

SUMÁRIO

Prefácio	7
Apresentação	9
1. Panorama histórico do hospital psiquiátrico	21
2. Psicoterapia de grupo: histórico	63
3. Psicodrama no hospital psiquiátrico	109
4. O psicodrama e a psicose	125
5. O método psicodramático	151
6. Sistematização do uso do psicodrama na enfermagem psiquiátrica	181
7. Análise de sessões de psicodrama com portadores de transtorno mental grave	207
8. Comentários sobre o psicodrama aplicado na enfermagem psiquiátrica	281
9. A integração entre a psicoterapia e a psicofarmacologia	285
Conclusões	289
Bibliografia	293

PREFÁCIO¹

Em 1936, Moreno compra uma velha e grande casa em Beacon, interior do estado de Nova York, e transforma a antiga escola que lá funcionara no primeiro hospital psiquiátrico psicodramático: o Beacon Hill Sanatorium, posteriormente chamado Moreno Sanatorium (1951). Moreno trabalha psicodramaticamente com pacientes internados e com os que retornam para seguimento ambulatorial. Das sessões diárias de psicodrama participam não só pacientes — e, eventualmente, seus familiares —, mas também funcionários do pequeno hospital. Com isso, Moreno abre as portas da psiquiatria para a psicoterapia de psicóticos, totalmente incipiente à época, incluindo os familiares no processo e lançando as bases da comunidade terapêutica (movimento que ganha força nos anos 1960 e 1970), em que a voz do médico (antes o único detentor do poder) não é a única a ser ouvida. A opinião da equipe multidisciplinar e, especialmente, a dos próprios pacientes, é levada em conta. A proposta de Moreno é democratizar a psiquiatria, uma revolução em que o psiquiatra se transforma em diretor de psicodrama, a equipe em egos-auxiliares e os pacientes em protagonistas. Moreno introduz uma mudança significativa na linguagem do hospital psiquiátrico: do indivíduo para o grupo, da convulso e insulino-terapia (principais métodos de tratamento das psicoses na época) para a psicoterapia, e do instrumento verbal para a ação terapêutica.

Luis Altenfelder retoma a experiência de Moreno. Como ele próprio diz neste livro, ainda no início de carreira começou a atender em grupo seus pacientes internados no Hospital de Vila Mariana (São Paulo). Dando prosseguimento ao trabalho, desenvolve a experiência mais tarde, no Hospital das Clínicas da FMUSP e no Hospital do Servidor Público Estadual, perfazendo 25 anos de realização de grupos de psicodrama em enfermaria psiquiátrica.

As sessões dirigidas por Luis Altenfelder às quartas-feiras no Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor tornam-se obrigatórias para estagiários e residentes (jovens psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros) que, ávidos por conhecimento prático, participam intensamente. Chegam cheios de medo da loucura e dos loucos, mas, aos poucos, timidamente, identificam-se com o sofrimento humano que une a todos (psicóticos, neuróticos e normóticos). Fazem comentários, compartilham e participam como egos-auxiliares.

1. Prefácio escrito para o livro *Psicoterapia com psicóticos: o psicodrama no hospital psiquiátrico*, que foi visivelmente ampliado e atualizado até se transformar na presente obra. [N.A.]

O autor provém de uma família tradicionalmente composta de médicos (ele tem tios, cunhado, primos, sobrinhos e filhos na carreira), e seu filho mais velho, Pedro Altenfelder, é colaborador deste livro, no capítulo 8. Desde cedo, aprendeu que a dedicação é a primeira regra da profissão. Na verdade, ele não acolhe somente os pacientes, mas todos — residentes, estagiários, colegas e amigos —, com reconhecida generosidade. Para ele não há pedido desconsiderado, nem ajuda adiada.

A dissertação que dá origem a este livro ofereceu ao autor a oportunidade que lhe faltava para sistematizar sua experiência no trabalho psicodramático em enfermarias psiquiátricas. Além de apresentar uma excelente resenha histórica do hospital psiquiátrico, da psicoterapia de grupo e do psicodrama, esta publicação contém elementos para instrumentalizar todos os que pretendem aplicar a técnica grupal ou psicodramática no atendimento a pacientes em enfermarias, ambulatórios e clínicas privadas. Saúdo, portanto, o autor, que, demonstrando os benefícios de trabalhar a instituição psiquiátrica de maneira espontânea e criativa, traz uma contribuição inestimável ao psicodrama, à psicoterapia e à psiquiatria.

José de Souza Fonseca Filho

APRESENTAÇÃO

A leitura do manuscrito de Luis Altenfelder me enriqueceu de informações, comentários, exemplificações, reflexões. Como muitos de nós, interessados pelas leituras sobre o assunto, participei, durante quatro anos, de sessões de psicodrama com um grupo de colegas psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Queria aprender um procedimento significativo. Exerci as tarefas de diretor e ego-auxiliar. Não me decepcionei e espero que não tenha decepcionado aqueles com os quais trabalhei.

O livro de Altenfelder interessa pelo aspecto didático e de aperfeiçoamento e nos fornece elementos valiosos. Ricas informações sobre psicodrama no contexto da medicina da psique, com dados sobre a constituição e a prática da psiquiatria, dentro da qual o autor exerce “psicoterapia de grupo e psicodrama, com psicóticos e portadores de transtornos mentais graves”.

Estão retratados no estudo pacientes hospitalizados, que, por natureza da situação, são tratados em poucas sessões, às vezes apenas uma. O objetivo não é, portanto, a “cura” do quadro patológico, mas, sim, a qualidade do diagnóstico, a adaptação ao tratamento, a melhora do quadro: o início, a abertura do caminho da cura.

É simples compreender que, em instituições psiquiátricas, ambulatórios e enfermarias, não teríamos condições de praticar terapia individual, e que a grupal não pode ser esquecida. Em princípio, médicos têm de escolher entre a terapia de “grupo como método” e a terapia do indivíduo “em grupo”, sendo esta última em consonância com o tratamento discutido pelo autor.

A dramaterapia é definida como a utilização de teatro e processos dramáticos com intenção terapêutica. Seus instrumentos são derivados do teatro e sua meta é psicoterápica, cita o autor. Dessa qualificação decorreram a especificidade, os méritos e as dificuldades do método.

Desde sempre, mas mais ainda atualmente, o teatro implica maior “exibição” que outras situações. No psicodrama, os participantes são, às vezes, mais desejosos de “mostrar-se” atores, bons atores, que pessoas que querem expressar-se, falar, comunicar. O objetivo terapêutico é totalmente diferente disso, é querer facilitar a expressão do paciente, mas também ajudá-lo a perceber o outro, a favorecer o encontro, a percepção do que o outro espera dele, a capacidade de responder adequadamente aos próprios interesses. Os participantes do grupo não representam, simplesmente, papéis. No teatro, o termo “representar” não exclui o inglês “*play*”, o francês “*jouer*”. Fazer teatro não é o objetivo da terapia; é apenas um recurso. O te-

rapeuta é verbalmente chamado diretor; o paciente, protagonista. Estão na linguagem psicodramática, também, as “técnicas”. Prefiro evitar tais termos. Luis Altenfelder os usa por causa de suas afinidades com os outros autores do campo.

Porém, o autor não deixa de se expor, de assumir sua postura, sua pessoa. Desde a apresentação pessoal de sua evolução como psiquiatra até as opções para as posições fenomenológico-existencialistas.

As citações de outros autores são claras e fiéis, e permitem a aproximação do leitor. Parecem óbvias as opções de Luis Altenfelder mesmo quando a atenção com a objetividade o leva a não mostrar nenhuma rejeição a respeito de certos escritos (por exemplo o *Asylum*, de E. Goffman –1961), que não podem ser mencionados sem contextualização.

O psicodramatista proposto pelo autor não é uma “tela branca”. Ele participa, interpreta, julga significados e orienta, sem deixar de ser “diretivo” no sentido cognitivista.

O paciente tem oportunidade de ser visto, ouvido. Seus gestos e palavras são objeto de observação. Suas atitudes são interpretadas como linguagem física. A “dramatização” em si alarga o campo vivencial de certos pacientes, afasta-os de “pesos” imediatos e lhes permite ter melhor consciência de si mesmos. No teatro, a consciência de si mesmo do ator não é o principal interesse: ele deve expressar o que pensa e sente de acordo com a personagem. O contrário é válido para o psicodrama, porém, muitas vezes, o paciente é seduzido pela demonstração do talento. Com certeza, uma das questões que provocam amplos debates: os histéricos que mostram sua doença por meio do que não são (conversões, somatizações) podem ser beneficiados pelo psicodrama?

Isso não é problema para Luis Altenfelder. A adequação às situações, logicamente, entra no projeto de tal terapia. Isto é o que o terapeuta tem de considerar: o que se propõe obter e como chegar a seu objetivo.

De seu lado, ele optou: a doença psíquica é a perda da liberdade de escolher e agir conforme suas escolhas. A terapia pela palavra é o maior instrumento psiquiátrico. A linguagem expressa o pensamento, e também o molda. O “paciente” é tratado como interlocutor.

O texto de Luis Altenfelder me conduziu, mais uma vez, a reflexões sobre os paradigmas que compartilho. A prática profissional nos mantém em contato contínuo com eles, mas a leitura me parece o melhor caminho para a reflexão e para o debate com outros profissionais e estudiosos. Nessa linha, este texto me conduziu com grande proveito.

*Prof. Dr. Carol Sonenreich
Psiquiatra*

INTRODUÇÃO

Por volta dos anos 1950, em São Paulo, eu cursava o primeiro ano primário no Externato Jardim e toda tarde voltava da escola a pé com Moge, meu irmão. Era uma alegria e uma aventura. Meu irmão iscava todos os cães de rua em cima de mim e, assim, corríamos para casa. Em uma das ladeiras da rua Monte Alegre, no bairro das Perdizes, havia um Hospital Psiquiátrico, o Coração de Jesus, em que todas as janelas da frente eram gradeadas e cobertas por telas de arame que impediam a visão de dentro dos quartos. Quando passávamos por ali, ouvíamos gritos: “me salva”, “me tira deste inferno” etc.

Era um mistério para mim: imaginava o que acontecia naquele lugar; provavelmente coisas terríveis, pois, vez ou outra, um “louco” fugia, os enfermeiros corriam atrás e minha torcida era para que não o pegassem. Certa vez um dos fugitivos se refugiou no porão da casa de meu primo José Roberto Wolff, que também se tornou psiquiatra, e nós lhe demos guarida. Muitas noites, antes de dormir, imaginava aquele hospício. Intrigado e temeroso, pensava o que era a loucura e fazia fantasias do que lá acontecia. Acabava dormindo assustado.

Entre as reminiscências da infância, tenho também a lembrança dos loucos da rua. Por exemplo o Pica-Papel, uma figura de cabelos compridos e desgrehados, barbudo, maltrapilho, que andava falando sozinho sobre coisas que eu não compreendia – lembrando muito *El Loco*, de Picasso, de 1904. Às vezes passava perto de algum transeunte soltando um berro que assustava. Havia, na região, uma mercearia com um degrau, no qual Pica-Papel sempre se sentava e passava horas picando jornal em pedaços miúdos. Lembro-me também do Casionato, um italiano gordo e com um grande nariz de batata vermelho, todo furado, que parecia um enorme morango. Ele perambulava pelas ruas falando sozinho e, algumas vezes, bêbado e cambaleante, arrumava confusões e brigas. Havia também a dona Melda, uma senhora que se vestia como se fosse a um casamento, loira oxigenada, rosto exageradamente pintado com *rouge*, boca e lábios borrados com batom vermelho. Quando passava, a molecada a cumprimentava:

– Como vai, Brigitte Bardot?

E ela respondia:

– Vai a “melda”!

A molecada, que se divertia, cunhou o apelido.

Todas essas figuras me impressionavam e eu sentia uma curiosidade enorme de saber o que se passava em suas cabeças. Falávamos muito sobre isso, meu irmão e eu, e tínhamos discussões intermináveis com a turma.

Essas cenas e vivências com certeza marcaram e influenciaram a escolha da profissão que exerceria, ou seja: uma atividade na qual eu teria a chance de investigar o que me intrigava e, ainda, cuidaria de pessoas. No curso secundário, tinha um particular interesse por ciências biológicas e humanísticas. Ainda contava o fato de pertencer a uma família de inúmeros médicos e, portanto, cuidar de doentes era assunto corriqueiro, o que certamente também influenciou a minha escolha.

Na Faculdade de Medicina, logo no primeiro ano, a disciplina de Psicologia Médica despertou meu interesse e me pôs em contato com Freud, Adler, Jung, Jaspers, Kraepelin, Bleuler, Sartre, entre tantos outros autores. O que me chamou a atenção foi que vi, ameaçadoramente, muitos de meus segredos revelados nesses textos: a loucura que me assustava desde pequeno poderia, então, ser desvendada. O que antes era mistério, agora se transformava em conhecimento da mente humana. Por meio do estudo e da pesquisa, eu poderia iniciar a compreensão das profundezas da psique. Tornei-me monitor dessa disciplina, que tinha como catedrático André Teixeira Lima. Na minha função, tinha a incumbência de esclarecer dúvidas dos alunos, o que obrigava a me aprofundar em psiquiatria e psicologia médica.

No terceiro ano da faculdade, passei a frequentar o Instituto de Psiquiatria e Higiene Mental de Jundiaí (SP), hospital que abrigava pacientes com patologia aguda. Lá, ajudava os médicos assistentes, em especial José Mário Amâncio Camargo, psiquiatra e psicanalista, que me ensinou e supervisionou no tratamento de alguns pacientes, fazendo-me entrar em contato mais íntimo com o estudo da doença mental por meio dos tratados de Psiquiatria e dos textos sobre a Psicoterapia. Em 1970, participei do V Congresso Internacional de Psicodrama e I de Comunidade Terapêutica, em São Paulo, e o método psicodramático me deixou impressionado.

Durante o curso de medicina também me interessei por clínica médica e cirurgia. Cheguei a estagiar, por três anos, em obstetrícia, realizando partos e auxiliando cirurgias no Hospital e Maternidade Mattarazzo. No quinto e sexto anos comecei a dar plantões e a frequentar as reuniões da Comunidade Terapêutica Enfance, um hospital destinado ao tratamento de crianças portadoras de transtornos mentais graves. A supervisão do trabalho dos plantonistas era feita por Osvaldo Dante Milton Di Loreto. Nessas reuniões, refletíamos a respeito do tratamento da doença mental e da psiquiatria em geral. Nessa época, as ideias de Laing e Cooper e da antipsiquiatria estavam em voga. Esse trabalho na Comunidade Terapêutica Enfance influenciou de forma positiva a minha maneira de estabelecer o relacionamento com meus pacientes, principalmente nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos.

Concluí o curso de medicina em 1972 e, no ano seguinte, como especialização, iniciei a residência em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP).

O início da residência foi difícil, estava acostumado ao modelo em que as evidências e a fisiopatologia são mais claras. O modelo de abordagem e raciocínio na psiquiatria é outro, a subjetividade é fundamental, enquanto que, na medicina geral, pesquisamos o sistema que apresenta a patologia. Na psiquiatria, é evidente que é o homem quem está doente, não um órgão, e o cérebro não pode ser responsabilizado por toda a patologia que se evidencia. O estudante de medicina não é treinado a ver o doente como um modelo holístico. O próprio ensino da medicina, em algumas faculdades, faz com que se estude o homem em seus vários sistemas: cardiorrespiratório, digestivo, genito-urinário, e assim por diante. Acontece, muitas vezes, de o ser humano ser visto apenas como um fígado, um pâncreas, um pulmão etc. Em algumas faculdades de medicina, atualmente, o homem é visto como um todo, o que implica uma perspectiva biopsicossocial.

Na medida em que entrei em contato mais estreito com o doente mental, ocorreram identificações em alguns aspectos e, ao ler os tratados de psiquiatria, vi-me em vários de seus capítulos. Essa foi uma fase que vivenciei com angústia, e a psicoterapia me ajudou muito. Entendi que apresentamos traços de diversos sintomas psiquiátricos, e que a patologia acontece quando um ou alguns dos traços são acentuados. Em meus primeiros contatos com o “louco” eu me considerava “são” e, na medida em que esse contato estreitava, percebi-me semelhante. É claro, o “louco” é uma pessoa como eu, o que o diferencia é apenas sua doença. Entendi, então, por que muitas vezes são segregados, agredidos e afastados do contato social. Não é que a locura seja contagiosa, mas ela espelha vários aspectos que tememos de nós mesmos, e é mais fácil negá-los afastando quem os lembra. A “loucura” é uma perda das referências que nos situam e nos identificam, significando o descontrole de sistemas internos. Então nos agarramos às referências externas, que nem sempre são seguras o suficiente para nos livrarmos da sensação de descontrole. Com o tempo, por causa das supervisões, da psicoterapia e da literatura psiquiátrica, fui me sentindo cada vez mais seguro.

Nessa mesma época, comecei minha formação em psicoterapia na Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP). Como trabalho de conclusão de curso, em 1981, apresentei a monografia: *Psicodrama: o uso do desenho em psicoterapia psicodramática*. Participaram da banca os psiquiatras e psicodramatistas: Aníbal Meherer, Antonio Carlos Cesarino e José Fonseca, meu orientador. A aprovação dessa monografia me qualificou, pela Federação Brasileira de Psicodrama (Febrap), como professor supervisor de psicodrama e terapeuta didata.

Paralelamente à formação em psicodrama, participei, durante mais de quinze anos, de um grupo de supervisão com José Fonseca, do qual faziam parte Wilson Castello de Almeida, Victor Ciacco da Silva Dias, Antonio Gonçalves dos Santos, Arthur Kaufman, Therezinha de Paula Esteves, José Roberto Wolff, Maria Amália

Faller Vitale, Maria Regina Altenfelder Silva e Tereza Bonumá. Esse grupo contribuiu muito com meu aprendizado de psicoterapia e psicodrama e os temas ali estudados e refletidos, bem como os casos supervisionados, foram fundamentais como estímulo ao estudo da psicoterapia e de minha formação como psicoterapeuta.

Considero que a psicoterapia à qual me submeti foi importante para aprofundar problemas relacionados à vida pessoal, assim como para tratar as questões levantadas a partir do trabalho psiquiátrico e de outros conflitos que a vida apresenta. Constatei também que, além de uma forma de tratamento, ela é fundamental para o aprendizado da psicoterapia. Participei de diversas vivências psicoterápicas com eminentes psicodramatistas: Zerka Moreno, Márcia Karp, Jaime Rojas-Bermúdez, Dalmiro Bustos, Pierre Weil, José Fonseca, entre outros.

Em 1975, passei a trabalhar no Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana, que, na época, pertencia à rede pública de hospitais da Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, e atualmente está sob a direção da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, sediando o Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM).

Na década de 1970, o número de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos da rede pública era enorme. Segundo dados do IBGE, entre 1950 e 1970 a população hospitalar cresceu 136% (Cerqueira, 1989), mesmo com o advento dos neurolépticos (medicação específica e eficiente para tratamento de psicoses). A assistência psiquiátrica brasileira era essencialmente hospitalocêntrica, ou seja, todo tratamento ocorria preferencialmente no hospital psiquiátrico. A rede de ambulatórios era muito pequena e não havia equipamentos de suporte para o tratamento psiquiátrico, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Centros de Reabilitação Psicossocial. Além disso, o número de psiquiatras era relativamente pequeno para atender a demanda.

Nos hospitais psiquiátricos o número de psiquiatras era escasso, assim como o de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais especializadas. Os profissionais do Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana também sofriam com essas condições. Era um hospital para pacientes do sexo feminino com patologia aguda. Fui designado médico de uma das enfermarias, com setenta e dois pacientes sob meus cuidados.

Essa enfermaria ocupava um grande salão retangular com cerca de 300 m². Os leitos eram dispostos lado a lado, formando seis fileiras de doze camas divididas por um corredor central, de maneira que se agrupavam três fileiras de cada lado. Imensas janelas que imitavam estilo gótico, cobertas por vidro fosco e grades, ocupavam as laterais. Na parede do fundo, uma porta dava acesso à escadaria que levava ao pátio. Na frente, localizava-se o posto de enfermagem e a porta da enfermaria. Do posto, enxergava-se a enfermaria através de uma grande janela de vidro.

As pacientes, uniformizadas com um camisolão branco, eram fisionomias sem expressão, rostos parecidos, moldados pela impregnação neuroléptica (efeito colateral do remédio, que provoca sintomas do Mal de Parkinson), passavam a maior parte do tempo ali trancadas, ora deitadas, ora andando com pequenos passos em maratonas de um vai e vem sem fim, impulsionadas pela acatisia (outro efeito colateral que impede a paciente de ficar parada). Por vezes olhavam o vazio através dos vidros do posto de enfermagem de onde eram vigiadas, ou para a rua, pelas frestas das janelas.

As enfermeiras ajudavam trazendo as pacientes para o acompanhamento da evolução clínica ou mesmo novos casos para início de tratamento. O tempo disponível para esse atendimento era pequeno. Para as novas, eu elaborava toda a observação clínica, estabelecia diagnóstico e planejava o tratamento. Já no caso das antigas, acompanhava a evolução e prescrevia, além de atender as intercorrências clínicas. O tratamento realizado nas doentes das enfermarias dos hospitais psiquiátricos era essencialmente farmacológico, ou então por meio da eletroconvulsoterapia e, em alguns casos, da insulino-terapia. O número de pacientes para cada psiquiatra era grande, fazendo com que o tempo dedicado a cada um fosse pequeno.

Recém-saído da residência em psiquiatria, levei para a Vila Mariana o modelo de atendimento psiquiátrico aprendido no IPq do HCFMUSP. Esse, porém, mostrou-se ineficiente e frustrante como método de tratamento – na residência médica, eu tinha no máximo dez pacientes sob meus cuidados e trabalhava em condições ideais, com tempo suficiente para cada internado. No Hospital Psiquiátrico da Vila Marina havia sessenta e dois indivíduos a mais. Passou, então, para setenta e dois o número de pacientes sob minha responsabilidade.

No início, permanecia no consultório atendendo a uma escala de pacientes preestabelecida, para acompanhar a evolução clínica. Com curto tempo disponível, as entrevistas me pareciam pouco eficientes e frustrantes. Essas condições de trabalho exigiam mudanças criativas, caso contrário, a frustração resultaria em má atuação e em tratamento de má qualidade para os enfermos e, para mim, em uma sensação de cansaço e de ineficiência. Márcia Karp (1992, p.20) escreve que uma combinação de fatores modela um destino. Inconformado e frustrado com essas condições, resolvi transformá-las e enfrentar o desafio. Isso me inspirou a desenvolver um método de trabalho adequado a essas condições.

A inspiração é o processo pelo qual a criatividade e a espontaneidade possibilitam a criação de algo novo, ou ainda transformam uma insatisfação em ação gratificante, com todo o risco inerente. Anne Ancelin Schützenberger, psicodramatista francesa, inspirou-se, motivada pelo sofrimento psicológico de doentes terminais, a criar um processo de ajuda a essas pessoas que convivem com a expectativa da morte.

Comecei abandonando a escala de evolução preestabelecida e mudei minha forma de atuação. Resolvi entrar na enfermaria em vez de esperar que me trouxessem as doentes: no início foi um caos. As pacientes me rodeavam, puxavam meu avental, algumas me abraçavam, falavam ao mesmo tempo em voz alta, pediam cigarros, cantavam. Mas, à medida que se acostumavam com minha presença diária, no mesmo horário, naturalmente se organizavam. Já não me agarravam e, as que o faziam, eram repreendidas pelas outras. Observei que a minha presença como médico ia se constituindo em uma referência de cuidados e segurança. Era como se trouxesse alegria e esperança. Tanto que muitas vezes, ao entrar na enfermaria, fui saudado com cantigas como “parabéns a você” ou com o refrão “doutor, eu não me engano, meu coração é corintiano”.

Nessas visitas, ia ao leito das pacientes que apresentavam intercorrências clínicas ou depressão grave, catatonia ou qualquer condição que as mantivesse em repouso. Era sempre seguido pelas outras internadas, que formavam círculo ao redor e conversavam, davam informações e palpites sobre o tratamento, além de falar de sintomas com os quais se identificavam. Aproveitava essa formação natural de grupo para incentivar a comunicação entre elas. Mas era necessário criar um método que integrasse essas informações e complementasse o tratamento.

Identificada essa necessidade, resolvi transformar o grupo natural em grupo formal de psicoterapia, utilizando, como método, o psicodrama. Comecei aplicando jogos dramáticos, mais por receio, pois nunca havia trabalhado com grupos em enfermaria psiquiátrica. Como esses jogos despertavam conteúdos emocionais importantes, não vi alternativa senão trabalhar com todo o material emergente e com sintomas como delírios, alucinações, alterações do esquema corporal, sensações de angústia, ansiedade etc. As pacientes participavam ativamente, identificavam-se com a protagonista, compartilhavam suas vivências e seus sintomas, interagiam, enfim.

Com o passar do tempo, fui informado pela enfermagem que o nível de agitação e agressividade passara a ser muito menor e o ambiente da enfermaria tornara-se mais agradável. As pacientes apresentavam melhora efetiva do quadro psicótico e obtinham alta em tempo menor. Quase sempre a enfermagem participava do grupo, as próprias enfermeiras e auxiliares sentiam-se mais motivadas, compreendendo melhor a patologia das pacientes e tornando o trabalho mais gratificante para todos.

Terminei o segundo ano de residência em psiquiatria em 1974. Desde essa época, continuo ligado ao IPq do HCFMUSP e venho aplicando, ao longo desse tempo, o psicodrama: inicialmente com pacientes da segunda enfermaria masculina, depois no atendimento ambulatorial e, ainda, no treinamento de residentes, tanto na supervisão como no *role-playing* da relação médico-paciente. Atualmente,

no Centro de Reabilitação e Hospital-Dia (CRHD), organizo grupos de psicodrama com portadores de transtorno mental grave e prolongado (TMGP) e, ainda, grupos com familiares e pacientes portadores desse transtorno, como parte do programa de reabilitação psicossocial.

De 1976 até 2003, atuei também como psiquiatra e preceptor de residentes no Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” (HSPE), utilizando o psicodrama como método de psicoterapia grupal na enfermaria com pacientes internados; no hospital-dia com pacientes agudos, mas que não precisavam da internação integral; e, ainda, no programa de reabilitação psicossocial com portadores de TMGP. Também utilizei o psicodrama, na forma de *role-playing*, no treinamento de residentes em psiquiatria. Nesse hospital, tive o privilégio de conviver com Carol Sonenreich, diretor do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica, que contribuiu de forma importante para minha formação como psiquiatra.

Quando necessitei de subsídios teóricos e mais informações sobre a aplicação de psicoterapia de grupo e, principalmente, sobre psicodrama com pacientes internados, constatei a escassez de literatura especializada. Encontrei artigos de diversos autores no periódico *Group Psychotherapy*, órgão oficial da American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama, a maioria deles escritos antes da década de 1970; no *The International Journal of Group Psychotherapy*, publicação oficial da American Group Psychotherapy Association, cujos artigos seguem a corrente psicanalítica. O periódico espanhol *Informaciones Psiquiátricas*, publicação científica espanhola dos Hospitais Psiquiátricos da Congregação das Irmãs Hospitalarias do Sagrado Coração, dedica vários números à aplicação do psicodrama com pacientes psiquiátricos. Também existem artigos nos *Cuadernos de Psicoterapia*, publicação da Asociación Argentina de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo, mas a maior parte da literatura psicodramática é escrita por Jacob Levy Moreno, o criador do psicodrama e o primeiro a aplicá-lo em pacientes psicóticos. Moreno publica o artigo “Tratamiento psicodramático de psicoses”, mostrando seu pensamento sobre a natureza desses quadros, além de discorrer sobre o papel do psicoterapeuta de pacientes psicóticos (Moreno, J. L., 1945). Atualmente, podemos encontrar na internet inúmeros artigos sobre psicodrama e psicóticos, mas a maioria de conteúdo inconsistente.

Entre nós, José Fonseca publica, em 1980, o livro *Psicodrama da loucura*, mostrando suas ideias sobre a psicose, sua compreensão e a abordagem terapêutica por meio do psicodrama. José Roberto Wolff, em 1985, publica *Sonho e loucura*, discorrendo sobre aplicação do choque psicodramático no tratamento psicoterápico de pacientes psicóticos. Em 1987, Flávio Forte D’Andrea publica *Psicodrama: teorias e técnicas*, dedicando um capítulo ao psicodrama no hospital

psiquiátrico. Geraldo Massaro, psicodramatista, publica, em 1990, o livro *Loucura: uma proposta de ação*, sistematizando uma abordagem psicodramática da psicose.

No acervo da biblioteca do IPq-HCFMUSP, entre setenta e oito títulos de dissertação para mestrado e quarenta de teses de doutorado em psiquiatria, não há nenhum, até 1999, tratando da aplicação da psicoterapia de grupo na enfermaria psiquiátrica. Na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), dos setenta e quatro títulos de trabalhos para mestrado e doutorado, até 1998, somente um versa sobre psicoterapia de grupo com esquizofrênicos. Na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 1998, há um título de tese de doutorado: *Grupos de psicóticos crônicos em um centro de saúde*, de Maria Rita Almeida Correa. Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em 1996, há uma dissertação de mestrado, *Psicoterapia de grupo em hospital-dia: proposição de uma metodologia de estudo*, de autoria de Ishara (Nascimento, 1999). Elisabeth Maria Sene Costa apresentou dissertação de mestrado à Faculdade de Medicina da USP sobre a aplicação do psicodrama com portadores de transtorno afetivo bipolar e publicou-a em livro, em 2006, sob o título *Universo da depressão: histórias e tratamentos pela psiquiatria e pelo psicodrama*.

Ligado ao ensino de psicodrama na Sociedade de Psicodrama de São Paulo, no Departamento de Psicodrama do Instituto Sedes Sapientiae e, ainda, na Sociedade Goiana de Psicodrama, além da preocupação com a formação de psiquiatras na residência médica, eu percebia a dificuldade na indicação bibliográfica sobre psicoterapia de grupo de psicóticos, particularmente o psicodrama. Apresentei uma contribuição, por meio de uma dissertação de mestrado, com o título *Psicodrama na enfermaria psiquiátrica* (Silva Filho, 2000), mostrando essa experiência, sistematizando a minha prática, para contribuir com o estudo e difusão do psicodrama de grupo na enfermaria psiquiátrica.

Ampliei a dissertação transformando-a no livro *Psicoterapia de grupo com psicótico: o psicodrama no hospital psiquiátrico*, publicado em 2000, com edição esgotada. Revisei e ampliei essa edição, transformando-a praticamente em outro livro e, por isso, coloquei outro título: *Loucura, um tratamento possível – Psicoterapia de grupo e psicodrama*.

Para finalizar, quero fazer alguns agradecimentos, começando com os pacientes que estiveram internados nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos nos quais trabalhei e aprendi a aplicar o psicodrama. Ao professor Carol Sonenreich, pela confiança, estímulo, sabedoria, cultura e elegância no modo de praticar a psiquiatria, um verdadeiro modelo para todos os que têm o privilégio de sua convivência. E eu tive. Aos amigos José Fonseca e Zacaria Borge Ali Ramadam, pela leitura cuidadosa da dissertação e pela participação na banca examinadora, quando apre-

sentaram valiosas críticas e sugestões – que deram origem ao primeiro livro: *Psicoterapia de psicóticos: o psicodrama no hospital psiquiátrico*, cujo prefácio foi escrito por José Fonseca. A Thiago Lotufo, jornalista e escritor que revisou o texto, à psicóloga Júlia Calderazzo, que também contribuiu nessa revisão. A Sandra Helena Rocha da Cruz que digita, corrige meus textos e sempre me auxilia com carinho. A meus filhos Pedro e Luis, que se tornaram psiquiatras e participam deste livro; e também a meus outros filhos, Guilherme e Marcelo, pelo incentivo e inspiração no trabalho e na vida. E a Márcia, minha esposa, que compreendeu minha ausência, leu, criticou e deu sugestões para a confecção deste livro e de sua reedição.

1. PANORAMA HISTÓRICO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Sonenreich (2007, cap. I) escreve:

[...] observar como as noções de patologia mental foram tratadas ao longo do tempo nos permite entender melhor seu conteúdo. Nos ajuda a entender como se estruturam entre elas, como se encaixam na cultura respectiva, e nos faz questionar se podemos fazê-las ou não instrumentos para nossa própria medicina.

Starobinski (1962, p. 9), por sua vez, diz que:

[...] o paciente sofre seu mal, mas também o constrói, ou então o traz do meio em que vive; o médico observa a doença como um fenômeno biológico, isola de outras doenças, nomeia e classifica-a, convertendo-a numa entidade entendida pela razão e com isso expressa um momento particular dessa aventura coletiva que é a ciência. Tanto por parte do doente como por parte do médico, a doença é um fato da cultura e muda de acordo com as condições culturais.

A medicina sempre teve preocupação em relação ao tratamento dos distúrbios psíquicos. Algumas práticas realizadas na Antiguidade eram absurdas e cruéis, mas representavam o único “saber” médico (Sonenreich, Estevão e Silva Filho, 1999a).

As informações colhidas para este breve histórico do tratamento psiquiátrico foram retiradas de livros escritos por psiquiatras, e não das próprias fontes. Por isso, há algumas divergências e contradições devidas ao enfoque e às interpretações, mas que não comprometem as informações. Para maior exatidão, os documentos devem ser consultados.

Conforme os textos consultados de historiadores da psiquiatria e psiquiatras, tais como Pélicier, Colp, Stones, Sonenreich, Starobinski, entre outros, o doente mental foi tratado, através dos tempos, conforme a cultura de cada época. Assim, desde a civilização egípcia até os dias de hoje, o paciente, ora visto como doente, é tratado; ora visto como endemoniado, é submetido a exorcismo, torturas, surras e, em casos extremos, queimado em fogueira.

Nas civilizações antigas, o que não era comum e não pertencia ao quadro de referência do homem era visto como sobrenatural ou mágica. O comportamento não compreendido era atribuído aos espíritos ou à possessão pelo demônio, causada pela desobediência aos ensinamentos dos deuses e sacerdotes.

Na medicina primitiva, acreditava-se que a doença mental era resultado de causas sobrenaturais: violação de um tabu ou possessão demoníaca; ou, então, decorria de alguma presença mágica: serpente, verme ou pedra da loucura crescendo no cérebro, raptos da alma etc. A cura competia ao exorcista e à coletividade, pois a cerimônia se propunha a curar o doente, purificá-lo e reintegrá-lo à sociedade. As intervenções compreendiam, por exemplo, a oração propiciatória, passando pela fumigação e trepanação, condutas observadas nos povos paleolíticos e nos incas. Em outras civilizações, o possuído levava surras, era torturado e preso.

As técnicas do êxtase apelavam para a música e para os transe coletivos. Segundo Pélicier (1973), o efeito “psicodramático”, nesses casos, é duplicado por uma ação socioterapêutica que reduz as tensões do grupo, canalizando-as para um caminho permitido. Os índios americanos usavam substâncias alucinógenas como o ipeca, que contém psilocibina, para a cura. Os astecas utilizavam um tipo de cogumelo, o *tecnocatl* (carne de Deus), que contém mescalina. Os zunis, tribo de nativos americanos do Novo México, mascavam o *peyotl*, que também contém mescalina.

Entre os egípcios, a medicina era ensinada nos santuários, e os alunos aprendiam a diagnosticar após um minucioso interrogatório e exames de urina e fezes. Sonnenreich (2007) escreve que os médicos eram especializados em tratar partes do corpo: ânus, dentes, olhos, abdome. Havia uma hierarquia e o faraó era quem organizava os estudos médicos, seguido dos chefes e dos praticantes. Os textos médicos eram sigilosos. Na biblioteca de Alexandria (333 a.C.), foram encontrados materiais para ensino médico e salas de dissecação. Havia estreita relação entre medicina e religião.

Os deuses eram responsáveis pela saúde, e a recuperação de um doente dependia deles. Ísis era a deusa da cura. Seth encarnava a doença e o mal. Hórus, filho de Ísis e Osíris, protegia a vista. Néftis, esposa de Osíris, contaminou os olhos de Hórus, e quem o tratou foi Thot, o médico dos deuses (Sonnenreich, 2005). Egípcios e gregos construíram templos onde os sacerdotes/médicos realizavam preces, encantamentos, recreações, interpretavam sonhos e faziam uso de ervas.

Os primeiros registros de patologias psiquiátricas datam de 1800-1400 a.C., encontrados em papiros egípcios de Kahum, que tratam de ginecologia, cirurgia, terapêutica, farmacologia e proctologia. Eles já conheciam a epilepsia e a histeria, atribuindo-as, naquela época, a uma migração do útero, órgão que teria a propriedade de se deslocar pelo corpo. Tratavam essas patologias por meio de fumigações vaginais com plantas aromáticas, para que o útero, assim atraído, voltasse à posição inicial. Como a cura dependia dos deuses, o tratamento consistia em gestos mágicos, encantações religiosas contra os maus espíritos, medicamentos vegetais,

animais e minerais. Usavam pílulas, pomadas, colírios, fumigações, purgações e vomitórios. Conheciam a mandrágora (escopolamina) e o *Papever somniferum* (dormideira) (Sonenreich, 2007).

A fé monoteísta caracterizava a medicina dos hebreus: “Deus manda a doença como punição e só Ele a pode curar”. Por isso, não separam as doenças do corpo e da alma. Repudiam a magia como forma de cura. Na Bíblia, são descritos certos quadros que sugerem doença mental. Nabucodonosor julga-se transformado em animal selvagem (licantropia). Saul é descrito como deprimido e perseguido. Torna-se uma das fontes de confusão histórica entre loucura moral e loucura-doença. Os hebreus não atribuem à doença mental uma possessão diabólica. No Talmude há passagens sobre a responsabilidade dos doentes mentais e seu acesso a funções sacerdotais (Pélicier, 1971).

No oriente, na medicina assírio-babilônica, a doença tanto física quanto mental era uma punição atribuída ao pecado, ao resultado de uma impureza ou, ainda, a uma maldição dos deuses. Os sintomas das doenças eram descritos em tabuletas de argila. A cura acontecia pela confissão da falta, pelo reconhecimento desse pecado descrito em uma longa lista ou pela vontade dos deuses, interpretada na posição das estrelas e/ou no significado dos sonhos. Encontrada a falta – ou o pecado – o doente era purificado. Também eram utilizados extratos de plantas, animais e minerais. Em caso de malogro, lançava-se mão de todos os recursos esotéricos: astrologia, oniromancia, hepatomancia etc. Essa medicina sacerdotal atuava muito mais em função de crenças mágicas que com considerações racionais e objetivas.

Sonenreich (2007) escreve que, na Mesopotâmia, nas culturas suméria (4000 a.C.), acadiana (2950 a.C.), babilônica (1900 a.C.) e caldeia (600 a.C.), as práticas médicas também compunham elementos “naturais” e “religiosos”. A doença era considerada um castigo e a relação dos médicos com os deuses era estreita. Os tratamentos associavam encantamentos e práticas adivinhatórias. Praticavam cirurgias e usavam plantas, tecidos animais e minerais. Os babilônios associavam um demônio para cada doença; insanidade, por exemplo, era causada pelo demônio *Idta*. Cada demônio era exorcizado com uma medicina especial, além de ervas, confissões e outros métodos para restaurar o equilíbrio entre as forças sobrenaturais conflitantes (Millon, 2004).

O Império Persa estabeleceu-se em 900 a.C. e floresceu até 600 a.C. Os persas também consideravam as doenças “obra do diabo” e o tratamento consistia em rituais religiosos, encantamentos e exorcismo. A medicina do Irã antigo contribuiu, sobretudo, com um valor arquetípico, pois, ao mostrar uma luta sem fim entre o deus da luz e o deus das trevas, deu novo significado, como a luta entre o bem e o mal, identificando, como causa da doença, a tensão psíquica provocada por ela.