ELISABETH MARIA SENE COSTA

Psicoterapia psicodramática focal:
análise qualitativa e quantitativa
no transtorno depressivo maior

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno

SÃO PAULO

2005

DEDICATÓRIA

*Aos meus queridos familiares,
amigos e pacientes que me querem
sempre por perto e escolhem estar comigo.
Lá longe, em algum lugar, aos meus amados pais,
de quem sinto muitas saudades.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno, orientador desta dissertação, que me abriu as portas do Gruda e me incentivou a caminhar pelos labirintos da pesquisa científica.

À Dra. Rosilda Antonio, colega e amiga incondicional, psicodramatista competente, meu ego-auxiliar no psicodrama e na informática.

À Dra. Márcia Britto de Macedo Soares, colega e amiga, ego-auxiliar na aplicação das escalas e nas dicas sempre úteis.

Ao Prof. Dr. Dalmiro M. Bustos, grande amigo, com quem compartilhei as primeiras idéias do projeto.

Aos Profs. Drs. Arthur Kaufman, Helio Elkis e José Fonseca pela amabilidade no contato e idéias pertinentes.

Às minhas irmãs Maricenne Costa e Lucila Maria Costa Sampaio, sempre queridas e sempre presentes.

Ao meu querido amigo Luis Russo, companheiro de muitas trocas.

Aos meus carinhosos amigos do GAD Herval G. Flores, Maria Cecília Michelotti, Margareth Calmon, Maria Eugênia Fuseiro, Marisa André, Marly B. Boebel, Rita Morelli e Vanda Di Iorio com quem rio, choro, aprendo e ensino.

Aos queridos colegas do grupo de professores da SOPSP, Érika Strak, Gisela Castanho, Mara Sampaio, Marília Marino, Stela Fava e Yvette Datner e do grupo de psicoterapia do Gruda, psicólogos Karina B. Pellegrinelli, Mireia Roso e Silvia B. Keila com quem partilho momentos sempre agradáveis e fecundos.

Aos colegas Drs. Ana Claudia de A. Taveira, Ângela M. Schwartzmann, Cilly K. Issler, Dóris H. Moreno, Frederico N. Demétrio, Karla M. de Almeida, Rodrigo da S. Dias e Teng C. Tung, exemplos de competência na área psiquiátrica.

Aos meus queridos pacientes do grupo psicoterápico a quem dei meu afeto e meu conhecimento e por quem manifesto o meu profundo respeito.

Aos queridos pacientes do grupo controle que se dispuseram a me auxiliar nesta empreitada, mesmo recebendo tão pouco de mim.

A Eliane Soares do Nascimento pelo auxílio sempre ágil e afável, à Patrícia de Azevedo Lima por sua colaboração silenciosa e à Sandra Serra pelos primeiros préstimos.

A Eliza Fukushima, por sua atitude sempre serena e eficiente.

Aos Drs. Juliano Souza, Mônica Kayo e à estatista Mariana Curi pelas informações e análises estatísticas precisas.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE SÍMBOLOS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

SUMMARY

<u>1.</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	1
<u>1.1.</u>	<u>TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR</u>	1
<u>1.2.</u>	<u>DEPRESSÃO E PSICOTERAPIA</u>	10
<u>1.3.</u>	<u>PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA</u>	13
<u>1.3.1.</u>	<u>Teoria da Espontaneidade – Criatividade e Conserva Cultural</u>	16
<u>1.3.2.</u>	<u>Teoria Sociométrica</u>	19
<u>1.3.3.</u>	<u>Teoria dos Papéis</u>	24
<u>1.3.4.</u>	<u>Uma revisão das publicações em Psicodrama</u>	27
<u>1.4.</u>	<u>PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA FOCAL</u>	30
<u>2.</u>	<u>OBJETIVOS</u>	33
<u>3.</u>	<u>HIPÓTESES</u>	35
<u>4.</u>	<u>CASUÍSTICA E MÉTODO</u>	36
<u>4.1.</u>	<u>CASUÍSTICA</u>	36
<u>4.2.</u>	<u>INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO</u>	38
<u>4.2.1.</u>	<u>Entrevista</u>	38

4.2.2.	<u>Escalas de Avaliação</u>	38
4.2.3.	<u>Sociograma do Átomo Social</u>	38
4.2.4.	<u>Diagrama de Papéis</u>	39
4.2.5.	<u>Tratamento Farmacológico</u>	39
4.2.6.	<u>Inventário Socionômico</u>	39
4.3.	<u>METODOLOGIA</u>	40
4.3.1.	<u>Recrutamento de pacientes</u>	40
4.3.2.	<u>Escalas de Avaliação</u>	41
4.3.3.	<u>Psicoterapia Psicodramática Individual</u>	43
4.3.4.	<u>Psicoterapia Psicodramática de Grupo</u>	44
4.4.	<u>ANÁLISE DE DADOS</u>	45
4.4.1.	<u>Análise Sociométrica</u>	45
4.4.2.	<u>Análise Estatística</u>	48
4.5.	<u>FLUXOGRAMA DAS INTERVENÇÕES</u>	49
5.	<u>RESULTADOS</u>	51
5.1.	<u>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</u>	51
5.2.	<u>ANÁLISE SOCIOMÉTRICA</u>	54
5.2.1.	<u>Relacionamento Sociofamiliar e Profissional</u>	55
5.2.2.	<u>Desempenho de papéis</u>	57
5.3.	<u>USO DE MEDICAMENTOS</u>	59
5.4.	<u>AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTADO DEPRESSIVO E DO FUNCIONAMENTO SOCIAL</u>	64
5.5.	<u>INVENTÁRIO SOCIONÔMICO</u>	67
5.5.1.	<u>IS da paciente Diva (P1)</u>	68
5.5.2.	<u>IS do paciente Caio (P3)</u>	93
6.	<u>DISCUSSÃO</u>	112

<u>6.1.</u>	<u>DISCUSSÃO SOBRE ANÁLISE QUALITATIVA E QUANTITATIVA</u>	112
<u>6.2.</u>	<u>DISCUSSÃO DOS OBJETIVOS</u>	120
<u>6.2.1.</u>	<u>Análise Qualitativa (Sociométrica)</u>	120
<u>6.2.2.</u>	<u>Análise Quantitativa (Estatística)</u>	141
<u>6.3.</u>	<u>DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES</u>	143
<u>6.3.1.</u>	<u>Associação de PP e medicamentos</u>	143
<u>6.3.2.</u>	<u>PP e mudanças psicológicas</u>	145
<u>6.4.</u>	<u>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</u>	148
<u>7.</u>	<u>CONCLUSÕES</u>	153
<u>8.</u>	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	155
<u>9.</u>	<u>ANEXOS</u>	159
<u>10.</u>	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	163

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

APÊNDICE

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Fluxograma das Intervenções	50
TABELA 2 Dados Sociodemográficos	53
TABELA 3 Medidas descritivas e comparações dos grupos das variáveis anos de estudo e idade de início da doença	54
TABELA 4 Medidas descritivas e comparações das medicações nos grupos..	60
TABELA 5 Medidas descritivas e comparações dos grupos das diferenças Percentuais da HAM-D ₁₇ e EAS	63

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Eixos da Teoria Moreniana	16
FIGURA 2	Gráfico da Expansividade Socioemocional I	55
FIGURA 3	Gráfico da Expansividade Socioemocional II	56
FIGURA 4	Gráfico da Evolução das relações estressoras	57
FIGURA 5	Gráfico da Evolução do número de papéis	58
FIGURA 6	Gráfico da Evolução do impacto da depressão	58
FIGURA 7	Gráfico da transformação dos papéis	59
FIGURA 8	Gráficos de média e DP das diferenças percentuais dos escores da HAM-D ₁₇ e EAS	64
FIGURA 9	Gráficos de barras da resposta ao tratamento para as escalas de HAM-D ₁₇ e EAS	65
FIGURA 10	Sociograma 1 do átomo social de P1 (início)	70
FIGURA 11	Sociograma 2 do átomo social de P1 (final)	71
FIGURA 12	Gráfico da ESE I de P1	72
FIGURA 13	Gráfico da ESE II de P1	72
FIGURA 14	Diagrama de Papéis de P1 (início e final)	77
FIGURA 15	Gráfico da transformação dos papéis de P1	78
FIGURA 16	Sociograma 3 do átomo social de P3 (início)	94
FIGURA 17	Sociograma 4 do átomo social de P3 (final)	95
FIGURA 18	Gráfico da ESE I de P3	96
FIGURA 19	Gráfico da ESE II de P3	96
FIGURA 20	Diagrama de Papéis de P3 (início e final)	100
FIGURA 21	Gráfico da transformação dos papéis de P3	101

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Uso de Medicamentos – GP	61
QUADRO 2	Uso de Medicamentos – GC	62
QUADRO 3	Comparação da medicação nos dois grupos	63
QUADRO 4	Resultados da HAM-D ₁₇	65
QUADRO 5	Resultados da EAS	66
QUADRO 6	Qualidade Emocional dos Vínculos de P1	73
QUADRO 7	Relações Estressoras de P1	73
QUADRO 8	Auto-imagem de P1	76
QUADRO 9	Impacto da Depressão de P1	76
QUADRO 10	Qualidade Emocional dos Vínculos de P3	97
QUADRO 11	Relações Estressoras de P3	97
QUADRO 12	Auto-imagem de P3	99
QUADRO 13	Impacto da Depressão de P3	100

LISTA DE ABREVIATURAS

AI	Auto-imagem
Alto (i)	Alto estresse no início
Alto (f)	Alto estresse no final
AD	Antidepressivo
AS	Átomo Social
AT	Autotele
Baixo (i)	Baixo estresse no início
Baixo (f)	Baixo estresse no final
BD	Papel bem desenvolvido
cont.	continuação
D	Papel desenvolvido
DP	Desvio padrão
Dpp	Diagrama de papéis
EA	Ego-auxiliar
EAS	Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social
ed.	Edição
et al.	e outros
ESE	Expansividade Socioemocional
FI	Fluxograma das Intervenções
Final +	Escolhas positivas no final
Final -	Escolhas negativas no final
GC	Grupo Controle
GD	Grau de desenvolvimento de papéis
GP	Grupo Psicoterápico

HAM-D ₁₇	Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton
ID(i)	Número de papéis afetados pela depressão no início
ID(f)	Número de papéis afetados pela depressão no final
Início +	Escolhas positivas no início
Início -	Escolhas negativas no início
IS	Inventário (s) Socionômico (s)
MD	Papel mal desenvolvido
Médio (i)	Médio estresse no início
Médio (f)	Médio estresse no final
n.	número
NP(i)	Número de papéis no início
NP(f)	Número de papéis no final
p.	página (s)
PD	Papel pouco desenvolvido
SI	Sessão individual (s)
SG	Sessão de grupo (s)
T	Papel em transição
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TF	Tratamento Farmacológico
TP	Terapeuta principal
TIP	Terapia Interpessoal
v.	volume

LISTA DE SÍMBOLOS

n	número de pacientes
$\%$	porcentagem
$\geq$	maior ou igual a
$\pm$	mais ou menos
$=$	igual a

LISTA DE SIGLAS

CID-10	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
DSM-IV	MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE DOENÇAS MENTAIS – 4ª EDIÇÃO
DSM-IV-TR	MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE DOENÇAS MENTAIS – 4ª EDIÇÃO – TEXTO REVISADO
EAS	ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ADEQUAÇÃO SOCIAL
GAD	GRUPO AUTODIRIGIDO
GRUDA	GRUPO DE ESTUDOS DE DOENÇAS AFETIVAS
HAM-D ₁₇	ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA DEPRESSÃO DE HAMILTON – 17 itens
IPQ-HC-FMUSP	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SOPSP	SOCIEDADE DE PSICODRAMA DE SÃO PAULO
RSM	RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001

RESUMO

Costa, E.M.S. **Psicoterapia psicodramática focal: análise qualitativa e quantitativa no transtorno depressivo maior.** São Paulo, 2005, 171 p. – Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

A importância de algumas abordagens psicoterápicas associadas à farmacoterapia no tratamento do Transtorno Depressivo Maior tem sido bastante destacada, no entanto, existem poucos dados sobre a Psicoterapia Psicodramática. O presente estudo comparou 20 pacientes com diagnóstico de TDM em uso de medicamentos antidepressivos e avaliados pela Escala de Depressão de HAM-D₁₇ (escores entre 7 e 20), divididos em dois grupos: dez pacientes do Grupo Psicoterápico (GP) participaram de 4 sessões individuais e 24 de grupo de psicoterapia psicodramática. Dez pacientes do Grupo Controle (GC) não participaram de sessões psicoterápicas. Os dois grupos foram avaliados pela Escala de HAM-D₁₇ e pela Escala de Adequação Social (EAS) no início e final do processo psicoterápico e o GP também foi avaliado pela Análise Sociométrica, fundamentada no método psicodramático. Em comparação ao GC, o GP apresentou uma melhora significativa quanto aos sintomas depressivos e ao funcionamento social, bem como uma expressiva mudança nos aspectos sociométricos investigados.

SUMMARY

Costa, E.M.S. **Focal psychodrama psychotherapy: a quantitative and qualitative analysis on major depressive disorder.** São Paulo, 2005, 171 p. - Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

The importance of several psychotherapeutic approaches associated to pharmacotherapy on the treatment of Major Depressive Disorder has been quite highlighted, although, there is little information as far as Psychodramatic Psychotherapy is concerned. The present study compared 20 patients diagnosed with MDD in use of antidepressant drugs and evaluated with the Hamilton Depression Scale (scores between 7 and 20), divided into two groups as follows: ten of the patients from the Psychotherapeutic Group (PG) took part in 4 individual psychodramatic psychotherapy sessions and 24 psychodramatic psychotherapy group sessions. Ten of the patients from the Control Group (CG) did not participate in the psychodramatic psychotherapy sessions. Both groups were evaluated with the HAM-D₁₇ Scale and the Social Adjustment Scale – Self Report (SASSR) at the beginning and at the end of the psychotherapeutic process, and the PG was also evaluated through Sociometric Analysis, based on the psychodramatic method. In comparison to the CG, the PG presented a significant improvement regarding the symptoms of depression and social functioning, as well as an expressive change on the investigated sociometric aspects.

1. INTRODUÇÃO

*“Tenho dentro de mim
a sensação
das coisas não ditas,
das coisas não feitas.
O vazio da espera
me domina,
E apenas espero.*

*Tento sentir,
alcançar,
tocar,
amar,
mas nada vibra
dentro de mim.*

*Não foi sempre assim.
Talvez isso não dure
para sempre,
mas enquanto for assim
eu espero.*

Tenho esta sensação dentro de mim”¹.

1.1. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

A depressão é um transtorno mental crônico que desafia a ciência a buscar formas mais efetivas de tratamento que conduzam os pacientes deprimidos a uma remissão sintomática e a um desaparecimento do processo fisiopatológico e mórbido (Moreno; Cordás, 2001).

Ela está presente no indivíduo provavelmente desde o início da humanidade, já que muitos são os mitos, lendas, relatos bíblicos e contos que abordam este tipo de sofrimento humano.

Uma das versões mais antigas sobre a depressão, uma lenda japonesa^{2,3}, conta que há milhares e milhares de anos existiu uma deusa – Amaterasu Oomi

¹ Moreno, Z. Cantos de amor à vida, Campinas, S.P., Editorial Psy II, 1995:37 (poesia sem título).

² Davis, F.H. Mitos e Lendas do Japão. São Paulo, Landy Editora, 2004.

Kami – deusa do Sol, linda e alegre, filha do deus Izanagi e sua esposa, a deusa Izanami (senhora da Terra da Tristeza), criados pelo Deus Xintó para formar as ilhas do Japão.

Amaterasu possuía dois irmãos: o deus da Lua – Tsuki Yomi No Mikoto e o deus do trovão – Suzano o No Mikoto. Este irmão tinha o hábito de chorar e lamentar-se, além de ser muito impetuoso, com crises constantes de cólera, e muito invejoso de Amaterasu. Não aceitava que ela, como primeira filha, tivesse sido encarregada de cuidar dos arrozais japoneses. Certo dia, Suzano-o trama uma vingança e manda seus homens destruírem os campos de arroz da irmã. Ao vê-los totalmente danificados, Amaterasu se entristece e decide não viver mais em convivência com os homens e deuses. Encontra uma gruta nas montanhas e isola-se completamente, fechando a entrada da caverna com uma grande pedra. Com seu desaparecimento o mundo escurece – afinal, ela é a deusa do Sol – e com ela as almas dos indivíduos e dos animais, habitantes do planeta.

Os deuses descobrem seu esconderijo e tentam convence-la a voltar à vida, para que ilumine novamente o mundo, porém Amaterasu não responde aos seus chamados.

Resolveram então fazer uma grande festa que chamasse sua atenção e convidaram a deusa da chuva – Ame No Uzume (deusa da Juventude) para dançar à entrada da caverna, acompanhada do canto das aves e de instrumentos musicais. Amaterasu encantada com a música e os tambores foi, paulatinamente, retirando a pedra da frente da gruta. A luz foi voltando aos corações dos homens e todo o universo foi resplandecendo!⁴

³ Sonoo, R.T. Mitologia do Japão. Site: www.sonoo.com.br

⁴ Apenas como remate mitológico, costuma-se dizer que esta lenda, para os japoneses, dá origem ao nascimento do teatro e que o primeiro filho de Amaterasu foi o primeiro imperador do Japão, Jin Mu Tennou (660 a.C. até 585 a.C.).

Na Bíblia, várias histórias apresentam idéias pessimistas, depressivas e melancólicas. Entre elas citaremos algumas, para ilustrar o sofrimento depressivo permeando seus protagonistas.

Apesar de ter levado uma vida luxuosa e ser considerado um “sábio de Israel”, a biografia de Salomão fala de seu humor, quase sempre triste e sua decepção com a vida. No Antigo Testamento, conta-se que ele teria supostamente escrito alguns livros, dentre os quais, “Sabedoria”. Numa parte do cântico dois (2), ele escreve os seguintes versos⁵:

“Breve e triste é nossa vida,
o remédio não está no fim do homem,
não se conhece quem tenha voltado do Hades.
Nós nascemos do acaso
e logo passaremos como quem não existiu;
.....
Com o tempo, nosso nome cairá no esquecimento
e ninguém se lembrará de nossas obras;
nossa vida passará como uma nuvem – sem traços -,
se dissipará como a neblina
expulsa pelos raios do sol
e, por seu calor, abatida.
Nossa vida é a passagem de uma sombra,
e nosso fim, irreversível;
.....”

⁵ “A Bíblia de Jerusalém”, São Paulo, Edições Paulinas, 1987: 1200-39, 3ª impressão.

Outra famosa história bíblica é a de Jó (herói íntegro e digno servo de Deus) que após passar por uma tragédia financeira e física, é acometido de tristeza, desolação e martírio. Os trechos de alguns versos, abaixo transcritos, comprovam seu estado depressivo⁶:

“Pereça o dia em que nasci,
a noite em que se disse: ‘Um menino foi concebido!’

Esse dia, que se torne trevas,
que Deus do alto não se ocupe dele,
que sobre ele não brilhe a luz!

.....

Ah, se pudessem pesar minha aflição
e por na balança meu infortúnio,
seriam mais pesados que a areia do mar,
por isso as minhas palavras são desvairadas.

.....

Que forças me sobram para resistir?
Que destino espero para ter paciência?
É minha força a força das pedras,
ou é de bronze minha carne?

.....

Por isso, não refrearei minha língua,
falarei com o espírito angustiado
e queixar-me-ei com a alma amargurada

.....”

⁶ Ibid, p. 879-941.

Mais duas histórias bíblicas podem ser relatadas, ambas no livro *Primeiro Samuel*⁷. Uma é a de Ana (uma das esposas de Elcana), mulher estéril que sofre, chora, não se alimenta e sente uma profunda tristeza por não poder conceber. Após muitas orações consegue engravidar e ter o seu primeiro filho, que chamou *Samuel* e, espontaneamente, seu estado depressivo remite. A outra história é a do Rei Saul, cuja bipolaridade é insinuada e que culmina com seu suicídio.

Os séculos passam e as poesias, os romances, os textos teatrais, assim como as biografias, continuam a falar dos estados depressivos de seus personagens. Shakespeare⁸ conta sobre a melancolia de Hamlet e Homero⁹ escreve sobre a tristeza de Ulisses e o suicídio de Ájax. Vários autores citam a depressão de diversos artistas plásticos (como por exemplo Van Gogh¹⁰, Miró¹¹), ou de filósofos como Kierkegaard¹².

Enfim, os relatos neste domínio são inúmeros, porém convém salientar, neste momento, as descrições existentes sobre a doença depressiva, as quais serão apresentadas de forma concisa.

Elas tiveram início com Hipócrates de Cós (450-355 a.C.) que descreveu quatro humores como causas do desequilíbrio humano (sangue, fleuma, bile negra e bile amarela). Esses quatro fluidos regulariam as emoções, os afetos e o caráter do indivíduo, sendo que o excesso de bile negra levaria as pessoas à melancolia. Esta idéia perpassa por outros autores tais como Aristóteles (384-322 A. C.) e Galeno (130-200 D.C) segundo Kaplan; Sadock (1993) e Cordás (2002).

⁷ Ibid, p. 419-65.

⁸ Shakespeare, W. (traduzido e adaptado por Fernando Nuno). Hamlet. Rio de Janeiro, Objetiva Ltda., 2003.

⁹ Homero (tradução de Manuel O. Mendes e edição de Antonio M. Rodrigues). Odisséia. São Paulo, EDUSP, 2000, 3ª ed.

¹⁰ Van Gogh, V. (Tradução de Pierre Ruprecht). Cartas a Théo. Porto Alegre, L&PM Editores, Coleção L&PM Pocket, vol. 21, 2003, 3ªed.

¹¹ Schildkraut, J.J.; Otero, A. Depression and the Spiritual in Modern Art. Chichester, England, John Wiley & Sons Ltd., 1996

¹² Strathern, P. Kierkegaard em 90 minutos. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1999.

Por volta do ano 150 d.C. Areteus de Capadócia tece algumas observações a cerca da mania e da melancolia também compartilhadas por Celso e Sorano de Éfeso (100 d.C.) (Alonso-Fernandez, 1972).

Na Idade Média, considerada “Idade das Trevas” a teoria dos humores, incluindo a da bile negra, continua a preponderar entre os estudiosos.

Em 1621 Robert Burton publica o livro mais famoso do século XVII, sobre Psiquiatria, intitulado “Anatomia da Melancolia”, no qual descreve, entre outros aspectos, a psicodinâmica da melancolia que segundo ele, o afetava profundamente - “disposições tristonhas e pessimistas” (Tórfoli, 2004:13).

Somente no século XIX, como diz Cordás, “há uma depuração do conceito de melancolia e o surgimento do termo depressão com o sentido atual” (2002:69).

Em 1854 dois franceses, Jean-Pierre Falret (1794-1870) e Jules Baillarger (1809-1890) lançam, quase ao mesmo tempo, os respectivos trabalhos conhecidos como “La folie circulaire” e “Folie à double forme”, nos quais descrevem sintomas maníacos e depressivos em um mesmo paciente. Mas quem realmente reuniu esses quadros em uma entidade nosológica, em 1899, dando-lhe o nome de “Psicose Maníaco-depressiva”, foi o famoso psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) (Kaplan; Sadock, 1993).

No ano de 1957 o psiquiatra alemão Karl Leonhard (1904-1988) promoveu a disjunção da doença maníaco-depressiva, propondo que ela se dividisse em “bipolar” (episódios de mania e depressão) e “monopolar” (apenas depressão) (Hirschfeld; Goodwin, 1992).

Por volta de 1920 é criada a primeira nomenclatura psiquiátrica pela Associação Psiquiátrica Americana em conjunto com a Academia de Medicina de Nova Iorque e, logo depois, a Organização Mundial de Saúde inclui na CID-6, pela primeira vez, uma seção para os transtornos mentais (DSM-IV-TR, 2003). Em 1952 a Associação Psiquiátrica Americana desenvolveu novos conceitos na

nomenclatura publicando a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-I (DSM-IV-TR, 2003).

Com a evolução da classificação diagnóstica dos transtornos mentais, os transtornos de humor foram sendo classificados em unipolares e bipolares e a depressão dividida em subtipos depressivos que, ao longo da vida, sofreram modificações (Moreno; Moreno, 1995).

Nos dias atuais, o termo depressão pode ser utilizado tanto para sintomas isolados (situações normais de vida ou associados à manifestações clínicas), como em síndromes clínicas com vários sinais e sintomas depressivos, ou ainda como uma perturbação primária do humor (Moreno; Moreno, 2000).

Segundo a estimativa atual da Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 340 milhões de pessoas apresentaram pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida. Como exemplo, podem ser citados os EUA com 18 milhões de pessoas (Greden, 2001) e a população paulista com, aproximadamente, 16% (Lafer et al., 2000).

A depressão é a quarta doença médica de mais alto custo. Estima-se que, em 1993, os EUA apresentaram um gasto total, com os transtornos depressivos, de 44 bilhões de dólares (Dubovsky; Dubovsky, 2004).

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) pode surgir de forma mais leve, ou muito grave; pode afetar pessoas em qualquer fase da vida, inclusive infância e adolescência e evolui de forma crônica, sem remissão, para aproximadamente 20% dos indivíduos, sendo que a taxa de recorrência é mais alta nas pessoas que possuem mais de 45 anos de idade (OMS, 2001).

Segundo Dubovsky e Dubovsky (2004) o risco de um segundo episódio depressivo é de 50% e após o terceiro episódio, este risco se amplia para 90%. O intervalo entre cada novo episódio tende a ser menor, mais abrupto e os sintomas

depressivos podem se repetir, como também podem surgir outros novos e mais graves.

Burke e Regier (1992) salientam que a taxa de prevalência para a depressão é aproximadamente duas vezes maior nas mulheres do que nos homens. O grupo de maior risco parece ser o das mulheres jovens, solteiras ou descasadas, com filhos pequenos, e as possíveis explicações para esta predominância do sexo feminino variam desde a situação sócio-econômica até fatores hormonais, genéticos e biológicos.

Um estudo de morbidade psiquiátrica realizado no Brasil, por volta de 1990, mostrou que a prevalência da depressão em três capitais variou entre 1,9% em São Paulo, 2,8% em Brasília e 10,2% em Porto Alegre (Almeida Filho et al., 1992).

A doença depressiva é, portanto, um sério problema mundial de saúde pública e, nos dias atuais, o quadro grave é a principal causa de incapacitação em todo o mundo, situando-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga mundial de doenças (OMS, 2001). Em 2010, se não houver significativas melhoras na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, ela alcançará o segundo lugar no *ranking* mundial (Greden, 2001).

O TDM é caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, cuja característica principal é a apresentação de um período mínimo de duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse ou ainda perda de prazer, associada a pelo menos outros quatro sintomas adicionais segundo uma lista que inclui diversas alterações (DSM-IV-TR, 2003).

O humor deprimido é mencionado, em geral, como uma sensação forte de tristeza, ou total desesperança, ou falta de coragem, ou ainda uma angústia indescritível. Às vezes a tristeza vem mascarada de sintomas somáticos e, em muitos casos, a irritabilidade e a sensação desproporcional de frustração tomam conta do indivíduo. A diminuição ou falta de energia, o cansaço e a fadiga

dificultam, ou mesmo impossibilitam, o andamento de atividades, sejam elas domésticas, laborativas ou sociais. A falta de prazer para qualquer coisa, inclusive na esfera sexual, recrudescer. O apetite, o sono e as atividades psicomotoras apresentam-se perturbados, para mais ou para menos. A motivação, a atenção e a concentração estão diminuídas. Algumas pessoas fazem uma avaliação distorcida de si mesmas e consideram-se inúteis, evidenciando uma diminuição na auto-estima e na autoconfiança e culpam-se diariamente pela sua incapacidade. Muitos deprimidos apresentam pensamentos com temas negativos (tais como perdas, desamparo, morte, privação, inferioridade, desvalia, etc.) e a visão de futuro é pessimista ou inexistente, levando-os muitas vezes a idéias recorrentes de morte e atitude suicida. No mundo, por ano, um milhão de pessoas cometem suicídio e 10 a 20 milhões tentam suicidar-se (OMS, 2001). Embora a frequência e a gravidade da sintomatologia depressiva seja variável de um indivíduo para outro, em geral, a depressão expressa a falta de alguma coisa ou um extraordinário vazio, os quais dificilmente se apagam no decorrer da doença.

Enfim, o funcionamento global do paciente deprimido está integralmente comprometido, interferindo não somente no seu cotidiano como, fundamentalmente, nas suas relações sociais, merecendo por isso, urgência de rigoroso tratamento.

As descobertas científicas no campo dos neurotransmissores cerebrais têm ampliado e desenvolvido o uso dos medicamentos antidepressivos para os transtornos depressivos. A eficácia dos seus efeitos contribui para que se atinja, cada vez mais, a remissão dos sintomas depressivos e, conseqüentemente, a diminuição da chance de recaída.

Entretanto, Thase e Ninan (2002) fazem questão de enfatizar que apesar da grande amplitude das substâncias antidepressivas disponíveis no mercado, nenhuma delas têm eficácia ideal.

1.2. DEPRESSÃO E PSICOTERAPIA

“A importância qualitativa e quantitativa da psiquiatria revela que nos encontramos ante uma disciplina que não é simplesmente mais uma especialidade médica. Sua distinção qualitativa mais peculiar consiste em ser o ramo humanista ou antropológico por excelência da medicina. (...) Medicina filosófica no sentido antigo e medicina psicológica ou antropológica no moderno, são termos que se referem às três peculiaridades da psiquiatria: ocupar-se primordialmente do homem enfermo considerado em sua totalidade – abarcando especialmente os aspectos psicológicos -, centrar a investigação no método fenomenológico e não prescindir nunca da psicoterapia”.¹³

Sabe-se hoje que o tratamento farmacológico não é o único caminho que leva à melhora dos sintomas depressivos. Uma das maneiras de trata-los é por intermédio das psicoterapias que têm sido particularmente reconhecidas, pelo meio psiquiátrico, como método aditivo ao medicamentoso.

Moreno e Moreno (1995) enfatizam que o tratamento clínico e a psicoterapia podem ser utilizados concomitantemente e a indicação de psicoterapia para o paciente deprimido se faz independente da abordagem médica. Os autores salientam:

Os antidepressivos suprimem sintomas [...], ajudando o paciente a participar do processo psicoterápico – [...]. De modo oposto, o aumento da comunicação e do entendimento resultantes do processo terapêutico cognitivo aumenta a adesão

¹³ Alonso-Fernandez, F. Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Psiquiatria General. Tomo I. Madrid, Espanha, Paz Montalvo, 1972, 2ª ed., p. 833.

ao tratamento medicamentoso e também a esperança e a confiança do paciente, levando à resposta positiva do tratamento como um todo (164).

Hirschfeld e Goodwin (1992) salientam a importância do tratamento combinado – abordagens psicofarmacológicas e psicoterapêuticas – para a depressão e mencionam as três psicoterapias mais utilizadas: Terapia Interpessoal (TIP), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia Comportamental (TC), embora algumas psicoterapias psicodinâmicas de curto prazo também apresentem bons resultados. As terapias familiares e conjugais também são freqüentemente utilizadas, na medida em que a depressão prejudique o casamento ou a relação familiar. Os autores destacam ainda que há evidências nas diferenças dos efeitos, isto é, os medicamentos agiriam mais rapidamente nos sintomas somáticos e vegetativos e, as psicoterapias, nos aspectos interpessoais e cognitivos da depressão.

Weissman et al. (1979), citados por Holmes (2001), em experiência realizada com pacientes deprimidos, constataram que aqueles que receberam tratamento psicoterápico, juntamente com tratamento medicamentoso, apresentaram menos recaídas.

Para Kaplan e Sadock (1993) os transtornos depressivos têm sido tratados pelas denominadas terapias psicossociais, tais como: a TIP, a cognitiva (que apresenta maior número de estudos sobre a eficácia nos transtornos de humor), a TC (bastante empregada de forma associada à cognitiva), a psicoterapia psicanaliticamente orientada e a familiar.

Os modelos de “psicoterapias específicas” para depressão (principalmente para a depressão refratária), tais como a TIP, a cognitiva e a TC têm florescido e se mostrado eficazes em comparação com aquelas de natureza mais tradicional e tempo mais longo (Thase, 1997).

Schestatsky e Fleck (1999) enfatizam o ressurgimento científico das intervenções psicossociais e distinguem as formas testadas até hoje - TC, cognitiva, psicodinâmica breve e TIP, concluindo que as evidências comprovam a eficácia de todas elas.

Lotufo Neto e Ito (2000) reforçam a importância da abordagem cognitivo-comportamental nas depressões e enfatizam a TIP e a psicoterapia construtivista como métodos também eficazes.

Souza Vargas (2000) apresenta uma visão teórica da Psicologia Analítica aplicada às depressões, considerando importante o tratamento psicoterápico após a fase aguda.

Lafer (2000) comenta que nos últimos 15 anos as psicoterapias estruturadas, tais como a TCC e a TIP, têm-se apresentado vantajosas para a depressão.

Para Rocha Barros et. al. (2000) a depressão pode ser tratada pela perspectiva psicanalítica, a qual concebe os processos depressivos como associados às fantasias inconscientes.

MacKenzie e Grabovac (2001) utilizaram a TIP em grupo de oito pacientes, durante 14 semanas e concluíram uma substancial melhora em cinco casos.

A depressão crônica tratada com TIP mais farmacoterapia por doze semanas apresentou resultados eficazes (Blanco et. al., 2001).

Ablon e Jones (2002) examinaram o processo psicoterápico segundo um instrumento de avaliação (Psychotherapy Process Q-Set) e concluíram que tanto a TIP como a TCC apresentaram resultados similares no tratamento da depressão.

Weissman e Markowitz (2003) comentam os achados com respeito à eficácia da TIP e da TCC no tratamento agudo de pacientes com TDM. Em relação aos pacientes com depressão crônica, a associação das duas modalidades e tratamento medicamentoso promoveu um índice de resposta de 48 para 75%.

Dubovsky e Dubovsky (2004) consideram que as depressões leves e moderadas poderiam ser tratadas com antidepressivos ou psicoterapia. Mesmo aqueles quadros que são tratados apenas com antidepressivos mereceriam um tratamento com manejo psicológico que realçasse a aliança terapêutica e auxiliasse o paciente a mostrar suas preocupações. Ressaltam ainda que a combinação de medicamentos e psicoterapia traz proveito para a maioria dos deprimidos, embora eles devam ser analisados em relação ao tipo de atuação sobre os sintomas depressivos: a psicoterapia age mais rapidamente no desempenho social e nas idéias suicidas, enquanto os medicamentos agem mais instantaneamente sobre o humor, o sono e o apetite.

Embora a prática clínica das psicoterapias seja habitualmente propagada, em termos populares, como eficiente, sabe-se que este processo somente é validado quando são utilizados recursos metodológicos rígidos e precisos que comprovem sua eficácia.

1.3. PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA

“Quando o sofrimento humano ultrapassa um certo nível, além de nossa capacidade de dar respostas construtivas, instala-se a versão trágica. A tragédia se resolve por dois caminhos: a loucura ou a morte. Drama (do grego fazer) é um gênero teatral que vai da tristeza à comicidade e que inclui uma grande variedade de finais, desde os venturosos até os desgraçados. O objetivo do psicodramatista é o de transformar as versões trágicas em dramáticas, evitando resoluções trágicas e ingênuas e privilegiando o encontro com novos caminhos”.¹⁴

Esta dissertação tem por meta dar a conhecer o desenvolvimento de um trabalho prático com uma amostra de pacientes com TDM tratados com Psicoterapia Psicodramática (PP) e medicação antidepressiva.

¹⁴ Bustos, D.M. Novas Cenas para o Psicodrama. O Teste da mirada e outros temas. São Paulo, Ágora, 1999:28.

Nesta caminhada lançou-se mão de alguns estudos qualitativos e outros quantitativos, na intenção de desenvolver instrumentos teórico-práticos que capturassem algumas das qualidades essenciais do método psicodramático e que pudessem ser posteriormente utilizados por outros profissionais de maneira fácil e objetiva.

A PP é um método psicoterápico bastante conhecido e de existência remota, criado pelo médico psiquiatra de origem judaica e nacionalidade romena Jacob Levy Moreno que desenvolveu durante toda a sua vida trabalhos com interesse no social e na dinâmica grupal. Ela se baseia no método fenomenológico-existencial, suporte da Teoria Socionômica (que será definida abaixo), base teórica do Psicodrama.

O desenvolvimento do Psicodrama se deu, num primeiro momento, a partir do interesse de Moreno em pesquisar e conhecer o fenômeno da espontaneidade e da criatividade. Ele escolheu como campo de pesquisa a arte dramática e, de suas experiências, surgiu, inicialmente, o Teatro da Espontaneidade, em seguida, o Teatro Terapêutico e, finalmente o Psicodrama.

Nos Estados Unidos, a partir de 1931 dirigiu seu interesse para o estudo das relações interpessoais e criou assim, a Sociometria e a Psicoterapia de Grupo.

A PP significa, para Moreno, a integração desses focos de interesse – o desenvolvimento da espontaneidade criativa por meio da “ação dramática” num contexto de psicoterapia grupal, no qual se levam em conta as inter-relações entre os participantes e o desempenho de seus diversos papéis.

Portanto, a PP investiga, estuda e trata o homem enquanto *ser – em – relação*, este indivíduo social que nasce, vive e está sempre em convivência, e que, por meio da ação dramática busca a sua transformação na interação com o outro por intermédio dos papéis, conduzindo-se para o resgate do ser livre, espontâneo e criativo.

(Além do tratamento em grupo a PP vem sendo empregada, há bastante tempo, no tratamento individual, de casal e família e o método psicodramático, como *processo de investigação e transformação*, pode ser aplicado a diversos outros tipos de grupos incluídos no denominado foco sócio-educacional).

Para a investigação dos aspectos ligados ao “homem social”, J. L. Moreno criou uma teoria que denominou de “*Socionomia*” (do latim *sociu* = *companheiro, grupo* e do grego *nomos* = *regra, lei*), definida, por conseguinte, como “o estudo das leis que regem o comportamento social e grupal” (Gonçalves et al., 1988). Ela é dividida em três áreas, assim especificadas:-

a) *Sociodinâmica* – estuda a dinâmica das relações interpessoais. Seu método de estudo é o “role-playing”. Na ação dramática o indivíduo pode atuar dramaticamente diversos papéis e vir a tornar-se mais espontâneo e criador, desenvolvendo novos papéis.

b) *Sociometria* – é a ciência das relações interpessoais, que desenvolve instrumentos de mensuração dedicados ao universo relacional dos indivíduos e grupos.

c) *Sociatria* – é o tratamento dos sistemas sociais, constituído do Psicodrama, da Psicoterapia de Grupo e do Sociodrama.

Estas três áreas exercem a função de sustentação da filosofia moreniana, cujos eixos são de importância crucial na compreensão do ser humano em relação, os quais serão descritos, abaixo, de forma sintética:

1.3.1. Teoria da Espontaneidade-Criatividade e Conserva Cultural.

1.3.2. Teoria Sociométrica (fator tele).

1.3.3. Teoria de Papéis.

Garrido Martín (1984) salienta que a teoria moreniana é caracterizada por dois eixos: de um lado, o eixo individual fundamentado pela *espontaneidade* e, do outro extremo, o eixo social embasada pelo *fator tele*. As duas dimensões se

conjugam dando forma a uma terceira, representada pela *teoria dos papéis* (o “eu tangível”). As três dimensões estão alicerçadas na *filosofia (ou categoria) do momento* que é caracterizada pelo instante existencial de cada ato da realidade humana, isto é, o “aqui e agora” (hic et nunc) vivenciado de maneira diferente a cada tempo. A Figura 1. ilustra esquematicamente este corpo teórico.

1.3.1. Teoria da Espontaneidade – Criatividade e Conserva Cultural

O termo *espontaneidade* deriva da palavra latina *sua sponte* que significa “do interior para o exterior” ou “de dentro de si” ou ainda “de livre vontade”.

Para Moreno (1974), a espontaneidade é a qualidade que possibilita ao indivíduo criar uma “[...] resposta adequada a uma nova situação, ou a nova resposta a uma situação antiga” (58).

A saúde física, psíquica e relacional do indivíduo está ligada, fundamentalmente, à saúde da espontaneidade, razão pela qual Garrido Martin (1984) considera seu conceito, como o principal ponto teórico na psicologia moreniana.

O ato mais espontâneo em toda a nossa existência é, segundo Moreno, o ato de nascer. Uma transformação vai se desenvolvendo dentro do útero materno – do embrião ao feto – até atingir o momento do nascimento de um bebê, impelido

pelo ato espontâneo-criativo de vir ao mundo. De um universo protegido, escuro, letárgico, imobilizador, no qual o alimento é a placenta, se transporta para um outro ambiente novo, surpreendente, cheio de cores, movimento, som e estímulos diferentes. Logo após seu nascimento já aprende a sugar o peito da mãe, também um ato espontâneo. À medida que cresce, várias situações novas vão exigindo da criança uma resposta nova, pois este mundo completamente desconhecido para ela, do qual ainda não tem consciência, precisa ser “vencido” para que possa sobreviver. E tudo isso só é possível com a existência da *espontaneidade*, deste fator denominado “*fator e*”. Neste processo singular de existência e sobrevivência, o bebê tem o auxílio de um *ego-auxiliar*, em geral representado pela mãe, ou outros membros da família, com quem, paulatinamente, vai se relacionando. Este novo universo – indiferenciado – é o *locus* que dá origem ao eu e aos papéis, denominado por Moreno de *Matriz de identidade*. Segundo Fonseca (2000), “a matriz de identidade é o berço, portanto, da consciência de quem somos e de quanto valemos, ou seja, do conceito autovalorativo” (112).

Para que a espontaneidade seja liberada é necessário que haja um processo de aquecimento preparatório; é ele que faz com que o indivíduo se torne apto a utilizar todos os seus recursos inteligentes e criativos, de forma adequada, na criação de uma obra, uma resposta, uma idéia, um pensamento ou uma ação.

A espontaneidade está intrinsecamente ligada à criatividade e ambas caminham na busca do homem criador.

Para poder realizar atos criativos é necessário, segundo Moreno, apresentar cinco características: ter espontaneidade, saber reagir diante da surpresa ou do imprevisto, mudar a realidade que se manifesta à sua frente, atuar de forma *sui generis* e, por último, poder dispor de um atributo mimético, isto é, uma aptidão plástica que o permita modificar o modelo instituído de uma determinada situação.

Quando esse processo criador se altera, tornando-se repetitivo, rígido, cristalizado, dá origem ao que Moreno designou de "conserva cultural" (1975). Ela impede a liberdade do ser humano de ser e agir e, portanto, do fluxo natural da espontaneidade.

A contraposição da espontaneidade, segundo Moreno é a ansiedade:

A ansiedade é uma função da espontaneidade [...] Se a resposta à situação presente é adequada – “plenitude” da espontaneidade - a ansiedade diminui e desaparece. Com a diminuição da espontaneidade vemos o aumento da ansiedade. Com a perda total da espontaneidade, a ansiedade chega a seu máximo, o ponto de pânico. [...] *A ansiedade aparece porque há falta de espontaneidade, não apenas porque ‘há ansiedade’ e a espontaneidade decresce em razão do aumento da ansiedade* (Moreno, 1994, II: 199).

Embora Moreno nunca tenha definido propriamente a palavra “vínculo”, ele sempre a usava quando se referia, operacionalmente, a qualquer relação interpessoal, isto é, ele (vínculo) é o marco da dinâmica que se opera entre as pessoas. Apesar de sua abrangência em outras áreas, que não somente no processo relacional psicoterápico, o conceito pode ser enunciado como sendo a interação entre duas ou mais pessoas, na qual se pressupõe a possibilidade de uma identificação, uma percepção mútua, um liame afetivo tornando esta união mais espontânea, rica e criativa. A partir desta formulação poder-se-ia dizer que numa relação humana, pelo menos dois tipos de vínculos se fazem presentes num dado instante e de acordo com uma dada situação: os espontâneos e os tensos.

O vínculo espontâneo é conceituado como aquele no qual existe a liberdade de ação e a relação é mais harmônica, mais solidária e menos colidente.

O vínculo tenso é aquele em que a relação apresenta-se com qualidade baixa, o grau de liberdade está prejudicado, há cristalização das condutas e não há conformidade e sim conflito.

Bustos (2001) salienta que quando a espontaneidade é inibida, dá lugar à angústia e, na depressão, ela se *reduz a zero*. Em um casal em conflito, a depressão se instala no vínculo. O sofrimento exclui toda possibilidade de prazer e o deprimido é quem detém o poder. O outro, diz ele, é o causador do sofrimento:

[...] a “saúde” de um vínculo depende da capacidade de ambos (referindo-se ao homem e a mulher) estimularem reciprocamente o surgimento da espontaneidade, permitindo a cada um desenvolver junto ao outro todo o seu potencial. Para que isso ocorra, é necessário um equilíbrio entre o desenvolvimento do vínculo e o processo de individuação (67).

1.3.2. Teoria Sociométrica

Toda relação humana, segundo Moreno, é permeada por um fator denominado *tele*, que em grego significa à *distância*, e que designa:

[...] as percepções que ocorrem no plano afetivo-emocional entre duas pessoas, tornando-as capazes de se perceberem mutuamente. Então elas se permitem intuir, com sua sensibilidade, o que ocorre na subjetividade uma da outra (Castello de Almeida, 1990:39).

Numa análise sociométrica a *relação - tele* é classificada em: - positiva (atração), negativa (rejeição) e distante (indiferença).

Embora a relação télica se desenvolva no plano interpessoal, Moreno (1974) também acha possível existir em um átomo social de um indivíduo normal, uma

outra relação, aquela que acontece *consigo mesmo* e que denominou de *autotele* (AT).

Fonseca (2000) corrobora esta noção moreniana de AT e comenta que o *eu* de cada pessoa é composto de vários *eus parciais* que se manifestam por meio dos papéis. Inspirado em Buber (1974), os “eus” poderiam se dividir em: *eu aparente* (o que o sujeito parece ou pensa ser e que pode originar o “falso eu”), o *eu real* (o que se é e se resiste em admitir) e o *eu observador* (aquele que percebe adequadamente quem é e como é). A AT seria, pois, a interação desses *eus parciais* e das relações que ocorrem internamente entre eles. Fonseca (2000) enfatiza que:

Por meio de *insights*, visões instantâneas de aspectos antes não visualizados de *eus parciais internos*, amplia-se a autotele. A psicoterapia é, portanto, um processo que busca ampliar a autotele [...] (283).

A AT é a percepção que cada um tem de si mesmo num dado momento da existência, a visão do seu próprio valor, de sua capacidade de exercer diversos papéis na vida. Poder-se-ia dizer que a AT está ligada diretamente à auto-estima do indivíduo, pois a partir da percepção que tem de seus *eus parciais*, valoriza ou critica estas partes de si mesmo.

O conceito de auto-imagem, pelo meu ponto de vista, está muito próximo do conceito de AT. Segundo Sims (2001):

[...] uma pessoa vê a si mesma e forma sua auto-imagem em um contexto social. [...] Nos relacionamentos sociais, uma pessoa expressa opiniões que possui sobre si mesma: suas palavras, e o modo como as diz, transmitem como ela vê este relacionamento com a outra pessoa e também como vê a si mesma [...] (170).

A diferença dos conceitos parece estar na origem de suas palavras. *Imagem* deriva do verbo *imaginar* do latim *imaginare* que quer dizer *fantasiar, idealizar, julgar*, o que leva a pensar que na auto-imagem o sujeito está sempre idealizando os papéis que exerce na vida, como se nunca pudesse estar satisfeito com eles.

O contraponto do *eu ideal* é representado pelos *eus censores* que se encarregam de ativar a crítica e a autocrítica em relação aos níveis mínimos de perfeição a serem atingidos. [...] A contraparte do *eu ideal* é o *antieu ideal*. Constitui o oposto do *eu ideal*, representa tudo o que a pessoa não deseja ser (Fonseca, 2000: 138-9).

Fonseca (2000) ainda comenta que quando o *eu ideal* se inclina para o lado negativo, o indivíduo pode apresentar um perfeccionismo exagerado, sentimentos de culpa, depressão ou fúria narcísica (Kohut, 1978).

A auto-imagem de um indivíduo está diretamente influenciada pela idéia que o outro faz dele, enquanto que na AT, no meu ponto de vista, a pessoa está diretamente se relacionando com seus *múltiplos eus* (eu real, eu ideal, eu observador, eu censor, eu “elogioso”). É a conversa interna que se estabelece dentro do sujeito, enquanto está sozinho ou mesmo acompanhado, que, todavia, não é expressa ao outro, só a ele mesmo. O contrapapel da AT é, portanto, a relação desse próprio *eu multiplicado* com suas fantasias internas, seus pensamentos e sentimentos ocultos.

Na autotele, o indivíduo tem consciência do que é, em geral percebe-se como atua no exercício do papel e pode até idealiza-lo, mas seu mundo interno está voltado, basicamente, para as suas vivências particulares.

Nesta pesquisa, utilizando-se do conceito de “auto-imagem”, criou-se um quadro denominado “Quadro da Auto-Imagem” (p. 76 e 99) baseada nos papéis

pessoais assumidos atualmente na vida e na expectativa que apresenta em relação à sua auto-imagem ao desempenha-los.

Em contrapartida ao fenômeno *télico* tem-se, de outro lado, a *transferência* – fantasias distorcidas e equivocadas projetadas no outro, influenciando os relacionamentos e promovendo conflitos, decepções e frustrações no vínculo.

Para o bom andamento de uma psicoterapia, segundo Moreno (1975), é imprescindível um mínimo de estrutura tele entre os participantes de um processo. E a experiência da vivência espontânea integral, em que pese a sensação mútua de comprometimento (tanto numa relação amável, como hostil), Moreno nomeou de *Encontro*.

Um dos instrumentos de mensuração da vivência relacional criado por Moreno é o “teste sociométrico”, pouco empregado nos dias atuais e que foi sendo substituído, aos poucos, pelo conceito sociométrico de “*átomo social*” (AS).

Moreno dizia que todo indivíduo necessita do outro para estabelecer relações, seja familiar, profissional, social, cultural, sexual e o átomo social é a menor estrutura social representante do conjunto de vínculos que constituem a rede de relacionamentos de um indivíduo. Essas relações se modificam conforme o “aqui e agora” (de acordo com o momento que está sendo vivenciado) e se apresentam como uma constelação de forças constituídas de atrações, rejeições, indiferenças. Para ele, o átomo social é “fato” e não apenas um conceito; algumas partes desses átomos se ligam a outras partes de outros átomos, e assim sucessivamente, vindo a conceber relações complexas denominadas “redes sociométricas” (Moreno, 1994, II: 159-77).

[...] além de descrever as relações, (o átomo social) oferece vários recursos integrados para compreender os processos subjetivos que constituem a forma de cada um vivenciar seus relacionamentos ou seu “grupo internalizado” (Knobel, 2001: 110).

Uma das metodologias aplicadas no estudo foi a montagem do "*Sociograma do átomo social*".

Blatner e Blatner (1996) enfatizam a importância do átomo social mencionando tratar-se de uma variação sociométrica com a finalidade de evidenciar a dinâmica individual (quer na psicoterapia individual ou de grupo) e de aquecer os pacientes para a investigação do seu campo interpessoal.

Um outro aspecto significativo da teoria sociométrica é o conceito de "Expansividade Emocional e Social". Embora formem uma aliança, a diferença básica entre elas é que:

[...] a expansividade emocional está ou é, fundamentalmente, ligada à quantidade (volume) de relações que o indivíduo apresenta (ou "suporta") em um determinado instante da existência. (Costa, 1998:121).

A *expansividade emocional* está ligada à quantidade de pessoas por quem o sujeito expressa qualitativamente algum afeto, capaz de ser preservado por determinado tempo demonstrando estabilidade na relação. Já a *expansividade social* se refere exclusivamente ao número de pessoas com quem o indivíduo se relaciona no seu dia-a-dia e o quanto ele se expande por meio de seus contatos sociais, não se valorizando a capacidade de conserva-los. São relações, em geral transitórias, fugazes.

Neste estudo, em razão da forma como foram estabelecidas as escolhas dos pacientes nos AS, considerou-se mais apropriado unificar os dois tipos de expansividade, denominando-as de *expansividade socioemocional* e lançou-se mão dos "Gráficos de Expansividade Socioemocional I e II".

Ainda é importante, neste trabalho, ressaltar dois pontos:

1. Todo trabalho sociométrico pressupõe um critério e um procedimento que serão levados em conta na criação de estruturas sociométricas.

2. Moreno esclarece que apesar do conceito mais geral do sistema ser a "*Socionomia*", o termo que se consolidou no domínio científico foi o de "*Sociometria*", um conceito secundário, mas que fundamenta o seu emprego no decorrer do estudo.

1.3.3. Teoria dos Papéis

O terceiro conceito fundamental proposto por J.L. Moreno é o de papel. Para ele "o desempenho de papéis é anterior ao surgimento do eu. Os papéis não emergem do eu; é o eu quem, todavia, emerge dos papéis" (Moreno, 1975:25).

O papel é uma unidade psicossocial de conduta e, como tal, acompanha o ser humano em toda a sua existência, nas diversas funções e características que exerce numa sociedade. O papel pode ser escolhido, adotado, mudado, imposto, desempenhado, desenvolvido, etc.

O papel, em termos genéricos, surgiu a partir da relação mãe-filho, mostrando a complementaridade existente entre os seres humanos e que, no Psicodrama, é nomeada de "papel / contra-papel" (ou papel complementar). Portanto, os papéis originam-se, conseqüentemente, da matriz de identidade.

Para J.L. Moreno, todo indivíduo tem uma capacidade ilimitada de desempenhar inúmeros papéis na vida, porém é fundamental que apresente certa habilidade para isso. Esta qualidade é que fornecerá a ele o desenvolvimento do seu *eu social* promovendo uma melhor comunicação com o outro. Nem sempre esta gama de papéis é manifestada; muitas vezes permanece embrionária; outras vezes alcança um desenvolvimento. Os papéis não se apresentam isolados; eles formam um conglomerado, que é designado *efeito de cacho* (Moreno, 1975:230), mais comumente conhecido como *cacho de papéis* ou *clusters*.

Moreno (1975) ainda destaca que é melhor, em qualquer trabalho, usar o “papel” como ponto de referência, o qual fornece uma vantagem metodológica, em comparação com a “personalidade” ou o “ego”.

Clayton (1998) sugere que a análise de papéis auxilia o indivíduo a desenvolver sua auto-imagem, a identificar e avaliar o seu desempenho na vida, a planejar seu desenvolvimento pessoal e profissional.

No estudo metodológico em questão utilizou-se do “Diagrama de papéis” como referência do desempenho, desenvolvimento e transformação dos papéis dos pacientes.

Castello de Almeida (1990) aponta para a importância do espaço cênico no desenvolvimento da espontaneidade e criatividade, as quais levam o indivíduo a vivenciar papéis imaginários ou os correspondentes sociais de sua realidade, produzindo transformações nos seus diversos papéis na vida e nas relações interpessoais.

Para sintetizar a fusão deste corpo teórico moreniano, Fonseca (2000) discorre o seguinte:

[...] concebo os conceitos morenianos compondo uma unidade. Assim, os fenômenos *télicos* estão relacionados ao *encontro* que acontece em um *momento*, com liberação de *espontaneidade*, que por sua vez leva à *criatividade* (77).

No processo psicoterápico, segundo Moreno (1975), três fatores da filosofia do momento entram em cena para fundamentar um determinado fato, ou todo e qualquer ato humano existencial, sendo denominados de *locus*, *status nascendi* e *matriz*.

Bustos (1992, 1998a) salienta que esses ângulos devem ser observados em todo fato ocorrido na vida de uma pessoa e, numa sessão psicodramática, eles são essenciais para a compreensão da dinâmica do paciente.

O *lócus* (do latim *locus*, que significa *lugar*) é o local, o cenário, o palco de um acontecimento na vida do indivíduo. Transportando o conceito para o domínio da psicoterapia, pode-se dizer que o locus é condicionante e referencial (mas não determinante) e [...] serve como orientador diagnóstico, mas não se situa no campo terapêutico (Bustos, 1992:16). O *lócus* representa o lugar de origem do sintoma, do qual se nutre, fortificando a conduta defensiva da pessoa e, nesta situação, indaga-se sobre o “que” e “para que” este “algo” passou a existir. Deve ser ainda reforçado que no trabalho psicodramático o *lócus* é importante no sentido de se promover uma investigação do lugar ou dos fatores significativos e condicionantes do conflito, porém não se opera neste âmbito.

O *status nascendi* é o momento do ocorrido; está ligado à dimensão temporal e, assim como o locus, é condicionante. Ele aparece na pergunta “quando”.

Uma planta que germina no momento certo, quando o solo oferece o máximo de fertilidade, é diferente daquela que germina no momento errado, quando os fatores ambientais não são favoráveis. (Bustos, 1998a:94).

A *matriz* é o fator gerador da defesa que se instalou por meio de um sintoma; é a resposta ao *lócus*. Ela é determinante e, portanto, é aqui que deve ser operacionalizada a ação terapêutica no sentido de promover a mudança desejada. A pergunta mais conveniente a ser formulada durante a dramatização é “para que” (e não “por quê”).

1.3.4. Uma revisão das publicações em Psicodrama

Desde 1930 o Psicodrama vem sendo bastante aplicado no tratamento de vários tipos de pacientes (como também em escolas e demais instituições não médicas). Uma grande quantidade internacional de trabalhos foi publicada em revistas especializadas, no período de 1930 a 1980, relatando as experiências e seus resultados benéficos. Uma pequena amostra é exposta abaixo.

Spence (1947) da University of the State of New York, enfatizou a importância do Psicodrama como uma significativa ferramenta no aprendizado e no desenvolvimento da linguagem de estudantes.

No mesmo ano Symonds (1947) utilizou o Psicodrama como *role-playing* na seleção de líderes no programa de avaliação do Teachers College (Columbia University) e salientou o excelente valor diagnóstico do método.

Shor (1948), da Yale University, utilizou o psicodrama de 1945 a 1946 para tratar pacientes de uma seção neuro – psiquiátrica de um hospital militar (Kennedy General Hospital, Memphis, Tenn.) e comenta os resultados positivos obtidos.

Monod (1948) da Child Guidance Clinic Claude Bernard, Paris, descreve o tratamento aplicado, de novembro de 1946 a julho de 1947, a 41 crianças que apresentaram diversas dificuldades, tais como: a) problemas de comportamento, instabilidade e baixo desempenho escolar (com Q. I normal); b) inibição e timidez anormais; c) distúrbios emocionais; d) instabilidade motora e tartamudez. Considera que em todos os casos obteve sucesso, respectivamente: a) 63% de sucesso; b) 100% de sucesso; c) 80% de sucesso e d) 50% de sucesso.

Weiner (1965,1966) publicou dois trabalhos sobre alcoolismo nos quais constatou o valor inestimável do método psicodramático auxiliando os pacientes a compreenderem-se melhor, a tomarem consciência de seus problemas e valores, a

desenvolverem a confiança em si mesmo e nos outros e a aumentarem a auto-estima, a coragem, a responsabilidade e a espontaneidade.

Outro estudioso das questões ligadas ao alcoolismo foi Bonabesse (1970), do Hôpital Psychiatrique de Saint-Alban, Lozère, France que apresentou tese de doutorado sobre a utilização do Psicodrama no tratamento de alcoólicos. Neste trabalho ele comenta da importância dos resultados alcançados enfatizando, particularmente, o exercício, a aprendizagem e o treinamento de papéis, assim como o aumento da auto-estima, o desenvolvimento de potencialidades e da espontaneidade.

Davies (1976) ressalta o quanto se impressionou com o método psicodramático, considerando-o extremamente eficaz e poderoso, tanto para o uso terapêutico, como para outros trabalhos ligados à saúde mental.

Muitos outros artigos foram publicados ressaltando vários temas; dentre eles selecionamos os seguintes: Psicodrama no lar e na família (Lippitt, 1947), com pacientes hospitalizados (Enneis, 1950; Geller, 1950; Slawson, 1965; Buchanan, 1982), presidiários (Lassner, 1950), pacientes obesos (Grant, 1951), nos estados de ansiedade (Rackow, 1951), nos desvios sexuais (Bromberg & Franklin, 1952), com pais de crianças esquizofrênicas hospitalizadas (Shugart & Loomis, 1954), com homossexuais (Eliasberg, 1954), na educação de alunos e professores (Grambs, 1948; Carroll & Howieson, 1979; Leyser, 1979), no tratamento de alcoolistas (Wood et al., 1966; Elkis, 1982).

Alguns trabalhos mais recentes (de aproximadamente 15 anos) sobre PP ligados a outros distúrbios foram encontrados: tratamento para esquizofrênicos crônicos (Honig, 1991), garotas traumatizadas (Carbonell e Partelano-Barehmi, 1999), pacientes com Síndrome do Pânico (Gheller, 1992; Carezzato, 1999; Torres et al., 2001), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Torres et al., 2001), Dependência de Álcool (Avrahami, 2003) e Anorexia Nervosa (Ozdel et al., 2003).

Como se pode ver por esta amostra, uma certa quantidade de trabalhos internacionais destacando a importância e o alcance do Psicodrama individual e grupal foi publicada e continua sendo até o momento.

Entretanto, um fato que chama a atenção, é a escassez de trabalhos relacionados à depressão. Em extensa revisão da literatura foram encontrados apenas seis artigos relatando experiências sobre PP e depressão: um sobre o uso do Psicodrama na depressão pós-parto (Ackerman, 1962), outro sobre Psicodrama no tratamento de idosos deprimidos (Burwell, 1977) e idosos deprimidos internados em clínica de repouso (Carman, 1984), dois sobre a utilidade do Psicodrama de grupo no tratamento do paciente deprimido (Diniz, 1986; Rezaeian, 1997) e um sobre uma paciente deprimida tratada individualmente (Antonio, 2002).

Moreno escreveu muitos textos, na sua grande maioria, ligados à formulação de sua teoria e aos relatos de casos clínicos que ele chamou de “Protocolos”. Nestes, ele conta suas experiências com o método psicodramático na aplicação de casos de paranóia, tartamudez, mutismo, problemas musculares, neuroses, psicoses, etc. Raras vezes fez referência à doença depressiva ou a sintomas depressivos de seus pacientes. No Protocolo de uma sessão de grupo com alcoolistas, um dos participantes (Karl) comenta sobre sua depressão (Moreno, 1974:173-5). Numa das vezes cita, *en passant*, um trabalho sobre a organização do AS dos soldados e comenta que eles se apegam muito aos colegas, podendo vir a apresentar algumas “reações depressivas” (Moreno, 1994, II:174) no caso de uma perda súbita. Em outro momento, fala de um caso de “Melancolia Complexa” (Moreno, 1994, II:220) de um paciente psicótico tratado em grupo, cujas características diagnósticas e sintomatológicas não são esclarecidas. Uma outra experiência, relatada sinteticamente, é sobre uma paciente deprimida que, em 1948, foi admitida no seu hospital (Instituto Beacon), após uma tentativa de suicídio,

e com a qual trabalhou utilizando o recurso de uma técnica psicodramática denominada “Loja Mágica” (Moreno, 1975).

1.4. PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA FOCAL

*“Nós vivemos em mundos diferentes que apenas
circunstancialmente entram em contato,
e mesmo, então, de forma incompleta.
O psiquismo não é transparente”¹⁵.*

Há uma fronteira tênue na conceituação das psicoterapias psicodinâmicas denominadas “focal”, “breve”, “de curta duração” ou de “tempo-limitado”. Foge à proposta deste estudo discorrer profundamente a respeito das sutis diferenças entre elas, porém convém mencionar alguns dados elucidativos.

As terminologias “Psicoterapia breve” ou “Psicoterapia Psicodinâmica breve” ou “Psicoterapia Intensiva Breve”, ou mesmo “Psicoterapia Dinâmica Breve” são sempre empregadas para expressar a psicoterapia individual realizada por um determinado tempo (“tempo-limitado”), que varia de dois meses a um ano e tem como base a orientação psicodinâmica.

Ferreira-Santos (1997) destaca que as referências brasileiras a trabalhos de Psicoterapia Breve remontam a 1954 com Neder¹⁶ e, com Eizirick¹⁷, no início de 1970. Abdo (1987) publicou um artigo sobre o tema e, nesta mesma ocasião, três livros foram editados : Lemgruber (1984), Knobel (1986) e Caracushansky (1990).

¹⁵ Moreno, J.L. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama, p. 261.

¹⁶ Ferreira-Santos comenta que a autora (Neder, M.) não publicou nenhum texto, apenas apresentou uma *comunicação pessoal* sobre sua experiência, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, 1984.

¹⁷ Ferreira-Santos cita o trabalho do autor (Eizirich, C.L) intitulado “Da psicoterapia breve à intervenção psiquiátrica breve” e relatado no VIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Recife, 1984.

Já o termo “Psicoterapia Focal” foi utilizado pela primeira vez pela equipe do psicanalista britânico Michael Balint, na Clínica Tavistock, em 1955, inspirado no método psicanalítico, com duração média de vinte sessões (com terapeuta experiente), e aproximadamente 30 sessões, para terapeutas em treinamento (Kaplan; Sadock, 1993).

Segundo Yoshida e Enéas (2004) o fundamento de todas as psicoterapias psicodinâmicas breves é a noção de *foco*, definida a partir de modelos e variações correspondentes à formulação teórica de seus autores. Para Enéas (2004) foco é:

[...] dentro da perspectiva interpessoal, como uma heurística, na medida em que serve como uma espécie de roteiro mental que pode guiar o terapeuta na investigação das dificuldades interpessoais do paciente e, também, pode ajudar o próprio paciente a refletir sobre as possibilidades de solucioná-las, desde que aprenda o modelo em seu contato com o terapeuta (42).

A Psicoterapia Breve de acordo com o método psicodramático foi elaborada, fundamentalmente, por Ferreira-Santos (1990) que a sistematizou para situações de crise, com objetivos centrados em um foco e evolução processual. A duração do tratamento é estipulada após cerca de três sessões, não ultrapassando, em geral, dez semanas. Baseado em Fiorini (1978), o autor destaca que o conceito de foco está ligado basicamente a três níveis: aos sintomas somáticos do paciente, ao desencadeamento da ansiedade e aos conflitos interpessoais atuais desenvolvidos frente à sintomatologia apresentada.

Pode-se dizer que Jacob L. Moreno (1974) foi um psicoterapeuta que dirigiu muitas sessões *focais* de Psicodrama (quando ainda o método não possuía este nome). Os casos dos casais Bárbara e George, Robert e Dora, do triângulo Frank, Anna e Ellen, dos psicóticos Martin, Marie e Elizabeth, do jovem William, do garoto

Karl e outros, todos descritos nos “Protocolos”, evidenciam o gosto pelo tratamento que fosse ao mesmo tempo focal, produtivo e breve. Eles variavam de dez sessões a dez meses e, muitas vezes, não houve preocupação de Moreno com a duração da sessão. Costumava dizer que, dependendo da situação, ela poderia durar minutos até duas horas. Em geral, a sessão individual (ou de casal) era realizada em uma hora e meia.

No título deste trabalho a terminologia *focal* diz respeito, como o próprio nome salienta, à intervenção psicodramática individual e grupal, focalizada especificamente sobre os sintomas depressivos e como eles interferem na qualidade de vida, no grau de espontaneidade e criatividade, no desempenho de papéis, na autotele e nas relações interpessoais dos pacientes.

2. OBJETIVOS

Avaliar o impacto da Psicoterapia Psicodramática focal individual e de grupo em uma amostra de pacientes com Transtorno Depressivo Maior nos seguintes estudos:

2.1. ANÁLISE QUALITATIVA (SOCIOMÉTRICA)

Realizada no início e término do tratamento dos pacientes que participaram da PP, abordando dois segmentos fundamentais:

2.1.1. Os pacientes e suas relações sociais

Representados pela seção “*Relacionamento sociofamiliar e profissional*”, na qual estão incluídos três tópicos:

- Estudo do átomo social e da expansividade socioemocional
- Qualidade emocional dos vínculos
- Relações estressoras

2.1.2. Os pacientes e seus papéis sociais

Representados pela seção “*Desempenho de papéis*”, na qual se incluem os seguintes tópicos:

- Auto-imagem
- Impacto da depressão nos papéis
- Desenvolvimento e transformação dos papéis

2.2. ANÁLISE QUANTITATIVA (ESTATÍSTICA)

2.2.1. Estado Depressivo

Avaliação e comparação dos resultados do estado depressivo dos pacientes dos dois grupos, por intermédio da Escala de Hamilton (HAM-D₁₇), no início e final do tratamento.

2.2.2. Funcionamento social

Avaliação e comparação dos resultados do funcionamento social dos pacientes dos dois grupos, mediante a Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social (EAS), no início e término do tratamento.

3. HIPÓTESES

Foram levantadas as seguintes hipóteses:

3.1. A associação de Psicoterapia Psicodramática e medicamentos antidepressivos, em relação à melhora da sintomatologia depressiva e funcionamento social dos pacientes, apresenta impacto mais favorável do que o uso exclusivo de medicação antidepressiva.

3.2. A Psicoterapia Psicodramática parece ser uma das modalidades psicoterápicas capazes de efetuar mudanças psicológicas efetivas e modificações nas relações interpessoais de pacientes deprimidos favorecendo a melhora da sintomatologia depressiva, do funcionamento social e da qualidade de vida.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

“Toda idéia em nós é humana, subjetiva, limitada e, portanto, não poderia corresponder absolutamente a inesgotável complexidade do real”¹⁸.

4.1. CASUÍSTICA

Este estudo foi desenvolvido com pacientes deprimidos encaminhados pelo Ambulatório Geral e pelo Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HC-FMUSP) em ambiente natural (abordagem naturalística).

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq. da Diretoria Clínica do HC- FMUSP. Todos os participantes receberam as informações sobre os procedimentos do estudo e a garantia de anonimato e confidencialidade de seus relatos. Os dois grupos assinaram termo de consentimento.

O estudo foi realizado com 20 pacientes deprimidos assim distribuídos:

- a. Dez (10) pacientes participaram de PP individual e de grupo e fizeram uso de medicação antidepressiva (AD). Este grupo foi designado *Grupo Psicoterápico (GP)*.
- b. Dez (10) pacientes foram tratados apenas com AD. Este grupo foi denominado *Grupo Controle (GC)*.

¹⁸ COMTE-SPONVILLE, A. Apresentação da Filosofia, Martins Fontes, São Paulo, 2002, p. 56.

4.1.1. Critérios de Seleção

Tanto para o GP como para o GC foram usados os seguintes critérios:

4.1.1.1. de inclusão

- Pacientes adultos na faixa de 18 a 60 anos, ambos os sexos.
- Pacientes com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (segundo o padrão do DSM-IV): -
 - a. *episódio único* (296.2)
 - b. *episódio recorrente* (296.3) (*com ou sem recuperação completa entre episódios e/ou com padrão sazonal*).
 - c. *estado leve* (296.x1) *ou moderado* (296.x2).
- Uso de medicamentos antidepressivos (qualquer tratamento farmacológico antidepressivo).
- HAM – D₁₇ ≥ 7 - 20 (Escala linha de corte para depressão leve e moderada)

4.1.1.2. de exclusão

- Transtorno Depressivo Maior de gravidade severa (sem ou com sintomas psicóticos).
- Pacientes com diagnóstico (segundo critérios do DSM-IV) de:
 - a. Transtorno Distímico (300.4).
 - b. Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação (311).
 - c. Transtorno Bipolar I (296.xx).
 - d. Transtorno Bipolar II (296.89).
 - e. Transtorno Ciclotímico (301.13).
 - f. Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (296.80).
- Transtorno de personalidade.

- Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.
- Transtornos mentais orgânicos.
- Retardo mental que impossibilite o mínimo de compreensão para o desenvolvimento do trabalho.
- Dependência de substâncias psicoativas.
- Paciente que não aceite tratamento psicoterápico (no caso de pacientes a serem encaminhados para o GP).

4.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

4.2.1. Entrevista

- Uma entrevista (anamnese psiquiátrica) para todos os pacientes encaminhados à triagem.

4.2.2. Escalas de Avaliação

- Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) – 17 itens.
- Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social – EAS (Weissman e Bothwell) – 54 itens.

4.2.3. Sociograma do Átomo Social

Montagem do átomo social (definição à p. 22) dos pacientes do GP em dois momentos do processo psicoterápico (início e final), visando desenvolver um estudo sociométrico do “*Relacionamento sociofamiliar e profissional*” a partir de dois critérios:

- Escolha da rede sociofamiliar e profissional baseada nas atrações, rejeições e indiferenças.

- Seleção das escolhas segundo a qualidade emocional dos vínculos.

4.2.4. Diagrama de Papéis

Montagem do diagrama de papéis (definição à p. 24), também realizado em dois momentos do GP (início e final), com o objetivo de promover o estudo sociométrico do “*Desempenho de papéis*” baseado na (o):

- Escolha dos papéis operativos e afetivos segundo a auto-imagem.
- Grau de desenvolvimento e transformação desses papéis.

4.2.5. Tratamento Farmacológico

Os pacientes de ambos os grupos estiveram sob tratamento farmacológico com psiquiatras do Ambulatório do Gruda. No GP, quando os pacientes traziam questionamentos a respeito da medicação, eram orientados a buscar esclarecimentos específicos com seu psiquiatra. As dificuldades ligadas à relação e fantasias com a medicação foram abordadas no grupo.

As medicações, dose e tempo de uso foram anotados no início e final da pesquisa, conforme o modelo da tabela (ANEXO A, p. 157), e apresentados em “Resultados” (p. 61 e 62).

4.2.6. Inventário Socionômico

No decorrer do processo psicoterápico foi realizada uma análise geral de dois pacientes (tomados como exemplo), baseada em três aspectos principais:

1. Apresentação da Análise Sociométrica (vide “Análise de Dados” à p. 45).
2. Respostas a dois questionários (os modelos encontram-se reproduzidos às p. 158 e 159 constituindo-se nos ANEXOS B e C), encaminhados aos pacientes

na 16ª sessão de grupo, que foram respondidos em suas residências e devolvidos no prazo de cinco (5) dias.

3. Relato de sessão psicoterápica.

4.3. METODOLOGIA

4.3.1. Recrutamento de pacientes

Foram realizadas, no total, 62 anamneses psiquiátricas clássicas.

No primeiro contato com cada um dos pacientes coletou-se a história clínica, avaliou-se o diagnóstico psiquiátrico de TDM leve ou moderado (segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV) e o uso de medicamentos AD. Posteriormente eles foram encaminhados a um outro profissional, um avaliador independente e previamente treinado, para serem avaliados pela Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton. Em seguida, os pacientes com escores da HAM-D₁₇ entre 7 e 20 responderam ao questionário da Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social – EAS (54 itens) e foram encaminhados, de forma sequencial, para dois grupos:

- Grupo Psicoterápico (GP): 10 pacientes (5 mulheres e 5 homens) cujo tratamento foi composto de PP e medicação AD (qualquer tratamento farmacológico). O processo psicoterápico constou de quatro sessões individuais de 60 minutos e 24 sessões de grupo de 1:45 h, todas em caráter semanal.
- Grupo Controle (GC): 10 pacientes (6 mulheres e 4 homens) com tratamento exclusivamente medicamentoso (qualquer medicação AD).

Dentre os pacientes, 42 não apresentaram a HAM-D₁₇ com pontuações entre 7 e 20, tendo sido dispensados do estudo.

Todas as sessões de PP (individuais e grupais) contaram com a participação de uma psicoterapeuta auxiliar - “ego-auxiliar” - (EA).

4.3.2. Escalas de Avaliação

4.3.2.1. Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) – 17 itens

A aplicação da Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D17) foi utilizada porque ela quantifica os sintomas depressivos e avalia possíveis mudanças no decorrer ou no final de intervenções terapêuticas (psicoterapia e/ou medicamentos AD). Foi utilizada a versão de 17 itens por seu uso ser mais comum.

Ela foi aplicada, em primeiro plano, a todos os pacientes triados, com o objetivo de avaliar a gravidade dos sintomas do Transtorno Depressivo Maior de cada um deles ($HAM-D_{17} \geq 7 - 20$) para o seu adequado encaminhamento. Posteriormente ela foi novamente aplicada da seguinte forma:

- GP: outras três avaliações:- após as sessões individuais, na 12ª sessão de grupo e após o seu término (vide "Fluxograma das Intervenções", p. 50)
- GC: outra avaliação após o término do GP ("Fluxograma das Intervenções", p. 50).

4.3.2.2. Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social – EAS (Weissman e Bothwell, 1976) – 54 itens:

A Escala de Adequação Social (EAS) é uma escala de auto-avaliação, considerada a mais desenvolvida em termos de ajuste social e avalia, nas duas últimas semanas, “o impacto dos sinais e sintomas na qualidade de vida dos pacientes e seu funcionamento social” (Gorenstein et al., 1999). Ela compreende 54 questões distribuídas em sete itens específicos (vide APÊNDICE):

A. Trabalho

- a. fora de casa – 6 questões
 - b. em casa – 6 questões
- B. Vida como estudante – 6 questões
- C. Lazer (vida social) – 11 questões
- D. Família
 - a. relação com pais, irmãos e demais familiares que não residem na mesma casa – 8 questões
 - b. relação conjugal – 9 questões
- E. Relação com filhos – 4 questões
- F. Vida doméstica – 3 questões
- G. Situação financeira – 1 questão

Cada questão é avaliada segundo um escore que vai de 1 a 5 e o resultado total é obtido pela soma dos escores de todos os itens dividida pelo número de respostas fornecidas (o escore 8 não é computável porque se refere a perguntas as quais não são aplicadas na situação do momento). Quanto maior o escore, mais alta é a incapacitação, sendo que os maiores escores são encontrados entre os pacientes deprimidos. Nos indivíduos normais o escore global é de $1,56 \pm 0,36$ (Gorenstein et al., 1999).

Como se trata de uma escala auto-aplicável ela não possuiu caráter excludente. Após a avaliação da HAM-D₁₇, o avaliador independente entregou a cada paciente (com escore da HAM-D₁₇ nos limites do estipulado) uma cópia da EAS. As respostas foram posteriormente recolhidas e encaminhadas à pesquisadora para a leitura dos resultados. A EAS foi novamente aplicada, da mesma maneira que a HAM-D₁₇, como se segue:

- GP: outras três avaliações:- após as sessões individuais, na 12ª sessão de grupo e após o seu término (vide Fluxograma das Intervenções, p.50).

- GC: outra avaliação após o término do GP (vide Fluxograma das Intervenções, p.50).

4.3.3. Psicoterapia Psicodramática Individual

Cada paciente do GP foi atendido uma vez por semana durante quatro (4) semanas, totalizando quatro (4) sessões de sessenta (60) minutos, cada uma visando o tratamento psicoterápico psicodramático focal da depressão. Todas as sessões contaram com a ajuda de uma profissional psicodramatista, uma EA. As sessões foram particularmente diretivas e enfocaram os seguintes trabalhos dramáticos:

1ª sessão: montagem do AS (vide IS, p. 70) tomando por base as escolhas positivas, negativas e neutras das pessoas de sua relação, em todos os campos (familiar, social, profissional, religioso, etc.). Por intermédio de algumas técnicas psicodramáticas os pacientes puderam vivenciar os papéis dos indivíduos envolvidos na relação (representados no AS), com base a se ter uma noção do tipo de relacionamento estabelecido entre eles.

2ª sessão: foi proposto que os pacientes pudessem mostrar a qualidade dos seus vínculos em relação a cada uma das pessoas do AS (novamente reproduzido) e transformassem esse sentimento em um valor numérico, transportando-os para um quadro denominado “Qualidade Emocional dos Vínculos” (p. 73). O intuito era poder mensurar as emoções envolvidas nestes vínculos.

3ª sessão: montagem do conjunto de papéis sociais operativos e afetivos que desempenhavam na atualidade, como pessoa privada, considerando as seguintes referências:- papel mal desenvolvido (MD), pouco desenvolvido (PD), desenvolvido (D), bem desenvolvido (BD) e em transição (T). Esta configuração foi transposta

para um diagrama - “diagrama de papéis” - (p. 77), cujo objetivo era a percepção dos papéis que os pacientes se autorizavam e conseguiam exercer naquele momento e compara-los com o grau de desenvolvimento e transformação dos mesmos.

4ª sessão: montagem de sua “auto-imagem” (AI) baseada nos papéis anteriormente mencionados e diagramados, estabelecendo um valor numérico para cada um deles. O resultado foi levado para um quadro específico – “Quadro da auto-imagem” (p. 76), com a finalidade de promover uma comparação no final do tratamento e verificar se houve, ou não, por influência do processo psicoterápico, alguma transformação desses papéis.

OBS: Todas as montagens foram refeitas no final do tratamento com um sentido de comparação, a fim de se estimar se o tratamento proposto ao paciente resultou em mudanças efetivas no relacionamento com ele mesmo e nas relações interpessoais.

4.3.4. Psicoterapia Psicodramática de Grupo

Após o atendimento individual os dez pacientes deram continuidade ao tratamento por intermédio da PP em grupo, sem mais o caráter essencialmente diretivo, o qual possibilitou o enfoque espontâneo de temas gerais da vida dos pacientes, direta ou indiretamente relacionados com o quadro depressivo. Cada sessão teve a duração de uma hora e quarenta e cinco (1:45 h) minutos e o tempo total do grupo foi de seis meses (24 sessões). Neste trabalho continuou-se a contar com a ajuda da EA.

As primeiras sessões foram voltadas para o entrosamento e o crescimento da coesão grupal, por intermédio de jogos psicodramáticos.

Na segunda sessão dois pacientes (uma mulher e um homem) comunicaram sua desistência: ela desculpou-se alegando doença da mãe e ele referiu não ter se adaptado ao método. Na minha análise ambos os pacientes eram pessoas com quadro depressivo mais grave, que necessitavam de psicoterapia individual por apresentarem demanda maior em relação às suas problemáticas.

O grupo foi comunicado das desistências, as quais levantaram algumas fantasias de novas perdas que foram trabalhadas de maneira a diminuir a ansiedade emergida e dar continuidade à interação entre eles. Os oito elementos criaram um vínculo bastante forte e até a 5ª sessão permaneceram neste número.

Outros dois pacientes (uma mulher e um homem) foram selecionados pelo mesmo padrão seqüencial e passaram pelas quatro sessões individuais. Na 6ª sessão eles entraram no grupo e houve uma boa vinculação entre todos os membros, o que possibilitou uma abertura ao trabalho de temas específicos, indo ao encontro do (a) protagonista emergente do dia, dando continuidade ao processo grupal.

Nas penúltimas sessões de grupo (semanas 23, 24, 25 e 26) foram feitas, dentro do próprio grupo, para cada paciente, uma nova montagem dramática dos sociogramas e diagramas, utilizando-se das mesmas consignas propostas nas sessões individuais (item 4.2.2.), para avaliação comparativa da evolução do processo.

4.4. ANÁLISE DE DADOS

Foram realizados dois tipos de análise:

4.4.1. Análise Sociométrica

O estudo sociométrico¹⁹ de cada um dos pacientes abordou dois aspectos principais:

1. O indivíduo e suas relações sociais.
2. O indivíduo e seus papéis sociais.

4.4.1.1. O indivíduo e suas relações sociais

Nesta seção denominada “**Relacionamento sóciofamiliar e profissional**” (item I) foram utilizados dois critérios de pesquisa: o primeiro com três procedimentos e o segundo com dois. Para cada critério formulou-se, a cada um dos pacientes (no início e final do tratamento), uma pergunta como se segue abaixo:

Critério I.1: Quais são, atualmente, as pessoas de sua relação (em todos os campos: familiar, profissional, social, religioso, etc.) e como estas escolhas se posicionam segundo a intensidade do seu afeto (positiva, negativa ou indiferente)?

Procedimento I.1.1: O AS foi organizado posicionando o (a) paciente no meio do espaço dramático e, ao seu redor, as escolhas (“Sociograma do átomo social”²⁰, p. 70 e 94). Estas foram dispostas a uma distância diretamente proporcional à *intensidade* do afeto envolvido na relação. A qualidade afetiva foi simbolizada da seguinte maneira: escolha positiva + (*mais próxima*); escolha negativa – e escolha indiferente ou neutra ± (*menos próximas*). No desenho do AS (p. 70, 71, 94 e 95) as pessoas são representadas, respectivamente, pelas cores azul, vermelha e preta.

Procedimento I.1.2: No cenário dramático o (a) paciente tomou o papel do outro, (que foi entrevistado pela terapeuta), em busca das particularidades das escolhas (positiva, negativa ou neutra). O número total de escolhas (e suas características)

¹⁹ As perguntas feitas aos pacientes aconteceram no contexto dramático, quando desempenhavam seu próprio papel ou na tomada de papel de uma das pessoas envolvidas no átomo social.

²⁰ É importante esclarecer que nos “Resultados” serão apresentados quadros e gráficos que incluem os dez pacientes ao mesmo tempo.

Na seção “Inventário Socionômico” (p. 66), que deverá ser consultada para complementação de dados, foram incluídos, como exemplo, o inventário de dois pacientes.

foi transposto para um gráfico designado “Gráfico da Expansividade Socioemocional I” (p. 55, 72 e 96).

Procedimento I.1.3.: No final do processo os dados obtidos nos procedimentos anteriores foram transportados para um outro gráfico (“Gráfico da Expansividade Socioemocional II”, p. 56, 72 e 96) que mostra a transformação ocorrida em relação às escolhas (algumas positivas que se tornaram negativas e vice-versa, escolhas descartadas e novas).

Critério I.2: Que nota você dá, no momento presente, à qualidade afetiva de cada um dos vínculos (relações) de seu AS e qual desses é sentido como fator estressante dos seus sintomas depressivos?

Procedimento I.2.1.: No papel do outro (no contexto dramático) o (a) paciente forneceu uma nota à qualidade de cada vínculo do seu AS e foi organizado um quadro segundo os valores numéricos fornecidos (“Quadro da qualidade emocional dos vínculos”, p 73 e 97). Os números de 5 (cinco) a 10 (dez) foram considerados positivos, tomando por base que quanto maior o número (do cinco para cima), mais espontaneidade e qualidade afetiva nos vínculos. À medida que o número foi diminuindo (do cinco para baixo), o afeto envolvido na relação foi considerado menor e mais tensos os vínculos.

Procedimento I.2.2.: Durante a dramatização, na tomada do papel do outro, o (a) paciente foi mencionando as pessoas do AS que exerciam uma tensão (estresse) sobre o seu estado depressivo e o grau de estresse que provocava (alto, médio ou baixo). Estas informações foram transportadas para um quadro (“Quadro das Relações Estressoras”²¹, p. 73 e 97).

4.4.1.2. O indivíduo e seus papéis sociais

²¹ Na seção “Resultados” este quadro deu origem ao “Gráfico da Evolução das Relações Estressoras” de todos os pacientes (Figura 4, p. 57).

Nesta parte designada como **“Desempenho de papéis” (item II)** foi apresentado um critério com quatro procedimentos, assim elaborados:

Critério II.1.: Quais são os papéis sociais (operativos e afetivos) que desempenha atualmente na vida?

Procedimento II.1.1.: Foi solicitado que o (a) paciente fornecesse uma nota para cada um desses papéis segundo a sua auto-imagem (AI) e esses valores numéricos foram transportados para um quadro (“Quadro da Auto-imagem”²², p. 76 e 99) .

Procedimento II.1.2.: No contexto dramático o (a) paciente foi investigado sobre o impacto da depressão no desempenho dos seus diversos papéis e essas informações foram transpostas para um quadro (“Quadro do Impacto da Depressão”²³, p. 76 e 100).

Procedimento II.1.3.: Os diversos papéis da vida do (a) paciente foram dados a conhecer segundo o grau de desenvolvimento de cada um deles (MD – mal desenvolvido: entre zero e 2.5; PD – pouco desenvolvido: entre 2.5 e 5; D – desenvolvido: entre 5 e 7.5; BD – bem desenvolvido: entre 7.5 e 10; T – transição: valores 2.5 – 5 – 7.5) e foi organizado o “Diagrama de Papéis” (Dpp) à p. 77 e 100.

Procedimento II.1.4.: A partir dos papéis apresentados no Dpp foi organizado um gráfico sobre a evolução e/ou transformação dos papéis durante o processo psicoterápico, denominado “Gráfico da Transformação dos Papéis”, p. 78 e 101.

4.4.2. Análise Estatística

As variáveis contínuas foram descritas através dos valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão. Para as escalas HAM-D₁₇ e EAS, classificaram-se os pacientes em uma das seguintes categorias de resposta ao tratamento: para a

²² Em “Resultados” este quadro originou o gráfico “Evolução do número de papéis” de todos pacientes (Figura 5, p. 58).

escala de HAM-D₁₇: *remissão, resposta, resposta parcial, não resposta e piora*, e para a EAS: *aumento, normalização ou redução*. Esta classificação foi feita comparando-se os escores do início e do final do estudo.

Os grupos GP e GC foram comparados em relação a:

1. Idade média dos pacientes (Tabela 2, p. 53), anos de estudo e idade média do início da doença (Tabela 3, p. 54) através do teste t de Student para amostras independentes, considerando-se variâncias iguais entre os grupos (Rosner, 1986).

2. Número de medicações total e parcial (excluindo-se AS, H e E)²⁴ no início e no final do estudo (Tabela 4, p. 60), através do teste não paramétrico de Mann-Whitney (Rosner, 1986).

3. Diferenças percentuais entre as pontuações das escalas HAM-D₁₇ e EAS (Tabela 5, p. 63 e Figura 8, p. 64) obtidas no início e no final do estudo, através do teste t de Student para amostras independentes, considerando-se variâncias diferentes entre os grupos (Rosner, 1986).

Para a comparação dos grupos quanto à resposta ao tratamento nas escalas HAM-D₁₇ e EAS (Figura 9, p. 65) utilizou-se o teste exato de Fisher (Rosner, 1986).

Níveis descritivos abaixo de 0,05 foram considerados significantes.

4.5. FLUXOGRAMA DAS INTERVENÇÕES

A representação gráfica da evolução das sessões e dos procedimentos efetuados encontram-se visualizados no quadro abaixo.

²³ O “Quadro do Impacto da Depressão” deu origem, na seção “Resultados, ao “Gráfico da evolução do impacto da depressão” (Figura 6, p. 58).

²⁴ AS (ansiolítico); H (hipnótico); E (estimulante cerebral).

	TABELA 1 - FLUXOGRAMA DAS INTERVENÇÕES																																		
Semana	- 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
Histórico	P	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamen to Farmaco lógico	P	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P C
Escala HAM-D	P	C	-	-	-	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	C	-
Escala EAS	P	C	-	-	-	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	C	-
PP Individual	-	-	P	P	P	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PP de Grupo	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	-	-	-
Diagrama de Átomo Social	-	-	P	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagrama de Papéis	-	-	-	-	P	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	-	-	-	-	-	-	-
GRUPO C - CONTROLE																GRUPO P - PSICOTERÁPICO																			

5. RESULTADOS

(...) estamos na era da lógica (fisiopatologia) e das evidências, interligadas por uma magnífica ferramenta chamada ensaio clínico randomizado. (...)

Medicina baseada em evidências é para quem já sabe medicina!

(...) busca-se então a melhor evidência para tomada de decisão que possibilitará maiores chances de efetividade, eficiência e segurança.

Para tal é preciso ter uma visão muito ampla e multidisciplinar da prática médica. Para obtenção de efetividade são necessários prática, boa relação médico-paciente, visão antropológica do comportamento humano, psicologia, humanismo, conhecimentos de economia médica etc.

Ou seja, requer que se vá além do diagnóstico correto.’²⁵

A apresentação dos resultados será distribuída conforme os seguintes itens:

5.1. Características Sociodemográficas

5.2. Análise Sociométrica

5.3. Uso de Medicamentos

5.4. Avaliação e Comparação dos Resultados do Estado Depressivo e do Funcionamento Social

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A amostra total foi de vinte pacientes, dos quais:

²⁵ Atallah, Álvaro Nagib (Prof. Titular da UNIFESP) Revista Diagnóstico Tratamento, 2004;9(4):173-4.

Dez do GP: 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino na faixa etária de 41 a 57 anos (idade média: 47,60 anos). Havia seis casados (dois homens e quatro mulheres), dois homens solteiros, um homem separado e uma mulher viúva. Apenas uma paciente era da raça negra. Todos os demais eram brancos. A escolaridade variou entre primeiro grau a nível universitário.

Dez do GC: 60% do sexo feminino e 40% na faixa etária de 23 a 57 anos (idade média: 39,80 anos). Havia sete casados (quatro mulheres e três homens) e três solteiros (duas mulheres e um homem). Todos os pacientes eram brancos e a escolaridade incluiu apenas o primeiro e o segundo grau.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao sexo, raça, estado civil, escolaridade e ocupação atual. No que tange à idade poder-se-ia dizer que houve uma tendência à diferença que, todavia, não pode ser considerada significativa.

A Tabela 2 resume os dados sociodemográficos.

TABELA 2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Variável	Categoria	Grupo		Total	p
		controle	psicoterápico		
Sexo (%)	Feminino	6	5	11	1.0
		60	50	55	
	Masculino	4	5	9	
		40	50	45	
Raça (%)	Branca	10	9	19	1.0
		100	90	95	
	Negra		1	1	
			10	5	
Estado Civil (%)	Casado	7	6	13	0.5170
		70	60	65	
	Solteiro	3	2	5	
		30	20	25	
	Separado		1	1	
			10%	5	
Viúvo			1	1	0.5170
			10%	5%	
Escolaridade (%)	1º grau	5	4	9	0.3317
		50	40	45	
	2º grau	5	3	8	
		50	30	40	
	3º grau	0	3	3	
		0	30	15	
Ocupação Atual (%)	Autônomo	4	4	8	0.6320
		40%	40%	40%	
	Aposentado	3	1	4	
		30	10	20	
	Desempregado	1	1	2	
		10	10	10	
	Trabalho em empresa	2	1	3	
		20	10	15	
	Do lar		1	1	
			10	5	
	Trabalho público (em atividade)		1	1	
			10	5%	
Idade (média e DP)		39.80	47.60	43.70	0.0520
		9.92	6.47	9.08	

Em relação aos anos de estudo e idade de início da doença, as análises das variáveis não apresentaram diferenças estatísticas significantes nos dois grupos (Tabela 3).

TABELA 3 - Medidas descritivas e comparações dos grupos das variáveis anos de estudo e idade de início da doença.			
Variável	Grupo		p
	Psicoterápico (n=10) (Média ± DP)	Controle (n=10) (Média ± DP)	
Anos de Estudo	12,20 (± 4,78)	9,30 (± 2,95)	0,1198
Idade de início da doença - anos	39,20 (± 7,0)	36,10 (± 10,2)	0,4330
p: nível descritivo do teste t de Student para amostras independentes, considerando-se variâncias iguais.			

5.2. ANÁLISE SOCIOMÉTRICA

Todas as montagens abaixo (quadros, gráficos e diagrama) são apresentadas com os resultados do início e do final do tratamento de todos os pacientes em conjunto e segundo o roteiro descrito na “Análise de dados” (p. 45), tomando por base:

1. Os pacientes e suas relações sociais – representados pela seção “Relacionamento sóciofamiliar e profissional”.
2. Os pacientes e seus papéis sociais - representados pela seção “Desempenho de papéis”.

Os dados relativos à subjetividade são mostrados no IS por intermédio dos exemplos de dois pacientes (P1 e P3).

5.2.1. Relacionamento Sociofamiliar e Profissional

Critério I.1: Escolha de pessoas da rede sociométrica atual em todos os campos: familiar, profissional, social, religioso, etc., tomando por base as atrações, rejeições e indiferenças.

Procedimento I.1.1.: Montagem do “átomo social” (AS). Este diagrama é mostrado, individualmente, no IS à p. 66.

Procedimento I.1.2.: A partir da montagem do AS foi elaborado um primeiro gráfico da *expansividade socioemocional* (vide conceito à p. 23) denominado “Gráfico da expansividade socioemocional I”.

FIGURA 2

Procedimento I.1.3.: As escolhas positivas, negativas, descartadas e novas³ foram transpostas para um segundo gráfico da *expansividade socioemocional* designado “Gráfico da expansividade socioemocional II”.

FIGURA 3

Critério I. 2.: Seleção das escolhas feitas a partir do átomo social conforme a qualidade emocional de cada vínculo.

Procedimento I.2.1.: Atribuição de um valor numérico (zero a 10) a cada uma das relações do AS que foram dispostos em um quadro denominada “Quadro da qualidade emocional dos vínculos”, que deve ser consultado no IS, p. 73 e 97.

Procedimento I.2.2.: As relações apontadas como estressoras, isto é, causadoras de impacto sobre os sintomas depressivos foram dispostas em um quadro (“Quadro das relações estressoras” – vide IS, p. 73 e 97) e a evolução do nível de estresse foi

³ Nenhum paciente fez escolhas neutras.

transposta para um gráfico. O grau de estresse envolvido nas relações positivas e negativas foi classificado como alto, médio ou baixo.

FIGURA 4

5.2.2. Desempenho de papéis

Critério II. 1: Escolha dos papéis (operativos e afetivos) que desempenha atualmente na vida.

Procedimento II.1.1.: A partir de um valor numérico fornecido a cada um dos papéis segundo a sua auto-imagem (AI) (vide IS, p. 76 e 99) é apresentado o resultado da evolução do número de papéis no decorrer do processo psicoterápico.

FIGURA 5

Procedimento II.1.2.: Por intermédio da investigação do impacto da depressão no desempenho dos diversos papéis (operativos e afetivos) foi montado um gráfico da evolução deste processo.

FIGURA 6

Procedimento II.1.3.: Montagem do “diagrama de papéis” e o grau de desenvolvimento de cada um deles, baseado no valor numérico da auto-imagem. Este diagrama foi elaborado individualmente e deve ser consultado no IS, p. 77 e 100.

Procedimento II.1.4.: Baseado no número de papéis desenhados no Dpp e segundo a referência do grau de desenvolvimento (MD – mal desenvolvido: entre zero e 2.5; PD – pouco desenvolvido: entre 2.5 e 5; D – desenvolvido: entre 5 e 7.5; BD – bem desenvolvido: entre 7.5 e 10; T – transição: valores 2.5 – 5 – 7.5) foi organizado um gráfico nomeado como “Gráfico da transformação dos papéis”.

FIGURA 7

5.3. USO DE MEDICAMENTOS

Embora não tenha feito parte dos objetivos avaliar as características do uso de medicamentos nos pacientes dos dois grupos, considerou-se necessário apresentar algumas informações a respeito.

A Tabela 4 mostra quatro variáveis que foram assim discriminadas:

a) Medicação Total Inicial (MTI): todos os medicamentos em uso no início do tratamento.

b) Medicação Total Final (MTF): todos os medicamentos em uso no final do tratamento.

c) Medicação Parcial Inicial (MPI): medicamentos exclusivamente antidepressivos sem a inclusão de ansiolíticos, estabilizadores de humor, hipnóticos e estimulante cerebral, no início do tratamento.

d) Medicação Parcial Final (MPF): medicamentos exclusivamente antidepressivos, sem a inclusão de ansiolíticos, estabilizadores de humor, hipnóticos e estimulante cerebral, no final do tratamento.

Observa-se que não houve diferença estatística significativa no uso de medicações nos dois grupos, independente das variáveis.

TABELA 4 - Medidas descritivas e comparações das medicações (total inicial, total final, parcial inicial e parcial final) nos grupos.			
Variável	Grupo		p
	Psicoterápico (N=10) [Mediana (Min - Max)]	Controle (N=10) [Mediana (Min - Max)]	
MTI	2 (1 – 3)	1 (1 – 3)	0.8368**
MTF	2 (0 – 3)	2.5 (1 – 5)	0.1552**
MPI	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	0.6809**
MPF	1 (0 – 3)	2 (1 – 4)	0.1631**
p**: nível descritivo do teste de Mann-Whitney.			

Os quadros abaixo apresentam o uso de medicamentos antes do início do tratamento propriamente dito (considerada semana [-1] para o GP e semana [0] para o GC) e após o final da pesquisa (semana 32).

QUADRO 1 – USO DE MEDICAMENTOS - GP

Pacientes	Início do Tratamento			Final do Tratamento		
	Medicamento(s)	Dosagem	Tempo de uso	Medicamento(s)	Dosagem	Tempo de uso
P 1	Sertralina Clonazepan	100 mg 2 mg	8 meses 15 meses	Sertralina Bromazepan	50 mg 3 mg	7 meses 7 meses
P 2	Sertralina	250 mg	12 meses	Sertralina	50 mg	1 mês
P 3	Paroxetina Clonazepan Carbamazepina	40 mg 1 mg 800 mg	2 meses 2 meses 2 meses	Nortriptilina Diazepan	75 mg 10 mg	3 meses 3 meses
P 4	Fluoxetina	60 mg	3 meses	Tranilcipramina Bromazepan	10 mg 3 mg s/n	3 meses 3 meses
P 5	Sertralina	50 mg	1 mês	Sem medicação	-	1 mês
P 6	Venlafaxina Carbonato de lítio	375 mg 900 mg	3 meses 3 meses	Lamotrigina Tranilcipramina Nortriptilina	100 mg 90 mg 150 mg	7 meses 7 meses 7 meses
P 7	Imipramina Topiramato	225 mg 150 mg	12 meses 8 meses	Imipramina Topiramato	125 mg 50 mg	4 meses 2 meses
P 8	Amitriptilina Diazepan	275 mg 10 mg	12 meses 12 meses	Amitriptilina	225 mg	8 meses
P 9	Amitriptilina Maprotilina	150 mg 25 mg	16 meses 1 mês	Amitriptilina Sertralina	75 mg 50 mg	2 meses início
P 10	Paroxetina	20 mg	24 meses	Paroxetina	10 mg	2 meses

Como se pode verificar no GP, 60% dos pacientes (P1, P2, P7, P8, P9 e P10) diminuiram as doses da medicação AD (sendo que P9 diminuiu a dose de um AD e trocou o outro), 30% trocaram toda a medicação AD (P3, P4 e P6) e 10% suspenderam o único medicamento que tomavam (P5). Nenhum paciente aumentou ou manteve as doses.

QUADRO 2 - USO DE MEDICAMENTOS - GC

Pacientes	Início do Tratamento			Final do Tratamento		
	Medicamento(s)	Dosagem	Tempo de uso	Medicamento(s)	Dosagem	Tempo de uso
C 1	Sertralina Carbonato de lítio	300 mg 600 mg	12 meses 3 meses	Sertralina Carbonato de lítio Metilfenidato	300 mg 750 mg 10 mg	20 meses 3 meses 3 meses
C 2	Escitalopram Lorazepan Zolpidem	40 mg 1 mg 10 mg	Início Início Início	Escitalopram Lorazepan Zolpidem	40 mg 1 mg 10 mg	8 meses 8 meses 8 meses
C 3	Clomipramina Carbamazepina Clonazepan	250 mg 400 mg 2 mg	12 meses 12 meses 12 meses	Nortriptilina Carbonato de lítio Clonazepan	150 mg 900 mg 3 mg	3 meses 3 meses 3 meses
C 4	Sertralina Carbonato de lítio Zolpidem	300 mg 900 mg 10 mg	12 meses 2 meses 2 meses	Paroxetina Carbonato de lítio Ácido valpróico	60 mg 300 mg 500 mg	4 meses 4 meses 4 meses
C 5	Paroxetina	40 mg	3 meses	Paroxetina	50 mg	5 meses
C 6	Paroxetina	60 mg	3 meses	Sertralina	175 mg	2 meses
C 7	Paroxetina	50 mg	3 meses	Sertralina	100 mg	1 mês
C 8	Sertralina	250 mg	3 meses	Imipramina Escitalopram Topiramato Carbamazepina Clonazepan	75 mg 30 mg 50 mg 400 mg 2 mg	3 meses 3 meses 3 meses 3 meses 3 meses
C 9	Imipramina	100 mg	12 meses	Fluoxetina Ácido valpróico	60 mg 750 mg	8 meses 8 meses
C 10	Sertralina	250 mg	2 meses	Sertralina Bupropiona	250 mg 150 mg	10 meses 1 mês

No GC 60% trocaram a medicação AD (C3, C4, C6, C7, C8 e C9), 30% mantiveram a mesma dose (C1, C2 e C10) e 10% aumentaram a dose de AD (C5). Nenhum deles diminuiu ou suspendeu as doses.

QUADRO 3 - Comparação da medicação nos dois grupos

<u>Grupo</u>	<u>Diminuição</u>	<u>Troca</u>	<u>Suspensão</u>	<u>Manutenção</u>	<u>Aumento</u>
GP	60%	30%	10%	—	—
GC	—	60%	—	30%	10%

O quadro 3 evidencia as diferenças ocorridas nos dois grupos. A diminuição da medicação no GP em 60% e a troca da medicação nos dois grupos (30 e 60%), num período de 28 semanas, chama a atenção e deixa questões a serem investigadas. Em relação à diminuição das doses medicamentosas no GP poder-se-ia sugerir que a psicoterapia foi o fator responsável por esta ocorrência.

5.4. AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTADO

DEPRESSIVO E DO FUNCIONAMENTO SOCIAL

A Tabela 5 mostra as análises das diferenças percentuais de HAM-D₁₇ (p=0.0154) e de EAS (p=0.0291) com dados estatísticos significantes nos dois grupos.

TABELA 5 - Medidas descritivas e comparações dos grupos das diferenças percentuais de HAM-D₁₇ e de EAS [100*(avaliação inicial – avaliação final) / avaliação inicial].			
Variável	Grupo		p
	Psicoterápico (N=10) (Média ± DP)	Controle (N=10) (Média ± DP)	
% Diferença HAM-D ₁₇	31,62 (± 19,40)	-14,33 (± 47,62)	0.0154 ^r
% Diferença EAS	18,48 (± 8,49)	0,88 (± 20,78)	0.0291 ^r
p ^r : nível descritivo do teste t de Student para amostras independentes, considerando-se variâncias diferentes.			

A diminuição dos escores da HAM-D₁₇ e da EAS no GP, comparado ao GC, em duas avaliações (início e final do tratamento), é apresentada na Figura 8.

FIGURA 8 - Gráficos de média e desvio padrão das diferenças percentuais dos escores das escalas de HAM-D₁₇ e de EAS entre as avaliações 1 e 4 e comparação dos grupos em relação às diferenças percentuais médias (e seus respectivos níveis de significância).

A Figura 9 apresenta a comparação do GP e do GC em relação às distribuições de respostas da HAM-D₁₇ e EAS nos dois grupos. Convém salientar que os testes que comparam proporções (gráfico de barras) precisam de um “n” maior e por isso são menos poderosos do que os testes para comparação de médias e desvio padrão.

Na escala de HAM-D₁₇ foram apresentadas cinco categorias: *remissão*, *resposta*, *resposta parcial*, *não resposta* e *piora* (Figura 9)

Os resultados estatísticos da HAM-D₁₇ demonstraram que os pacientes do GP apresentaram uma mudança importante nos sintomas depressivos: 20% apresentaram *remissão completa*, 20% *resposta*, 50% *resposta parcial* e 10% não responderam ao tratamento. No GC nenhum paciente alcançou *remissão completa*, 10% obtiveram *resposta*, 10% *resposta parcial*, 50% ficaram *inalterados* e 30% *pioraram* (Quadro 4, p. 65), refletindo um aumento na média final dos escores da HAM-D₁₇.

(a) HAM-D₁₇

(b) EAS

Figura 9. Gráficos de barras da resposta ao tratamento para as escalas de (a) HAM-D₁₇ e (b) EAS e comparação dos grupos em relação às distribuições das respostas.

Na EAS foram apresentadas três categorias de resultado: *aumento*, *normalização* e *redução*. No GP não houve nenhum aumento nos escores da EAS, 30% dos pacientes *normalizaram* e 70% *reduziram* suas pontuações, refletindo uma melhora no funcionamento social. O GC teve 60% de *aumento* nos seus escores (o que caracteriza piora do quadro), 10% de *normalização* e 30% de *redução*, caracterizando uma melhora.

QUADRO 5 – Resultados da EAS

Grupo	Aumento, N(%)	Normalização, N(%)	Redução, N(%)
GP	0 (0%)	3 (30%)	7 (70%)
GC	6 (60%)	1 (10%)	3 (30%)

A análise de co-variância foi realizada nos dois grupos e os resultados encontrados foram os mesmos.

5.5. INVENTÁRIO SOCIONÔMICO

“Sempre me fascina o momento exato em que, da platéia, vemos abrir-se a porta que dá para o palco e um artista sair à luz; ou, de outra perspectiva, o momento em que um artista que aguarda na penumbra vê a mesma porta abrir-se, revelando as luzes, o palco e a platéia. Percebi há alguns anos que o poder que esse momento tem de nos emocionar, de qualquer ponto de vista que o examinemos, nasce do fato de ele personificar um instante de nascimento, uma passagem de um limiar que separa um abrigo seguro, mas limitador das possibilidades e dos riscos de um mundo mais amplo à frente”.²⁶

O IS propõe apresentar um levantamento “de bens e valores emocionais” do paciente na tentativa de conhecer mais profundamente o seu patrimônio afetivo e

²⁶ Damásio, A. O mistério da consciência. Do corpo e das emoções ao conhecimento de si. São Paulo, Cia. Das Letras, 1999, p.17.

social, de como interage com outras pessoas do seu meio e de visualizar a comunicação e a interação entre os membros do grupo

Em razão de extenso material adquirido das anamneses, sessões psicoterápicas e análises dinâmicas e sociométricas dos pacientes, considerou-se mais apropriado apresentar o IS de apenas dois pacientes: P1 e P3 (denominados, respectivamente, daqui para frente, de Diva e Caio).

O IS é dividido em três partes, assim designadas:

1. Análise Sociométrica²⁷ – representada pelas seções:
 - I. Relacionamento sóciofamiliar e profissional
 - II. Desempenho de Papéis
2. Análise do Envolvimento Emocional – composto por dois questionários²⁸. O objetivo fundamental destes questionários é tentar explorar os significados emocionais atribuídos pelos pacientes à psicoterapia, às demais pessoas participantes da PP, incluindo as psicoterapeutas, bem como o benefício derivado deste tratamento. O primeiro questionário foi transcrito de uma experiência em Psicoterapia de Grupo (Klein e Kiell, 1953) recebendo a denominação de “Incomplete Sentence Form” e o segundo foi produzido pela pesquisadora.
3. Relato de sessões psicodramáticas.

5.5.1. IS da paciente Diva (P1)

²⁷ Todas as montagens (sociograma, diagrama, quadro, tabela e gráfico) serão apresentadas com os resultados obtidos no início e no final do tratamento. No AS, excetuando as montagens superpostas, o tamanho das demais figuras não apresenta significado maior.

²⁸ Em geral, os erros de português de todos os questionários de todos os pacientes não foram corrigidos (exceção feita a alguns erros muito gritantes).

Diva é uma dona de casa de 53 anos, casada há aproximadamente 25 anos, com duas filhas, uma de 21 e outra de 19 anos.

Refere que sua depressão teve início há seis anos com sintomas de muita impaciência, irritabilidade, dores exageradas (e não fundamentadas) pelo corpo, tristeza, falta de ânimo e nenhuma vontade de viver.

Traz quatro situações como pontos de conflito a serem trabalhados na terapia:

1. Relação com a filha mais velha (filha 2).
2. Relação com a filha mais nova (filha 1).
3. Relação com o marido.
4. Relação dela com sua auto-imagem no que diz respeito aos seus papéis: de “desejosa de lazer”, de esposa e de administradora do lar.

Diva já participou de várias psicoterapias, mas não conhecia o método psicodramático. Tem noção da importância da terapia na sua vida e de quanto necessita dar continuidade ao processo para poder trabalhar questões pendentes. Gostou muito da PP e valorizou o auxílio que lhe foi prestado.

Participou ativamente de todas as sessões, individuais ou grupais, mas sua preferência foi pelo processo grupal. Em razão de suas características pessoais, de seu modo espontâneo, criativo e afetuoso, conquistou os demais participantes do grupo tornando-se líder. Apresentou relações télicas positivas com todos e sua atitude sempre primou pela adequação. Sentiu-se respeitada e “amada” por eles, o que deu força à sua auto-imagem e sua auto-estima.

Agia espontaneamente nas dramatizações e foi um elemento importante, como ego-auxiliar, nas dramatizações ocorridas.

Considera que seus sintomas depressivos diminuíram, embora ainda sinta sua presença em momentos de estresse e cansaço, que precisariam ser mais bem reavaliados.

Enfatiza a importância do trabalho dramático (a dramatização com a mãe, embora não refira, fez parte de um trabalho do seu papel de “desejosa de lazer”) e, por conseguinte, das mudanças ocorridas, principalmente com a filha mais nova.

Valorizou também a mudança acontecida no seu papel de “administradora do lar”, podendo, inclusive, brincar com sua atitude antiga.

Em suma, a experiência com a PP trouxe resultados bastante favoráveis a Diva, a ponto de terminar seu relato dizendo “pela primeira vez descobri que eu quero ser saudável e alegre”.

5.5.1.1. ANÁLISE SOCIOMÉTRICA

- Relacionamento sociofamiliar e profissional

Critério I.1: Escolha de pessoas da rede social atual em todos os campos: familiar, profissional, social, religioso, etc., tomando por base as atrações, rejeições e indiferenças.

Procedimento I.1.1: Montagem do “átomo social”, cuja organização é feita se posicionando o paciente no meio do espaço dramático e, ao seu redor, as pessoas escolhidas. Estas serão dispostas a uma distância diretamente proporcional à *intensidade* do afeto envolvido na relação. A qualidade afetiva é simbolizada da seguinte maneira: escolha positiva + (mais próxima); escolha negativa - e escolha indiferente ou neutra ± (menos próximas). No desenho elas serão representadas, respectivamente, pelas cores azul, vermelha e preta.

FIGURA 10 - SOCIOGRAMA 1 - ÁTOMO SOCIAL (início)

FIGURA 11 - SOCIOGRAMA 2 - ÁTOMO SOCIAL (final)

Procedimento I.1.2: Disposição em um gráfico (a partir do átomo social), do número de pessoas com as quais o paciente se relaciona de maneira social e emocional (*expansividade socioemocional*) e a característica dessas escolhas (positivas, negativas ou neutras).

FIGURA 12

Procedimento I.1.3: Visualização, em um gráfico, das escolhas positivas, negativas, descartadas e novas.

FIGURA 13

Critério I.2: Seleção das escolhas feitas a partir do átomo social conforme a qualidade emocional de cada vínculo.

Procedimento I.2.1: Atribuição de um valor numérico (zero a 10) a cada uma das relações do átomo social e disposição dos números em uma tabela. Os números de 5 (cinco) a 10 (dez) são considerados positivos, tomando por base que quanto maior for o número (do 5 para cima), mais qualidade afetiva e do 5 para baixo, menor o afeto envolvido na relação.

QUADRO 6 - QUALIDADE EMOCIONAL DOS VÍNCULOS

P1	Filha 1	Filha 2	Marido	Irmã 1	Irmã 2	Sobrinha	Amiga 1	Amiga 2	Amiga 3	Vizinha	Irmão	Sogra	Irmã 3	Sobrinho 1	Sobrinho 2
Início	7,5	10	5	10	7	7	8	8	8	5	4	2	2	—	—
Final	9	8	7	7	8	8	8	8	8	—	2	2	2	7	7

Procedimento I.2.2: Classificação das relações estressoras do átomo social que causam impacto sobre os sintomas depressivos. A disposição é distribuída em um quadro, segundo o grau de estresse (alto, médio ou baixo) envolvido nas relações positivas, negativas ou neutras.

QUADRO 7 - RELAÇÕES ESTRESSORAS

	Escolhas Positivas			Escolhas Negativas		
Grau de estresse	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo
Início	Marido	Filha 2		Sogra		
	Filha 1					
	Vizinha					
Final			Filha 1			Sogra
			Filha 2			
			Marido			

Diva faz 13 escolhas no início da montagem do AS, embora saliente que ele poderia ser maior porque seu círculo social é relativamente grande e, a priori, não tem dificuldades para conquistar novas amizades. Isto fica bastante evidente no grupo, pois

é uma pessoa espontânea que se relaciona de forma simpática, carinhosa e solícita com os demais membros, tornando-se facilmente a líder do grupo.

As relações com as duas filhas são fontes de estresse.

A filha que recebeu a nota positiva mais alta (filha 2) é a mais velha e o grau de estresse da relação é médio. Ela apresenta problemas neurológicos (apesar de conservar inteligência normal) e merece certo cuidado especial. Foi uma criança muito esperada, mas Diva se sentiu muito frustrada e com muita culpa em relação ao problema da filha. Na montagem do AS coloca a filha ao seu lado, demonstrando um forte vínculo e, ao mesmo tempo, uma enorme dependência entre elas, que foi sendo cultivada em todos esses anos de convivência. Com a psicoterapia, Diva pode se conscientizar da atitude rígida que cumpria em relação à filha, promovendo a manutenção do papel complementar interno patológico²⁹ de cuidadora-receptora” e passou estimular a independência da filha, auxiliando-a a desenvolver novos papéis. Com isso sua relação tornou-se mais cooperativa e menos estressora.

A primeira pessoa que coloca na montagem do AS é sua filha 1 (a filha mais nova), que também teve problemas no parto, porém sem maiores conseqüências. Em razão do ocorrido com a filha mais velha, a quem se dedicou exaustivamente, acha que não conseguiu ser boa mãe para esta mais nova que, hoje, lhe dá muitos problemas: “é revoltada, isolada e está perdida no mundo” (sic). É uma relação altamente conflituosa, um grande peso sobre os seus ombros, claramente mostrado no AS. Com o processo psicoterápico consegue reavaliar esta relação, tornando-se mais próxima e continente da filha e, por conseguinte, diminuindo o fator estressor relacional

²⁹ Moreno dizia que todo papel tem um contra-papel (denominado papel complementar), como por exemplo: mãe-filho, professor-aluno, etc. Dalmiro Bustos (2001) criou o “papel complementar interno patológico” para designar a “doença” que acontece nos vínculos que se apresentam transferenciais, rígidos e estereotipados.

que contribuía para sua sintomatologia depressiva (inclusive, dá a esta filha uma nota mais alta no AS final).

O marido é uma relação positiva também altamente estressora. Responsabiliza-o por deixa-la deprimida, pois ele não valoriza o trabalho doméstico que desempenha tão bem, não tenta realizar pelo menos parte de seus desejos, e não demonstra mais vontade de se relacionar sexualmente com ela. Com os trabalhos efetuados durante a terapia pode redimensionar esta relação e torna-la mais próxima (a nota fornecida ao marido aumentou).

Uma relação idealizada do seu AS é aquela que existia com a irmã 1, “a que mora no exterior”, para a qual apresentou, algumas vezes, relações projetivas e transferenciais. No decorrer do processo pode reavaliar e transformar a auréola de idealização que envolvia esta relação, ministrando à irmã uma outra nota mais condizente com a realidade e desenvolvendo uma atitude mais autêntica com respeito à irmã.

A vizinha, embora escolha positiva, mas altamente estressora, é descartada no final porque, com a terapia, pode verificar que não queria continuar investindo nesta relação.

Três escolhas do AS foram negativas e se mantiveram assim no final (irmão, uma das irmãs e a sogra). Não se propôs a trabalhar diretamente nenhuma dessas relações, pois são pessoas para as quais não dirige afeto suficiente para torna-las positivas. O relacionamento com a sogra é altamente conflituoso, mas pode flexibilizar seu ponto de vista em relação à ela e diminuir o estresse neste vínculo.

Introduz no AS final, dois sobrinhos com os quais volta a ter um relacionamento mais próximo, afetivo e agradável, aumentando a sua expansividade socioemocional.

- Desempenho de papéis

Critério II.1: Escolha dos papéis (operativos e afetivos) que desempenha atualmente na vida.

Procedimento II.1.1: Atribuição de um valor numérico a cada um desses papéis segundo a auto-imagem (A.I.) que apresenta de si mesmo e montagem de um quadro.

QUADRO 8 - AUTO-IMAGEM (AI)³⁰

P1	Adminis- tradora do lar	Cozi- nheira	Lava- deira	Passa- deira	Esposa	Mãe	Ser humano	Nora	Amiga	Tia	Irmã	Filha	"Desejosa de lazer"	Vizinha	"Boleira"	Faxi- neira
AI Início	8	10	10	10	6	8	8	5	9	7	7	10	2	—	—	—
AI Final	10	10	10	10	7	8	8	5	10	8	8	7	2	5	9	10

Procedimento II.1.2: Montagem de um quadro do impacto da depressão no desempenho dos diversos papéis (operativos e afetivos).

QUADRO 9 - IMPACTO DA DEPRESSÃO (ID)

Início	Final
1. "Desejosa" de lazer	1. "Desejosa" de lazer
2. Esposa	2. Esposa
3. Administradora do lar	
4. Mãe	

³⁰ Os pacientes escolheram e denominaram espontaneamente seus papéis, sem a interferência da diretora. O papel de "desejosa de lazer" foi definido pela paciente como representante de todas as atividades prazerosas que gosta de praticar e para as quais, há muito tempo, não se dedica mais, como por exemplo: artesanato, leitura, teatro, cinema, passeios em geral. O papel de "boleira" é aquele representado pela pessoa que faz bolos caseiros. Pode parecer, em princípio, para alguns psicodramatistas, que as escolhas dos papéis de "desejosa de lazer", "boleira" e "ser humano" não foram adequadas, por não apresentarem seus papéis complementares. Do meu ponto de vista os contra-papéis existem e são representados, respectivamente, por: "aquele (s) que proporciona (m) o lazer", por exemplo, o indivíduo que fornece o material para o artesanato, que vende o livro, etc.; o complementar de "boleira" é "aquele que experimenta o bolo" e, por último, o contra-papel de "ser humano" é justamente outro "ser humano". Em qualquer um dos papéis exercidos sempre haverá, do outro lado, um contato humano, uma relação interpessoal acontecendo.

Procedimento II.1.3: Montagem do diagrama de papéis e o grau de desenvolvimento de cada um deles, baseado no valor numérico da auto-imagem. Os dados referentes ao grau de desenvolvimento estão classificados abaixo.

FIGURA 14 - DIAGRAMA DE PAPÉIS

Procedimento II.1.4: Organização de um gráfico da transformação dos papéis baseado no número de papéis desenhados no diagrama acima e segundo a referência do grau de desenvolvimento. A classificação desses graus varia de cor e está exposta ao lado do gráfico (MD – mal desenvolvido: entre zero e 2.5; PD – pouco desenvolvido: entre 2.5 e 5; D – desenvolvido: entre 5 e 7.5; BD – bem desenvolvido: entre 7.5 e 10; T – transição: valores 2.5 – 5 – 7.5).

FIGURA 15

Inicialmente Diva menciona desempenhar 13 papéis, dos quais apenas um recebe uma nota bastante baixa. No final, acrescenta outros três. Sua auto-imagem parece ser de uma pessoa que se sente bem na execução da maioria dos papéis citados. Refere sentir falta de trabalhar mais o seu papel de “*desejosa de lazer*” e o de esposa. Não se incomoda com os papéis de *nora* e *vizinha* aos quais fornece uma nota cinco. É importante ressaltar que apesar de ter sido mostrado, anteriormente, que a sogra é um elemento estressor, considera que o seu papel de *nora* tem um

desenvolvimento baixo porque não apresenta nenhum desejo em desenvolvê-lo. Em relação ao papel de *vizinha*, que acrescenta no DP do final, acha importante designá-lo porque se relaciona com outras pessoas nos arredores de sua casa, mesmo tendo optado em descartar uma delas (como mostrado no AS final).

O papel de *mãe* é BD, mas experimenta, às vezes, a sensação de que faz pouco para as filhas, principalmente para a mais nova. Embora não tenha alterado a nota deste papel, sua relação com ambas as filhas se transformou de forma considerável.

O papel de “*desejosa de lazer*” sempre a perturbou muito. Quando se casou criou uma expectativa muito grande de viver, junto com o marido, uma vida cultural intensa (cinema, teatro, viagens, etc.) que não foi possível por diversos motivos. Um desses desejos era o de continuar freqüentemente viajando para a praia, onde é proprietária de uma casa de veraneio. Cada vez que tentava viajar para lá, uma onda de sintomas fóbicos tomava conta dela, ocasionando a desistência imediata do passeio. Durante um trabalho dramático, no qual foi protagonista³¹, descobriu que fazia uma associação inconsciente entre viajar à praia e a dor pela morte da mãe (que sempre a acompanhou nas viagens). O trabalho foi acompanhado de uma grande catarse emocional, a qual auxiliou a promover a elaboração deste luto. Após esta sessão voltou imediatamente a viajar para o litoral, inclusive dirigindo tranqüilamente o próprio carro na estrada, atitude que não tomava há anos. Contudo, este trabalho não fez com que alterasse a nota ministrada no início, pois a falta de realização dos demais desejos ainda interfere sensivelmente no seu quadro depressivo. Para Diva este papel continuou MD. A PP fez, no entanto, com que tomasse consciência de que este papel,

³¹ Protagonista (em grego = “homem em frenesi, louco”) é a designação dada ao paciente (escolhido pelo grupo em um momento da sessão) que irá trabalhar, dramaticamente, um determinado tema de conflito do seu mundo privado.

no seu todo, para ser modificado, requer uma transformação maior em relação à sua vida.

O papel de *esposa* é permeado de conflitos. Acha que o exerce bem (D) no que tange às obrigações de dona-de-casa (e por isso lhe dá uma nota seis), mas ressentese com o marido por ele não valorizar o que faz, por não realizar seus mínimos desejos e não lhe mostrar interesse sexual. À medida que pode tomar o papel do marido e trabalhar algumas questões conjugais, sua relação com o seu papel de esposa ampliou-se e, apesar de não tê-lo desenvolvido para BD, pode acrescentar um ponto na nota inicial.

O papel de “*administradora do lar*” estratificado em outros papéis (*cozinheira, faxineira, lavadeira*, etc) é, fundamentalmente, aquele que fornece a valorização de sua auto-imagem. Sente que o aglomerado de papéis que engloba o de administradora do lar tem de ser fragmentado porque somente assim se evidenciará o quanto exerce muito bem cada um deles. É perfeccionista no que faz, o que a leva a desempenhar este papel com extrema dedicação, porém de forma desproporcional. As notas que ministra a todas as suas ramificações são as mais altas (BD), pressupondo ausência de falhas. Ser uma ótima dona-de-casa a mantém muito ocupada e, com isso, “nunca tem tempo” para justamente poder exercer o outro papel de “*desejosa de lazer*” que tanto ambiciona. Com a psicoterapia conseguiu conscientizar-se de que age assim para não entrar em contato com outras questões dinâmicas de sua vida. Isso a conduziu a uma atitude diferenciada, mudando os hábitos desses papéis desempenhados de maneira desmedida (vide 2º Questionário, resposta 10), apesar da manutenção das notas altas.

5.5.1.2. AVALIAÇÃO DO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL

- Primeiro Questionário

1. **Psicoterapia é ...** tratamento, auto - conhecimento. Terapia, uma análise profunda de tudo que nos deixa depressivos, ansiosos, nervosos e sem compreensão de nós mesmos e sempre com ajuda de um profissional para podermos tentar resolver, tudo que nos incomoda e machuca.
2. **Os outros membros do meu grupo ...** pessoas carentes como eu. Os outros membros de meu grupo, considero amigos de infortúnio, pessoas tristes e alguns tenho até vontade de pegar no colo e niná-las. Às vezes fico analisando todos eles e penso; que droga, porque temos que sofrer?
3. **A psicoterapeuta e a ego-auxiliar ...** excelentes profissionais. Tenho uma profunda admiração e um carinho enorme pela Dra. ... (TP - terapeuta principal), considero-a uma profissional extremamente competente e dedicada e que me ajuda muito. A ... (EA), uma amiga, uma grande afeição, um carinho e orgulho de estar perto dela, que também é grande profissional. Amo as duas terapeutas.
4. **Quando eu falo no grupo, eu ...** me sinto auxiliada. Eu consigo ficar à vontade, perco todas as vergonhas e constrangimentos, sinto-me leve e importante. "que bom se sentir amada".
5. **Quando estou em silêncio no grupo, eu ...** reflito e analiso. As lembranças tristes, os momentos de muito medo e ansiedade querem tomar conta de mim,

então, eu olho, analiso e tento pensar em nada, a não ser, ouvir minha terapeuta e meus amigos.

6. Os momentos mais significativos da psicoterapia parecem ser para mim,...

de libertação, coragem e autoconfiança. Quando eu consigo realmente captar todas as coisas eu sou forte me acho linda e competente nessa hora mataria leões e dragões para continuar a viver.

7. Nesses momentos significativos, eu ... sou forte e alegre. Nesses momentos

me sinto uma pessoa alegre desde que não pense no passado, não gosto do meu passado, como me arrependo de não ter feito algo que não fosse futilidade. Onde será que perdi minha alegria? Se eu não pensar, me gosto, me admiro.

8. Sinto que na psicoterapia o mais importante para mim é a união do grupo

e a divisão de problemas. A vontade de participar deste grupo que apesar de sermos todos depressivos, a união, a divisão, a interação, são extremamente importantes para a busca da cura e do entendimento da nossa vida, que como está, não nos completa.

9. Longe e fora da psicoterapia, eu ... às vezes me sinto forte. Longe da terapia

eu me elogio para as pessoas, chego até a ser chata; pelo menos para as pessoas mais chegadas sempre digo "Vou sair, vou mudar". Mas à noite, no meu travesseiro me enfraqueço.

10. Antes de vir para a psicoterapia, ... eu fico animada, me arrumo, me

concentro. Na noite anterior já me programo, penso no que vestir, fico ansiosa, para que chegue logo o meu horário.

11. Depois de deixar a sessão de terapia, eu ... fico sempre na expectativa da

próxima. Às vezes saio sorrindo e alegre, dirijo sem medo ou preocupação, sempre estou atrasada, mas não me abalo enfim saio muito bem.

12. Dói ou machuca no grupo quando ... vejo a tristeza, e a angustia de todos nós. Agora que chegamos ao final sinto-me ferida e machucada é como se eu ainda não tivesse comido todo o doce e já tiraram da minha boca e da boca de todos nós do grupo.

- Segundo Questionário

Antes da psicoterapia

1. Como você se sentia antes do tratamento?

Eu me sentia muito triste e insegura.

2. Quais os sintomas que apresentava?

Eu tinha diariamente, dores; cada dia em lugares diferentes o estômago sempre doendo e a barriga sempre com muitas cólicas.

3. Você acha que sua depressão estava ligada a algum problema pessoal? Qual?

Minha depressão sempre esteve ligada com meus problemas pessoais. Desde minha juventude quando saí do interior, depois com um casamento frustrado e por fim minhas filhas.

4. Você já havia participado de algum tratamento psicoterápico? Qual e quando?

Já participei de várias terapias, individual, casal, artística. Nos últimos 15 anos sempre estou cassando terapeutas.

5. Qual a lembrança que você tem deste tratamento anterior?

Excluindo terapia artística que gostava muito e tive que interromper por problemas financeiros. As outras foram uma completa decepção com o tratamento e com as terapeutas.

6. *Você tinha algum conhecimento de psicodrama? Qual era a sua impressão?*

Já tinha ouvido e lido a respeito do psicodrama. Parecia diferente das outras porém não poderia opinar era muito vago.

Durante a Psicoterapia

1. *Você teve alguma preferência em relação ao tratamento individual ou grupal?*

Prefiro tratamento grupal.

2. *O que achou das dramatizações que aconteceram nas sessões individuais e de grupo?*

As dramatizações foram ótimas e no meu caso, "Liberdade".

3. *Como foi o seu relacionamento com os (as) companheiros (as) do grupo?*

Me relaciono sempre muito bem, porém com os rapazes tive uma ligação muito maior.

4. *E com a psicoterapeuta e a ego auxiliar?*

Eu gosto profundamente das duas, me relacionei muito bem, e desde o 1º dia a empatia foi total.

5. *Em algum momento do tratamento você sentiu que ele lhe foi útil? De que maneira?*

Em vários momentos do tratamento; de uma forma excelente me ajudaram muito principalmente na dramatização com relação a minha mãe.

6. *Você mudou a sua forma de ver o mundo com a psicoterapia? Como?*

Claro que mudei, só que ainda não dá para “soltar as mãos”. Como ainda estou muito presa os pesos das minhas costas diminuíram, mas ainda estão aqui.

7. *Seus sintomas depressivos se modificaram com a psicoterapia?*

Meus sintomas mudaram, só os sinto quando estou muito preocupada e muito cansada.

8. *Você sentiu alguma mudança nas suas relações pessoais?*

Sim, principalmente com relação a minha filha (Filha 1), estamos muito mais unidas e companheiras e ela está saindo debaixo das minhas asas.

9. *Você se sente mais espontâneo (a)?*

Muito mais, às vezes penso que exagero e dependendo de algumas ocasiões sou mal interpretada.

10. *Você acha que descobriu alguma coisa nova sobre você da qual não tinha conhecimento? Conte o que foi (se ficar à vontade para contar).*

Não pensei nesta descoberta, vou pensar depois respondo:

13/11- Que eu era tremendamente neurótica com relação a limpeza. Hoje sei me valorizar mais, e não é pela limpeza impecável que as pessoas vão gostar mais ou menos de mim.

11. *Isso o (a) ajudou em alguma coisa?*

Não sei - 13/11/03 claro que ajudou, sinto que estou mais calma. O pó não matou ninguém.

12. *Você gostaria de continuar fazendo psicoterapia? Por que?*

Claro que eu gostaria, me faz bem, me ajuda e pela primeira vez descobri que eu quero ser saudável e alegre.

13. Se quiser escrever livremente alguma coisa, faça-o aqui.

Sinto tanta vontade de escrever, que às vezes minha mão atropela meu pensamento e acabo escrevendo errado. Este momento é só meu sem nada para me incomodar, o silêncio, a música tudo. Como foi ter este questionário só meu, e como foi bom me arrumar, me perfumar, até o meu dente que havia perdido fui colocar. Por isto posso dizer: Obrigada.

5.5.1.3. RELATO DE SESSÃO PSICOTERÁPICA

Aquecimento Inespecífico:

As pessoas iniciam o grupo comentando sobre o final de semana e uma paciente conta que viajou para uma cidade praiana.

Diva empalidece, aparenta ansiedade e fala sobre o seu sofrimento às vésperas de uma viagem, principalmente se esta é para a casa de praia que herdou dos pais, já falecidos. Sempre sentiu muita segurança e afeto da mãe – “ela era minha confidente” – e todas as vezes que chegava à casa de praia, a mãe vinha recebe-la carinhosamente. Depois do falecimento da mãe, ocorrido já há muitos anos, quando pensa em viajar para a praia, imediatamente lhe vem uma enorme ansiedade acompanhada de tristeza, sensação de “acabamento” e não consegue mais dirigir na estrada. Só viaja para lá quando o marido pode ir dirigindo (o que acontece cada vez mais raramente), mas mesmo assim, quando chega à praia, não sai da cama, não consegue tomar um banho de mar (o que adorava fazer), não cuida da casa e só pede para ir embora.

O grupo escolhe Diva como protagonista e ela aceita.

Aquecimento Específico:

Diva (D) e terapeuta (T) caminham pela sala.

(T): Como se sente?

(D): Muito preocupada. Estou me lembrando do jeito que eu chego lá na praia.

O coração parece que vai sair pela boca. Não vou ter coragem de abrir a porta

(T): Você está ?

[Espontaneamente (D) se desloca da sessão para o momento da chegada na praia, tal é o seu envolvimento com a situação].

Dramatização:

(D): Acabamos de chegar na praia, na casa da minha mãe. Meu marido e minha filha vão começar a tirar as coisas do carro e eu vou abrir a porta da cozinha... A gente sempre entra por aqui, porque, em geral, minha mãe está cozinhando, esperando a gente

(T): Vamos montar um cenário, um “faz-de-conta”. Mostre onde está o carro e a porta da cozinha

[(D) vai montando o cenário de forma espontânea e apontando o que acha importante].

(T): Escolha alguém do grupo para fazer o papel de seu marido e sua filha.

[(D) faz as escolhas].

(T): Seja o seu marido. Eu vou conversar com ele.

[(D) assume o papel do marido e vai falando].

[(D) como marido (M)]: Eu não sei o que acontece com (D); ela gostava tanto de vir aqui ... Agora ficou desse jeito, nervosa, triste, chorona ... Não consegue mais pegar o carro e vir pr’a cá com os filhos. Eu tenho de trabalhar; não posso vir sempre aqui ...

(T): Tem idéia do que aconteceu, por que ela ficou assim?

(M): Ah, não sei deve ser falta da mãe ... mas, puxa vida, tá louco, a mãe já morreu faz mais de dez anos

(T): Tem alguma coisa que o senhor faz ou fez para ajuda-la?

(M): No começo, quando a gente vinha pr'a cá, eu tentava acalma-la, mas ela passava todos os dias do feriado ou das férias chorando aí não agüentei mais ... Prefiro arrumar uma desculpa e não vir mais aqui, porque já sei que ela não fica mesmo bem ...

(T): Volte a ser (D). Agora tome o papel de sua filha.

[(D) no papel da filha (F)]: É uma pena tudo isso ... A casa da vovó é tão gostosa, mas a mamãe “pirou”. Não dá mais pr'a vir aqui ...

(T) Tem alguma coisa que você faz ou fez para ajuda-la?

(F): Ela não me ouve, mas mesmo assim eu falo que é bobagem ela ficar chorando ... Eu tento distraí-la, leva-la para tomar um banho de mar, mas ela não vai de jeito nenhum.... e antes ela gostava tanto

(T): Volte a ser (D). Pois é, parece que eles já fizeram de tudo para anima-la e não adianta ... Mas hoje eles resolveram vir de novo aqui

(D): É, eles estão lá no carro tirando as coisas e eu vou abrir a porta da cozinha. Nossa, olha como ficam as minhas mãos [(D) mostra as mãos trêmulas].

(T): Eu estou aqui com você. Respire fundo e vamos lá.

(D): Pronto, abri a porta. Ah, meu Deus! Eu não vou agüentar Onde será que está minha mãe? [(D) emociona-se e começa a chorar.

(T): Faça um solilóquio³².

³² Solilóquio é uma das inúmeras técnicas utilizadas no Psicodrama. Trata-se de pedir à paciente que fale em voz alta aquilo que está sentindo ou pensando no momento.

(D): Parece que ela está ali, na pia, lavando louça ou no fogão, cozinhando.... Ela pára de lavar e vem na minha direção me abraçar. Ai, que saudade!

(T): Escolha alguém para fazer o papel de sua mãe (Mm). [(D) escolhe uma colega de grupo que perdeu a mãe quando tinha dois anos] e tome o papel dela. Como é o seu nome? [(T) dirigindo-se à (D) no papel de (Mm)].

(Mm): Marina.

(T): A sua filha me disse que quando ela vem para cá ela vê a senhora lavando ou cozinhando ...

(Mm): Pois é, não sei o que acontece. Eu já morri há 12 anos! Quando ela está em São Paulo até que ela vive razoavelmente bem a vida dela, quer dizer, ela tem depressão, né? Agora quando ela vem pr'a praia é essa choradeira ... Parece que não consegue viver sem mim ... e não pode a vida continua A gente era muito amiga; ela dependia muito de mim, mas não pensei que ela fosse ficar assim depois que eu partisse. E não foi desse jeito quando o pai faleceu

(T): Volte a tomar o seu papel.

(D): Eu sinto muita culpa. Acho que eu a sobrecarregava com meus problemas. Eu ligava todo dia, toda hora e ela ficava me dando conselhos, me acalmando ... até que um dia, ela não agüentou e teve um infarto. Eu nunca tive coragem de falar sobre isso com ninguém, mas acho que ela infartou por minha causa.

[(T) solicita novamente troca de papéis].[(D) espontaneamente assume o papel da mãe e começa a falar.

(Mm): Filha, que bobagem é esta que você está dizendo? Você não teve culpa de nada. Lembra que eu comecei a sentir umas dores no peito, uma falta de ar e você insistiu para me levar no médico? Daí eu fiz aquela porção de exames chatos e tive de começar a tomar remédio. Mas sabe como é a cabeça da gente às vezes eu

esquecia ... Você sempre foi uma filha maravilhosa, a que mais se preocupou comigo, que mais carinho e atenção me deu. E eu também me queixava das coisas, das discussões com seu pai Filha, eu morri dormindo. Chegou a minha hora, Deus quis assim. Pare com isso, viva a sua vida!

[(D) chora copiosamente e se abraça a (T). Após alguns segundos se recupera e volta a assumir o seu papel. [A colega que faz o papel de mãe de (D) está visivelmente emocionada, mas consegue se manter no papel].

(D): Mãe, quando você morreu eu nem quis me despedir de você direito, de medo que você me acusasse [Neste momento, (D) pára de falar, fica um milésimo de segundo em silêncio, depois sorri e, antes mesmo que a (T) lhe peça um solilóquio, diz: “Puxa, como a gente complica a vida ... “ como se tivesse se dado conta – um insight - do que tem feito consigo mesma nesses doze anos!].

(T) solicita troca de papéis [(D) toma o papel da (Mm)].

(Mm): Pois então, filha, despeça-se de mim agora. Para sempre. Eu quero que você seja feliz, que não fique mais pensando bobagens, que aproveite o máximo possível desta casa, com a sua família. Venha, me dê um abraço e vamos nos despedir definitivamente. E lembre-se: você sempre foi uma filha maravilhosa!

[(D) chora copiosamente. Elas se despedem e expressam, uma para a outra, o grande amor que existiu entre elas. Após esta despedida, (T) solicita que (D) tente andar por toda a casa da praia, perceba como se sente e faça um solilóquio].

(D): Nossa, como tudo aqui está empoeirado! Vou abrir todas estas janelas [e faz alguns gestos como se estivesse realmente abrindo-as) e dar um trato nesta casa. E, daqui a pouco, quero tomar um banho de mar!

A dramatização termina.

Compartilhar (última etapa da sessão):

Os colegas de grupo, muitos deles emocionados, trocam com (D) suas experiências pessoais de vida. Misturam choro com riso, dão demonstrações de afeto e todos saem da sessão com uma aparência de um certo bem-estar e de terem realizado, hoje, alguma coisa nova, diferente, produtiva.

Na sessão seguinte (D) chega entusiasmada. Nem bem adentra a sala vai dizendo:- “Foi muito bom o que aconteceu na semana passada. Saí daqui bem, em paz, aliviada, reavaliando coisas da minha vida. Dias depois, consegui dirigir até o litoral sem qualquer sintoma de ansiedade e nem tristeza. Senti-me leve e isto ainda me deixa emocionada. Estou tão feliz! E já vou voltar novamente para lá neste próximo final de semana. Que coisa ... 12 anos sofrendo com isso e, de repente, com uma dramatização

[(D) foi a primeira protagonista do grupo, na sétima sessão. Até o final do nosso contrato, 17 semanas depois, continuou indo à praia dirigindo e se sentindo muito bem, sem a sintomatologia que apresentava anteriormente.

Moreno (1975) costumava dizer que a dramatização tem um valor importante na remoção de sintomas, pois ela promove a catarse da ação que vai além da transferência.

O tema do “luto” é um dos temas mais intensos que costumam surgir em psicoterapia.

Calvente (2002:147) fala do papel de mãe em relação ao do pai. Diz: “Para a subjetividade, a experiência do pai e da mãe são muito diferentes. A mãe é evidente, visceral, sensorial, carne de minha carne, ligada à intimidade, o familiar”.

Para mim, a mãe é ainda aquela que carrega o (a) filho (a) na barriga durante nove meses, em geral dá o peito para a criança mamar, troca as primeiras fraldas e possibilita os primeiros carinhos ao bebê (ou mesmo ao feto, quando se põe a acariciar

o abdômen e a conversar com aquele que ainda não nasceu). O vínculo que se forma entre filho (a) e mãe, quando esta é carinhosa e receptiva, é inúmeras vezes mais forte do que o vínculo paterno. Com (D) foi assim: mãe próxima, afetuosa, amiga e pai distante. A mãe lhe transferiu segurança, calor, vontade de viver, coragem para enfrentar a vida, mas também a mimou, a protegeu em excesso, principalmente dos homens. Muitas vezes assumiu responsabilidades e decisões pela filha que, na realidade, deveriam ser de (D). Agora, como mãe, tenta ser igual com suas filhas, repetindo atitudes maternas. Superprotege-as, não deixa que cresçam, toma todas as iniciativas por elas, a ponto de sentir que uma delas, como aparece no átomo social, “pesa” sobre os seus ombros. E, como sempre sentiu o pai como “ausente”, age de maneira transferencial para com o marido, considerando-o uma pessoa distante dos seus problemas e da convivência familiar. Exige dele atitudes maternas e está em constante batalha com seu “jeito de ser”, não conseguindo viver em harmonia com ele.

A partir da dramatização com a mãe reavalia as suas relações de um modo geral e passa a tomar outra atitude, mais saudável e mais espontânea, com as filhas e o marido. Recria seu comportamento e repara posturas conservadas.

5.5.2. IS do paciente Caio (P3)

Caio possui 40 anos, é universitário, separado e tem um casal de filhos. Trabalha em uma instituição pública numa função inferior à sua formação.

Comenta que há dois anos vem apresentando muita tristeza, intensa irritabilidade, mágoa, dificuldade para o trabalho, falta de concentração, lentidão no raciocínio e falta de energia. Tem uma relação difícil com a ex-esposa, alguns colegas,

com a mãe e um dos tios (tio 3). Em relação à sua AI apresenta pontos de conflito nos papéis de ex-marido, profissional, colega de trabalho e sobrinho.

Este paciente deveria ter passado por um processo psicoterápico individual mais longo, em razão de sua sintomatologia depressiva e de sua atitude diante da vida. Sentia-se rejeitado e ameaçado “pelo mundo”. Este foi, inclusive, o seu tema protagônico (vide sessão psicoterápica).

Caio diz ter feito psicoterapia em outra ocasião, mas nunca teceu comentários a respeito. Não conhecia o método psicodramático. Foi o único paciente que esteve presente em todas as sessões.

É uma pessoa ao mesmo tempo ranzinza e amável, embora tente mostrar mais às pessoas, o seu lado rabugento, como se pronto para enfrentar uma provocação. Quando permanecia muito calado ou quando se exaltava (algumas vezes) tendia a se colocar no papel de vítima, ou de algoz, para provocar comiseração ou raiva dos companheiros. O grupo foi capaz de captar o lado terno de Caio e, durante todo o processo psicoterápico, tentou espontaneamente valorizar este lado da personalidade do paciente, apontando sua dificuldade inter-relacional defensiva.

5.5.2.1. ANÁLISE SOCIOMÉTRICA

- Relacionamento sociofamiliar e profissional

Critério I.1

Procedimento I.1.1

FIGURA 16 - SOCIOGRAMA 3 – ÁTOMO SOCIAL (início)

FIGURA 17 - SOCIOGRAMA 4 – ÁTOMO SOCIAL (final)

Final

Procedimento I.1.2

FIGURA 18

Procedimento I.1.3

FIGURA 19

Critério I.2

Procedimento I.2.1

QUADRO 10 - QUALIDADE EMOCIONAL DOS VÍNCULOS

P3	Pai padrasto	Mãe	Irmão 1	Irmão 2	Colega 1	Ex-esposa	Colega 3	Colega 4	Coleg 2	Tia 1	Tio 1	Avô	Tia 2	Tio 2	Tio 3	Filha	Filho
Início	9.5	7.5	9	9	7.5	8	6	4.5	7	10	8.5	8.5	8.5	9	5.5	10	9.5
Final	9.5	9	9	9	9	6.5	6	4.5	6	10	9	8.5	8.5	9	5.5	10	9.5

Cont. P3	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	Médica 2	Médica 1	Professor	Amiga
Início	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Final	7.5	9	6	7.5	6	6	6	6	7.5	8.5	8.5	8.5	8.5

Procedimento I.2.2

QUADRO 11 - Relações estressoras

	Escolhas Positivas			Escolhas Negativas		
Grau de estresse	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo
Início	Ex-esposa	Mãe		Colega 4		
	Colega 3					
	Tio 3					
Final			Ex-esposa		Colega 4	
			Colega 3			
			Tio 3			
			Colega 2			

Na montagem inicial do AS Caio escolhe 17 pessoas. Embora saliente ser tímido seu círculo social é relativamente amplo. Costuma guardar muita mágoa das pessoas (quando sente que elas lhe fazem algo de que não gosta) e isso perturba suas relações. Fornece notas boas à quase todas as pessoas do AS, excetuando duas colegas de trabalho (uma delas é escolha negativa) e o tio materno (3), que são fontes

de estresse. Ainda que tenha ministrado uma nota boa à ex-esposa e à mãe, ambas também são pessoas promovedoras de estresse.

A relação que mais o afeta no início do tratamento é a da ex-esposa. Não aceita a separação (cuja iniciativa foi tomada por ela). A despeito de ter agido de forma leviana e agressiva com a esposa (inclusive fisicamente), acha que o fato de lhe ter pedido inúmeras desculpas, deveria ter feito com que ela revertisse a situação. Gostaria de voltar a ser seu marido, mas não tem muita certeza de seus sentimentos para com ela. Não suporta ver seus filhos apenas no final de semana, e isso acaba por lhe deixar muito triste quando eles voltam à casa da mãe. “Viro um trapo”, é sua fala.

No decorrer do processo psicoterápico foi percebendo, cada vez mais, a impossibilidade de um retorno à condição conjugal. Foi tomando consciência da necessidade de se afastar da ex-esposa e assumiu seu novo papel de separado.

Com os colegas de trabalho vinha tendo, há algum tempo, uma relação difícil, culpando-os de não serem simpáticos e honestos. Não se conformava de ter sido transferido de seção para uma função menor e, por conta disso, seu estado depressivo piorou e seu desempenho profissional ficou bastante prejudicado. Como se colocava vítima desta situação, teve dificuldade, algumas vezes, em aceitar as intervenções grupais. Sua relação com os colegas de trabalho não apresentou grandes modificações no decorrer do processo psicoterápico: manteve as mesmas notas para dois colegas, abaixou a de um deles e apenas um colega recebeu nota maior.

A mãe, também fonte de estresse (grau médio positivo), era um vínculo afetivamente muito forte e logo pode perceber, com a PP, as dificuldades da relação. Gostava e desgostava da superproteção materna, mas não suportava quando esta se transformava em controle de sua vida, o que desencadeava inúmeras discussões entre

eles. A partir da conscientização de tais fatores pode lidar melhor com a relação e, no final do tratamento, não a sentia mais como fonte de estresse.

Apesar de ter trazido um tio materno como alto estressor de sua depressão, sua demanda era maior com outras relações e a ligação com o tio foi deixada de lado.

Todas as relações altamente estressoras foram redimensionadas e passaram a compor um quadro estressor menor.

Caio apresentou uma forte ligação afetiva com os membros do grupo e, no final do tratamento fez questão de introduzir todos os membros no seu AS, incluindo as psicoterapeutas. Acrescentou também mais duas escolhas sociais (amigos), demonstrando um aumento na sua expansividade socioemocional.

- Desempenho de papéis

Critério II. 1

Procedimento II.1.1

QUADRO 12 - Auto-imagem (A.I.)

P3	Pai	Ouvinte de música	Fotógrafo amador	Ex-marido	Profissional (técnico)	Colega de trabalho	Sobrinho	Irmão	Filho	Neto	Amigo	Dono de casa	"Fazedor de coisas"	Biomédico
A.I. Início	9	9	10	5	4	6	7	9	6	9	0	—	—	—
A.I. Final	9	6	6	8	7.5	7	6.5	10	7.5	10	9	7.5	6.5	9

Procedimento II.2

QUADRO 13 - Impacto da depressão

Início	Final
1. Profissional (técnico)	1. Ex-marido
2. Amigo	2. Colega
3. Colega	3. Profissional
4. Ex-marido	4. Ouvinte de música
5. Filho	5. Fotógrafo amador

Procedimento II.3

FIGURA 20 - Diagrama de Papéis

Procedimento II.1.4

FIGURA 21 - Gráfico da Transformação dos papéis

No início da PP Caio escolhe 11 papéis, sendo que desses, dois recebem nota baixa (papel PD e MD): de profissional e amigo. Sua AI é boa nos papéis de pai, irmão, neto, fotógrafo amador e o de “ouvinte de música” considerados BD. No final do tratamento inclui outros três. Seus papéis de profissional (técnico) e amigo crescem favoravelmente, sugerindo que conseguiu desenvolvê-los bem durante o processo psicoterápico. Assume o papel de ex-marido (difícil de ser aceito), desenvolve o papel de dono-de-casa e “fazedor de coisas” (no lar), valoriza sua função biomédica (papel BD) e tenta nova colocação. Embora se sentindo melhor, não consegue exercer, como antes, os papéis de fotógrafo amador e “ouvinte de música”. Restabelece uma boa relação com a mãe e seu papel torna-se mais desenvolvido, o mesmo ocorrendo com o de colega de trabalho. O papel de sobrinho não foi abordado e, no final, sua nota decresce.

Sente que melhorou sua relação com as pessoas e com seus papéis e, na solicitação de uma imagem dramática, diz sentir-se como um leão: “desbravador, aberto para tudo, mas cauteloso e conhecendo onde pisa”. Diz:- “No fundo a braveza do leão vem da angústia e do medo de não ser aceito” ...

5.5.2.2. AVALIAÇÃO DO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL

- 1º Questionário

1. Terapia é ... É um momento que tiramos para nós, falarmos um pouco da gente e refletirmos. E fazer uso do melhor que falamos e modificar a nossa própria pessoa.

2. Os outros membros do meu grupo ... São pessoas que se encontram no mesmo barco e procuram achar uma solução um modo de solucionar seus problemas.

3. A terapeuta e a ego-auxiliar ... são as orientadoras que facilitam o nosso entendimento para as questões mais difíceis.

4. Quando eu falo no grupo, eu ... sou ouvido e respeitado por todos. Depois ocorre um debate.

5. Quando estou em silêncio no grupo, eu ... presto atenção e procuro dar a minha opinião da melhor maneira possível.

6. Os momentos mais significativos da terapia parecem ser para mim, ... um aprendizado de vida.

7. Nesses momentos significativos, eu ... procuro absorver tudo e tento colocar em prática o que aprendi.

8. Sinto que na terapia o mais importante para mim é ... a união de todos para debatermos as questões envolvidas.

9. Longe e fora da terapia, eu ... me sinto só e um pouco desamparado.

10. Antes de vir para a terapia, eu ... fico alegre e bem disposto porque posso falar um pouco das coisas que estão me angustiando.

11. Depois de deixar a sessão de terapia, eu fico triste, porque vou voltar para o meu pequeno mundo, um mundo só meu, que eu criei.

12. Dói ou machuca no grupo quando... Temos algum tipo de divergência e somos magoados.

- 2º Questionário

Antes da Psicoterapia Psicodramática**1. Como você se sentia antes do tratamento?**

Raiva, triste, sozinho e querendo morrer.

2. Quais os sintomas que apresentava?

Depressão.

3. Você acha que sua depressão estava ligada a algum problema pessoal? Qual?

Não.

4. Você já havia participado de algum tratamento psicoterápico? Qual e quando?

Sim, particular.

5. Qual a lembrança que você tem deste tratamento anterior?

Boa.

6. Você tinha algum conhecimento de psicodrama? Qual era a sua impressão?

Não.

Durante a Psicoterapia Psicodramática individual e de grupo**1. Você teve alguma preferência em relação ao tratamento individual ou grupal?**

O grupal é bom, mas o individual se torna um pouco mais aberto.

2. O que achou das dramatizações que aconteceram nas sessões individuais e de grupo?

As duas formas foram boas.

3. Como foi o seu relacionamento com os (as) companheiros (as) do grupo?

Foi muito bom.

4. E com a terapeuta e a ego auxiliar?

Foi muito bom.

5. Em algum momento do tratamento você sentiu que ele lhe foi útil? De que maneira?

Não senti muitas mudanças, mas foi bom. Só o futuro pode dizer.

6. Você mudou a sua forma de ver o mundo com a terapia? Como?

Não.

7. Seus sintomas depressivos se modificaram com a terapia?

Um pouco. Sinto que preciso de mais terapia.

8. Você sentiu alguma mudança nas suas relações pessoais?

Não. Não gosto muito de me relacionar com pessoas.

9. Você se sente mais espontâneo?

Não.

10. Você acha que descobriu alguma coisa nova sobre você da qual não tinha conhecimento? Conte o que foi (se ficar à vontade para contar).

Não.

11. Isso o ajudou em alguma coisa?

Sim. O tempo foi muito curto e não deu para fazer uma avaliação muito centralizado sobre mim.

12. Você gostaria de continuar fazendo terapia? Por que? (Não respondeu).

13. Se quiser escrever livremente alguma coisa, faça-o aqui.

Muito obrigado a todos que de uma forma ou de outra tentaram me ajudar. Agradeço a todos e fiquem com Deus.

Dramatização de Caio (P3)

Aquecimento Inespecífico:

O grupo trás o tema da rejeição. Caio é escolhido como protagonista (12ª sessão grupal) e aceita dramatizar.

Diretora (D) e paciente (C) vão para o cenário dramático.

Aquecimento Específico:

(D): Escolha uma situação em que se sentiu rejeitado ...

(C): Acho que me sinto rejeitado desde criança. Quando eu nasci meu pai foi preso por uso de drogas e a minha mãe casou-se com meu padrasto. Quando eu tinha quatro

anos ele apareceu em casa querendo me conhecer. Minha mãe achava que ele poderia ser uma má influência para mim e não deixou que ele me visse. Eu só fiquei sabendo disso mais tarde e aí bati o pé que queria conhece-lo. O meu padrasto sempre foi muito bom para mim, mas eu queria conhecer o meu verdadeiro pai. (Caio chora copiosamente). Aí minha mãe o localizou e marcou um encontro nosso. Eu tinha 16 anos.....

(D): Vamos montar esta cena?

(C): Ela é horrível mas vamos lá. Foi no Parque do Ibirapuera.

Dramatização:

(D): Escolhe alguém para ser seu pai.

[Caio escolhe Fausto (P10)].

[Monta a cena. São três horas da tarde de domingo, ele espera o pai sentado na beira do lago].

(D): Pede solilóquio de Caio.

(C): (solilóquio) Nossa, estou tão ansioso ... Finalmente vou conhece-lo! Estou numa curiosidade só. Como será que ele é? Não faço idéia. Será que eu sou parecido com ele? Acho que não. Minha mãe diz que eu sou a cara dela ...

(D): Pede para que Caio tome o papel do pai que vem vindo em direção ao lago.

(D): Como é o nome do senhor?

(Pai) (P) (Caio faz o papel do pai): Adolfo.

(D): O senhor veio aqui no lago agora para ...

(P): Pois é, vim me encontrar com um rapaz que disse que é meu filho ... Ele falou ao telefone o nome da mãe, mas não reconheci ... Faz tanto tempo ... Não tenho certeza se ele é mesmo meu filho ... Mas resolvi vir; o rapaz pediu tanto ...

(D): Como está se sentindo? [pergunta ao pai]

(P): Sei lá. Esquisito ...

(D): Pede solilóquio para o pai.

(P): Não tenho nada pr'a falar pr'a ele ...

[Troca de papel: Caio assume seu papel e Fausto, companheiro de grupo, assume o papel do pai de Caio]. Pai e filho se encontram.

(C): Oi!

(P) (Fausto): Tudo bem?

(C): Você que é meu pai?

(P): Não tenho certeza; não reconheci o nome da sua mãe.

[Caio fica mudo e paralisado]

(D): Pede solilóquio de Caio.

(C): (solilóquio) Estou triste, muito triste. Não sei o que dizer depois dessa. Acho melhor eu ir embora.

[Caio vira as costas e vai embora].

(D): Vai deixar a situação assim?

(C): Vou. Não quero mais saber dele. Cretino! Pensa que eu vou ficar atrás ... Ele não é meu pai mesmo Meu pai é o meu padrasto que é legal pr'a mim, que gosta de mim ...

(D): Escolha alguém para ser você com 16 anos.

[Caio escolhe Alberto (P4)]

[(D) distancia-se da cena juntamente com (C) e pede aos dois colegas de grupo, que estão representando o papel de (C) e (P), que repitam a cena para que (C) a veja de longe (técnica do espelho)].

(D): O que sente? [referindo-se à cena que os colegas de grupo acabaram de apresentar].

(C): Muita tristeza (e chora).

(D): Mais algum sentimento?

(C): Muita raiva por aquele covarde, filho da ... (segura o palavrão).

(D): E o que você vai fazer com a raiva?

(C): Não vou fazer nada.

(D): Sabe, vou lhe contar a história deste rapaz de 16 anos. Hoje ele ficou muito decepcionado, triste e com raiva desta pessoa que ele veio conhecer e que é o pai verdadeiro dele. O pai não somente não fez o menor movimento para esclarecer a situação, como também não o reconheceu como filho. Este garoto, mesmo tendo um padrasto maravilhoso, provavelmente, vai passar sua vida desconfiando dos outros, se sentindo rejeitado, agredindo qualquer pessoa que não lhe dê aquilo que espera. Cada uma das pessoas com quem se relacionar na vida corre o risco de ser visto e sentido como se fosse este pai

(C) (para o choro por alguns minutos, fica em silêncio, pensativo e depois espontaneamente diz):- Deixa o pai dele pr'a lá. Agora este garoto está mesmo precisando é de um abraço.

(D): Você pode dar este abraço?

(C): Posso (e dirige-se para o Caio de 16 anos, cujo papel é encenado por Alberto. Abraçam-se fortemente e choram).

(D) (Após alguns minutos, pergunta ao Caio adulto e ao Caio adolescente): Vocês, juntos, têm vontade de fazer alguma coisa com aquele pai?

(C) (o adulto responde): Vamos deixar ele ir embora. Mas eu queria que o meu padrasto, que na realidade é o meu pai verdadeiro, viesse até aqui. Tô precisando dele.

(D): Escolhe alguém para ser seu padrasto.

(C) [escolhe João (P8) como padrasto e lhe dá um grande abraço. Visivelmente emocionado fala]:- Obrigado por tudo, você mora no meu coração, tem sido um grande pai. Eu te amo!

(C) (dirige-se para o Caio adolescente e comenta): Viu cara, não fica mais carregando “ele” nas costas (referindo-se ao pai verdadeiro), se não quando você tiver 40 anos ainda vai tá carregando. É isso aí. Tchau!

A dramatização se encerra. Caio comenta que está muito aliviado.

Compartilhar:

O grupo está sensivelmente emocionado. As pessoas se aproximam de Caio e compartilham com ele suas experiências de abandono e de rejeição e todos o encorajam a “viver a sua vida”, valorizando realmente a sua relação com o padrasto.

Na semana seguinte Caio volta mais feliz, sorrindo, mas se apresenta algo defensivo, referindo que “já sabia de tudo aquilo”. Agradece ao grupo e as terapeutas a ajuda recebida e parece constrangido pela forte emoção que apresentou. No decorrer do processo psicoterápico, vai pontuando algumas informações importantes: se sente mais próximo da família (pai, mãe, irmãos e filhos), está mais confiante nos amigos, tem saído mais de casa e está pensando menos na ex-mulher.

O sentimento de rejeição é um dos mais fortes sentimentos que o indivíduo pode apresentar na vida e, na prática, é comum vê-lo como um poderoso desencadeador de depressão.

A rejeição, em geral, fragiliza, aliena, frustra, empobrece, diminui ou impede a combatividade, enfim, abate a auto-estima (se é que a sua existência esteve em alta algum dia). O indivíduo tende a lidar com suas relações sempre de forma transferencial. Nery (2003:93,94) enfatiza que:

”[...] no momento em que a pessoa está dominada pelos aspectos internalizados do vínculo conflitivo [...], ela vive a despotencialização do *self*, o bloqueio de sua espontaneidade-criatividade, a anulação do eu, e tem condutas que perturbam sua sociometria nos vínculos e nos grupos.”

Uma dessas condutas é a agressividade, que pode tomar o caminho da destruição de si mesmo e do outro, ou da luta, “[...] como uma força libertadora dos potenciais do ‘eu’. Essa força vem sob a forma de assertividade, do limite, da autenticidade, da conquista dos direitos” (Nery, 2003:94).

A agressão a si mesmo provoca uma auto-imagem negativa e a pessoa se condena e se culpa diante o outro (Nery, 2003:95) e, ao mesmo tempo, se coloca como vítima porque é um ser rejeitado: “ninguém gosta de mim”.

Caio é o exemplo típico desta situação de rejeição. Embora amasse demasiadamente o padrasto, tinha uma expectativa muito grande de conhecer o pai, pois a figura paterna, para ele, enquanto garoto, era o protótipo idealizado (por piores que fossem as características deste pai).

A rejeição paterna (somada a superproteção materna), deve ter desencadeado, inconscientemente, uma reação interna bastante conflituosa, levando-o a agir na vida, ora de maneira dócil, ora agressivamente. E ainda, a se sentir constantemente hostilizado ou ameaçado pelo desafeto do outro.

Muitas outras explicações psicodinâmicas poderiam ser relatadas a respeito de Caio. O importante é que ele, apesar de vários conflitos, pode aproveitar muito bem o processo grupal. Suas respostas aos questionários não foram tão claras e positivas, mas a importância do tratamento foi expresso pela fantasia de eternidade grupal. Queria que o grupo continuasse a acontecer e apresentou muita dificuldade em

despedir-se das pessoas; elas o aceitaram, lhe deram apoio, afeto e compreensão; como iria continuar seu caminho sem elas?

6. DISCUSSÃO

“Não há matéria científica, da física à política, que não necessite do sonho para nascer e florescer. A própria ética tem seu horizonte onírico”³³.

A discussão dos resultados será apresentada segundo os tópicos:

- 1.1. Análise Qualitativa e Quantitativa
- 1. 2. Objetivos
- 1. 3. Hipóteses
- 1. 4. Limitações do estudo

6.1. DISCUSSÃO SOBRE ANÁLISE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Esta pesquisa utilizou-se de estudos qualitativos e quantitativos. Confesso meu desejo de apresentar aqui uma discussão a respeito do “fazer ciência” e dos métodos empregados para este fim, porém me conscientizo que sairia excessivamente dos objetivos propostos. Mesmo assim, considero importante dar um destaque à questão dos instrumentos psicológicos de avaliação utilizados em psicoterapia, a começar por discorrer brevemente sobre a diferença existente entre os métodos qualitativos e quantitativos.

³³ Castello de Almeida, W. O lugar do Psicodrama, In: Petrilli, S.R.A. (coord.) Rosa dos Ventos da Teoria do Psicodrama. São Paulo, Ágora, P.58, 1994.

O método quantitativo cuja área de estudo, fundamentalmente, são as Ciências Naturais, tem como paradigma o Positivismo, movimento filosófico cujo conhecimento é produzido pela razão. A pesquisa quantitativa trabalha com quantidade (do latim: *quantitate*, *quantus* - “quanto?”), com a medida de uma ou outra grandeza (Turato, 2000) e com *fatoss*:

[...] tudo aquilo que pode se tornar objetivo e rigorosamente estudado enquanto objeto da Ciência [...] todo conhecimento precisa ser provado através do sentido de certeza e de observação sistemática que asseguram a objetividade (Martins et al., 2003:21).

Ela busca explicar as causas e o “*porquê*” dos fatos, resumido no modelo médico de concepção explicativo-causal.

O método qualitativo (também designado como método compreensivo-interpretativo) pertinente, basicamente, às Ciências Humanas, tem como concepção paradigmática a Fenomenologia, conhecimento filosófico que postula a existência de fenômenos (sejam eles reais ou imaginários) que devem ser observados segundo sua essência ou significação. A pesquisa qualitativa se ocupa da qualidade (do latim *qualitate*, *qualis* - “qual?”) e da compreensão dos sentidos e significados dos *fenômenos*:

[...] aquilo que mostra em si mesmo, o manifesto. [...] Esses fenômenos, cada um deles, só podem se mostrar enquanto *situados*. Ou seja, só se mostram em situação onde alguém (um ser específico) está sentindo ciúme, depressão, etc., e o acesso a eles se dá pelo sentir e indiretamente por meio da descrição do sentir ciúme, depressão, etc. (Martins et al., 2003:22).

A orientação epistemológica aqui é perguntar não somente pelo “qual”, mas também pelo “o que”, “como” e “para quê”.

O método fenomenológico-existencial, no qual se insere o Psicodrama, olha para o *ser* e o *fenômeno* como partes unificadas que não podem se separar, captando as vivências e as experiências subjetivas (Castello de Almeida, 1988).

Na operacionalização da Fenomenologia deve-se levar em consideração três conceitos básicos: a *intencionalidade* (o indivíduo é sempre consciente de ... alguma coisa), a *intuição* (como fenômeno intersíquico e não como iluminação milagrosa ou similares alegóricos) e a *intersubjetividade* (a situação dinâmica da consciência e da interioridade das pessoas que se relacionam) (Castello de Almeida, 1988).

Segundo Turato (2000) as pesquisas qualitativas ganharam inicialmente status científico, com os antropólogos e depois, com os sociólogos e educadores, seguidos dos psicanalistas e psicólogos. Elas tiveram sua evolução e hoje, na área institucional da saúde, muitos trabalhos já apresentam uma história concreta de resultados práticos, em maior número na área da enfermagem e, em menor proporção, no meio médico. O autor observa ainda que neste campo da utilização do método qualitativo, há uma lacuna na maneira de se compreender os sentidos e os significados do Homem enquanto ser portador de angústias e ansiedades.

Trabalhar com a subjetividade do indivíduo e, conseqüentemente, com a intersubjetividade que se estabelece na relação entre terapeuta - paciente pressupõe uma série de variáveis mobilizadoras entre, *a priori*, observador (terapeuta) e observado (paciente). A compreensão e a interpretação dos sentidos e significações desses fenômenos são particularmente complexos e parece ir além dos construtos psicológicos até agora desenvolvidos. Tem de se levar em conta que “numa ciência,

onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação” (Lévi-Strauss, 1975:215) e este fator é de extrema relevância e não pode ser ignorado.

Embora os instrumentos de avaliação ainda sejam inconsistentes, Schoueri (1998) (baseando-se em Høglend) ressalta que:

[...] os instrumentos de avaliação em psicoterapia têm resultados precários no que diz respeito a medidas psicométricas, como a confiabilidade e a reprodutividade, mas, ainda assim, apresentam um valor discriminativo e preditivo [...] [118]

Por outro lado, Gabbard (2001) reclama uma postura mais imediata dos psicoterapeutas mencionando que eles têm sido vagarosos na demonstração rigorosamente metodológica daquilo que realizam.

Na realidade, parece que a pesquisa em psicoterapia e a forma como buscamos compreender o ser humano ainda está na fase de desenvolvimento. É de suma importância investigar e tentar ir ao encontro de instrumentos específicos que capturem as qualidades essenciais de um determinado método de tratamento psicoterápico, propiciando uma visão mais ampla do ser humano, enquanto fenômeno ontológico. Esta aspiração não é fácil de ser conquistada e por isso, parece haver, muitas vezes, na postura de certos psicoterapeutas, um ceticismo em considerar possível o delineamento epistemológico dos acontecimentos ocorridos nas sessões psicoterápicas. Quem sabe este não seja o fator preponderante que dificulta, ou mesmo impede a elaboração e o desenvolvimento de metodologias mais aprimoradas que possam, inclusive, ser posteriormente utilizadas por outros profissionais de maneira fácil e objetiva.

Mahoney (1998) diz acreditar ser imperativo que a teoria, a pesquisa e a prática clínica estejam intimamente ligadas e se influenciando mutuamente.

Se esta conjunção se fizer mais presente e articulada e, como diz Høglend (1999), mais pessoas estudarem os fenômenos clínicos, maior a possibilidade de pluralização das metodologias.

Moreno sempre foi partidário da idéia de que qualquer modalidade psicoterápica deveria ir em busca de uma metodologia científica. Neste sentido, suas palavras, nos idos de 1950, já se mostravam bem categóricas: “Numa cultura dominada pela ciência, nenhuma forma de psicoterapia pode florescer se não procurar se ajustar às exigências de um método científico” (1974:143).

Este pensamento conduziu seus estudos no encalço de uma nova forma de pesquisa científica, a qual denominou Sociometria e a um novo método psicoterápico, o Psicodrama.

Inclusive, é interessante ressaltar que, em 1936, Moreno (1974) foi pioneiro em criar o que ele denominou de método de “objetivação” de sessões psicodramáticas. Tratava-se de registrar, palavra por palavra, num gravador, o diálogo dos pacientes.

Sua obstinação em objetivar cientificamente seus trabalhos levou-o a criticar as escolas behavioristas que, segundo ele, efetuavam experimentos apenas com o comportamento ‘externo’ dos indivíduos, não valorizando sua subjetividade intrínseca.

Como não podemos penetrar na mente e ver o que o indivíduo percebe e sente, o psicodrama procura, com a colaboração do paciente, transferir a mente ‘para fora’ do indivíduo e objetivá-la dentro de um universo tangível e controlável. [...] A sua finalidade é tornar diretamente visível, observável e mensurável o comportamento total. O protagonista está sendo preparado para um encontro consigo mesmo. Depois de completada essa fase de objetivação,

começa a segunda fase, que consiste em re-subjetivar, reorganizar e reintegrar o que foi objetivado (Na prática, porém, ambas as fases são concomitantes) (Moreno, 1975:47)

Para se compreender melhor o método sociométrico utilizado nesta pesquisa, é imprescindível voltar no tempo, a fim de trazer uma parte da história *científica* de Moreno.

Em 1931 Moreno foi convidado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) a desenvolver um projeto de pesquisa na prisão de Sing Sing, Nova York. Sua proposta foi a de investigar aspectos psicológicos, culturais e sociais entre os prisioneiros, por intermédio de um estudo qualitativo e quantitativo de suas inter-relações. O método utilizado (entrevistas e questionários específicos) tinha o intuito de buscar uma melhor convivência entre os presidiários. Por meio de quocientes sociais, conseguiu-se uma “análise sociométrica” (Moreno, 1994) dos resultados e, a partir dela, Moreno propôs uma reorganização diferenciada entre eles, promovendo uma transformação social naquele grupo. Os produtos finais da pesquisa, apresentados em 1932 à APA, e aos demais profissionais presentes ao evento, foram muito bem aceitos. Naquele instante Moreno estava apresentando à comunidade médico-científica um novo método de pesquisa, a Sociometria.

Ainda é importante relatar uma outra experiência que teve muito a ver com o método porque, desta vez, foram introduzidos novos elementos sociométricos que se aproximam mais legitimamente da forma como há pouco tempo se via e se aplicava a Sociometria. Moreno foi convidado e tornou-se Diretor de Pesquisa na Escola para Educação de Moças do Estado de Nova York. Tratava-se de uma comunidade fechada, perto de Hudson, composta de cerca de 505 meninas com comportamento social desajustado que moravam em 16 cabanas e tinham acesso às demais

propriedades da considerada fazenda (capela, escola, loja, administração, hospital, lavanderia, etc.). Elas permaneciam lá por muitos anos e eram “reeducadas” por um grupo administrativo, o qual também participou do estudo. A pesquisa completa demorou dois anos (de 1932 a 1934) e um dos seus pontos principais foi a criação do chamado “teste sociométrico” (Moreno, 1994), o qual tratava de captar a distribuição das emoções na comunidade. Todo teste sociométrico demanda um *critério sociométrico* (uma questão específica). No caso desta experiência de Hudson o critério estipulado para as meninas foi: - “com quem você quer morar?” (*referindo-se a cabana*). Cada menina tinha a possibilidade de fornecer cinco respostas que eram levadas para um diagrama, o *átomo social*. Depois que montava as estruturas atômicas ele lhes solicitava responder às motivações das escolhas, vindo a descobrir que elas derivavam, em geral, de um *complexo de emoções* “(Moreno, 1994).

Esta experiência lhe mostrou que correntes emocionais se irradiavam de diversas maneiras entre todos os participantes da pesquisa, independentemente de seu papel, função e moradia na comunidade e que isso promovia preferências entre elas (atrações e rejeições), as quais levavam a uma rica e complexa dinâmica.

Moreno considerava a Sociometria uma ciência e, durante todos os anos de sua existência, requieru à comunidade científica o status de ciência à Sociometria. Acreditava que ela deveria ser o relevo de todas as ciências sociais e que poderia ser aplicada a qualquer evento dinâmico, independente do tamanho do grupo social.

O teste sociométrico aplicado por Moreno nessas pesquisas, e em várias outras, foi se reformulando com o passar dos anos e hoje é utilizado com restrição.

Sociometria é hoje o nome genérico para se referir a qualquer avaliação ou estudo em que implique os fenômenos sociais e interpessoais (Moreno, 1994). Qualquer experimento sociométrico não se restringe à aplicação de questionários ou

entrevistas, muito pelo contrário, como dizia Moreno, ele é um método de ação e o pesquisador, um *ator participante*.

Tanto uma pesquisa quanto outra teve uma dimensão significativa, pois ambas trabalharam com um número muito grande de pessoas dentro de uma comunidade específica.

A nossa pesquisa é de outro molde e tamanho, porém foi através desses dois exemplos acima que nos baseamos para criar o modelo de análise sociométrica empregada neste trabalho.

Apesar dos esforços de Moreno no sentido de legitimar cientificamente o método psicodramático, não se pode afirmar que o Psicodrama apresentou, até hoje, pelo menos na área da saúde (particularmente da Medicina e da Psiquiatria), estudos controlados que concedam ao método, o certificado de eficácia e efetividade.

Entretanto, alguns autores, como, por exemplo, Castello de Almeida (1982; 1994), não hesita em enfatizar que a PP, em razão de sua base fenomenológico-existencial responde explicitamente aos preceitos paradigmáticos básicos do “fazer” ciência.

É pertinente dizer que se a aplicação da PP não tivesse trazido resultados significativos aos indivíduos (e aos grupos em geral), desde seu início com Moreno, provavelmente seu método teria sucumbido. No entanto, esta observação, por si só, não basta para a comunidade científica. A confirmação da eficácia e da efetividade do método psicodramático exige, cada vez mais, amplos estudos na área.

Esta pesquisa tentou, por meio da aliança rigorosa formada pelo método qualitativo e quantitativo apresentar algumas formas de aplicação que contemplassem as exigências científicas. Fiz questão de trabalhar com os dois métodos por considerar

importante e complementar sua vinculação. Segundo Castello de Almeida (1988) as duas categorias (compreensão e explicação) podem se complementar.

A *análise qualitativa* representada pelos dados obtidos com a experiência da PP individual e de grupo e a *análise quantitativa* pelas escalas de avaliação de HAM-D₁₇ e EAS apresentaram diversos resultados positivos que foram expostos na seção *Resultados* (p. 51).

Espera-se que os psicodramatistas possam utilizar-se de todas as metodologias psicodramáticas empregadas nesta pesquisa e também possam estudar com mais afinco, desenvolver e aperfeiçoar novos métodos qualitativos de pesquisa em psicoterapia psicodramática.

6.2. DISCUSSÃO DOS OBJETIVOS

A discussão da avaliação do impacto da PP focal individual e de grupo na amostra estudada será apresentada na seguinte ordem:

6.2.1. Análise Qualitativa (Sociométrica)

6.2.1.1. Relacionamento sociofamiliar e profissional

Os três tópicos referentes a esta seção, abaixo mencionados, serão analisados concomitantemente.

- Estudo do AS e da ESE
- Qualidade emocional dos vínculos
- Relações estressoras

Os pacientes do estudo organizaram seus átomos sociais de maneira espontânea e criativa tentando ser fiéis nas suas escolhas de atração e rejeição e, coincidentemente, ou não, nenhum deles fez qualquer escolha neutra ou indiferente (tanto no início como no final). O AS deu origem ao estudo da *expansividade socioemocional* e a avaliação da *qualidade emocional dos vínculos* dos pacientes evidenciando suas *relações estressoras*.

Segundo Moreno os seres humanos necessitam de outras pessoas para satisfazer seus desejos, aspirações e para estabelecer relações, sejam elas familiares, sexuais, profissionais, de amizade, etc. e estes interesses diferem em detalhes e graus tornando o processo bastante complexo. Tudo seria mais simples se as pessoas envolvidas apresentassem sentimentos recíprocos, mas não existe uma uniformidade nesta ligação (Moreno, 1994).

O ser humano está sempre escolhendo pessoas para alguma coisa e, em geral, conforme critérios bem determinados. Escolhe (A) para tal evento e não escolhe (B) para o mesmo acontecimento. Escolhe (C) e (D) para partilhar algo e não escolhe (A) e (B) para esta mesma situação. Escolhe (A) e (C), e exclui (B) e (D), para uma outra vivência, e assim por diante. Às vezes pensa que está fazendo uma “boa escolha” e, mais à frente verifica que se enganou decepcionando-se com a escolha que fez, ou ainda, deixa de escolher alguém para determinado evento e se arrepende posteriormente.

O processo de escolha, no entanto, nem sempre é totalmente livre. O desenho do AS é “resultado de *escolha* (por exemplo, marido ou mulher, sócio, professor, médico), de *aceitação* (cunhado, um colega de classe), ou de *submissão à necessidade* (um colega de trabalho de quem não se gosta)” (Carlson-Sabelli et al., 1998:190-1).

Para que o indivíduo faça escolhas na vida é imprescindível que ele consulte suas atrações, rejeições e indiferenças baseadas na leitura de seus afetos. Estes podem se manifestar de maneira próxima ou distante, conforme a intensidade do vínculo e o momento. Uma pessoa (A) pode morar numa mesma casa com um familiar e não ter por ele um grande afeto. Ele é uma escolha positiva, porém, no AS sua configuração é mais distante. Em comparação, outro familiar (B) pode ser muito próximo afetivamente do indivíduo e este estar, no momento, decepcionado ou triste com B, que, no AS, poderá vir a ter uma configuração próxima, mas vermelha, representando uma escolha negativa naquela ocasião.

Portanto, o desenho da configuração atômica é diretamente proporcional à emoção sentida no “aqui – e – agora” do paciente e é revestido de pormenores. As relações mais claras (no sentido daquilo que chamo de “nitidez sociométrica”) e que já estão seriamente comprometidas, como escolhas positivas, podem num dado instante, se transformar e não permanecerem necessariamente positivas. Após o esclarecimento da situação, voltam a se positivar. Existem também aquelas relações que são nitidamente negativas ou indiferentes e que tendem a permanecer assim, a não ser que haja da parte da pessoa interessada (ou, mais propriamente, das pessoas envolvidas na relação) um grande desejo em mudar esta composição. Em geral, para que haja investimento neste tipo de relação, é necessário que algo novo tenha acontecido e despertado a vontade de mudar.

O importante é que o afeto permeia toda relação humana e influencia o crescimento, o desenvolvimento da personalidade e dos papéis, da maturação psicológica, das escolhas, do relacionamento social, da espontaneidade e criatividade de um indivíduo e de suas manifestações psicopatológicas.

Moreno ao estudar as estruturas atômicas das meninas da escola de Hudson observou que as motivações para escolher A ou B, para atrações e repulsas, em geral derivam de um “complexo de emoções” que são as “forças que regulam ou perturbam a organização de grupos” (Moreno, 1994, II:107).

Segundo a OMS, a partir do século XX, o relacionamento dos pais (ou provedores) com suas crianças passaram a ter uma importância capital no desenvolvimento infantil.

Seja qual for a causa específica, a criança privada de afeto por parte de seus cuidadores tem mais probabilidades de manifestar transtornos mentais e comportamentais, seja durante a infância ou numa fase posterior da vida. A comprovação desse achado foi dada por lactentes que viviam em instituições que não proporcionavam um nível de estimulação suficiente. (OMS, 2001:11).

Além de o afeto ter muita importância nas relações interpessoais, também é essencial considerar que todos os vínculos humanos são impregnados de qualidade emocional. Esta se manifesta por meio da expansividade socioemocional que está diretamente relacionada ao comportamento, à ação e a capacidade dos indivíduos de reterem certos afetos e de dispensar outros (vide conceito às p. 36 e 37) e seu aumento ou decréscimo está, segundo Moreno (1994, II:154) proporcionalmente influenciado ao aumento ou diminuição da espontaneidade.

A qualidade emocional é também bastante influenciada por diversos fatores, dos quais merece uma discussão o fator estressante veiculado nas relações.

Segundo Nunberg (1997), citado por Mello et al. (2003), o estresse pode ser definido como “uma condição mental ou emocionalmente disruptiva ou perturbadora que

ocorre em resposta a influências externas adversas, bem como um estímulo ou circunstância que causa tal condição” (231).

Sabe-se que a depressão, conforme apontado pela OMS (2001), pode ocorrer em razão da incapacidade adaptativa dos indivíduos diante um fator estressante de vida. Muitos não conseguem pensar a respeito deles ou dividi-los com alguém. Aqueles que se propõem a compartilhar seus problemas e que vão a busca de soluções, resolvem melhor suas dificuldades.

Post (1992) menciona que o estresse parece ser um importante fator ambiental desencadeador de depressão (cerca de 60% dos episódios depressivos), principalmente de origem psicossocial.

Segundo Moreno (1974) em todo o processo psicoterápico constantemente se vislumbra um processo de atração e rejeição tanto em relação ao terapeuta, como também entre os próprios participantes.

No início do tratamento psicoterápico (embora pudesse ser natural que isso ocorresse), os participantes se mostraram ansiosos diante do desconhecido, do contato com as psicoterapeutas, das novas pessoas com as quais iriam conviver por algum tempo no grupo e, por isso, um alto grau de expectativa pulverizava cada um deles. Afora esta expectativa traziam consigo todos os fatores estressantes (alguns, inclusive, desencadeantes de seu quadro depressivo), sendo que o mais comum, dentre eles, era o *ambiente familiar*. Praticamente todos apresentavam um tipo de conflito com algum familiar mais próximo, como por exemplo: P1 com o marido, as filhas e a sogra; P2 com o marido, filhos, nora e concunhada; P3 com a ex-esposa, o tio e a mãe; P4 com o pai, e a irmã; P5 com a sogra, filha, meia-irmã e madrasta; P6 com o sogro, a sogra, a mãe e tios; P7 com o marido, a filha, o genro, a nora e a neta;

P8 com as filhas, esposa, sogra, irmã, irmão, mãe e pai; P9 com o marido, filhos, irmão, enteada e cunhada; P10 com os tios e primos.

Com o passar do tempo a ansiedade foi diminuindo e a integração entre eles foi crescendo, originando a coesão grupal. À medida que a *sintonia* aumentava, a capacidade mútua de auxílio ao outro também foi prosperando.

Observou-se que quando os participantes conseguiram estreitar seus laços e ampliaram sua sociometria grupal configurou-se, entre eles, uma forte união cujo objetivo comum foi a busca pela mudança de si mesmo e do outro. A ajuda mútua foi de certa forma freqüente e respaldada pelo fator tele manifestado entre os membros, o qual assegurou a construção de uma relação profícua e criativa. O estresse existente pela situação nova diminuiu e a produção dramática se ampliou, favorecendo o processo de mudança.

Para Moreno o fator tele pode ser considerado “como fundamento de todas as relações interpessoais sadias e elemento essencial de todo método eficaz de psicoterapia”. (Moreno, 1974:52).

Inclusive, esta coesão grupal, com base na tele, é que possibilitou o trabalho contínuo e criativo entre os participantes favorecendo e estimulando a demanda para atitudes e mudanças fora do contexto dramático, isto é, no plano dos relacionamentos interpessoais de maneira geral. E, provavelmente, as melhoras conquistadas no campo social aconteceram porque conseguiram desenvolver a capacidade de lidar com os fatores estressantes de suas vidas.

Comenta-se que, na prática clínica, todas as psicoterapias, geralmente, produzem algum resultado satisfatório (em termos de mudança), em pelo menos algum setor da existência do indivíduo. Porém, é interessante observar que o processo de mudança varia de pessoa para pessoa. Alguns mudam em alguns aspectos e não em

outros; alguns sentem que não melhoraram em nada; alguns são incapazes de sentir e perceber sua melhora, que é claramente observada por terceiros; alguns acham que melhoraram e não sabem detectar exatamente em qual área, apenas apresentam um bem estar diferente; enfim, são inúmeras as possibilidades de percepção e de sensação de mudança. E há ainda aqueles que não se amoldam e não mudam a qualquer estímulo e, às vezes, não mudam nunca (Mahoney, 1998).

Freud considerava que os homens são maleáveis à mudança conforme seus anos de vida; os muito jovens poderiam sofrer da influência analítica e se transformar, porém as pessoas acima dos cinquenta anos já não possuiriam mais a plasticidade necessária para mudar os processos anímicos. (Freud, 1973c:1011).

Engel (2000) comparando o valor das “psico-análises” com as “psico-terapias” assinala que o processo de mudanças psíquicas, como resultado de análise, é expressivamente variável: pode haver mudança em sintomas promovendo certo alívio, mudança total com completa remissão sintomatológica e volta ao bem-estar, mudança de uma troca de sintomas ou de piora no quadro sintomatológico, e pode não haver mudança alguma. Além do mais essas mudanças podem acontecer de forma efêmera ou definitiva, assim como podem promover uma maior adaptação ao meio ambiente, ou não.

Mahoney (1998) comenta que os seres humanos podem mudar, porém a mudança depende dos limites de sua plasticidade, e esta, é limitada. Salaria ainda que certos pacientes apresentam uma resistência ao tratamento e uma vulnerabilidade maior para problemas pessoais negativos, tendendo a desistir da psicoterapia de forma recorrente.

Para Moreno (1994) a mudança não pode se instalar enquanto não ocorrer uma “revolução” em todos os departamentos da vida do indivíduo. No entanto, como dizia, o

ser humano não aceita bem as mudanças. Enquanto se é criança ou jovem “as surpresas constituem algo encorajador, desafiador e delicioso. Quando, porém, nos tornamos mais velhos, essa atitude muda ou se desvanece, e é substituída por outra de temor diante das novidades” (Moreno, Z., 2001:38).

Para poder mudar, há que deixar fluir a espontaneidade que, por sua vez, *incentiva a criatividade* (Moreno, 1975), fazendo surgir o homem espontâneo-criativo. Entretanto, muitas vezes a espontaneidade é bloqueada pela ansiedade, pois ela funciona de maneira inversamente proporcional e daí as mudanças se tornam mais difíceis ou impossíveis de ocorrer.

Bustos (1998a) menciona que dependendo do momento, do espaço e do papel condicionador em que uma pessoa nasce e vive, ela pode “germinar saudavelmente” ou não.

Merengué (2001) considera: “A mudança precisa alicerçar-se na constante troca, em deixar coisas, substituí-las, vivenciar constantes lutos, responsabilizar-se pelo processo” (39).

Portanto, para o método psicodramático, mudar representa olhar o novo e a ele responder com uma nova resposta, de um novo jeito; olhar o velho e também desenvolver a capacidade de fornecer uma nova maneira de resposta. Enfim, mudar é liberar a espontaneidade inserida no âmago da existência e responder aos estímulos de forma criativa e adequada.

Levando-se em conta a proposta de Carlson-Sabelli et al. (1998) pode-se dizer que com a PP os pacientes puderam realizar mudanças em suas escolhas, por meio da:

1. Reorganização das escolhas livres.

Exemplos: P2 incluiu em seu AS uma pessoa falecida (cunhado) e P5 duas pessoas (marido e mãe), porque consideraram que elas possuíam uma “participação”

marcante em suas vidas (apresentavam o hábito de “conversar” com os familiares falecidos). Com o processo psicoterápico puderam reorganizar esta visão por meio da percepção de que tais diálogos estavam diretamente ligados a dificuldades ou pendências não resolvidas até então; ou seja, a PP provavelmente contribuiu para a elaboração do luto, bem como para a eliminação de um dos fatores de risco para depressão destes pacientes. O insight desencadeado com a elaboração do luto propiciou a mudança espontânea do sociograma final.

Outro exemplo que pode ser citado é o de P1 que incluiu no seu AS uma vizinha, cuja escolha foi positiva, mas altamente estressora. Há algum tempo apresentava vontade de afasta-la do seu convívio social, porém algo a impedia de tomar tal decisão. Neste caso, o processo psicoterápico foi lhe dando condições de perceber que desempenhava constantemente o papel de “boazinha” na relação com a vizinha e por conta disso não se permitia tomar uma decisão. Após esta reavaliação pode redimensionar seu AS final, descartando esta escolha.

2. Reavaliação das escolhas por aceitação.

Exemplos: P3 fez pela mãe uma escolha positiva, porém medianamente estressora. Incomodava-se com suas cobranças (e, ao mesmo tempo, com seus excessos de cuidado), o que demandava freqüentes discussões entre eles. P8, por outro lado, sentia seu irmão como médio estressor, mas o colocou como uma escolha negativa porque ele também lhe fazia cobranças (em relação aos pais). Com o processo psicoterápico ambos puderam reavaliar estas relações estressoras (e seus afetos) e resolver o nível de conflito presente nesses vínculos. Isso foi sugerido pela retirada espontânea dos respectivos familiares do “Quadro das Relações Estressoras” apresentado no final.

3. Reestruturação das escolhas submissas à necessidade.

Exemplo: P4 sentia que seu patrão e o pai dele eram seus amigos e os colocou como escolhas positivas, embora marcadas com médio nível de estresse. Na metade do processo psicoterápico trouxe ao grupo a percepção que teve a respeito daqueles relacionamentos e a mudança de seu afeto por eles, não mais os incluindo como relações estressoras e descartando-os de seu AS final.

Os resultados apresentados pela análise do AS, mesmo considerando um número pequeno de pacientes, apontam para mudanças importantes na sua expansividade socioemocional, no seu campo relacional e nas situações de estresse enfrentadas, sugerindo que tais mudanças melhoraram a forma de se relacionar com seu meio familiar e social que se traduziram em melhora de sua sintomatologia depressiva e de sua qualidade de vida.

6.2.1.2. Desempenho de Papéis

Esta seção possui três tópicos que também serão analisados de forma simultânea.

- Auto-imagem
- Impacto da depressão nos papéis
- Desenvolvimento e transformação dos papéis

Os pacientes do estudo elegeram seus papéis, alguns com bastante espontaneidade e outros, com certa dificuldade. Muitos deles não conseguiram, de imediato, nomear alguns papéis, pois estes não apresentavam clareza na sua característica. Todavia, acabaram por denomina-los, à sua maneira, porque acreditavam que sua inclusão era fundamental. Alguns exemplos de papéis com designação aparentemente esdrúxula: “desejosa de lazer”, “boleira”, “fazedor de

coisas”, “procurador de emprego” (que, para o paciente, era diferente de “desempregado”), “disposto para o lazer”, “leitora de revistas”, “agregado”, “fuçador”, “bode expiatório” e alguns outros.

Pode parecer, em princípio, para alguns psicodramatistas, que a escolha de todos estes papéis não foi adequada, por não apresentarem seus papéis complementares. Do meu ponto de vista os contrapapéis existem e são representados pelos papéis daqueles indivíduos que proporcionam alguma resposta à relação, por exemplo, o complementar de “boleira” é “aquele que experimenta ou come o bolo”; o contrapapel de “fazedor de coisas” ou “fuçador”³⁴ é aquele que recebe o conserto ou o serviço amador de alguma coisa; o complementar de “procurador de emprego” é toda pessoa que oferece o trabalho, ou, por exemplo, faz a entrevista do paciente. Portanto, em qualquer um desses exemplos, ou outros que poderiam ser mencionados, sempre haverá, do outro lado, um contato humano e, por conseqüência, uma relação interpessoal acontecendo.

Brito (1998) classifica os papéis sociais em primários, secundários, categoriais, genéricos e sociodinâmicos, sendo que cada um deles apresenta uma subdivisão. Segundo suas conceituações os exemplos acima se encaixam na classe dos papéis genéricos.

Os papéis genéricos partem do papel categorial básico de cidadão. [...] Seu contrapapel em termos de origem histórica ou de matriz de identidade é a nação representada pelo Estado. [...] O cidadão é contribuinte, eleitor, usuário, munícipe, passageiro e consumidor. Este fato abrirá um amplo leque de contrapapéis para o cidadão (208-9).

³⁴ Estes exemplos são de pacientes diferentes, mas os seus papéis apresentam características semelhantes, isto é, gostam de consertar “coisas” (como rádio, computador, carro, sem ter realizado uma formação específica), para amigos e vizinhos em geral.

Moreno (1975) considera que os papéis começam a ter existência na vida das pessoas antes mesmo delas nascerem e tomarem consciência de que tem um *eu*.

Antes e imediatamente após o nascimento, o bebê vive num universo indiferenciado, a que eu chamei de 'matriz de identidade'. Esta matriz é existencial, mas não é experimentada. Pode ser considerada o *locus* donde surgem, em fases graduais, o eu e suas ramificações, os papéis" (Moreno, 1975:137).

Todo e qualquer papel é a aliança de elementos particulares (individuais) e coletivos (Moreno, 1994, I: 178), e toda pessoa tende a agrupar inúmeros papéis que se relacionam com os papéis de outras pessoas (Moreno, 1983).

Segundo Moreno (1994) a estruturação dos papéis é realizada em três etapas: a *tomada ou aceitação de papéis (role-taking)* que representa assumir um papel que já está completamente estabelecido, no qual não há nenhum grau de liberdade; o *desempenho ou jogo de papéis (role-playing)* que permite certa liberdade e, por último a *criação de papéis (role-creating)* que possibilita um alto grau de liberdade e de espontaneidade-criativa. "Teremos, então, o *receptor de papéis*, o *intérprete de papéis* e o *criador de papéis* (Kaufman, 1991:75)".

Com o passar dos anos, os indivíduos vão desejando assumir muitos outros papéis do que somente aqueles desempenhados corriqueiramente. Em outras ocasiões, eles são solicitados a exercer determinado papel, para o qual não estão preparados e isso pode desencadear, como diz Moreno (1975), um sentimento de ansiedade.

Por outro lado, nem sempre é fácil, para o sujeito, entrar em contato com os papéis que exerce na vida. Alguns funcionam como fonte de orgulho, outros são

considerados habituais e “normais”, porém há aqueles que promovem vergonha, tristeza ou decepção. Portanto, os papéis estão diretamente ligados à AI que cada um tem de si mesmo.

A AI está diretamente vinculada ao conceito de identidade. Para Brito (1998) a *identidade* “é constituída pelo conjunto de traços orgânicos, psicológicos, sociais e culturais que caracterizam socialmente uma pessoa” (163).

A *auto-imagem*, por sua vez, é definida como “a totalidade interiormente organizada de informações e avaliações que a pessoa elabora a respeito de seu próprio conjunto de traços. É a visão e a forma conotada de cada um vivenciar sua própria Identidade” (Brito, 1998:167).

A AI está alicerçada na personalidade do indivíduo pela vida toda; é ela que configura o seu *eu* e, a partir dela, ele pode avaliar e constatar a estima que apresenta por si mesmo (alta ou baixa).

Dependendo do momento vivencial pelo qual passa o ser humano, sua AI pode se alterar e esta alteração é diretamente influenciada “à imagem consensual que nossos grupos de referência fazem a nosso respeito e indiretamente à imagem interna cultivada por essas coletividades” (Brito, 1998:167).

Os conceitos de AI e autotele caminham paralelamente, isto é, parecem ser análogos na sua caracterização e, como mencionado anteriormente (na Introdução), Fonseca (2000) define este processo de formação da identidade e da autotele, como uma “infinidade de *eus parciais* que se expressam por meio de papéis (*fusão de elementos privados, sociais e culturais*) (283)”, sendo que a psicoterapia é um processo que tenta conquistar a ampliação da autotele.

Tomando por base estes conceitos pode-se dizer que a PP auxiliou cada paciente a:

1. Valorizar sua AI (autotele).

Exemplos: P8 considerava-se, no início do tratamento, um péssimo marido porque discutia muito com a esposa, mostrando-se extremamente impaciente e irritado com ela. Forneceu a nota três a este papel, o qual não conseguia valorizar. Tinha receio de que a esposa, mais cedo ou mais tarde, viesse a se separar dele. Posteriormente, com a associação de medicação e PP pode ir mudando seu comportamento com ela, e foi aos poucos dando valor ao seu papel de marido, tanto que no final do tratamento pode se ministrar uma nota oito; P9 sentia que sua imagem na empresa, da qual é sócia do marido, não era boa perante os funcionários e isso influenciava sua AI. Não conseguia valorizar seu papel de patroa, embora de forma aparentemente incoerente, tenha lhe ministrado uma nota seis. Com a PP foi percebendo onde estavam suas possíveis falhas e passou a valorizar-se diante dos empregados; sua nota modificou-se para oito.

2. Manter a AI (autotele) de alguns papéis.

Exemplos: P1, P3 e P5 (vide IS) ministraram notas muito boas (respectivamente 8, 9 e 8) para os seus papéis de mãe (ou pai) e mantiveram estas mesmas notas no final; P4 se considerava um ótimo tio e por isso manteve a nota 8 para este papel; P6 se deu uma nota 9 no papel de marido e 8 no papel de “dono de casa”, mantendo-as no final, assim como P10 se deu uma nota 7 no papel de amigo, também mantendo-a no final.

3. Aumentar a AI (autotele) e auto estima.

Exemplos: P2 não conseguia exercer adequadamente seu papel de nora, embora antes da depressão, considerava que o desempenhava bem, cuidando e se interessando pela sogra. Com o tratamento aumentou sua auto-imagem e sua auto-estima passando a exercer este papel com vontade e determinação; P7 valorizava

seus papéis de mãe, esposa e avó, porém sentia que a depressão havia diminuído sua AI e não estava conseguindo exercer-los satisfatoriamente. Durante o processo psicoterápico sua melhora foi ficando nítida e a AI daqueles papéis foram aumentando, assim como sua auto-estima.

Em contrapartida, alguns pacientes diminuíram sua AI em alguns papéis: P3 se deu inicialmente uma nota 10 para o papel de fotógrafo amador e 9 para “ouvinte de música”, sendo que, posteriormente, elas se transformaram numa única nota (6). Segundo sua própria colocação, a depressão lhe tirou o desejo de fotografar e ouvir música com o hábito e a intensidade que realizava anteriormente, fazendo inclusive, com que sua AI e sua auto-estima diminuíssem; P2 forneceu uma nota 8 para o seu papel de avó e se envaidecia por ser “uma boa avó”. Por razões particulares foi se afastando do neto e, no final do tratamento, diminuiu sua nota para 6, a qual repercutiu na sua AI e auto-estima.

Ainda convém mencionar um fato interessante: nove pacientes escolheram o papel de “dono (a) de casa” (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9 e P10), ainda que três deles o tenham feito apenas no final. Estes últimos pacientes são homens (dois solteiros e um separado) que não conseguiam, inicialmente, “pensar” em desenvolver tal papel. Um deles deixou de morar com os pais e teve de assumir o cuidado de sua própria casa; o outro, filho único, tinha uma mãe extremamente cuidadora que veio a falecer, deixando-o sozinho em sua residência (o pai também já havia falecido); por último, o separado, que também teve de aprender a cuidar de casa, após a separação. Isso leva a pensar, fundamentalmente, que o papel de dono (a) de casa, exercido por quase todos os pacientes, estava sendo influenciado pelos sintomas depressivos que estariam causando prejuízo no seu desempenho e na sua AI, já que a maioria se deu, no início do tratamento, uma nota mais baixa. Ou ainda, que não havia espaço para o

surgimento de tal papel (nos três exemplos citados acima), ocupado pela depressão. O tratamento como um todo auxiliou-os a desempenharem melhor este papel e quase todos aumentaram suas notas (exceção feita a P6 que manteve a nota 8).

O indivíduo que sofre com uma depressão, que geralmente lhe deixa sem qualquer disposição, com sentimentos de desespero, aflição e angústia, busca desenfreadamente a cura, ou pelo menos, alguma melhora. A sua meta é alcançar o bem estar perdido, ou ainda, um recurso qualquer que o conduza a um outro estado de humor que não seja acompanhado de sintomatologia tão aflitiva, “uma outra vida” representada pela liberdade de agir sem sofrimento.

A dor “da alma”, ou a dor que não se explica, ou a dor ao mesmo tempo “tangível e intangível” é sufocante; é a sensação morrediça que fantasia o fim.

O deprimido que sofre - e sofre quantas vezes despontem e/ou recrudescam os sintomas depressivos - tenta saber “porque” sofre e tenta compreender “o que” é este sofrimento, a priori, existencial. Ainda não tomou conhecimento da ação dos neurotransmissores cerebrais, que podem nortear, em parte, suas respostas.

Se seu sofrimento diz respeito a uma história passada, sofre porque não pode reciclar seu passado, modifica-lo na sua estrutura ou nos aspectos que desencadearam seu sofrimento. Traz para seu presente a atitude congelada, a mesma atitude que apresentou no seu passado – por exemplo, a falta de reação diante um estímulo negativo – não conseguindo reformula-la dentro do seu eu que mostra um comportamento estereotipado na relação consigo mesmo, isto é, com sua autotele, com seus papéis e com o outro.

Se seus sintomas surgiram recentemente, sofre porque não consegue explicar, muitas vezes, o motivo que o levou a este estado. Culpa-se por não conseguir mais trabalhar, por não ter vontade de sair da cama, pela falta de desejo de qualquer

atividade social (até conversar com amigos e família), enfim, percebe que todos, ou muitos dos seus papéis estão comprometidos.

Dentre os papéis apresentados no Quadro da AI, muitos deles estavam comprometidos pela depressão no início do tratamento, sendo que 60% dos pacientes referiram que todos os seus papéis foram afetados (P2, P5, P6, P7, P8 e P9) e 40% mencionaram que ela comprometeu cinco do número total de papéis (P1, P3, P4 e P10). Com o tratamento, os papéis sofreram uma diminuição do impacto depressivo em 80% dos pacientes que puderam:

1. Aumentar o número de papéis.

Exemplos: P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P10 aumentaram a quantidade de papéis, numa média de quase quatro papéis por pessoa. P2 incluiu mais quatro papéis no final do tratamento (tia, sogra, profissional e vizinha), embora não tenha ministrado notas altas a eles; P4 introduziu mais seis papéis, sendo que três desses foram especialmente escolhidos por ser do seu extremo agrado (motorista, mecânico e pizzaiolo). Três pacientes (P7, P8 e P9) não aumentaram o número de papéis, apesar de acentuarem que não condicionaram este fator à sua melhora.

2. Diminuir o impacto da depressão nos papéis.

Exemplos: P9 já há muitos anos apresentava uma relação difícil com o marido, com quem mantém sociedade numa empresa. Sentia-se uma “boba” de continuar casada, e deprimiu-se em razão de não conseguir separar-se. Sofria muito com todas as atitudes levianas do marido, mas isso não impediu de considerar-se uma ótima esposa, ministrando uma nota 9 ao seu papel. Esperava que o tratamento lhe ajudasse a diminuir os sintomas depressivos e lhe desse coragem para enfrentar a separação. Isso seria evidenciado, segundo ela, se conseguisse “abaixar”, durante o processo psicoterápico, a nota do marido. Realmente, no final, apesar da nota ter se alterado

apenas para 7 e ainda incluir este papel de esposa como um dos afetados pela depressão, sentia que já não sofria mais como antes com as atitudes do marido e estava muito mais encorajada para tomar uma decisão no relacionamento; P7 ministrou notas boas a quase todos os seus papéis, porém considerou-os, sem exceção, afetados pela depressão. Com o tratamento aumentou a nota de seis papéis afetivos (mãe, tia, irmã, esposa, avó e tia avó) demonstrando que suas relações interpessoais puderam crescer em razão da diminuição dos sintomas depressivos. Aumentou também a nota de três papéis operativos (consultora de vendas, membro da Igreja e dona-de-casa), mostrando uma evolução favorável nesses papéis. Portanto, mesmo mantendo a mesma nota para a filha e diminuindo a da sogra, pode-se dizer que ela conseguiu diminuir o efeito da depressão em 11 dos papéis.

3. Resgatar papéis inativos.

Exemplo: P7 gostava muito de tricotar e considerava este papel BD. Chegou, antes da depressão, a manusear com presteza a máquina de tricô e a comercializar blusas de linha e de lã. Com o início do quadro depressivo abandonou por completo esta atividade e não conseguia mais confeccionar nenhuma peça. Este papel tornou-se completamente inativo, porém não deixou de posicioná-lo no quadro da AI, talvez com uma pequena esperança de poder resgata-lo. Com o tratamento, P7 voltou a tricotar, embora ainda de forma incipiente, pois sentia que este papel de tricoteira ainda continuava afetado pela depressão. Mesmo assim mudou a nota inicial (zero) para uma nota quatro.

O grau de desenvolvimento dos papéis pode ser visualizado como uma escala que vai de zero a dez, sendo que o zero seria representativo do papel mal desenvolvido e o número 10 do papel bem desenvolvido.

Todos os pacientes, sem exceção, apresentaram uma transformação nos seus papéis, seja para um desenvolvimento melhor, ou para a conscientização de certos excessos e não assunção de um determinado papel seja pela percepção da necessidade de mudança.

Castello de Almeida (1989) se expressa: “O psicodrama dramatiza para desdramatizar. Supõe-se que, com as encenações, a repetitividade dos papéis possa ser esvaziada, ensejando transformações” (33).

Os papéis MD diminuíram, os D se mantiveram iguais e os PD e os em T aumentaram de forma não expressiva. A diferença maior foi mesmo notada nos papéis BD que cresceram bastante, sugerindo que os pacientes conseguiram transformar seus papéis de maneira bastante efetiva.

Convém ainda salientar alguns aspectos ligados aos graus de desenvolvimento. Várias situações são passíveis de discussão, porém me limitarei a exemplificar algumas:

1. O papel MD não significa, necessariamente, que a pessoa é ou está incapacitada para o papel em questão; ela pode, simplesmente, não ter o desejo de desenvolvê-lo. Exemplos: P4 é sempre solicitado pelos pais a consertar coisas em casa; acaba cedendo à solicitação, mas o faz com má vontade porque não gosta deste papel, não sabe exercê-lo e não tem a mínima vontade de desenvolvê-lo (lhe deu nota zero); P10 trabalhou em uma empresa na qual exercia o papel de programador de informática. Não gostava do que fazia e deve ter demonstrado, consciente ou inconscientemente o seu desinteresse, o que culminou em demissão. De uma certa maneira sentiu-se aliviado com a decisão empresarial porque o papel que assumia, além de poder ser considerado fator estressante para a sua depressão, não era do seu interesse desenvolver.

2. O papel BD não significa que a sua aceitação seja indispensável ou que ele seja diretamente proporcional à saúde mental da pessoa. Para Moreno o papel saudável é aquele que está intimamente atado à saúde da espontaneidade criativa, ao fenômeno télico inter-relacional e a evolução do número de papéis.

Garrido Martín (1984) ao falar sobre o adoecer do sujeito, escreve:

Na antropologia moreniana, a espontaneidade adoecer em suas funções de adequação e de criação. E também a dimensão relacional do indivíduo pode adoecer, envolvendo assim o grupo e a tangibilidade, e ocasionando a patologia do papel (229).

Exemplo: P4 considerou BD seu papel de “bode expiatório”, porque sempre se sentiu ingênuo nas relações e as pessoas lhe imputavam culpas as quais considerava serem injustas. Já estava tão “habitado” a este papel que não se importava mais com as situações que continuavam acontecendo, embora não quisesse mais assumi-lo por considera-lo um mal em sua vida.

3. Há uma diferença entre a nota que o indivíduo dá para o seu papel e o que considera dele (se BD, D, PD ou MD). Tomemos como exemplo o paciente P3 que sentia que seu papel de fotógrafo amador era BD; por ocasião da depressão o papel se tornou “inativo”, isto é, dentro de si mesmo ele sabia que possuía aquele papel BD, mas não conseguia coloca-lo em atividade pela imposição dos sintomas depressivos. Inclusive, é bom ressaltar que um papel durante muito tempo inativo, faz pensar na hipótese de sua cristalização.

4. Em outros momentos a pessoa sente que não apresenta mesmo o papel D, independente da depressão; é um fator mais ligado à sua auto-estima. O exemplo a ser citado aqui é o de P2: tornou-se sócia do marido em uma empresa e começou a

trabalhar diariamente. Sentia que seu papel profissional como funcionária, era tão inexistente que nem sequer introduziu-o no Quadro de AI. No final sentiu que houve um pequeno desenvolvimento e se deu a nota 3, mesmo que o marido e os filhos lhe incentivassem dizendo que estava se saindo muito bem. Não acreditava nas suas qualidades pessoais, até porque não sabia informática (embora estivesse conseguindo dar os primeiros passos no seu aprendizado).

5. Em outra ocasião, a pessoa pode achar que tem um determinado papel BD e uma outra pessoa da relação lhe mostra o contrário. Exemplo: P6 foi convidado para uma conferência. Preparou-se intensamente para ela e estava esperançoso para executar este novo papel; considerava-se bem preparado para ela (papel BD). Quando começou a palestrar, deu-se conta que, apesar de todo conhecimento da matéria, não conseguia transmiti-la adequadamente aos presentes, portanto, o seu papel de conferencista ainda estava MD ou PD. Os colegas que estavam lhe assistindo lhe deram, posteriormente, um feedback, que coincidiu com sua impressão negativa. (É claro que nesta situação, em particular, a espontaneidade necessária para a liberação do bom desempenho, foi bloqueada pela ansiedade desencadeada no momento).

Enfim, a PP foi capaz de reanimar a vida dos pacientes do estudo possibilitando primeiramente, a conscientização e a compreensão dos seus mecanismos internos diante as circunstâncias vitais e as relações interpessoais, bem como da importância de seu compromisso com sua saúde psíquica, afetada pela armadilha da depressão. A partir do resgate de seus valores intrínsecos essenciais, do fortalecimento de seu ego, da liberação do homem espontâneo - criador que existia dentro de si, do desenvolvimento e transformação de seus papéis, os pacientes puderam dar existência a uma nova visão de mundo, mais saudável e adequada à sua vida, ao invés de conteúdos negativos e pessimistas que a vivência depressiva ajudou a construir.

6.2.2. Análise Quantitativa (Estatística)

1. Avaliação e comparação dos resultados da HAM-D₁₇

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton é considerada a escala “padrão-ouro” mais utilizada mundialmente para avaliar a gravidade dos sintomas depressivos (Calil; Pires, 2000). Os sintomas são percentualmente distribuídos em várias categorias da seguinte forma: humor (8%); sintomas vegetativos (28%); sintomas motores (12%); sociais (8%); cognitivos (28%), ansiedade (16%) e irritabilidade (0%) (Calil; Pires, 2000).

Os resultados estatísticos encontrados na avaliação da HAM₁₇ nos dois grupos, no início e final do tratamento, mostraram uma diferença significativa ($p=0.0154$) entre eles. Embora não tenham sido levantadas, pormenorizadamente, as diferenças entre as categorias de sintomas, o estudo, baseado em evidências, indicou que houve uma melhora global nos sintomas depressivos dos pacientes do GP.

Exemplos: os pacientes P2, P5, P6, P7, P8 e P9 enfatizaram que todos os seus papéis haviam sido afetados pelos sintomas depressivos. Com a evolução do tratamento observou-se no decorrer dele e, no final, uma modificação para melhor do quadro depressivo, pois todos eles sentiram uma diminuição do impacto da depressão no desempenho dos seus diversos papéis.

2. Avaliação e comparação dos resultados da EAS

A Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social (EAS) foi inicialmente elaborada para se estudar as mudanças de pacientes deprimidos que tivessem passado por psicoterapia (Gorenstein et al., 2000). Ela é a escala de ajuste social

mais desenvolvida e confiável e demonstra certa aproximação com a abordagem psicodramática de homem e suas relações interpessoais. Dentre várias características observadas na aplicação desta escala, convém salientar algumas segundo os estudos de Gorenstein et al. (2000): a melhora dos sintomas depressivos nem sempre é simultânea à adequação social; a remissão dos sintomas vem primeiro do que a melhora na atividade profissional; o prejuízo na vida doméstica é grande; a situação econômica é bastante prejudicada; o nível de incapacitação social é grande e a área mais afetada é a do lazer (mesmo quando há remissão dos sintomas, a incapacitação nesta área continua).

A avaliação da EAS nos dois grupos evidenciou diferença estatística significativa ($p= 0.0291$) nos resultados do GP, comparando início e final de tratamento. Houve uma melhora expressiva no funcionamento social e na qualidade de vida dos pacientes.

Exemplos: P5 queixava-se do seu papel de mulher, totalmente abandonado. Não tinha coragem de se arrumar fisicamente e nem sequer o incluiu no diagrama de papéis do início. Logo nas primeiras sessões foi notada sua transformação. Passou a se cuidar, mostrando uma outra aparência no jeito de se vestir e se pintar; P8 quando iniciou o tratamento queixava-se, primordialmente, de não conseguir realizar atividades sociais, o que estava levando a constantes atritos com a esposa. Sentia que seus papéis de “motorista amador”, “disposto para o lazer” e “pescador”, anteriormente tão bem desempenhados, estavam na atualidade bastante prejudicados. Quatro semanas depois de ter entrado no grupo comentou, com satisfação, que tinha conseguido ir a uma pizzeria com a esposa e algumas semanas posteriores que tinha ido ao teatro, dirigido seu carro e saído para pescar.

6.3. DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES

6.3.1. Associação de PP e medicamentos

A primeira hipótese foi confirmada tomando por base que os pacientes do GP apresentaram melhora na sintomatologia depressiva e no funcionamento social em comparação ao GC, sugerindo que a PP, associada com farmacoterapia, produz impacto mais favorável do que o uso restrito de AD.

O tratamento mais apropriado do TDM leve e moderado tem sido amplamente divulgado e comprovado como sendo a combinação de tratamento farmacológico e psicoterápico.

As psicoterapias que apresentam um número maior de estudos controlados e utilizam a medicação AD concomitantemente, são: a *TCC* (Moreno; Moreno, 1995; Schestatsky; Fleck, 1999; Lafer, 2000; Lotufo Neto; Ito, 2000; Ablon; Jones, 2002; Segal et al., 2002; Casacalenda, N. et al., 2002; Williams; Garland, 2002; Weissman; Markowitz, 2003; Whitfield; Williams, 2003; Dubovsky; Dubovsky, 2004) e a *TIP* (Schestatsky; Fleck, 1999; Lafer, 2000; Lotufo Neto; Ito, 2000; Blanco et. al., 2001; MacKenzie; Grabovac, 2001; Ablon; Jones, 2002; Segal et al., 2002; Casacalenda, N. et al., 2002; Weissman; Markowitz, 2003; Mello, 2004).

É interessante notar que os pacientes do GP apresentaram, em relação aos sintomas depressivos, *20% de remissão, 20% de resposta, 40% de respostas parciais, nenhuma recaída e 20% deles ficaram inalterados*. Por outro lado, os pacientes que somente fizeram uso de medicação AD apresentaram uma diferença marcante: *30% de recaída, nenhuma remissão, 10% de resposta, 10% de resposta parcial e 50% deles se mantiveram inalterados*.

No que diz respeito ao funcionamento social esta diferença também foi acentuada: os pacientes que participaram da PP *diminuíram seus escores em 70%, nenhum deles piorou e 30% normalizaram*, enquanto que o GC teve uma *piora do seu quadro em 60%, 10% normalizaram e 30% reduziram suas pontuações*.

Paykel (2000) comenta sobre diversos ensaios clínicos controlados que apontam, desde 1970, para o benefício do uso de AD, no entanto, questiona o valor dessas medicações. Embora não haja evidência real de que os AD conduzam a recaídas, há uma “possibilidade teórica” de que eles predisponham, nos episódios agudos, a uma recaída ou recidiva. É possível também que as doses prescritas aos pacientes não sejam as recomendadas na prática clínica, favorecendo a piora do quadro. De qualquer maneira, as taxas de recaídas e recidivas estão diretamente ligadas à natureza da doença. Parece que alguns pacientes têm maior probabilidade do que outros, de apresentar episódios subseqüentes (Paykel, 2000).

As prováveis respostas a essa questão estão relacionadas a alguns fatores:- como mencionado anteriormente na *Introdução*, os medicamentos e a psicoterapia atuam sobre sintomas diferentes, sendo que a medicação traz uma melhora mais rápida nos sintomas somáticos e vegetativos (Hirschfeld; Goodwin,1992), tais como humor, sono e apetite (Dubovsky; Dubovsky, 2004), enquanto a psicoterapia atua de forma mais rápida no funcionamento social, no pensamento suicida (Dubovsky; Dubovsky, 2004) e nos aspectos interpessoais e cognitivos da depressão (Hirschfeld; Goodwin,1992). A psicoterapia faz aumentar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e, por conseqüência, ampliam sua esperança e confiança no tratamento como um todo (Moreno; Moreno, 1995). Além disso, os antidepressivos podem ter eficácia igual, porém, “nem todos são igualmente eficazes para todos os pacientes” (Dubovsky; Dubovsky (2004).

Podemos ressaltar que, em geral, as psicoterapias ajudam o paciente a desenvolver habilidades para lidar com situações de conflito, a elaborar perdas e eventos traumáticos e a desenvolver um maior amadurecimento da personalidade de forma a lidar melhor com os estressores sociais e psicológicos que funcionam como fatores de risco para recaída e recorrência do episódio depressivo. No entanto, é provável que sem o uso concomitante da medicação teria sido mais difícil obter algum resultado favorável, pois é ela que diminui ou contém as sensações expectantes de início de grupo, os sentimentos depressivos e corrobora a presença na psicoterapia.

Neste trabalho a PP, associada à medicação, sugere que ela pode ser mais uma das modalidades psicoterápicas, com modelo estruturado, que tem condições de apresentar um impacto efetivo e eficaz no tratamento dos pacientes deprimidos (grau leve e moderado).

6.3.2. PP e mudanças psicológicas

Os pacientes deprimidos apresentaram mudanças psicológicas por intermédio do método psicodramático, aplicado nas sessões individuais e de grupo, confirmando a segunda hipótese. Essas mudanças foram baseadas nos aspectos sociométricos que estudaram as relações interpessoais dos pacientes por meio das escolhas apresentadas no AS e dos papéis eleitos.

As figuras elaboradas a partir da montagem do AS denominadas “Gráficos da expansividade socioemocional I e II” mostraram – no primeiro gráfico - que houve uma alteração, para melhor, nas escolhas afetivas e sociais dos pacientes durante o processo grupal: *70% dos pacientes aumentaram suas escolhas, 20% mantiveram o mesmo número e 10% diminuíram as escolhas.*

O aumento do número de escolhas e, portanto, da expansividade socioemocional, faz pensar que os pacientes deprimidos deram início a um processo de sociabilização, anteriormente negado ou impossível de ser concretizado.

Em relação às escolhas descartadas³⁵ (Gráfico da Expansividade Socioemocional II) observou-se que *50% dos pacientes descartaram*, no final, escolhas anteriormente feitas, sendo que *20% descartaram uma pessoa, 20% descartaram duas pessoas, 10% descartaram três escolhas*. Dentre as escolhas novas feitas no final (mesmo gráfico), *70% foram incluídas no AS*, assim qualificadas: *10% escolheram uma pessoa nova, 20% escolheram duas, 10% escolheram três, 10% escolheram quatro, 10% escolheram nove pessoas novas e 10% fizeram treze escolhas novas*.

As escolhas descartadas e novas sugerem que com o processo psicoterápico, os pacientes apresentaram uma condição psicológica mais adequada para repensar algumas relações antigas, bem como optar por outras novas, que a depressão, em tempo anterior, impedia que surgissem.

As relações estressoras permearam grande parte dos relacionamentos dos pacientes, sugerindo que seus sintomas depressivos estariam diretamente ligados ao fator estresse. Como se pode ver pelo Gráfico da Evolução das Relações Estressoras (p. 57) os pacientes apresentaram inicialmente 27 relações consideradas de alto nível de estresse; 13 com médio grau de estresse e 17 relacionamentos de baixo estresse, totalizando 57 relações estressoras. Após a PP 12 pessoas deixaram de ser estressoras, algumas não fazendo mais parte do AS do paciente sugerindo que o problema foi selecionado. O resultado final mostrou 10 relações ainda com alto nível de estresse, 7 com médio nível e um aumento para 28 das relações de baixo estresse,

³⁵ O verbo descartar é usado aqui no sentido de “afastar” da relação do paciente a pessoa anteriormente incluída no seu AS, independente do motivo.

totalizando 45 relações estressoras. Tomando por base o *número* de relacionamentos estressores, pode-se dizer que 70% dos pacientes diminuíram suas relações estressoras, 20% aumentaram este número e 10% mantiveram o mesmo número. Em relação à *diferença* entre os graus de estresse no início e final do tratamento, houve uma mudança de 37% no nível alto de estresse, 53.8% no médio estresse e 164.7% no baixo estresse.

Com a PP observou-se que os estressores diminuíram e, como resultado, houve uma diminuição dos sintomas depressivos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

O desempenho de papéis dos pacientes foi mostrado através de três figuras baseadas na evolução do número de papéis, na evolução do impacto da depressão nesses papéis e na transformação ocorrida com eles no decorrer do processo psicoterápico.

Em relação à auto-imagem de cada papel assumido, comparando início e final do processo psicoterápico, pode-se dizer que *50% dos pacientes mantiveram* as suas notas, *40% aumentaram* os valores numéricos e *10% diminuíram* (vide quadro).

Em geral, as notas mantidas foram altas sugerindo, na maior parte dos casos, uma ausência de conflito com tais papéis.

Os papéis cujas notas foram aumentadas evidenciaram uma melhora no relacionamento anteriormente estressante ou conflituoso, sugerindo um aumento de sua auto-imagem e, como efeito, também da auto-estima.

Convém ainda ressaltar que 90% dos pacientes escolheram o papel de “dono (a) de casa”, sendo que desses, *70% aumentaram* suas notas e *20% mantiveram* as notas 8 e 6.

A Figura 5 (p. 58) apresenta a evolução do número de papéis no decorrer do processo psicoterápico: *70% dos pacientes aumentaram* o número de papéis e *30% mantiveram* o mesmo número. Isso representa um *aumento no número de papéis de 46% para 54%*, sugerindo uma evolução favorável em decorrência do tratamento.

Quanto à evolução do impacto da depressão (Figura 6, p.58) observou-se uma *expressiva diferença (de 38% para 62%)* entre o número de papéis afetados no início e no final pelos sintomas depressivos, evidenciando que a PP, associada com a medicação, pode ser efetiva na melhora de tais sintomas.

A partir do número de papéis indicados no DP os pacientes apresentaram uma significativa transformação desses papéis, a saber: os papéis *mal desenvolvidos diminuíram em 50%*; os *desenvolvidos se mantiveram inalterados*; os *papéis pouco desenvolvidos, bem desenvolvidos e em transição aumentaram* respectivamente *25%, 70% e 30,43%*, sugerindo que a PP auxiliou os pacientes a transformarem determinados papéis, melhorando sua *performance* na vida.

6.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As seguintes limitações foram observadas no decorrer do estudo:

6.4.1. Seleção e Amostra

A primeira limitação do trabalho teve início, a meu ver, com a captação dos pacientes para a pesquisa. Foram entrevistados 62 pacientes para que, desses, fossem selecionados vinte (mais precisamente 22, em razão de duas desistências). Tomando-se por base que cerca de 60% dos pacientes com transtornos do humor apresentam comorbidades psiquiátricas (Dubovsky; Dubovsky, 2004), a grande maioria deles teve de ser dispensada em razão de não cumprir com os critérios de inclusão.

Outro aspecto importante a ser examinado é o que diz respeito ao tamanho da amostra que pode ser considerada pouca representativa (dez pacientes para o GP e dez para o GC), porém é essencial apresentar algumas considerações que falam a favor da participação de poucas pessoas em grupo psicoterápico.

Todo grupo se inicia, como diz Castello de Almeida (1989), de forma caótica, confusa, indiferenciada e, após experiências, caminha para uma estruturação, onde a organização e a linguagem comum são encontradas. Além disso, costumam existir em todos os grupos duas forças que se contradizem permanentemente: uma tendente à sua coesão, e a outra, à sua desintegração. A coesão do grupo está em relação direta com os sentimentos de “pertinência” (vestir a camiseta) e de “pertencimento” (o meu grupo).

As pessoas que iniciam um processo psicoterápico grupal apresentam-se, muitas vezes, bastante ansiosas quanto aos acontecimentos grupais. Vão conhecer seus companheiros e observar com qual deles se sente mais à vontade. É o momento em que vai captar ou perceber o outro e, a partir deste exame, apresentar uma atração, rejeição ou indiferença a ele. Às vezes, de imediato, não se interessa por um determinado indivíduo; faz por ele uma escolha negativa; mais para frente muda de opinião e ele se torna uma escolha positiva. Em outras ocasiões, aquele por quem tanto se interessava e tinha feito uma escolha positiva, transforma-se em escolha indiferente. E assim sucessivamente, demonstrando que este movimento é dinâmico e pode mudar algumas vezes. É o princípio da sociometria que vai ocorrendo entre os participantes e tendendo a se fortalecer, com o passar do tempo.

Moreno (1994) ao discutir um estudo que fez sobre as atrações e repulsas entre grupos de alemães e judeus criou o termo *ponto de saturação* para designar o ponto

máximo de acolhimento ou absorção que um determinado grupo (majoritário) apresenta em relação a outro (minoritário). Diz ele:

Certa população pode ficar saturada de um grupo minoritário em determinada época. Se ocorrer entrada de número excessivo de membros deste último grupo na comunidade, vindos de fora, de modo a ultrapassar este ponto, o frágil equilíbrio começa a fragmentar-se (216). [...] Até o ponto de saturação, sentimentos de simpatia podem prevalecer. Assim que tal ponto é ultrapassado, surgem estados de ansiedade, medo ciúme, raiva etc. [...] constituindo, gradualmente, constelação favorável ao aparecimento de correntes agressivas (III: 126).

Acredito que este conceito possa ser estendido para o grupo psicoterápico, porém de uma maneira diferente. Aqui o *ponto de saturação* do grupo está basicamente relacionado com o número de participantes que iniciam o trabalho. A influência numérica tem uma força muito grande, tanto para os pacientes, como para o psicoterapeuta. Qualquer grupo psicoterápico necessita de *espaço externo*³⁶ para expor o seu *conteúdo interno* aos colegas e ao psicoterapeuta. Embora possam ocorrer algumas sessões verbais, as dramatizações são o objetivo principal do trabalho psicodramático e elas demandam tempo. Os vínculos “paciente – terapeuta” e “colegas de grupo” podem ficar bastante prejudicados em razão da impossibilidade dos participantes de suportar um número excessivo de pessoas no mesmo grupo. A sociometria grupal, as dramatizações e sua elaboração são mais bem vivenciadas e assimiladas quando o número de pacientes não impossibilita a participação de todos no processo.

³⁶ Espaço externo aqui é entendido não como espaço físico, mas como um campo relaxado e espontâneo que favoreça a exposição do mundo vivencial real e imaginário do paciente.

Em outras palavras, para se trabalhar com grupos psicoterápicos é fundamental que o número de participantes não ultrapasse aquele que pode dar subsistência ao grupo, favorecendo o pulsar dinâmico do processo psicoterápico semanal.

6.4.2. Grupo de Controle Placebo

Uma outra limitação do trabalho foi o emprego de um grupo controle que apenas fez uso de medicação. Embora não se possa afirmar que os resultados se mostrariam mais precisos, talvez tivesse sido mais apropriado utilizar-se de um grupo placebo.

O Grupo de Controle Placebo com Credibilidade (CPC) segundo Knijnik et al. (2004:80) “é um conjunto de procedimentos padronizados desenvolvidos por Heimberg et al. (1990)”. Os pacientes do grupo controle, em uso de medicação, são selecionados para comparação com o grupo de tratamento ativo (independente do método psicoterápico empregado). Em geral, podem ser utilizados métodos não estruturados de apoio e/ou aulas educacionais e evita-se qualquer intervenção à semelhança do grupo ativo.

6.4.3. Episódio Depressivo

Um dos fatores que talvez possa ser considerado limitante na pesquisa, foi o fato de não se ter levado em conta, em nenhum dos grupos, a particularidade do episódio depressivo (se primeira crise, ou recaída ou recorrência). Ainda que não se tenha valorizado este dado, permanece a dúvida se este fator realmente teria uma implicação maior nos resultados.

6.4.4. Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social (EAS)

Apesar desta escala ter sido utilizada por valorizar a qualidade de vida do paciente, abordando vários aspectos das relações interpessoais e demonstrando certos parâmetros com a visão de homem psicodramático, ela apresenta algumas desvantagens citadas por Calil e Pires (2000). A primeira delas é quanto à confiabilidade das respostas, pois o indivíduo tem de apresentar um certo grau de escolaridade, ser cooperador e não pode estar apresentando quadro psicopatológico grave (não foi o caso desta pesquisa). O segundo aspecto está relacionado com a dificuldade que certos pacientes apresentam em avaliar a gravidade de seus próprios sintomas.

Neste estudo não foi relatada, pelo avaliador independente (que apenas tinha a função de entregar a escala aos pacientes), qualquer situação incomum que corroborasse as desvantagens citadas.

6.4.5. Uso de Medicação

Não foi o objetivo desta pesquisa realizar, em ambos os grupos, um acompanhamento e um controle mais rígido no uso das medicações, mas sim que todos os pacientes fizessem uso de algum medicamento AD, independente da dose e tipo de medicação. Esta característica do estudo pode supor que os resultados apresentaram um viés distorcido, isto é, quem estivesse fazendo uso de maior número de associações ou utilizando maiores doses, responderia mais favoravelmente ao tratamento de per si, ou absorveria melhor o tratamento psicoterápico, ou ainda, que este poderia ser dispensável. No entanto, a medida descritiva mostrou que não houve uma diferença significativa entre as medicações, nos dois grupos, sugerindo que este fator não foi conclusivamente expressivo.

7. CONCLUSÕES

*“Todos os criadores estão a sós
até que o seu amor pela criação
forme um mundo ao seu redor”³⁷*

As descobertas obtidas neste estudo mostram que a Psicoterapia Psicodramática Focal, associada à medicação, pode ser efetiva no tratamento do TDM. Isto é consistente com uma linha de evidências que apóiam a utilidade das abordagens psicoterápicas breves e focais no tratamento do TDM.

As conclusões do estudo levam a pensar que os pacientes apresentaram:

1. Diminuição dos sintomas depressivos avaliados pela HAM-D₁₇.
2. Diminuição da pontuação na EAS.
3. Conhecimento mais amplo à cerca de si mesmo, de seus conflitos e padrões de reação, passando a lidar com suas dificuldades psicológicas de maneira mais adequada.
4. Aumento da expansão socioemocional representada por uma ampliação do número de relacionamentos da rede sociométrica.
5. Crescimento na capacidade de re-significar a sua depressão tornando-se mais aptos a lidar com fatores estressores de risco, possibilitando assim, uma melhora na qualidade de suas relações interpessoais.
6. Aumento no número de papéis, expandindo a sua (autotele) e auto-estima.

³⁷ Moreno, J.L. As Palavras do Pai. Campinas, São Paulo, Editorial Psy, 1992, CXXI, p.114.

7. Diminuição do impacto da depressão no desempenho dos diversos papéis.

8. Transformação dos papéis promovendo uma visão mais espontânea, criativa e reintegrativa no campo interpessoal.

Por intermédio deste trabalho pretendeu-se que uma semente seja lançada no meio psiquiátrico e psicoterapêutico para que a PP para deprimidos possa germinar como mais uma vertente psicoterápica dentre o campo de abordagens psicoterápicas já efetivadas. A originalidade de seu método psicodinâmico, por meio da ação dramática, de visão relacional e, ao mesmo tempo, acesso vertical à vida interior do paciente, pode contribuir para um novo espaço no tratamento da depressão.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Que é a sanidade psíquica? É o estado [...] que torna a filosofia possível e, aliás, necessária [...] Que um filósofo, às vezes, tenha necessidade de um psiquiatra, isso não poderia, pois, dispensar os psiquiatras de filosofar. [...] A angústia existencial não é uma doença; a neurose de angústia não é uma filosofia”³⁸

Jacob Levy Moreno, o criador do Psicodrama, foi provavelmente um dos primeiros a não conceber a visão do ser humano através de um diagnóstico fechado. Para ele, o homem em conflito apresentava uma complexidade em constante mudança. São suas as palavras:

Nosso fim deve ser o de reintegrar na cultura o nosso doente e suas normas de comportamento aberrante, como se tudo fosse compreensível e natural; de dar-lhe a possibilidade de se revelar em todos os campos da atividade criadora. (1974: 352).

A luta pela transformação da visão e conduta psiquiátricas continua até hoje, por incrível que possa parecer:- de um lado os “ortodoxos” que identificam a doença mental como um rótulo, um diagnóstico e segundo os parâmetros nomenclatórios rígidos convencionados pelos manuais. Concretizado o diagnóstico, importam-se em seguida com a conduta medicamentosa, tratando o paciente de maneira muitas vezes estereotipada, sem valorizar suficientemente o subjetivo ali evidenciado. Apesar de

³⁸ Comte-Sponville, A. Bom Dia, Angústia! São Paulo, Martins Fontes, 2000, p. 21.

conhecerem “teoricamente” o valor terapêutico da relação médico-paciente, da aliança que deve ser formada entre eles para o bom andamento do tratamento, em geral não sustentam, na prática, a essência de sua significância, quiçá por uma condição pessoal, de personalidade, de carência de uma “práxis” filosófica.

De outro lado, têm-se aqueles que poderiam ser denominados “humanistas ou psicossociais” que questionam a concepção rígida da doença, valorizam profundamente o influxo do “mental” sobre o “físico” (e vice-versa), observam e compreendem aquele que sofre de maneira holística e como um ser exclusivo e particular.

O próprio DSM-IV-TR quando define “transtorno mental” menciona:

[...] a expressão ‘transtorno mental’ infelizmente sugere uma distinção entre transtornos ‘mentais’ e transtornos ‘físicos’, um anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo. Uma bibliografia rigorosa comprova a existência de muito de ‘físico’ nos transtornos ‘mentais’ e muito de ‘mental’ nos transtornos ‘físicos’ (2003:27).

Nenhum ser humano é igual a outro. Somos seres peculiares com um universo interior imensurável borbulhando idéias, pensamentos e sentimentos antinômicos: obscuros - transparentes, imprecisos - autênticos, inseguros – corajosos, frios - cordiais. Às vezes somos possuídos pelo estado de doença, ora estamos saudáveis. Somos este ser sensível que não deve negar, ignorar ou abandonar este espaço interior submerso e submergível, único dentro de nosso âmago. Sem invadir o campo da filosofia que nos levaria a muitas conjecturas, pode-se dizer que somos proprietários de um corpo e de um sistema intrapsíquico que nem sempre respondem às nossas solicitações, mas que nos possibilitam viver o âmbito da inter-relação humana.

Mas como abordar toda essa imensidão da alma humana? E como acorda-la ao método científico? A Ciência é “[...] a forma hegemônica de construção da realidade, considerada por muitos críticos como um novo mito, por sua pretensão de único promotor e critério de verdade [...]”.(Minayo et al., 2001:10).

Será mesmo dela a missão de pensar o homem enquanto doente mentalmente e as implicações decorrentes deste processo? Será mesmo incumbência científica incentivar corações de pesquisadores a estudar o homem tanto na sua interioridade e exterioridade, assim como na intersubjetividade que ocorre entre ele e o outro?

Longe de mim fazer parte do grupo dos que abominam a Ciência como um todo, mas longe de mim também propor ou manifestar uma atitude cientificista, na qual se acredita que ela abarcaria e resolveria todos os conflitos da natureza humana. Até hoje ela não apresentou soluções aos problemas maiores da humanidade como a pobreza, a miséria, a fome e a violência. Portanto, será ela a encarregada de auxiliar nesta transformação de mentalidade?

Sei que devemos “praticar ciência” e não “romance psicológico” , como diz Garrido Martín (1984:104), mas será possível o homem encontrar um método que “*objective a subjetividade*” (como fala Moreno, citado por Garrido) existente em cada um de nós?

Mesmo que avancemos, cada vez mais, do positivismo e da postura cartesiana, para a visão fenomenológica, compreendendo os fenômenos humanos através dos sentidos e significações do fenômeno e não de suas causas racionais, não se pode afirmar que esta seja a maneira mais assertiva de mudar as mentalidades médicas, a Ciência e o modo de estudar, observar, modificar, “medir”, auxiliar (e tantos outros verbos) este ser transtornado e sofrido que se apresenta à nossa frente.

A despeito de toda esta discussão, sempre polêmica e instigante (resumidamente exposta), ela não me impediu de levar adiante um desafio: o projeto ora proposto. Da minha profundidade nasceu um programa que executei seguindo à risca todos os passos possíveis da metodologia científica e que acabo de expor. Obtive resultados com impacto favorável, mas ainda me surpreendo com toda esta trajetória. Ficam ainda algumas interrogações:- onde eu coloco todo o calor da experiência vivida? O que faço com as emoções sentidas? Para onde encaminho tantos significados comoventes? Aonde deixo marcadas as vivências transformadoras? Como transportar as “medidas” apresentadas para o âmbito da compreensão humana?

Abraço-me à esperança desejando que mais para frente, num futuro bem próximo, uma nova concepção nasça (um novo “homem científico?”), levando luz a esses caminhos ainda tão descompassados.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO A: MODELO DA TABELA DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES

- **GRUPO PSICOTERÁPICO (GP)**

Início (*Semana -1*)

Tratamento farmacológico

Medicamento (s)	Dosagem	Tempo de Uso

Final (*Semana 32*)

Tratamento farmacológico

Medicamento (s)	Dosagem	Tempo de Uso

- **GRUPO CONTROLE**

Início (*Semana 0*)

Tratamento farmacológico

Medicamento (s)	Dosagem	Tempo de Uso

Final (*Semana 32*)

Tratamento farmacológico

Medicamento (s)	Dosagem	Tempo de Uso

9.2. ANEXO B: 1º Questionário do Inventário Socionômico

(Incomplete Sentence Form, Klein e Kiell, 1953)

Favor completar as seguintes frases:

1. Terapia é
2. Os outros membros do meu grupo....
3. A terapeuta e a ego-auxiliar
4. Quando eu falo no grupo, eu
5. Quando estou em silêncio no grupo, eu
6. Os momentos mais significativos da terapia parecem ser para mim,
7. Nesses momentos significativos, eu
8. Sinto que na terapia o mais importante para mim é
9. Longe e fora da terapia, eu
10. Antes de vir para a terapia
11. Depois de deixar a sessão de terapia, eu
12. Dói ou machuca no grupo quando

9.3. ANEXO C: 2º Questionário do Inventário Socionômico

Favor responder as questões abaixo sobre as sessões individuais e de grupo das quais participou até agora. Elas foram divididas em "Antes do Tratamento" e "Durante o Tratamento".

Antes do Tratamento (antes do início da psicoterapia psicodramática):

- 1. Como você se sentia antes do tratamento?**
- 2. Quais os sintomas que apresentava?**
- 3. Você acha que sua depressão estava ligada a algum problema pessoal? Qual?**
- 4. Você já havia participado de algum tratamento psicoterápico? Qual e quando?**
- 5. Qual a lembrança que você tem deste tratamento anterior?**
- 6. Você tinha algum conhecimento do Psicodrama? Qual era a sua impressão?**

Durante o Tratamento (durante as sessões individuais e de grupo):

- 1. Você teve alguma preferência em relação ao tratamento individual ou grupal?**
- 2. O que achou das dramatizações que aconteceram nas sessões individuais e de grupo?**
- 3. Como foi o seu relacionamento com os (as) companheiros (as) do grupo?**

4. E com a psicoterapeuta e a ego auxiliar?
5. Em algum momento do tratamento você sentiu que ele lhe foi útil? De que maneira?
6. Você mudou a sua forma de ver o mundo com a terapia? Como?
7. Seus sintomas depressivos se modificaram com a terapia?
8. Você sentiu alguma mudança nas suas relações pessoais?
9. Você se sente mais espontâneo?
10. Você acha que descobriu alguma coisa nova sobre você da qual não tinha conhecimento? Conte o que foi (se ficar à vontade para contar).
11. Isso o (a) ajudou em alguma coisa?
12. Você gostaria de continuar fazendo terapia? Por que?
13. Se quiser escrever livremente alguma coisa, faça-o aqui.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo, C.H.N. Psicoterapia breve; relato a cerca de seis anos de experiência com alunos da Universidade de São Paulo, Revista de Psiquiatria Clínica 14 (1-2):32, 35, São Paulo, 1987. In: Ferreira-Santos, E. Psicoterapia Breve. Abordagem sistematizada de situações de crise. São Paulo, Ágora, 1997, 3ª ed.

Ablon, J.S.; Jones, E.E. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. **Am. J. Psychiatry**, v. 159, p.775-83, May 2002.

Ackerman M, Ackerman S. The use of psychodrama in a post-partum depression. **J Am Coll Neuropsychiatr**; v.1, p. 67-70, 1962.

Alonso-Fernandez, F. Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Psiquiatria General. Tomo I. Madrid, Espanha, Paz Montalvo, p. 833, 1972, 2ª ed.

Almeida Filho, N.; Mari, J.J.; Coutinho, E.S.F.; França, J.F.; Fernandes, J.G.; Andreoli, S.B.; Busnello, E. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista da ABP-APAL**, v. 14, p. 93-104, 1992.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. – DSM-IV. 4ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. – DSM-IV-TR. 4ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 2003.

Antonio, R. Ação Dramática e Intersubjetividade: Psicodrama bipessoal com uma paciente deprimida. **Rev Bras. Psicodrama** v. 10, n. 2, p. 23-52, 2002.

Avrahami, E. Cognitive-behavioral approach in psychodrama: discussion and example from addiction treatment. **The Arts in Psychotherapy**, v. 30, p. 209-16, 2003.

Blanco, C.;Lipsitz, J.;Caligor, E. Treatment of Chronic Depression with a 12-week program of Interpersonal Psychotherapy. In: **Am.J.Psychiatry** v. 153, p. 3-10, March 2001.

Blatner, A.;Blatner,A. Uma visão global do Psicodrama - Fundamentos históricos, teóricos e práticos. São Paulo, Ágora, 1996.

Bonabesse, M. L'utilisation du psychodrame dans le traitement des alcooliques. In: **Bulletin de Psychologie** v. 285, XXIII, 13-16, p. 834-8, 1969-1970.

Brito, D. J. Astros e Ostras. Uma visão cultural do saber psicológico. São Paulo, Ágora, 1998.

Bromberg, W.; Franklin, G.H. The Treatment of Sexual Deviates with Group Psychodrama. **Group Psychotherapy**. V. IV, n. 4, p. 274-89, 1952.

Buber, M. Yo y tú. Buenos Aires, Nueva Visión, 1974.

Buchanan, D.R Psychodrama: A Humanistic Approach To Psychiatric Treatment for the Elderly. **Hospital & Community Psychiatry**. V.33, n. 3, p. 220-3, 1982.

Burke, J.D.; Regier, D.A. Epidemiologia dos Transtornos Mentais. In: Talbott, J.; Hales, R.; Yudofsky, S. e cols. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 51-67, 1992.

Burwell, D. Psychodrama and the depressed elderly. **Can Nurse** v. 73, n. 4, p. 54-5, 1977.

Bustos, D. M. Novos rumos em Psicodrama. São Paulo, Ática, 1992.

Bustos, D. M. *Locus, matriz, status nascendi* e o conceito de grupamentos. Asas e raízes. In: Holmes, P.; Karp, M; Watson, M. (orgs.) O Psicodrama após Moreno - Inovações na teoria e na prática. São Paulo, Ágora, p. 89-106, 1998a.

Bustos, D. M. Novas Cenas para o Psicodrama – O teste da mirada e outros temas. São Paulo, Ágora, 1998b.

Bustos, D. M. Perigo ... Amor à vista! Drama e Psicodrama de casais. São Paulo, Aleph, 2001, 2ª ed. ampliada.

Calil, H. M.; Pires, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Rev. de Psiq. Clínica** v. 25, n. 5, Edição Especial, p. 240-4, 1998.

Calvente, C. O personagem na psicoterapia. Articulações psicodramáticas. São Paulo, Ágora, 2002.

Carbonell, D. M.; Partelano-Barehmi, C. Psychodrama groups for girls coping with trauma. Int. **J. Group Psychother.**, v. 49, n. 3, p. 285-306, 1999.

Caracushansky, S. R. A terapia mais breve possível: Avanços em práticas psicanalíticas. São Paulo, Summus, 1990. In: Ferreira-Santos, E. Psicoterapia Breve. Abordagem sistematizada de situações de crise. São Paulo, Ágora, 1997, 3ª ed.

Carezzato, M. C. Uma leitura psicodramática da Síndrome do Pânico. **Rev. Bras. Psicodrama**, v. 7, n. 2, p. 97-108, 1999.

Carlson-Sabelli, L.; Sabelli, H.; Hale, A. E. Sociometria e Sociodinâmica. In: Holmes, P.; Karp, M; Watson, M. (orgs.) O Psicodrama após Moreno - Inovações na teoria e na prática. São Paulo, Ágora, p. 189-233, 1998.

Carman, M.B.; Nordin, S.R. Psychodrama: a therapeutic modality for the elderly in nursing homes. **Clin Geront.**, v. 3, n.1, p. 15-24, 1984.

Carroll, J; Howieson, N. Psychodrama in teacher education. In: **Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry**, vol. XXXII, p. 94-9, 1979.

Casacalenda, N.; Perry, J.C.; Looper, K. Remission in Major Depressive Disorder: A Comparison of Pharmacotherapy, Psychotherapy, and Control Conditions. : **Am.J.Psychiatry** v. 159, p. 8-16, August 2002.

Castello de Almeida, W. Psicoterapia Aberta. O Método do Psicodrama. São Paulo, Ágora, 1982.

Castello de Almeida, W. Formas do Encontro. Psicoterapia Aberta. São Paulo, Ágora, 1988.

Castello de Almeida, W. O que é Psicodrama. São Paulo, Brasiliense, 1990.

Castello de Almeida, W. O lugar do Psicodrama, In: Rosa dos Ventos da Teoria do Psicodrama. São Paulo, Ágora, p. 51-60, 1994.

Clayton, M. A teoria de papéis e sua aplicação na prática clínica. In: Holmes, P.; Karp, M; Watson, M. (orgs.) O Psicodrama após Moreno - Inovações na teoria e na prática. São Paulo, Ágora, p. 159-86, 1998.

Cordás, T.A. Depressão: da Bile Negra aos Neurotransmissores – Uma introdução histórica. São Paulo, Lemos Editorial, 2002.

Costa, E.M.S. Gerontodrama – A Velhice em cena – Estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo, Ágora, 1998.

Davies, M.H. The Origins and practice of Psychodrama. **Brit. J. Psychiat.** v.129, p. 201-6, 1976.

Diniz, J.T. Depressão: Um distúrbio da agressividade? In: Anais, 5º Congresso Brasileiro de Psicodrama, v. 1, p. 138-144, 1986.

Dubovsky, S.L.; Dubovsky, A.N. Transtornos do Humor. S. Paulo, Artmed, 2004.

Eliasberg, W.G. Group Treatment of Homosexuals on Probation. Group Psychotherapy, v. VII, n. 3-4, p. 218-226, 1954.

Elkis, H. Contribuição para o estudo da deterioração intelectual subclínica em alcoólatras crônicos: investigação através do método psicodramático. São Paulo, 1982. 89 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Enéas, M.L.E. Terapia dinâmica de tempo limitado. In: Yoshida, E.M.P.; Enéas, M.L.E. (org.) Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: Propostas atuais. Campinas, S.Paulo, Alínea, p. 37-68, 2004.

Engel, J.V. Psico-análise, psico-terapia, modernidade e pós-modernidade: uma discussão. Novas considerações sobre o lugar da psicanálise. *Rev. Bras. Psicanál.*, v. 34, n. 3, p. 451-74, 2000.

Enneis, J.M. A note on the organization of The St. Elizabeths Hospital Psychodrama Program. In: **Group Psychotherapy - Journal of Sociopsychopathology and Sociatry**, v. III, n. 2&3, p. 253-5, 1950.

Ferreira-Santos, E. Psicoterapia Breve. Abordagem Psicodramática de Situações de Crise. São Paulo, Flumen, 1990.

Ferreira-Santos, E. Psicoterapia Breve. Abordagem sistematizada de situações de crise. São Paulo, Ágora, 1997, 3ª ed.

Fiorini, H.J. Teoria e técnicas de psicoterapias. São Paulo, Francisco Alves, 1978, 2ª ed. In: Psicoterapia Breve. Abordagem sistematizada de situações de crise. São Paulo, Ágora, p. 40, 1997, 3ª ed.

Fonseca, J. Psicoterapia da Relação. Elementos de psicodrama contemporâneo. São Paulo, Ágora, 2000.

Freud, S. Psicoterapia (Tratamiento por el Espiritu). In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, tomo I, 3ª ed., p. 1014-27, 1973c.

Gabbard, G.O. Empirical Evidence and Psychotherapy: A Growing Scientific Base. *The Am. J. Psychiatry*. 158:1-3, January 2001.

Garrido Martín, E. J.L.Moreno: Psicologia do Encontro. São Paulo, Duas Cidades, 1984.

Geller, J.J. Current status of Group Psychotherapy practices in the State Hospitals for Mental Disease. In: **Group Psychotherapy - Journal of Sociopsychopathology and Sociatry**, v. III, n. 2&3, p. 231-240, 1950.

Gheller, JH. Síndrome do Pânico: Visão Psicodinâmica-Relacional-Psicodramática. **Rev. Soc. Psicodrama S. Paulo (SOPSP)**, ano IV, v. 4, p. 44-55, 1992.

Goldfield, M.D.; Levy R. The use of television videotape to enhance the therapeutic value of Psychodrama **Amer. J. Psychiat.**, 125: 5, november 1968.

Gonçalves, C.S.; Wolff, J. R.; Castello de Almeida, W. Lições de Psicodrama. Introdução ao pensamento de J.L. Moreno. São Paulo, Ágora, 1988.

Gorenstein C.; Andrade L.H.S.G.; Moreno, R. A.; Bernik, M.; Nicastri, S.; Cordás, T.; Camargo, A. P. escala de Auto-Avaliação de Adequação Social – Validação da Versão em Língua Portuguesa, cap. 41, p. 401-14. In: Gorenstein C.; Andrade L.H.S.G.; Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Versão atualizada e ampliada da Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 25, n. 5 e 6, 1998; v. 26, n. 1 e 2, 1999.

Grambs, J.D. Dynamics of Psychodrama in the Teaching Situation. **Sociatry - Journal of Group and Intergroup Therapy**, v. I, n. 2, p. 383-99, 1947.

Grant, M. The group approach for weight control. In: **Group Psychotherapy - Journal of Sociopsychopathology and Sociatry**, v. IV, n. 3, p. 156-165, 1951.

Greden, J.F. Recurrent Depression. Its Overwhelming Burden. In: Greden, J.F., editor et. al. Treatment of Recurrent Depression, **American Psychiatric Publishing, Inc.** London, England, chapter 1, p. 1-18, 2001.

Heimberg, R.G.; Dodge, C.S.; Hope, D. A.; Kennedy, C.R.; Zollo, L.J.; Becker, R.E.; Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. **Cognitive Therapy and Research** 1990; 14 (1); 1-23. In: Knijnik, D.Z.; Kapczinski, F.; Chachamovich, E.; Margis, R.; Eizirik, C.L. Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 26, n.2, p. 77-81, 2004.

Hirschfeld, R.M.A.; Goodwin, F.K. Transtornos do Humor. In: Talbott, J.; Hales, R.; Yudofky, S. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 301- 28, 1992.

Hoglund, P. Psychotherapy Research. New Findings and Implications for Training and Practice. **J. Psychother. Pract. Res.** v. 8, n. 4, p. 257-263, 1999.

Holmes, D.S. Psicologia dos Transtornos mentais. Porto Alegre, Artmed, 2001, 2ª ed.

Honig, A.M. Psychotherapy with command hallucinations in Chronic Schizophrenia: The use of action techniques within a surrogate family setting. In: **Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry**, v. 44, n.1, p. 03-18, 1991.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. Compêndio de Psiquiatria – Ciências comportamentais – Psiquiatria Clínica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, 6ª ed.

Kaufman, A. Teatro Pedagógico. Bastidores da iniciação médica. São Paulo, Ágora, 1991.

Klein, A; Kiell, N. The experiencing of Group Psychotherapy. In: **Group Psychotherapy**, v. 4, p. 205-21, 1953.

Knijnik, D.Z.; Kapczinski, F.; Chachamovich, E.; Margis, R.; Eizirik, C.L. Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 26, n.2, p. 77-81, 2004.

Knobel, A.M.C. Átomo social: o pulsar das relações. In: Um homem à frente de seu tempo: O Psicodrama de Moreno no século XXI. S.Paulo, Ágora, p. 109-126, 2001.

Knobel, M. Psicoterapia breve. São Paulo, EPU, 1986. In: Ferreira-Santos, E. Psicoterapia Breve. Abordagem sistematizada de situações de crise. São Paulo, Ágora, 1997, 3ª ed.

Kohut, H. Self e narcisismo. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

Lafer, B.; Almeida, OP; Fráguas Jr.,R; Miguel, EC et al. Depressão no Ciclo da Vida, Porto Alegre, Artmed, 2000.

Lafer, B. Abordagem dos Transtornos de Humor Resistentes aos Tratamentos Convencionais. In: **Anais** do III Fórum de Psiquiatria do Interior Paulista – Atualização no Tratamento da Depressão de difícil manejo. Clínica e Pesquisa em Saúde Mental. Águas de Lindóia, SP, p. 17-34, 2000.

Lassner, R. Psychodrama in prison. In: **Group Psychotherapy - Journal of Sociopsychopathology and Sociatry**, v. III, n. 1, p. 77-91, 1950.

Lemgruber, V. B. Psicoterapia breve: a técnica focal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

Levy-Strauss, C. Aula Inaugural. In: Alba Zaluar (org.) Desvendando mascaras sociais. Rio de Janeiro, Francisco Alves, p. 211-244, 1975.

Leyser,Y. The Effectiveness of an Inservice Training Program in Role Playing on Elementary Classroom Teachers. In: **Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry**, v. XXXII, p. 100-11, 1979.

Lippitt, R. Psychodrama in the home. In: **Sociatry - Journal of Group and Intergroup Therapy**, v. 1, n. 2, p. 148-167, 1947.

Lotufo Neto, F.; Ito, L. M. Teorias Cognitivo-Comportamentais, Interpessoal e Construtivista. In: Lafer, B; Almeida, OP; Fráguas Jr.,R; Miguel, EC *et al.* Depressão no Ciclo da Vida, Porto Alegre, Artmed, p. 82-91, 2000.

Mackenzie, K.R.; Grabovac, A.D. Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression. **J Psychother Pract Res**, v. 10, n. 1, p. 46-51, 2001.

Mahoney, M.J. Processos Humanos de Mudança. As Bases Científicas da Psicoterapia. Porto Alegre, Artmed, 1998.

Martins, J; Bicudo, M.A.V. A Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo, Centauro, 2003, 4ª ed.

Mello, A.A.F.; Mello, M.F.; Carpenter, L.L.; Price, L.H. Update on stress and depression: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n.4, p. 231-8, 2003.

Mello, M.F. Terapia Interpessoal: um modelo breve e focal. **Rev. Bras. de Psiquiatria**, v. 26, n.2, p. 124-30, 2004.

Merengue, D. Inventário de Afetos. Inquietações, teorias, psicodramas. São Paulo, Ágora, 2001.

Minayo, M. C. S. (org.) Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ, Vozes, 2001.

Monod, M. First french experience with Psychodrama. In: **Sociatry - Journal of Group and Intergroup Therapy**. v. I, n. 4, p. 400-3, 1948.

Moreno, J. L. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. São Paulo, Mestre Jou, 1974.

Moreno, J. L. Psicodrama. São Paulo, Cultrix Ltda., 1975.

Moreno, J. L. Fundamentos do Psicodrama. São Paulo, Summus, 1983, 2ªed.

Moreno, J. L. Quem Sobreviverá? Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de Grupo e Sociodrama. Goiânia, Dimensão Ltda., 1994, 3 v.

Moreno, R. A; Moreno, D. H. Transtornos do Humor. In: Louzã Neto, MR; Motta, T; Wang, Y-P; Elkis, H. (orgs.) Psiquiatria Básica, Porto Alegre, Artes Médicas, p. 136-66, 1995.

Moreno, R.A.; Moreno, D.H. Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Åsberg (MADRS), p. 71-84. In: Gorenstein,C.; Andrade, L.H.S.G.; Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Versão atualizada e ampliada da **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 5 e 6, 1998; v. 26, n. 1 e 2, 1999, São Paulo, Lemos Editorial, p. 71-84, 2000.

Moreno, R.A.; Cordás, T. A. Remissão: Uma necessidade no Tratamento da Depressão. [Editorial]. **Boletim de Transtornos Afetivos e Alimentares** (B.O. T. A.), n. 15, p. 1-3, 2001.

Nery, M. P. Vínculo e Afetividade. Caminho das Relações Humanas. São Paulo, Ágora, 2003.

Nunberg, G. American Heritage College Dictionary. Boston, MA: Houghton Mifflin Co.; 1997. In: Mello, A.A.F.; Mello, M.F.; Carpenter, L.L.; Price, L.H. Update on stressand depression: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n.4, p. 231-8, 2003.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. 2001. Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Disponível em: <http://www.whr@who.int>

Ozdel, O.; Atesci, F.; Oguzhanoglu, NK. An anorexia nervosa case and an approach to this case with pharmacotherapy and psychodrama techniques. **Turk Psikiyatri Derg.** v. 14, n. 2, p. 153-9, 2003.

Paykel E. Depressão: Uma Perspectiva Longitudinal. In: Lafer, B; Almeida, OP; Fráguas Jr.,R; Miguel, EC *et al.* Depressão no Ciclo da Vida, Porto Alegre, Artmed, p. 266-271, 2000.

Post, R.M. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am. J. Psych.* 1992; 149 (8): 999-1010. In: Joca, S. R. L.; Padovan, C. M.;Guimarães, F. S. Estresse, depressão e hipocampo. **Rev. Bras. Psiquiatria.** v. 25 (Supl. 2), p. 46-51, 2003.

Rachow, L.L. Modified Insulin, Psychodrama, and Rehabilitation techniques in the treatment of Anxiety and Tension States. **Group Psychotherapy**, v. IV, n. 3, p. 215-22, 1951.

Rezaeian MP, Sem AK, Sem Mazumdar DP. The usefulness of psychodrama in the treatment of depressed patients. **Indian J. of Clin. Psychology** v. 24, n. 1, p. 82-8, 1997.

Rocha Barros, E.M.; Dantas Jr. A.; Rocha Barros, E.L. Depressão: Uma perspectiva psicanalítica, In: Lafer, B; Almeida, OP; Fráguas Jr.,R; Miguel, EC *et al.* Depressão no Ciclo da Vida, Porto Alegre, Artmed, p. 92-101, 2000.

Rosner, B. – Fundamentals of Biostatistics, PWS Publishers, Massachusetts, 2nd Edition, p. 246-51; 288-93; 326-32, 1986.

Sabelli, H.C.; Carlson-Sabelli, L. Biological priority and psychological supremacy: a new integrative paradigm derived from process theory. **Am. J. Psychiatry.** v. 146, p. 1541-51, 1989.

Schestatsky, S.; Fleck, M. Psicoterapia das Depressões. **Rev. Bras. de Psiquiatria**, Suplemento Depressão, 21: 41-7, 1999.

Schoueri, P.C.L. Psicoterapia Dinâmica Breve – Critérios de Seleção de pacientes em atendimento institucional. São Paulo, 1998.191 p. tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Shor, J. A Modified Psychodrama Technique for Rehabilitation of Military Psychoneurotics. In: **Sociatry - Journal of Group and Intergroup Therapy** - v. I, n. 4, p. 414-420, 1948.

Shugart, G.; Loomis, E. A. Psychodrama with Parents of Hospitalized Schizophrenic Children. *Group Psychotherapy*, v. VII, n. 2, p. 118-29, 1954.

Segal, Z.; Vincent, P.; Levitt, A. Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. **J Psychiatry Neurosci.** v. 27, n.4, p. 281-90, 2002.

Sims, A. Sintomas da Mente. Introdução à Psicopatologia descritiva. Porto Alegre, Artmed Editora, 2001, 2ª ed.

Slawson, P.F. Psychodrama as a treatment for hospitalized patients: a controlled study. In: **Amer. J. Psychiatry** v. 122, p. 530-3, 1965.

Souza Vargas, N. Teorias Psicodinâmicas: A visão da Psicologia Analítica. In: Lafer, B; Almeida, OP; Fráguas Jr.,R; Miguel, EC *et al.* Depressão no Ciclo da Vida, Porto Alegre, Artmed, p. 102- 8, 2000.

Spence, R. B. Psychodrama and Education. In: **Sociatry - Journal of Group and Intergroup Therapy** v. 1, n. 1, p. 31-4, 1947.

Symonds, P. M. Role Playing as a diagnostic procedure in the selection of leaders In: **Sociatry - Journal of Group and Intergroup Therapy** v. 1, n. 1, p. 43-50, 1947.

Thase, M.E. Psychotherapy of Refractory Depressions. **Depression and Anxiety**. v. 5, p. 190-201, 1997.

Thase, M.E.; Ninan, P.T. New Goals in the Treatment of Depression: Moving Toward Recovery. **Psychopharmacology Bulletin**. v. 36 (supl.2), p. 24-34, 2002.

Tórfoli, L.F.F. Investigação categorial e dimensional sobre sintomas físicos e síndromes somatoformes na população geral. São Paulo, 2004. 201 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Torres, A.R; Lima, M.C.P.; Ramos-Cerqueira, A.T.A. Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 141-8, 2001.

Turato, E.R. Estratégias de Pesquisa Qualitativa em Saúde Mental. **Anais** do III Fórum de Psiquiatria do Interior Paulista, 35-54, 2000.

Weiner, H.B. Treating the Alcoholic with Psychodrama. In: **Group Psychotherapy**, v.18, p. 27-49, 1965.

Weiner, H.B. An Overview on the use of Psychodrama and Group Psychotherapy in the treatment of Alcoholism in the United States and Abroad. In: **Group Psychotherapy**, v. 19, p.159-165, 1966.

Weissman, M.M.; Prusoff, B. A.; Di Mascio, A.; Neu, C; Goklaney, M & Klerman, G.L. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. **Amer. Jour. Psychiatr.**, v. 136, p. 555-8, 1979. In: Holmes, D.S. Psicologia dos Transtornos mentais. Porto Alegre, Artmed, p. 156-231, 2001, 2ª ed.

Weissman, M.M.; Bothwell, S. Assessment of social adjustment by patient self-report. **Arch Gen Psychiatry** v. 32, p. 1111-5, 1976. In: Gorenstein C.; Andrade L.H.S.G.; Moreno, R. A.; Bernik, M.; Nicastrí, S.; Cordás, T.; Camargo, A. P. escala de Auto-Avaliação de Adequação Social – Validação da Versão em Língua Portuguesa, cap. 41, p. 401-14, 1999.

Weissman, MM. The psychological treatment of depression: Research evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison and in combination with pharmacotherapy. In: Holmes DS. *Psicologia dos Transtornos Mentais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; p. 228, 2001.

Weissman, MM.; Markowitz, JC. The future of psychotherapies for mood disorders. **World Psychiatry – Official Journal of the World Psychiatric Association**, v. 2, n. 1, p. 9 -13, 2003.

Whitfield,G; Williams, C. The evidence base for cognitive-behavioural therapy in depression: delivery in busy clinical settings. **Advances in Psyc. Treat.** v. 9 p. 21-30, 2003.

Williams, C; Garland A. A cognitive-behavioral therapy assessment model for use in everyday clinical practice. **Advances in Psyc. Treat.** v. 8, p. 172-9, 2003.

Wood, D.; Del Nuovo, A.; Bucky, S.F.; Schein, S.; Michalik, M. Psychodrama with an alcohol abuser population. **Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry**. .v. XXXII, p. 75-88, 1966.

Yoshida, E.M.P.; Enéas, M.L.E. (org.) *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: Propostas atuais*. Campinas, S.Paulo, Alínea, 2004.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Aguiar, M. O. Teatro da Anarquia. Um Resgate do Psicodrama. Campinas, SP, Papirus, 1988.

Aguiar, M. O Teatro Terapêutico. Escritos Psicodramáticos. Campinas, SP, Papirus, 1990.

Aguiar, M. O. Teatro Espontâneo e Psicodrama. São Paulo, Ágora, 1998.

Alexander, F. Psiquiatria Dinâmica. Buenos Aires. Paidós. 1971.

Alves, L. F. R. Narcisismo: Uma Contribuição Psicodramática para o Tema. **Rev. Bras. Psicodrama**, v. 9, n.1, p. 41-6, 2001.

Andrade, A.C.F. A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. **Rev. Psiq. Clínica**, v. 26, n. 6, p. 303-8, 1999.

Arroll, B; Khin, N.; Kerse, N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. **B.M.J.**, v. 327, p. 1144-46, 2003.

Blatner, A. Psychodramatic Methods in Psychotherapy. **Psychiatric Times**. XII (Issue 5), May 1995.

Blatner, A. A tele. In: Holmes, P.; Karp, M; Watson, M. (orgs.) O Psicodrama após Moreno - Inovações na teoria e na prática. São Paulo, Ágora, p. 345-66, 1998.

Blatner, A. Using Creativity to Explore in Psychotherapy. **Psychiatric Times**. XX (6):1-8, 2003.

Beck, A. A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; Emery, G. Cognitive therapy of depression In: The Guilford Press, New York, 1979 *apud* Ishara, S., p. 71-76, 2000.

Blanchard, C.; Blanchard, R. ; Fellous J.-M.; Guimarães, F.S. *et al.* The brain decade in debate: III. Neurobiology of emotion. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 34,p. 283-93, 2001.

Blay, S.L. *et al.* Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders. **The British Journal of Psychiatry**, v.180, p. 416-422, 2002.

Bosc, M.; Dubini, A.; Polin, V. Desenvolvimento e validação de uma escala de funcionamento social, a Escala de Auto-avaliação da Adaptação Social. M. Bosc **European Neuropsychopharmacology**. 7 Suppl. 1 (1997) S57-S70.

Buchain, P.C.; Vizzotto, A.D.B.; Henna Neto, J.; Elkis, H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**. V. 25, n.1, p. 26-30, 2003.

Busch, F. N.; Malin, B. D. Combining Psychopharmacology, Psychotherapy and Psychoanalysis. **Psychiatric Times**. XV (Issue 5), 1998.

Bustos, D. M. O Teste Sociométrico - Fundamentos, Técnica e Aplicações. São Paulo, Brasiliense, 1979.

Bustos, D. M. Depresión Social. In: Momento. Revista del Instituto de Psicodrama de J.L. Moreno. Buenos Aires, Año 6, v.12, p. 4-13, abril 2000.

Camargo, A.P.P.; Moreno, R.A. Como aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com transtornos afetivos? In: Simpósio Internacional "Depressão: Perspectivas para o próximo milênio" – **Caderno de Referências**. Gruda, IPHC FMUSP, p. 3, 1998.

Capalbo, C. Fenomenologia e Psiquiatria. **Jornal Bras. de Psiquiatria**. v. 31, n. 5, p. 287-290, 1982.

Cardoso, C. M. O deprimir: Análise fenomenológica. **Rev. Saúde Mental**, v. II, n. 6, novº/dezº 2000.

Castello de Almeida, W., (org). GRUPOS – A proposta do Psicodrama. São Paulo, Ágora, 1999.

Castello de Almeida, W. A Função Interpretativa das Dramatizações. **Rev. Bras. Psicodrama**. V. 11, n. 2, 37-66, 2003.

Cordás, T.A. e cols. Distímia – Do Mau Humor ao Mal do Humor. Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

Cordioli, AV; Heldt, E; Bochi, DB; Margis, R; Sousa, MB; Tonello, JF; Teruchkin, B; Kapczinski, F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p.113-20, 2002.

Costa, E.M.S. Algumas considerações teórico-práticas sobre a cena psicodramática. Psicodrama, **Rev. Soc. Psicodrama de São Paulo**, ano IV, v. 4, p. 32-43, 1992.

Costa, E.M.S. Moreno e o beijo na boca: O destino do ser humano. In: Um homem à frente de seu tempo: O Psicodrama de Moreno no século XXI. S.Paulo, Ágora, p. 139-166, 2001.

Costa, E.M.S. Depressão em idosos. **Rev. Kairós Gerontologia**. PUC-SP v. 5, n. 2, p. 95-112, 2002.

Costa, E.M.S.; Moreno, R.A. A Psicoterapia Psicodramática e os Transtornos de Humor. **Boletim de Transtornos Afetivos e Alimentares (BOTA)**, v. 18, p. 6-8, 2002.

Costa, E.M.S.; Antonio, R.; Soares, M.B.M.; Moreno, R.A. O Tratamento do Transtorno Depressivo Maior pela Psicoterapia Psicodramática: dados preliminares. In: XIV Congresso Brasileiro de Psicodrama, Belo Horizonte, 2004. **Anais em CD-ROM**. Belo Horizonte, MG, Federação Brasileira de Psicodrama, 2004.

Cukier, R. Palavras de Jacob Levy Moreno: Vocabulário de Citações do Psicodrama, da Psicoterapia de Grupo, do Sociodrama e da Sociometria. São Paulo, Ágora, 2002.

Delouya, D. Depressão. São Paulo, Casa do Psicólogo, Coleção Clínica Psicanalítica, 2000.

Derdyk, P.R.; Oliveira Lima, C.V. Abordagem cognitivo-comportamental para deprimidos. In: Simpósio Internacional "Depressão: Perspectivas para o próximo milênio" – **Caderno de Referências. Gruda**, IPHC, FMUSP, p.18,1998.

Del Porto, J. A. Conceito de Depressão e seus limites. In: Lafer, B; Almeida, OP; Fráguas Jr.,R; Miguel, EC *et al.* Depressão no Ciclo da Vida, Porto Alegre, Artmed, p. 20-28, 2000.

Duclós S.M. Quando o terapeuta é o protagonista. Encontro com Dalmiro M. Bustos. S.Paulo, Ágora, 1992.

Fava, G.A.; Ruini, C. The sequential approach to relapse prevention in unipolar depression. **World Psychiatry – Official Journal of the World Psychiatric Association**, v.1, n. 1, p. 10 -15, 2002.

Fava, G.A.; Rafanelli, C.; Grandi, S.; Canestrari, R.; Morphy, M. A. Six-Year Outcome for Cognitive Behavioral Treatment of Residual Symptoms in Major Depression. **Am.J.Psychiatry** v. 155, n. 10, p. 305-10, October 1998.

Fleck, M.P.A.; Lafer, B.; Sougey, E.B.; Del Porto, J. A.; Brasil, M. A.; Juruena, F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 25, n.2, p. 114-22, 2003.

Fonseca, J. Psicodrama da Loucura. Correlações entre Buber e Moreno. São Paulo, Ágora, 1980.

Fox, J. O Essencial de Moreno. Textos sobre psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade. São Paulo, Ágora, 2002.

Frank. J. History: The real basic science of Psychotherapy? In: **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.188, n. 11, p. 725-7, november 2000.

Frank, J. D. Group Psychotherapy in relation to research. In: **Group Psychotherapy - Journal of Sociopsychopathology and Sociatry**, v. III, n.2&3, p. 197-203, 1950.

Franz, J. G. The place of the psychodrama in research. **Sociometry**, v. 3, p. 49-61, 1940.

Franz, J. G. The psychodrama and interviewing. **American Sociological Review**, v. 7, p. 27-33, 1942a.

Franz, J. G. Research in psychodrama. **American Sociological Review**, v. 7, p. 45-49, 1942b.

Free, N.K; Green, B.L.; Grace, M.C.; Chernus, L.A.; Whitman, R.M. Empathy and Outcome in Brief Focal Dynamic Therapy. **Am J Psychiatry**, v.142, n. 8, p. 917-21, August 1985.

Freud, S. Estudios sobre la Histeria. In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, tomo I, 3ª ed., p. 39-168, 1973a.

Freud, S. Sobre Psicoterapia. In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, tomo I, 3ª ed., p. 1007-13, 1973b.

Freud, S. Duelo y Melancolia. In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, tomo II, 3ª ed., p. 2091-100, 1973d.

Freud, S. La Angustia. In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, tomo II, 3ª ed., p. 2367-79, 1973e.

Frey, B.N.; Mabilde, L.C.; Eizirik, C.L. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 26, n. 2, 118-23, 2004.

Gabbard, G.O. The Impact of Psychotherapy on the Brain. *Psychiatric Times*. XV (Issue 9), 1998.

Gabbard, G.O. Uma perspectiva neurobiologicamente orientada em psicoterapia. **Rev. Brasil. de Psiquiatria**, S.Paulo, v. 2, n. 2, p. 133-147, 2000.

Gabbard, G.O.; Kay, J. The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist? *Am. J. Psychiatry* 158: 1956-63, 2001.

Gabbard, GO; Westen, D. Repensando a ação terapêutica. **Rev. Psiq. do R.G.Sul**. 25 (2): 257-273, 2003.

Gorenstein C.; Andrade L. Inventário de depressão de Beck; propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. Psiq. Clínica** v. 25, n. 5, Edição Especial, p. 245-250, 1998.

Guimarães, F.S. Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. **Rev. Psiq. Clínica** v. 25, n. 5, Edição , p. 217-222, 1998.

Hale, A. E. Conducting Clinical Sociometric Explorations: A Manual for Psychodramatists and Sociometrists. Roanoke, Virginia. Royal Publ. Comp., 1981.

Holmes,P.; Karp,M; Watson,M. (orgs.) O Psicodrama após Moreno - Inovações na teoria e na prática. São Paulo, Ágora, 1994.

Ishara, S. Abordagens Psicoterapêuticas na Depressão. In: **Anais** do III Fórum de Psiquiatria do Interior Paulista – Atualização no Tratamento da Depressão de difícil manejo. Clínica e Pesquisa em Saúde Mental. Águas de Lindóia, SP, p. 71-6, 2000.

Joca, S. R. L.; Padovan, C. M.;Guimarães, F. S. Estresse, depressão e hipocampo. **Rev. Bras. Psiquiatria.** v. 25 (Supl. 2), p. 46-51, 2003.

Kaufman, A. O psicodrama tematizado. In: Petrilli, S. R. A. (coord.) Rosa-dos-Ventos da Teoria do Psicodrama. São Paulo, Ágora, p. 123-8, 1994.

Keila, S.B. Aspectos psicológicos do transtorno afetivo bipolar. In: **Rev. Psiq. Clínica**, v. 26, n. 6, , p. 297-302, 1999.

Kellermann, P. F. A inversão de papéis no Psicodrama. In: Holmes, P.; Karp, M; Watson, M. (orgs.) O Psicodrama após Moreno - Inovações na teoria e na prática. São Paulo, Ágora, p. 321-41,1998.

Kelsey, J.E. Treatment strategies in achieving remission in major depressive disorders. **Acta Psych. Scand.** v. 106 (Suppl. 415), p. 18-23, 2002.

Key, A.; Dare, C. Psychotherapy. In: **BMJ** 7177 v. 318, January 1999.

Knobel, A.M.C. Moreno em Ato. A construção do psicodrama a partir das práticas. São Paulo, Ágora, 2004.

Lefèvre, F.; Lefèvre, A.M.C.; Teixeira, J.J.V. O Discurso do Sujeito Coletivo - Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, Educ, 2000.

Lima, IVM; Samaia, HB; Vallada Filho, HP. Genética, In: Lafer, B; Almeida, OP; Fráguas Jr.,R; Miguel, EC *et al.* Depressão no Ciclo da Vida, Porto Alegre, Artmed Editora, 56-65, 2000.

Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. **Amer.J. Psychiat.** 101, 141-8, 1944. In: Small, L. As psicoterapias breves. Rio de Janeiro, Imago, 1974.

Lotufo Neto, F.; Savoia, M; Scazufca, M. Terapias Cognitivas. [Editorial]. Rev. Psiquiat. Clínica. v. 28, n. 6, p. 285, 2001.

Lotufo Neto, F; Almeida, A.M. Revisão sobre o uso da terapia cognitivo-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. **Rev. Bras. de Psiquiatria**, v. 5, n. 4, p. 239-44, 2003.

Louzã Neto, M.R.; Motta,T.; Wang, Y.P.; Elkis,H. (orgs.) Psiquiatria Básica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

Lucas, R. Managing depression – analytic, antidepressants or both? **Rev. Psiqu. do R.G.Sul.** v. 5, n. 2, p. 274-282, 2003.

Malan, D.H. A Study of Brief Psychotherapy. London, Tavistok, 1963.

Marcolino, J.A.M; Iacoponi, E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. **Rev. Bras. de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 88-95, 2001.

Marcolino, J.A.M; Iacoponi, E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. **Rev. Bras. de Psiquiatria**, v. 25, n. 2, p. 78-86, 2003.

Marineau, R. J.L. Moreno et la troisième révolution psychiatrique. Paris, Métailié, 1989.

Marineau, R. F. Jacob Levy Moreno 1889-1974. Pai do psicodrama, da sociometria e da psicoterapia de grupo. São Paulo, Ágora, 1992.

Mello, M.F.; Myczcowisk, L.M.; Menezes, P.R. A Randomized Controlled Trial Comparing Moclobemide and Moclobemide Plus Interpersonal Psychotherapy in the Treatment of Dysthymic Disorder. *J. Psychother. Pract Res*, 10 (2): 117-122, 2001.

Menezes, P.R.; Nascimento, A.F. Epidemiologia da Depressão nas diversas fases da vida. In: Lafer, B; Almeida, OP; Fráguas Jr., R; Miguel, EC *et al.* Depressão no Ciclo da Vida, Porto Alegre, Artmed, p. 29-36, 2000.

Mezan, R. Psicanálise e Neurociências: uma questão mal colocada. In: Bettarello, SV (org.) *Perspectivas Psicodinâmicas em Psiquiatria*. SP, Lemos Editorial, p. 163-172, 1998.

Millan, M.P.B. Considerações sobre a psicoterapia psicanalítica do paciente deprimido. In: **Revista ABP-APAL**, v. 19, n.3, p. 112-6, 1997 *apud* Ishara, S., 71-6, 2000.

Moreno, J.J. Ancient Sources and Modern Applications: The Creative Arts in Psychodrama. **The Arts in Psychother.** V. 26, n. 2, p. 95-101, 1999.

Moreno, R. A. Mensagem do Coordenador. In: Simpósio Internacional “Depressão: Perspectivas para o próximo milênio” – **Caderno de Referências**. Gruda, IPHC FMUSP, p. 3, 1998.

Moreno, R. A.; Moreno, D.H.; Soares, M.B.M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, Suplemento Depressão, v. 21, p. 24-40; 1999.

Moreno, Z. T.; Blomkvist, L.D.; Rützel, T. A Realidade Suplementar e a Arte de Curar. São Paulo, Ágora, 2001.

Naffah Neto, A. Psicodrama – descolonizando o imaginário. São Paulo, Brasiliense, 1979.

Naffah Neto, A. O Psicodrama Contemporâneo. In: As Psicoterapias hoje – algumas abordagens. São Paulo, Summus, 1982, 2ª ed.

Neter, J.; Wasserman, W.; Kutner, M. H. Applied Linear Statistical Models, Irwin, Massachusetts, 3rd Edition, p. 124-128, 1990.

Netto, O.F.L., org. Psicoterapia na Instituição Psiquiátrica – Relatos de vivências da equipe do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. São Paulo, Ágora, 1999.

Northway, M.L. What is Sociometry? **Group Psychotherapy**, v. XXI, n. 2-3, p. 110-2, 1968.

Oyarzún, F.; Durán, E.; Larach, V.; Silva, H.; Covarrubias, E.; Rossel, L. Los Puentes entre el Duelo y la Esperanza. Santiago Del Chile, LOM, 1999.

Pampallona, S.; Bollini, P.; Tibaldi, G.; Kupelnick, B.; Munizza, C. Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression. A Systematic Review. **Arch Gen Psychiatry**. v. 61, p. 714-19, July 2004

Patelis-Siotis, I. Cognitive-behavioral therapy: applications for the management of bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 3, p. 1-10, 2001.

Pawel, C.H. O *status* científico do Psicodrama. In: Um homem à frente de seu tempo: O Psicodrama de Moreno no século XXI, S. Paulo, p. 35-45, Ágora, 2001.

Perazzo, S. Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim (Sobre psicodrama, diante e através da morte). São Paulo, Francisco Alves, 1986.

Perazzo, S. Ainda e sempre Psicodrama. São Paulo, Ágora, 1994.

Perazzo, S. Fragmentos de um Olhar Psicodramático. São Paulo, Ágora, 1999.

Pereira de Almeida, O.; Dractu, L.; Laranjeira, R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.

Petrilli, S.R.A. (coord.) Rosa dos Ventos da Teoria do Psicodrama. São Paulo, Ágora, 1994.

Piccoloto, N; Wainer, R; Benvegnú, L; Juruena, M. Curso e prognóstico da depressão – Revisão comparativa entre os transtornos do humor, In: **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 27, n. 2, p. 93-103, 2000.

Pichon-Rivière, E. O Processo Grupal. São Paulo, Martins Fontes, 1986, 2ª ed.

Pichon-Rivière, E. Teoria do Vínculo. São Paulo, Martins Fontes, 1988, 3ª ed.

Powell, M; Hemsley, D.R. Depression: A breakdown of perceptual defence? **B.J.Psychiat.** 145, 358-62, 1984 In: Sims, A. Sintomas da Mente. Introdução à Psicopatologia descritiva. Porto Alegre, Artmed Editora, p. 257, 2001, 2ª ed.

Ramadan, Z.B.A. O Psicoterapeuta – Formação, Atividade, Campo. **Temas – Teoria e Prática do Psiquiatra** v.10, p. 21-29, dezº 1975.

Ramadan, Z.B.A. Psicoterapias. São Paulo, Ática, 1987.

Regan, P.F. Brief Psychotherapy of Depression. In: **Amer. J. Psychiat.**, v. 122, p. 28-32, 1965.

Reynolds, F. Managing depression through needlecraft creative activities: a qualitative study. **The Arts in Psychotherapy** v. 27, n.2, p. 107-14, 2000.

Roso, MC. Quais as Psicoterapias pesquisadas no Tratamento da Depressão? Boletim de Transtornos Afetivos e Alimentares (BOTA) do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA) do IPQHCFMUSP, 16, p. 6-7, 2002.

Rothbaum, B.O.; Astin, M.C. Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Bipolar Disorder. **J Clin Psychiatry**, 61 (suppl 9) p. 68-75, 2000.

Russo, L. Breve história dos grupos terapêuticos. In: GRUPOS – A proposta do Psicodrama. São Paulo, Ágora, p. 15-34, 1999.

Saraceno, B. Mental health: scarce resources need new paradigms. **World Psychiatry – Official Journal of the World Psychiatric Association**, v. 3, n.1, p. 3 -5, 2004.

Schoueri, P.C.L. Escalas de avaliação em psicoterapia. **Rev. de Psiquiatr. Clínica** v. 26, n. 2, Edição Especial, p. 53-6, 1999.

Schulberg, H.C.; Raue, P.J.; Rollman, B.L. The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. **Gen. Hosp. Psychiatry**, 24: 203-212, 2002.

Seixas, M. R. D. Uma abordagem sistêmica do psicodrama. In: Petrilli, S. R. A. (coord.) Rosa-dos-Ventos da Teoria do Psicodrama. São Paulo, Ágora, 1994, p. 129-39.

Sifneos, P.E. Two Different Kinds of Psychotherapy of Short Duration. **Amer. J Psychiat.** v. 123, n. 9, p. 1069- 74, March 1967.

Sifneos, P.E. The motivacional process – A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration In: **Psychiat. Q.** v. 42, p. 271-80, 1968.

Silva Filho, A.C.P. Psicanálise e/ou psicoterapia. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 2, p. 96-101, 2001.

Silva Filho, L.A. Uma visão holística do psicodrama. In: Petrilli, S. R. A. (coord.) Rosa-dos-Ventos da Teoria do Psicodrama. São Paulo, Ágora, p. 115-22, 1994.

Silva Lima, N.B. O processo de cura no psicodrama bipessoal. **Rev. Brasileira de Psicodrama**, vol. 7, n. 1, p. 11-24, 1999.

Small, L. As psicoterapias breves. Rio de Janeiro, Imago, 1974.

Strupp, H.H. Psychoanalysis, "Focal Psychotherapy", and the Nature of Therapeutic Influence. **Arch Gen Psychiatry**, v. 32, p. 127-35, Jan 1975.

Thase, M.E. Achieving Remission and Managing Relapse in Depression. *J. Clin. Psychiatry*. v. 64 (suppl 18), p. 3-7, 2003.

Timm, N.H. Multivariate Analysis with Applications in educations and psychology. Monterrey, CA Brooks/Cole, p. 471-79, 1975.

Torres, A.R; Lima, MCP; Ramos-Cerqueira, A.T.A. Psicoterapia grupal no transtorno obsessivo-compulsivo. **Jornal Bras. de Psiq.** v. 50, n. 9-10, p. 297-304, 2001.

Ursano, R.J; Silberman, E.K. Psicoterapias Individuais. In: Talbott,J; Hales,R; Yudofsky,S. e cols. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre, Artes Médicas Sul Ltda., p. 637-61, 1992.

APÊNDICE

GUIA DA ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA ESCALA DE AVALIAÇÃO

PARA DEPRESSÃO DE HAMILTON (17 ITENS)

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ADEQUAÇÃO SOCIAL

VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM LÍNGUA PORTUGUESA