verdade “ela estava comendo a si mesma”. Pergunto no que essa história se relaciona a cada um dos atores. Um dos pacientes em cena diz que “as vezes a droga come a gente por dentro”, outros dois não conseguem relacionar nenhum fato a história e o outro diz que “não sabe”. Pergunto a plateia, sobre o que acharam, pensaram ou sentiram desta cena. Os poucos que responderam dizem que a cena é muito agressiva e não tem nada que se relacione a sua vida.

Nome da cena: O ritual

No compartilhamento, Daniel diz que a atividade foi interessante porque houve a “interação maior” (relação) entre os integrantes do grupo, “raciocínio” e “trabalho em grupo”. Conta que se lembrou de quando usava drogas vendia tudo e “não pensava em nada”, ou seja, nas consequências.

Orlando diz: “Eu sou burro, não é burro e sim inteligente, mas eu fui burro por usar drogas”. Mas reafirma que é inteligente e que lembrou que pedia dinheiro para a mãe para procurar emprego, mas usava o dinheiro para usar drogas.

Maria Lucia pouco interage com o grupo, diz que nenhuma história tem relação com a sua vida. (*Esta paciente tem dificuldade de se relacionar com as pessoas e mantém alucinações auditivas e uso de drogas e dificilmente revela o consumo e as alucinações. No entanto, a participação dela no grupo e nas cenas pode permitir que ela se relacionasse com outras pessoas, mesmo que seja inicialmente nas sessões).

Henrique diz que se identificou com todas as “histórias” e que “se identificou” com a decepção de um julgamento incorreto. Henrique diz que já foi julgado por alguma coisa que não fez e levou a culpa. (*Ele acredita que, às vezes, é um “cordeiro” (*ingênuo), que não é culpado mas leva a culpa. Conta que isso já aconteceu com seus amigos que já lhe culparam pelo que não fez. Ele não consegue descrever uma situação em que isso ocorreu). Henrique relaciona o fato de ser cordeiro com a cena do Lobo. A dramatização permitiu que ele percebesse a maneira como ele se relaciona com os seus amigos.

Roberto diz que se identificou com o barco, pois o barco tem dificuldade de mudar de rumo, assim como ele que está se esforçando para sair da sua rotina de continuar o uso de drogas e assim como barco, ele está tentando mudar o rumo da sua vida.

Cícero diz que se identificou com o barco, porque é como “ocorre com a sua vida”, tentando mudar de rumo. Refere que “gostou da atividade”, porque cada um pode mostrar sua história.

Alexandre fala que se identificou com o barco também e disse que não acha fácil parar de usar drogas e desistir delas. “Acha que sua vida está parada, sem rumo”. Continua usando drogas, mas não relaciona a “vida parada” ao uso de drogas e sim por estar desempregado e “sem namorada”.

Clóvis também se identificou com a história da ilha, “achou engraçado” que a ilha era a “Ilha dos Loucos” e “drogados”. Mas acredita que não está mais na ilha porque está sem usar drogas.

Miguel fala que se identificou com todas as “histórias”, pois na primeira cena lembrou que também pedia dinheiro para a sua mãe para arrumar emprego e pulava a catraca do ônibus e ficava com o dinheiro do ônibus para usar drogas. Não “acha” fácil ficar sem usar drogas, mas tem conseguido ficar abstinente há 3 semanas.

Walter gostou da cena do ritual, perguntei se tinha alguma relação com a sua vida, mas nega. (No entanto é um paciente que já tentou suicídio diversas vezes, já contou sobre delírios e alucinações com diabos, demônios, sangue e morte com frequência). Relata que gostou da atividade porque pareciam cenas de um filme. Perguntei se sua vida fosse um filme que tipo de filme seria? Disse que seria um filme feliz e que o filme da sua vida seria tranquilo, pois está abstinente das drogas e está querendo “parar” até de fumar cigarros.

Saulo disse que gostou da atividade e também se relacionou a um filme. Perguntei se teria alguma relação com a sua vida. Disse que não e que sua vida é um filme bom: vivendo, “fora” das drogas há mais de um ano.

Acredito que este jogo dramático permitiu o estímulo a espontaneidade e criatividade, através da cocriação em grupo de cenas lúdicas. Estas cenas de alguma forma se assemelhavam com situações de forma objetiva ou subjetiva com a vida deles.

Todos repetem e respondem que “se identificaram”, pois a minha pergunta foi: Como eles se identificavam com aquelas cenas. Como estes pacientes apresentam uma falta de espontaneidade e uma pobreza de repertório tanto verbal como de atividades, eles repetem o discurso.

As imagens são desenhos ou gravuras, não são fotografias. Algumas imagens aparentemente as pessoas se relacionam ou apresenta imagens que sugiram sexualidade, agressividade, apatia, isolamento que são questões que estes pacientes têm dificuldade de falar e lidar.

Esta sessão foi pensada para estimular a espontaneidade e criatividade dos pacientes, através de um aquecimento que promovesse a dramatização de cenas lúdicas que fizessem eles pensarem nas suas situações, porque se não há uma atividade lúdica que permita que eles pensem na vida deles, eles sempre dizem que está tudo bem e tem dificuldade de expor as suas dificuldades.

6 COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Este grupo de psicodrama com psicóticos foi idealizado porque os pacientes com sintomas psicóticos, neste CAPS AD, tinham poucas atividades em que pudessem participar e no qual pudessem sentir-se à vontade para falar sobre as dificuldades, alucinações e ideias delirantes, principalmente quando em surto psicótico. Na maioria das vezes eles eram encaminhados para grupos de terapia ocupacional, pois apresentavam dificuldades de relacionamento e de expressão verbal em grupos psicoterápicos em que a maioria dos outros pacientes não apresentavam sintomas ou características clínicas de pacientes psicóticos. Então, este grupo foi criado para que esses pacientes pudessem sentir-se à vontade para falar sobre seus medos, alucinações, delírios e dificuldades de relacionamento. E que pudessem ser respeitados, nas dificuldades e compreendidos em relação aos sintomas psicóticos. Os pacientes “não psicóticos”, ou seja, usuários de drogas que não apresentavam nenhum transtorno psicótico, algumas vezes, ridicularizam os psicóticos e “não” permitiam a livre participação destes.

Foi idealizado para no máximo 12 pacientes, no entanto, em torno de 7 a 8 pacientes participavam semanalmente, ou seja, formavam um grupo variável, tendo em vista que, em algumas sessões, alguns pacientes não compareciam porque tinham feito uso excessivo de drogas, apresentaram piora do quadro psicótico ou não conseguiam vir ao CAPS, por outros motivos, como questões financeiras e familiares. Após aproximadamente 4 meses, a frequência dos grupos tornou-se mais regular, com menos faltas e mantendo os mesmos componentes do grupo em quase todas as sessões, com no máximo uma ou duas faltas, o que permitiu que eles se sentissem mais à vontade nas atividades e mais facilmente aceitavam participar de jogos e dramatizações.

O que observei neste grupo foi que algumas atividades, jogos e dramatizações “não funcionavam” como em grupos de “não psicóticos”. Atividades menos lúdicas e mais verbais ou “cognitivas” eram pouco atraentes e não permitiam um desenvolvimento do grupo. Os jogos e atividades lúdicas facilitavam o discurso e a percepção de suas emoções e em algumas situações, eles começaram a pedir para participar da dramatização ou queriam também expor o seu conflito ou

dificuldade e por isso algumas sessões tiveram que ser estendidas em alguns minutos (máximo 15-20 minutos).

Apesar de o grupo ser heterogêneo e ter integrantes variáveis, mantinham-se alguns membros que sustentavam a integridade e continuidade do grupo. Este grupo foi sendo construído por cada paciente em cada sessão, assim como barco foi construído na sessão da “Ilha dos Loucos”, mas não apenas em uma sessão, porém ao longo das sessões. Era como se o grupo fosse um barco que estava sendo construído em cada sessão. Era como se em cada sessão um novo integrante do grupo colocasse uma peça do barco, através da orientação dos integrantes mais antigos que diziam onde aquela nova peça deveria ser encaixada, para que o barco, já com os alicerces pudesse navegar, navegar até uma ilha, a ilha dos loucos.

Na sessão “Barco”, o aquecimento através de um jogo, em que se criou um barco em que se podia levar uma pessoa da família proporcionou um fortalecimento de uma rede sociométrica entre os componentes do grupo. O “barco” tornou-se uma metáfora do próprio grupo, em que eles conseguiram perceber através da espontaneidade e criatividade que para que o grupo pudesse se desenvolver nas sessões era necessário que os integrantes percebessem que a cada ação de um paciente no barco traria uma reação nos outros pacientes. E que era necessário que houvesse uma confiança mútua entre os integrantes e também em relação ao terapeuta e coterapeuta. Assim como foi assinalado no compartilhamento, em que o barco era “eles mesmos no tratamento” e que eles poderiam “se ajudar” ou “se prejudicar”, assim como ocorreu nos movimentos do barco. E conseguiram avaliar que o rumo do grupo depende das relações entre os integrantes e que o rumo de cada paciente dependia deles, mas que o grupo poderia ter um papel importante, na medida em que poderia compartilhar experiências, medos e consequências do consumo de drogas.

Na sessão da “Loja Mágica”, o jogo permitiu que houvesse uma interação entre os pacientes, permitiu também que cada um pudesse se conhecer melhor e escolher quais características individuais eles poderiam trocar com os outros pacientes. Este aquecimento promoveu o surgimento de um protagonista, que trouxe um acontecimento recente que o angustiava para que fosse falado e exposto no grupo e propiciou que a situação da manutenção do consumo de maconha e das relações familiares conflituosas emergissem e que a questão da possível internação

dele fosse discutida. Foram revelados os pensamentos ambivalentes em relação a internação e a manutenção do consumo de maconha. Esta sessão também mostrou através do personagem do “maconheiro”, o quanto os outros papéis de cada paciente são pouco desenvolvidos e que o átomo social destes apresentam vínculos frouxos, ou seja, que estes indivíduos se ligam frouxamente a estas pessoas ou de fato o átomo social é reduzido. Demonstrou também que todos assumem o personagem de “drogado” e este invade outros papéis de cada um.

Na sessão “A Ilha dos Loucos”, o jogo da bola foi utilizado para criar uma integração entre os pacientes e favorecer a formação posterior dos subgrupos. A utilização das figuras teve como objetivo: o estímulo aos iniciadores ideativos para a cocriação de cenas, com personagens por cada grupo e que de certa forma representavam situações semelhantes a que eles já viveram.

- Na cena intitulada, “A Venda do Burro” o subgrupo criou uma cena através da imagem (anexo 1). A cena criada mostrou uma situação em que muitas vezes eles vivenciam, uma frustração por não conseguir um emprego. Foi pedido que eles criassem um desfecho para aquela cena. O desfecho com a venda do burro em troca de alimentos, representa uma atitude diferente do que eles normalmente fariam, geralmente ou voltariam para casa sem emprego ou sem dinheiro, ou venderiam o burro, receberiam o dinheiro e usariam álcool ou drogas. Então a cena proporcionou que eles pudessem através da espontaneidade e criatividade criar uma solução nova, diferente, para uma situação antiga.

Na cena “A Ilha dos Loucos” os pacientes, através de uma imagem de um barco, criaram uma cena em que estavam numa ilha com muitas drogas e que eles se sentiam incomodados pelo livre acesso as drogas e queriam sair desta ilha. Eles criaram uma cena que revelava muito sobre a vida deles, sentiram-se incomodados em estar nesta ilha, mas ao mesmo tempo sentiam um certo prazer de estar numa ilha com livre acesso a drogas. Tanto que queriam acabar logo a cena e sair daquela situação. Quando perguntei qual seria a saída, eles decidiram construir um barco para sair da ilha e ir ao CAPS, um local “protegido”. Esta cena foi a que mobilizou mais os participantes e também a plateia que queria interferir e dar sugestões ao grupo em cena para sair daquela situação. Esta cena foi coconstruída pelo grupo, criando uma ilha que refletia a situação de muitos deles nas ruas e no acesso as drogas. Mostrou também as dificuldades de deixar esta ilha e seguir um rumo diferente. A metáfora da ilha é muito do que eles vivem um lugar na sociedade,

excluído, afastado, com dificuldade para sair dessa ilha. Ilha pode ser a metáfora da dependência química de cada um. E que construir um barco e navegar para longe desta ilha pode ser difícil, principalmente sozinho, mas que em grupo, com auxílio, pode ser mais fácil de construir este barco e navegar. Este jogo com a imagem de um barco e criação de uma cena tão rica em detalhes cocriados por este subgrupo permitiu que eles utilizassem a espontaneidade e criatividade para criação da cena e o desfecho da história. Foi uma maneira de dramatizar novas formas de reagir a situações anteriormente conhecidas.

A última cena criada foi chamada de “O Ritual”, permitiu um jogo dramático entre os integrantes do subgrupo, mas aparentemente não mobilizou sentimentos significativos e nem reações da plateia. O paciente que criou a cena disse que “às vezes a droga come a gente por dentro”. Provavelmente pelo aspecto fantástico e ficcional, com toques de agressividade e perversidade, no entanto pouco espontânea, não permitiu uma identificação com os pacientes. Provavelmente também, pois foi uma cena realizada após a cena que mobilizou mais todos os participantes, a cena da “Ilha dos Loucos”.

Nas 3 sessões descritas, observamos que a realidade suplementar, a realidade que o psicodrama trabalha, permitiu dramatizações que inicialmente, como na primeira sessão “do barco”, que foi demonstrada as relações familiares e de cada um no grupo. Na segunda sessão, “da loja mágica”, o aquecimento e dramatização da loja, com as trocas, permitiu que uma situação conflituosa fosse evidenciada. Na terceira sessão, a sessão em que foram criadas 3 dramatizações, baseadas em imagens abstratas, permitiu através da integração entre os integrantes do grupo, juntamente com a espontaneidade e criatividade de cada um, que fossem criadas realidade suplementares que revelaram questões difíceis e que representaram as dificuldades de lidar com o consumo de drogas e situações que envolvem essa problemática.

O uso das imagens foi importante neste grupo de psicóticos, pois eles apresentam muita dificuldade de expressar sentimentos e angústias sem estímulo.

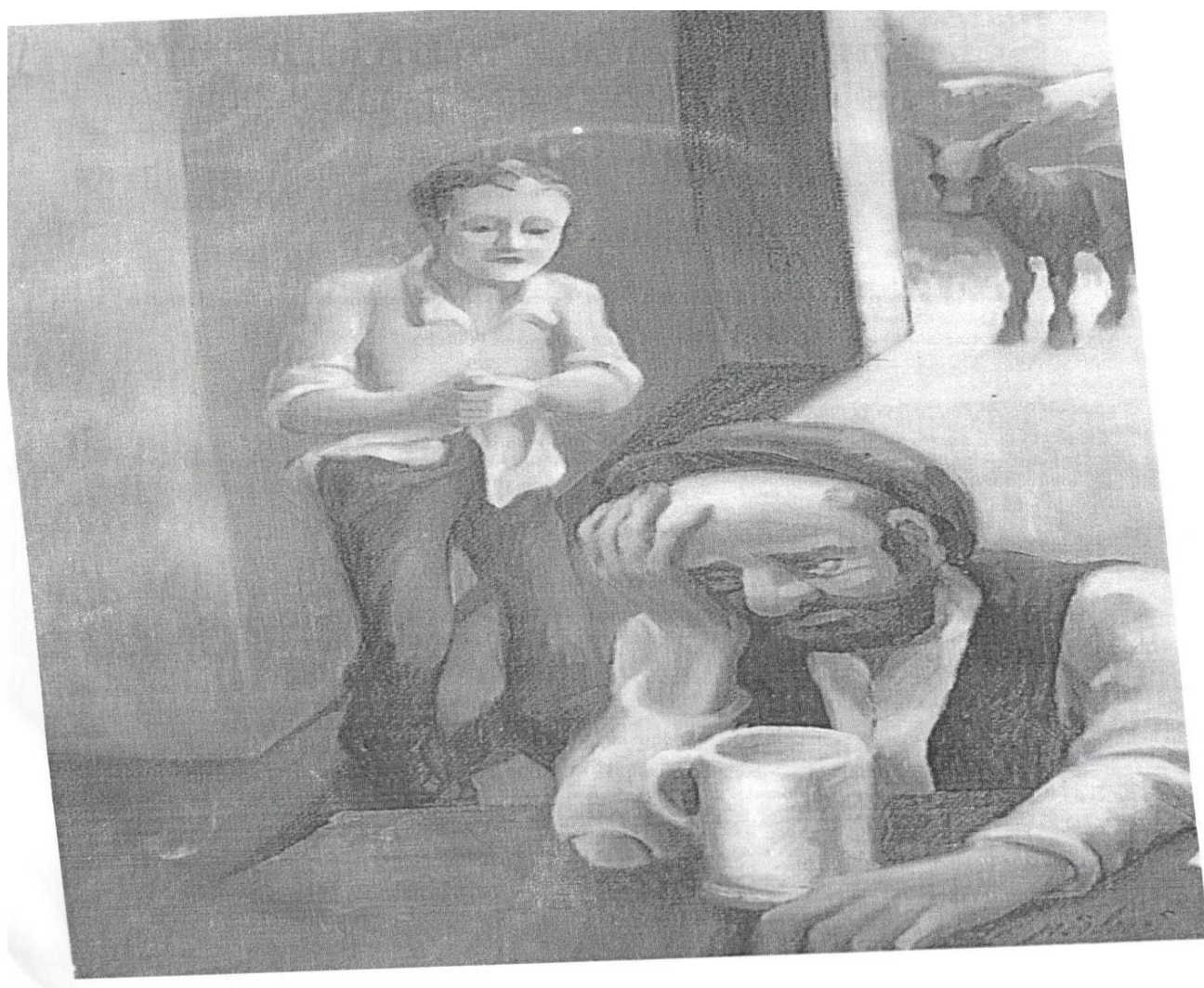
Os psicóticos têm dificuldade de expressar uma imagem interna, por isso foram usadas essas imagens concretas retiradas da internet que reproduzem obras de arte.

As imagens concretas desenvolveram a abstração e permitiram que o simbólico fosse evidenciado.

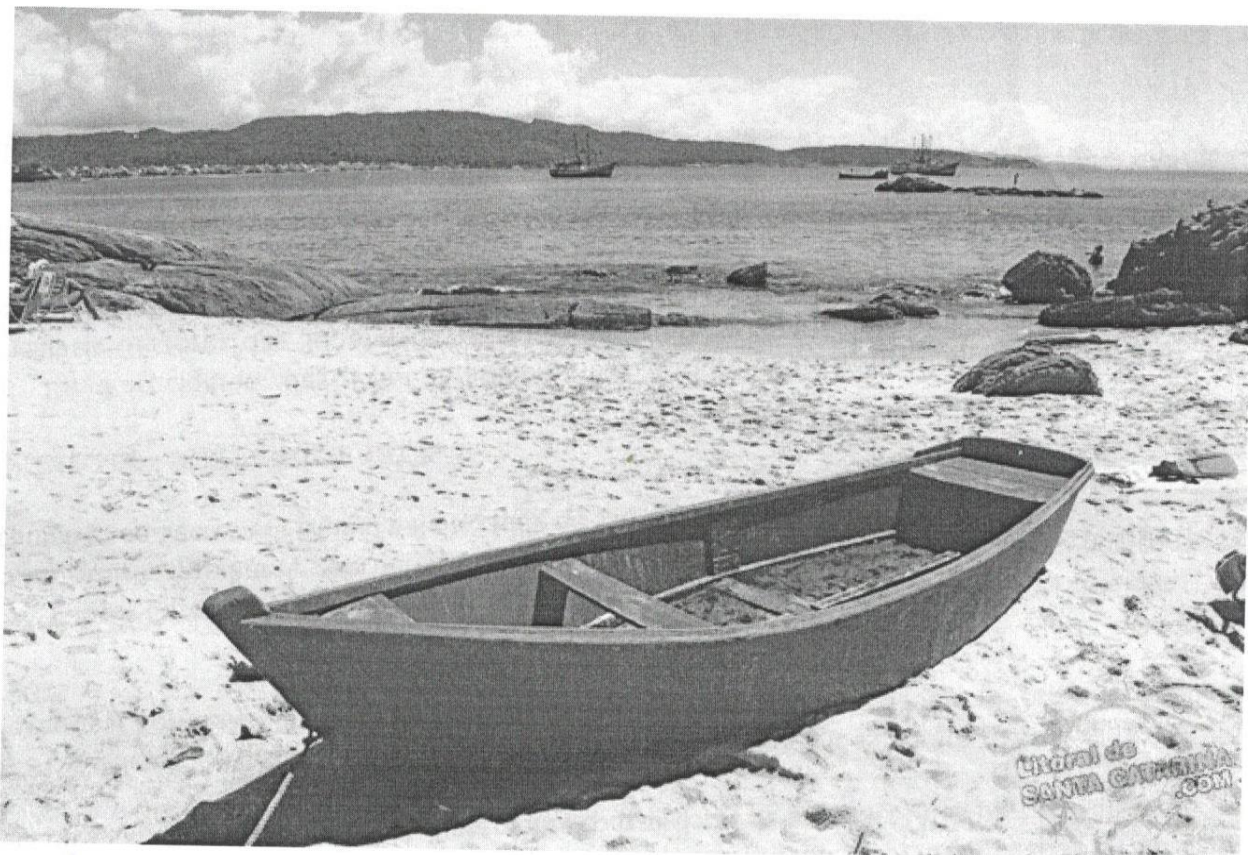
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm
2. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM). **Abuso e Dependência de Múltiplas drogas**. São Paulo: AMB/CFM; 2013. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes2013/drogas.pdf
3. KESSLER, Felix H. P. Dependência química e transtornos psicóticos. In: Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades em dependência. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/outros/Artigo%20Comorbidade%20psicose%20e%20Dependencia%20Quimica.pdf>
4. CARREIRO, V.S.; BORREGO, M. Psicose e Consumo de Substâncias. **Acta Med Port**, v.20, p. 413-422, 2007.
5. SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
6. SOUSA, Vera Teixeira de; MOURA, Luciano. Um olhar sobre a psicose através do psicodrama. **Revista Saúde Mental**, V. XIII, n. 3, p.15-23, mai/jun 2011. Disponível em: http://lucianomoura.info/wp-content/uploads/2015/09/Psicodrama_psicoticos.pdf
7. ZANINI M.H. Psicoterapia na esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr** v.22 (Supl I), p.47-49, 2000
8. ALTENFELDER, L. S. **Doença Mental, um tratamento possível. Psicoterapia de grupo e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2011.
9. KNOBEL, A.M. **Moreno em Ato - A construção do Psicodrama partir das práticas**. São Paulo, Agora, 2004.
10. MORENO, J.L. **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama** . São Paulo, Mestre Jou, 1974.

ANEXO 1



ANEXO 2



ANEXO 3

