

“TIRE-ME DESTA, MAS DAQUI NÃO ME DEIXE SAIR!” HOSPITALISMO: REFLEXÕES SOBRE O DRAMA DA (CO)DEPENDÊNCIA EM INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

RESUMO

Este artigo visa desenvolver uma compreensão do fenômeno do hospitalismo pela perspectiva da socionomia – sua definição, fatores sociodinâmicos que facilitam sua ocorrência e recursos sociátricos como forma de tratamento. O hospitalismo, como condição social, grupal e individual que se manifesta em cenário institucional, caracteriza-se pela ênfase numa relação entre quem tem dificuldades (dependente, inadaptado, impotente) e quem sabe como administrar as dificuldades (codependente, onipotente). Na condição de sistema fechado em ambiente hospitalar, papéis são vividos de forma enrijecida por pacientes – no caso psiquiátricos –, familiares e técnicos. Sociodrama institucional, grupo temático de desligamento e acompanhamento terapêutico são apresentados como recursos para a superação do fenômeno, com ganhos para a equipe técnica, pacientes, familiares e comunidade.

PALAVRAS-CHAVE

Hospitalismo; psiquiatria; codependência; acompanhamento terapêutico; sociodrama.

ABSTRACT

This article aims to develop a comprehension of the phenomenon of hospitalism from a socionomic perspective – it’s definition, sociodynamic factors that facilitate its occurrence and sociatry as a possible treatment resource. The hospitalism, as a social, group and individual condition which manifests itself in the institutional setting, features a relationship among those who have difficulties (dependent, inadequate, impotent) and those

who know how to manage the difficulties (codependent, omnipotent). As a closed system in the hospital setting, roles are experienced in a non-flexible way by psychiatric patients, family, and the staff. Institutional sociodrama, thematic group of detachment and therapeutic attendance are presented as resources to overcome the phenomenon, with gains for the staff, patients, families and the community.

KEYWORDS

Hospitalism; psychiatry; co-dependence; therapeutic attendance; sociodrama.

INTRODUÇÃO

Este artigo propõe-se a desenvolver uma leitura socionômica do hospitalismo (síndrome em que o paciente e o hospital desenvolvem uma relação de codependência), sua caracterização, algumas configurações que facilitam seu surgimento e alguns recursos sociátricos que podem combatê-lo. Para tal, utiliza-se a teoria de Jacob Levy Moreno, contribuições de autores socionomistas pós-morenianos e outros, além da experiência do autor com a socionomia, a psiquiatria e o acompanhamento terapêutico. Trata-se, ainda, de uma adaptação do trabalho realizado como exigência para o título de psicodramatista didata pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP).

Hospitalismo pode ser definido como a "somatória de prejuízos que o ser humano adquire pelo fato de permanecer internado num hospital que tem em conta sua condição de enfermo, mas marginaliza os determinantes de sua unidade estrutural biopsicossocial" (Greco, 1998, p. 312).

Pela perspectiva da socionomia, no hospitalismo o indivíduo tem o hospital como principal cenário de sua vida social e, portanto, sua rede sociométrica é fraca e vulnerável. Um *status* de "paciente crônico" revela o histórico da predominância do papel de "doente" e "paciente" em suas relações, com provável baixa variedade de papéis desempenhados e um baixo índice de espontaneidade. Sua necessidade é ser auxiliado na construção de uma rede sociométrica em contextos diversificados, ampliando seu átomo social, para que o hospital ocupe importância secundária em sua vida (Gulassa, 2006).

A codependência é uma condição emocional, psicológica e comportamental que envolve o dependente e o codependente numa relação de universo fechado mal-adaptada, compulsiva e resistente a mudanças (Zampieri, 2004). Esta, na circunstância do hospitalismo, torna a manutenção da melhora adquirida pelos pacientes associada à sua permanência no hospital, sem que eles tenham – nem tampouco desenvolvam – uma estrutura social adequada (átomo social saudável), que sustente os benefícios adquiridos com sua frequência na instituição, para depois que recebam alta. Um indicador da ocorrência do hospitalismo é a recorrência do fenômeno da *síndrome da porta giratória* (SPG), em que o paciente-usuário parece bem, mas ao receber alta sofre deterioração no quadro geral num curto período (meses, semanas ou dias), tornando-se necessária sua reinternação.

O hospitalismo sugere um questionamento: os papéis e características reforçados no paciente, durante sua permanência na instituição psiquiátrica, são coerentes com o que se espera na sua pós-internação?

Para responder a ele, entende-se ser necessária uma investigação de fatores que envolvem a dinâmica socioinstitucional facilitadora do hospitalismo. Após esta, apresentar-se-ão o grupo temático de desligamento, o sociodrama da equipe técnica e o acompanhamento terapêutico como auxiliares na readaptação da proposta terapêutica rumo à reabilitação do sujeito na sociedade.

FACILITADORES PARA A OCORRÊNCIA DO HOSPITALISMO

a) Falta de critérios objetivos para definição da alta

A alta deve ter um conceito claro para a equipe, e uma forma de tornar isto realidade é cotidianamente discuti-la em reunião geral para ser passada ao paciente e a familiares/responsáveis. Relutância por parte da equipe, pacientes ou familiares em aceitar a conversa aberta sobre o tema da alta pode ser um sinal de algum tabu, com custo para o tratamento e para todos os envolvidos.

Ao paciente que gosta da instituição e a frequenta por meses, às vezes anos, sem qualquer menção ou programação para alta, é facilitada a crença de que permanecerá ali eternamente. Sem a ajuda da equipe em conversas abertas, o usuário está sozinho para lidar com isso (sem impedimentos para fantasias de que o mundo é árido e perigoso, que se necessita de habilidades especiais – idealização – para enfrentá-lo, que a alta seria uma “punição” da equipe por algo de errado que fez).

A alta sem discussão também pode ser confundida, por pacientes e familiares, com “cura”. Alta é um termo originalmente utilizado pela medicina clássica com o significado de que o paciente “já pode ficar de pé”, a exemplo de um paciente que se submeteu a uma cirurgia. Pelo sentido da medicina clássica, alta e cura estão intimamente ligadas. Cura é um termo que sugere um significado de “extração da doença”, e, consequentemente, remoção dos sintomas. Tendo em vista que muitos quadros psiquiátricos não terão seus sintomas removidos completamente, o desafio não é tentar eliminá-los. Logo, entender-se-á a alta como a finalização de um ciclo de trabalho que envolve ampliação do átomo social e prevenção contra o isolamento social. Confundi-la com cura, ou eliminação de sintomas, no caso, associa-se a um afastamento da realidade.

Outro perigo de não se discutir a alta é compreendê-la como ruptura, o que facilita determiná-la por impulsividade. O raciocínio da alta como parte de um processo, pelo contrário, permite inclusive entendê-la através de graduações de vínculo – o que pode ser válido, principalmente em se tratando de portadores de transtornos psiquiátricos que poderão necessitar de algum apoio institucional pelo resto da vida.

b) Tratar o paciente como “paciente” (em oposição a “agente”)

Em geral, um sujeito que passa por instituição psiquiátrica chega à instituição por meio de uma internação na enfermaria (fase considerada crítica), passa por um quadro avaliado como fora de controle, oferecen-

do risco para si ou para terceiros, e permanece internado por tempo integral. Nesse período, o sujeito desempenha essencialmente o papel de “doente”/“usuário” do hospital. Passa a ser medicado por um psiquiatra da equipe, incumbido de seu caso. Estabilizado o quadro, é transferido para um regime de semi-internação – em que dorme em casa e participa do tratamento durante o dia (hospital-dia). Ele joga – aprendendo ou atualizando – o papel de paciente, com função organizadora mais versátil que o papel de doente e com atividades grupais intensivas (quando disponíveis), com profissionais da equipe técnica e seus colegas usuários. Quando este joga e domina o papel de paciente, é chegada a hora de uma socialização maior, de expansão para inclusão da comunidade em seu átomo social: o desafio é exercer um espectro mais amplo de papéis, cuja meta pode ser representada pelo papel de cidadão, associado em geral a um cacho diversificado e saudável.

O termo “usuário” indica um papel caracterizado por ênfase no vínculo com a instituição psiquiátrica. O termo “doente”, no caso associado à doença mental, é compreendido com ênfase no drama do indivíduo inadequado socialmente e em sofrimento psíquico. O termo “paciente”, consagrado pela medicina clássica e pelo senso comum, é aqui identificado em dois sentidos: (1) que enfatiza qualidades de passividade e paciência ao indivíduo, adequado, por exemplo, ao contrapapel de um médico cirurgião que espera do sujeito operado passividade e até inconsciência durante a operação; (2) que valoriza a condição psicodinâmica do sujeito e sua participação ativa e consciente no tratamento, adequado ao contrapapel de uma equipe interdisciplinar moderna, que investe nos seus potenciais de ação espontâneo-criativos, perdidos ou subdesenvolvidos.

A instituição deve coparticipar com o paciente (em seu segundo sentido) no processo de descoberta e desenvolvimento dos seus potenciais, evitando tomar decisões por ele que reforcem sua conduta passiva. A equipe não deve assumir postura de que é a única que sabe o que é melhor para o paciente e a família, pois reforçará neles os contrapapéis de ignorantes, passivos e impotentes. Sem a coparticipação de paciente, família e comunidade no processo, a equipe terá, entre outros, a dificuldade em achar o *timing* de alta. Se o papel tem a importância de formar, adaptar e desenvolver o eu social, o sujeito, reforçado na sua dimensão “paciente”, sofre expectativa de operar numa dimensão “agente” que não foi suficientemente treinada.

c) Isolamento da instituição perante a comunidade

Por maior e melhor que seja a instituição, ela deve cuidar para evitar uma percepção de autossuficiência, que desestimula investimentos significativos na integração na comunidade. A equipe assume uma responsabilidade e depois não dá conta de chegar a sua meta, mesmo porque não deveria fazer *todo o trabalho sozinha*. Os técnicos oscilam entre a onipotência e a impotência e reproduzem a família no papel de codependentes.

A vida social do paciente que busca saúde não deve ser concentrada na instituição, mas compartilhada com a família e especialmente com a

comunidade, para evitar dependência do tratamento. Concentrar os vínculos do paciente apenas no hospital significa reforçar a dificuldade do paciente em conseguir desenvolver alguma atividade que se torne mais importante que o próprio. A interface entre instituição e comunidade educa e demonstra, na prática, uma confiança de que setores da comunidade podem lidar com um indivíduo que é (ex)paciente psiquiátrico e vice-versa.

d) Trabalho em equipe multidisciplinar

Considere-se – com o processo de especialização do conhecimento por disciplinas e, com isso, da importância de estas se comunicarem – a *multidisciplinaridade* como a representação de apenas uma justaposição de várias disciplinas, em sistema pobre de troca e comunicação entre elas; a *interdisciplinaridade* como um esforço de correlação entre as disciplinas, visando à comunicação e compreensão profunda de cada uma delas, com linguagem comum, mas sem perda de precisão terminológica; e a *transdisciplinaridade*, como resultado desse esforço, com transcendência das disciplinas para sistemas abertos e com fronteiras móveis (WEIL *et al*, 1993).

No dia a dia da instituição, é na reunião geral que usualmente a equipe técnica tem a oportunidade de definir coletivamente os rumos de cada tratamento, podendo proporcionar sensação de grande aprendizagem e satisfação para os envolvidos, quando há uma atmosfera de respeito e troca. Caso contrário, entre outras perdas, baixo índice de espontaneidade entre os próprios técnicos da instituição certamente ressoará nos pacientes. Portanto, *todos* os técnicos devem se sentir confortáveis para se expressar e contribuir com o seu ponto de vista e de sua área disciplinar. Essa universalidade de vozes dificulta que algum aspecto do tratamento seja negligenciado ou passe despercebido.

Os profissionais, por vezes, se relacionam de maneira estereotipada. Na sociodinâmica desses subgrupos, uma “equipe contratada”, por exemplo, frequentemente tende a reforçar o *status quo*, e a “equipe não-contratada” (os estagiários e os voluntários), um desejo de mudança. Neste caso, a “equipe contratada”, com seu espaço garantido, tem o desafio permanente de aprender a ceder espaço, e a “equipe voluntária”, o desafio permanente de conquistá-lo. A “equipe contratada” pode exercer prática ambígua, em que nem integra a “equipe não-contratada” nem a rechaça explicitamente. A “equipe voluntária”, por sua vez, desarticulada, pode se manifestar intermitentemente, permanecendo silenciosa ou paralisada mais tempo do que gostaria.

Outra circunstância que pode dificultar a expressão espontânea de técnicos envolvidos é o perfil medicocêntrico (com prestação de serviço centralizada na figura do médico). Alguns hospitais têm a legitimidade institucional do médico tão desproporcionalmente grande que a expressão da perspectiva de outros técnicos pode ficar condicionada à boa vontade do primeiro. Se a “equipe contratada”, principalmente os seus médicos, é a única que invariavelmente se sente confortável para se expressar livremente e com garantia de respeito por sua opinião, a tendência é que as ideias

circulem menos e fiquem concentradas em poucas pessoas – restringindo a visão compartilhada e conjunta das diferentes formações profissionais envolvidas. A comunicação, neste caso, não estará além da multidisciplinaridade, o que empobrece a equipe de recursos para lidar com os desafios de coparticipação com o paciente na sua recuperação.

PROPOSTAS PARA SE LIDAR COM O HOSPITALISMO

a) Acompanhamento terapêutico (AT)

O *setting* determinado por um contrato terapêutico e não por um delimitamento físico torna o acompanhante terapêutico um candidato natural da instituição a focar-se na vinculação psicológica e geofísica do paciente em espaços fora do hospital e do ambiente familiar. A inserção de novos atores e cenários supera a delimitação rígida de um sistema fechado que caracteriza a codependência e, dentro do possível, viabiliza a cocriação de papéis sociais que não estejam associados à concepção de doença.

Alguns autores identificam importantes funções do AT:

1. Ser modelo de identificação: Nas situações do cotidiano, o paciente pode observar e assimilar diferentes maneiras de agir e reagir com base no comportamento do acompanhante (Martin, 1998).

2. Função de espelho: Propiciar ao paciente um desenvolvimento de avaliação e crítica dos próprios comportamentos e vivências (Martin, 1998).

3. Ego-auxiliar: Promover no paciente o desenvolvimento de funções egóicas na organização de seu dia a dia (Martin, 1998).

4. Reintegrar o paciente à sociedade: Promover a participação ativa e responsável do paciente no contexto de sua vida, desenvolvendo novos papéis sociais (Martin, 1998).

5. Favorecer o desenvolvimento de perspectivas pessoais e profissionais: Compreender mecanismos que atrapalham o paciente em seu desenvolvimento, outros que expandem seu potencial criativo, com o intuito de elaborar projetos pessoais e metas que resultem em um maior bem-estar do paciente (Martin, 1998).

6. Intervenção no meio familiar: Compreender, a partir de sua posição privilegiada *in situ*, características da dinâmica familiar que reforçam a patologia do paciente (Martin, 1998).

7. Ampliar a visão da equipe interdisciplinar: Trocar sistematicamente informações clínicas sobre o paciente, ouvindo e contribuindo com outros profissionais, no intuito de aprimorar estratégias de intervenção terapêutica (Martin, 1998).

8. Conter o paciente: Acompanhar, dando suporte aos sentimentos do paciente, como num “agasalho humano” (Mauer e Resnizky *apud* Freitas, 2003).

9. Representar o terapeuta: Ajudar o paciente a “metabolizar” as interpretações do terapeuta (Mauer e Resnizky *apud* Freitas, 2003).

10. Facilitador: Preparar para um processo psicoterapêutico (Cenamo e Cagna, 1991).

11. Sensibilizar a comunidade para a realidade do acompanhado: Investir diretamente na rede de relações do paciente, buscando *multipli-*

car os egos-auxiliares, ou desenvolver *egos-auxiliares multiplicadores* na comunidade. Ou, ainda, *mediar instituições*, no sentido de aproximar a instituição hospitalar com outros grupos operativos organizados da comunidade que sirvam de matrizes de egos-auxiliares para um ou vários pacientes (Gulassa, 2006).

b) Grupo temático de desligamento

A criação de um grupo temático de desligamento pode ser a ferramenta necessária para conversar e lidar em grupo com a cena temida do paciente, que, eventualmente, lhe causa paralisação – o luto anunciado de sua alta. Se tensão gera movimento e equilíbrio gera estabilidade no sistema (Zampieri, 2004), a alta, como realidade geradora de ansiedade em pacientes acomodados, associada a um apoio grupal, reflexão e oportunidade de cocriação de um planejamento e ação gradual para lidar com um futuro realista sem o hospital, pode gerar mobilização saudável e terapêutica de busca de outras referências sociais.

Os temas, que se referem a dificuldades de socialização, como a conquista de amigos, namoradas(os) ou parceiras(os) amorosas(os), trabalhados em grupo atingem mais usuários-pacientes. A boa comunicação do grupo com a instituição deve facilitar uma previsibilidade maior do momento da alta por meio de discussões e determinações ocorridas entre ambas instâncias, evitando a imprevisibilidade da ocorrência da alta. Evita-se com isto que o paciente invista somente na manutenção de seu quadro no hospital, sem ganhos extras, pelo benefício de postergar sua saída do setor.

Objetivos sugeridos para o grupo tematizado:

- Tornar rotineira a discussão da alta dentro do grupo e da instituição.
- Tornar os usuários do grupo coautores na elaboração de seu processo de alta do hospital.
- Minimizar os efeitos do hospitalismo (dependência e codependência institucional) e da síndrome da porta giratória (reinternação logo após a alta).

Compreende-se que a utilização da metodologia sionômica, com suas técnicas de ação e sensibilização, como a concretização, maximização, utilização de objeto intermediário e tantas outras, além do próprio psicodrama clássico, gera uma repercussão profunda nos pacientes, o que possibilita ao sujeito levar efeitos de sua experiência no grupo para ambientes da vida fora dali.

Sugere-se ao grupo empregar qualquer dos procedimentos da socionomia, permitindo, assim, característica polimorfa – ora de cunho socioeducacional (como a explicação do que é uma “conversa”, diferente de uma “palestra” ou de um “monólogo”), ora *role-playing* (por exemplo, como chamar um amigo para sair), ora grupo de discussão (exercício de se expressar e ouvir o outro), ora ato psicoterápico (percepção de impedimentos pessoais, de “como eu lido com o mundo, com os outros e comigo mesmo”), ora de diagnóstico sionômico (reiterando, por exemplo, a perpetuação ou diminuição de hospitalismo).

A psicoterapia em grupo em si oferece um elemento a mais em relação à psicoterapia individual: o *processo psicodinâmico*. Isto é, no grupo, o indivíduo pode trazer e reproduzir mais efetivamente seu universo social, e

ser tratado a partir desse universo. O fenômeno de *princípio da interação terapêutica* permite que cada membro do grupo também possa desempenhar a função de agente terapêutico nos outros (Moreno, 1999).

Pessoas que treinam bastante um determinado papel tendem a desempenhá-lo satisfatoriamente em ambiente tenso. Papéis sociais diversos devem sempre ser treinados pelo paciente psiquiátrico para que estejam desenvolvidos o suficiente para suportar o momento de transição que a alta da instituição representa.

A realidade da alta deve ser trazida como palpável, calcada na realidade, com questionamentos como: “Estar bem como? Trabalhando com o quê? Com um bom relacionamento com quem? O que falta para chegar a isto? O que você está fazendo para atingir este objetivo?”.

O investimento em atividades extra-hospitalares deve-se iniciar o quanto antes para que haja um aprendizado processual, em que, aos poucos, se comece a lidar com as questões da sociedade.

É também importante o esclarecimento de que o passado (anterior ao desenvolvimento de sintomas do quadro psiquiátrico) não voltará, e que, independentemente disso, um presente e futuro satisfatórios podem ser desenvolvidos.

c) Sociodrama Institucional

Qual a disposição geográfica dos profissionais na reunião geral da instituição? Desconfortos são verbalizados? Se a funcionalidade dos papéis está associada ao seu grau de espontaneidade e de saúde, qual o grau de espontaneidade que os técnicos atingem? Pensando em redes de apoio em momentos de instabilidade nas transições, a instituição deve ajudar a família e o paciente; o sociodrama, ao técnico e à instituição.

Sociodramas podem aprimorar a comunicação e o bem-estar entre técnicos para benefício e eficiência do serviço. No sociodrama utilizam-se a formação de imagens, pedidos de solilóquios, duplos, espelhos, realidade complementar e tantos outros recursos como forma de explicitação de possíveis mal-estares e busca de soluções criativas.

As sessões de sociodrama geram mudanças significativas na rotina do hospital, no intuito de buscar soluções adequadas para algo que esteja se tornando um desconforto. O método psicodramático torna a verdade mais evidente do que a realidade manifesta. Com isto, uma constatação de centralização do poder, por exemplo, pode mobilizar elevação democrática no setor institucional. A busca da corresponsabilidade, ou seja, lidar com a interdependência de forma construtiva, em detrimento da codependência, é fundamental.

O alcance do sociodrama será delimitado pela frequência e sistemática de sua ocorrência. A dificuldade em apresentar autoimagem e ansiedade acerca da intimidade, características do codependente (Zampieri, 2004), talvez possam explicar a não-continuidade e ruptura da utilização sistemática do sociodrama como método sociátrico de tratamento de equipe que produz hospitalismo na instituição. A interrupção do sociodrama limita a possibilidade de conscientização das transformações necessárias para a correalização de uma reabilitação mais plena dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O HOSPITALISMO E SOCIONOMIA

Parafrazeando os contextos do psicodrama, o hospitalismo seria como um “aprisionamento” do paciente no contexto grupal (com suas interações, costumes e normas grupais), impedido ou incapaz de se lançar ao drama da vida em contexto social, podendo ou não dispor do contexto psicodramático como instrumento sociátrico de ajuda.

Considerando os instrumentos do psicodrama, é como se, no hospitalismo, o foco estivesse rigidamente num único “cenário” – o hospital – com a “equipe técnica” na função de “unidade funcional” – direção e egos-auxiliares –, o paciente como o “protagonista” e a “família” adquirindo a função de “auditório”, que vê de fora e confere dramaticidade à ação dramática.

Se para Moreno (1999) cenas novas libertam cenas anteriores, o ambiente social também deve poder libertar o paciente do ambiente hospitalar e, para isto, é necessário construir uma coletividade sadia que retroalmente o homem sadio (interatividade terapêutica).

Moreno (1983) cita Corsini ao mencionar duas posturas terapêuticas: uma repressora, interpretativa, diretiva e analítica (com ênfase no terapeuta como alguém que sabe mais que o paciente); outra de característica não diretiva, receptiva e permissiva (que enfatiza o paciente como alguém com capacidade de autodirecionamento e responsabilidade social). A primeira postura reforça a condição de impotente que o paciente psiquiátrico já experienciou em contexto social/familiar.

Tanto no hospitalismo como na síndrome da porta giratória, poucos - ou nenhum dos - papéis jogados pelo paciente deixam de estar atrelados ao de “doente crônico dependente-institucional” – que adquire uma importância (pseudo) fundamental na sua vida por organizar sua existência em função da crença de que não existem outras escolhas. Essa condição é contracenada por técnicos da instituição e/ou familiares que confirmam a impotência e impossibilidade de autonomia dos pacientes ao lhes dizer o que fazer, quando e como devem receber alta. É como se familiares, pacientes e técnicos sustentassem uma *lógica afetiva de conduta*¹ (LAC) de Nery (2003), em que os pacientes e/ou familiares, por um lado, agissem segundo a afirmação: “Somos ignorantes e incapazes de lidar com a doença mental e o doente. Deem-nos aquilo de que precisamos”; e, por outro lado, os técnicos do hospital: “Sabemos o que é melhor para o sujeito doente e supriremos suas necessidades nesse sentido. Com nossa presença, vocês estarão bem”.

Com base no conceito de *complementar interno patológico*² (CIP) de Bustos (1980), percebe-se uma tendência do técnico assumindo uma posição pseudo-onipotente/pseudo-onisciente, em que na relação patológica direta o paciente complementa sendo o pseudoimpotente/pseudoignorante. Numa ação patológica reativa, o paciente pode tornar-se inoperante/desistente, ou seja, não buscar uma ação de autonomia nem acreditar que possa ser ajudado.

Com isto, o drama do término do serviço em questão – a alta – pode ser compreendido pela tendência da configuração do papel e contrapapel

(A) do paciente “abandonado/impotente” com o técnico “abandonador/impotente”; ou (B) do paciente “impotente” com o técnico “onipotente”, que tentará não abandoná-lo nunca; ou, ainda, (C) do técnico que percebe o drama histórico da sensação de abandono na alta e busca criar uma proposta alternativa no presente para transformação do conflito, desvincilhando-se do CIP.

Tanto a LAC de Nery como o CIP de Bustos revelam uma relação de codependência. Zampieri (2004) descreve os codependentes (no caso, técnicos da instituição) como quem produz um falso espelho que mostra a falsa fragilidade dos dependentes (no caso, pacientes e familiares), impedindo-os de sair de sua condição e garantindo-lhes homeostase. O técnico cuidador-controlador investe na emancipação e na autonomia, mas ao mesmo tempo contrainveste com medo da perda de controle. Desenvolve-se capacidade de sobrevivência, mas sem capacidade de desvinculação saudável. A mudança é vista como ameaça. É como a gestação de uma criança que nunca nasce. Moreno (*apud* Zampieri, 2004) já dizia que traumático é não nascer, já que nascer é uma decorrência do processo natural da vida.

Podemos compreender melhor o fenômeno do hospitalismo, da SPG e o movimento de busca de superação destes a partir da leitura sociodinâmica das fases da matriz de identidade – vivida não apenas pelo indivíduo, mas também pelos grupos no seu processo de desenvolvimento.

Sabemos que na primeira fase da matriz de identidade, de indiferenciação, não há discriminação entre interno e externo, entre psíquico e ambiente (Volpe, 1982). No hospitalismo, é possível perceber indícios da fixação nesta fase quando membros do grupo de pacientes, de familiares e de técnicos entendem que o bem-estar psíquico dos pacientes está condicionado ao ambiente do hospital. Com a fixação na primeira fase da matriz, deve-se estimular a autonomia da criança em relação ao desejo dos pais/outros (Naffah Neto, 1979). Um equívoco possível no hospitalismo – em que paciente “encarna” a função da criança e a equipe técnica “encarna” a dos pais –, ocorre quando a equipe técnica eventualmente define como se dará a alta do paciente unilateralmente, corroborando com a sua fixação nesta fase. As escolhas, nesse caso, fazem-se a partir do desejo da equipe, negando-se então a oportunidade de desenvolvimento da individualidade do paciente. Se a fixação na fase de indiferenciação pode, em casos extremos, gerar loucura e psicose, mantendo o sujeito renunciado de sua própria existência, veículo do drama familiar (Naffah Neto, 1979), no hospitalismo o sujeito, também renunciado de sua própria existência, torna-se veículo de um drama institucional.

O duplo é a técnica utilizada como estratégia auxiliar na elaboração desta primeira fase. Neste, o ego-auxiliar dá voz e auxilia no que o paciente não consegue perceber por si próprio. O duplo pode ser utilizado como recurso de cocriação para viabilização de um processo de inclusão social e uma alta bem-sucedida e realista. No caso, o grupo temático de desligamento e os acompanhantes terapêuticos podem buscar a função de egos-auxiliares, ao propor duplos e solilóquios, visando à exteriorização

da angústia, que é a alta para o paciente, e também dos desejos de como este quer estar inserido socialmente.

Na segunda fase, de reconhecimento do eu, existe discernimento entre proximidade/distância, relação e solidão (Volpe, 1982). Em nosso caso, pode-se trabalhar na instituição a discriminação entre os diferentes graus de distanciamento do paciente em relação ao hospital, desenvolvendo níveis distintos de vinculação de um com o outro. O paciente pode então, com ajuda de egos-auxiliares, experienciar esta graduação sob a forma de processo, em que a alta ocorra de um nível sutil até seu nível máximo possível, com a utilização cada vez menor dos equipamentos do hospital, concomitantemente com a intensificação gradual de sua presença em outros ambientes sociais.

Com a fixação na segunda fase, a criança sente-se dona do ambiente e tem problemas em encarar limites e dificuldades do mundo real, podendo tornar-se medrosa, irritada e sem espírito de luta (Fonseca Filho, 1980). Na instituição, os limites e dificuldades em relação ao mundo em sociedade fora do hospital não podem ser relegados apenas a uma discussão teórico-utópica, ou a uma prática experienciada no passado ou em futuro distante. Deve-se sistematicamente entrar em contato com as dificuldades, limites e busca de superação, focando-se na experiência atual e voltada para fora da instituição.

Em casos extremos, a fixação nesta segunda fase desenvolve a sensação de onipotência na criança, que acaba por ter delírios de poder e força (Fonseca Filho, 1980). O paciente, no caso, idealiza uma cura e a resolução de seus problemas, com remoção de sintomas e inclusão social/profissional de forma mágica. Em outras palavras, o paciente busca acreditar que terá sucesso em sua vida social, mesmo que não esteja investindo esforço neste sentido.

O espelho é a técnica utilizada como estratégia para auxiliar na elaboração desta segunda fase, proporcionando que o indivíduo perceba seu próprio comportamento e daí tire proveito terapêutico (Moreno, 1999). No entanto, a equipe por vezes corrobora para sua fixação nesta fase, ao refletir um espelho distorcido do paciente (por ex. por mensagens subliminares ou explicitamente pessimistas de “você não é capaz” ou, em outro extremo, de forma súbita, “você já está totalmente pronto para a alta”). Espelho distorcido é transferencial, não télico. Na busca de um espelho verdadeiro, o grupo de desligamento, o AT e métodos socionômicos muitas vezes podem revelar em reflexo a mensagem de “talvez ainda não esteja sendo investido muito esforço para socialização fora do hospital e preparação verdadeira para a alta”. Pode vir junto a isto um convite: “Vamos juntos lidar com isto?”.

Os indícios de fixação na primeira e segunda fases da matriz revelam um grupo de pacientes do hospital predominantemente fixado no que Moreno chamou de primeiro universo, ou seja, em etapas da matriz anteriores à discriminação entre fantasia e realidade. Vemos também que grupos (como a equipe técnica) que deveriam desempenhar a função de egos-auxiliares na passagem para o segundo universo, facilitando a dis-

solução da matriz de identidade institucional – processo de evolução saudável e natural –, acabam por vezes contribuindo para uma estagnação no processo, tornando-se de certa forma “egos-desauxiliares”. A instituição, que deveria ser promotora de saúde, acaba gerando doença, ou seja, torna-se uma instituição iatrogênica.

A ambiguidade investimento/contrainvestimento por parte dos técnicos da instituição prepara inadequadamente o paciente para a inevitável alta. O medo de piorar do paciente torna-se maior que a confiança em lograr sua autogerência. Uma imagem construída de que a alta gera consequências desastrosas tendencia a autorrealização da profecia. Ao presenciar e/ou fantasiar altas mal-sucedidas, o paciente passa a lutar para que a condição de hospitalizado não mude. O paciente, nesta circunstância, “escolhe” permanecer ao máximo na instituição, pois secretamente acredita que seja sua única escolha.

Como já disse Moreno, os problemas grupais demandam uma solução grupal. A intervenção terapêutica visa propor mudanças por meio de conscientizações em favor da individuação e da liberdade. É útil, então, criar redes de apoio que ajudem a criar suporte na instabilidade ou transição para a reformulação das estratégias da instituição para o cumprimento de seus objetivos (Zampieri, 2004). O grupo temático de desligamento serve como uma rede de apoio ao paciente na crise que a alta gera. O sociodrama também se apresenta como um suporte importante de melhoria da qualidade dos vínculos entre os técnicos da instituição psiquiátrica.

Métodos sacionômicos oferecem seu diferencial com técnicas que concretizam o conflito – tirando o verbal do patamar de forma única de expressão e usando o lúdico como um facilitador da espontaneidade criativa. Este pode ser usado para ajudar a identificar e diferenciar o que é do hospital, o que é do paciente, o que é da família, o que é do social, para sair da indiferenciação, na busca do reconhecimento do eu, visando ao reconhecimento do tu. Esse é um recurso valioso quando se trata de temas delicados como a alta e relações interdisciplinares.

O acompanhamento terapêutico (AT) considera a lei sociodinâmica, que busca tirar o paciente do isolamento social, como forma de aumentar as chances de ser bem-sucedido na vida. O grupo temático de desligamento (GTD) considera o processo psicodinâmico, que, em grupo, o indivíduo reproduz seu universo social, na busca de ajudar o paciente a encontrar recursos dentro de um grupo como oportunidade de crescimento psicológico e social. Tanto o AT como o GTD ou o sociodrama institucional valem-se do princípio da interação terapêutica, em que cada indivíduo pode exercer uma função terapêutica em outros, assim como cada grupo também pode influenciar terapeuticamente outros grupos.

CONCLUSÃO

O hospitalismo e a síndrome da porta giratória (SPG) são conceitos complementares em que um contextualiza a ocorrência do outro. No hospitalismo, o paciente depende do hospital como cenário/referência de manutenção psíquica e emocional. Na síndrome da porta giratória, o sujeito

pode até estar bem e sem sintomas aparentes, mas quando recebe a alta e perde o espaço/referência do hospital, sintomas de piora denunciam sua dependência e geram sua reinternação.

A extensa diversidade de abordagens, disciplinas e competências dos técnicos de uma instituição hospitalar sugere existência de plena criatividade em potencial, mas a codependência e o medicocentrismo, entre outros, podem tornar as fronteiras relativamente rígidas entre os papéis em jogo, reforçando uma espontaneidade insuficiente para deixar emergir o que precisa ser ajustado ou superado na instituição. Moreno descreve a situação de criatividade sem espontaneidade como a de um “criador sem braços” (Moreno, 1992).

Nas relações político-institucionais, a instituição pode assumir importância na vida do paciente e, o médico, importância na vida da instituição tal que pareça tornar-se o principal autor da história do paciente. O indivíduo que joga o papel de paciente deve ser mais autor de seu destino do que um médico ou qualquer outro indivíduo.

Os técnicos devem encarar sua tarefa como um “time de transição”, cuja meta é ser ego-auxiliar do paciente para uma passagem bem-sucedida da permanência em ambiente institucional fechado para a protagonização de sua história em ambiente social aberto.

Se nunca estamos plenamente saudáveis ou doentes, mas em níveis intermediários, a transformação gradual do nível de dependência do paciente para com a instituição facilitaria na aproximação do polo saudável. Índícios de fixação na primeira e na segunda fases da matriz de identidade socioinstitucional dificultam o desafio de servir ao paciente como matriz de desenvolvimento para novos papéis sociais saudáveis diversificados até ocasionar uma natural dissolução de si própria como matriz de identidade social.

A espontaneidade criativa associada a uma prática efetivamente interdisciplinar, que busca a transdisciplinaridade (e terapêutica em sua plenitude) facilita à equipe cocriar no aqui e agora respostas inovadoras para a estagnação no quadro dos pacientes que sofrem de hospitalismo.

O presente trabalho sugere que as chances de uma instituição superar o hospitalismo e a síndrome da porta giratória serão incrementadas quando esta:

- Oferecer serviço de acompanhamento terapêutico aos pacientes.
- Disponibilizar um grupo temático de desligamento.
- Discutir, planejar e construir uma alta como processo calcado na realidade.
- Cultivar a interdisciplinaridade e buscar a transdisciplinaridade.
- Definir com clareza o contrato com os pacientes e seus familiares, em especial os critérios de inclusão e finalização do processo de utilização do serviço pelo usuário.
- Reconhecer o usuário/paciente como coautor na elaboração de seu projeto de tratamento.

Veículo do drama familiar e institucional, o paciente deve superar a ótica médica e familiar que reforça seu papel sob a forma essencial de

role-taking (de paciente segundo a medicina clássica) para aprender a se interessar e a querer viver no contexto social. Falando em utopia sociométrica, o paciente precisa ser agente, escolher e ser escolhido por grupos sociais fora do âmbito hospitalar e familiar, e aprender a desenvolver seus próprios egos na comunidade, como o próprio Moreno (1997, p.53) afirma ter feito.

NOTAS

1 - *Lógica afetiva de conduta* é o aprendizado emocional derivado de experiências vinculares que orienta a dinâmica psicológica da pessoa a partir de expressões racionais mais ou menos conscientes (Nery, 2003).

2 - *Complementar interno patológico* é o comprometimento de relações em papéis com dinâmica semelhante à apreendida em papel primário vivido de maneira muito conflituosa, gerando comportamentos e emoções no indivíduo mais ligados ao passado (interno patológico) e menos ao vínculo real e atual (Bustos, 1980).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUSTOS, D. M. *O Psicodrama: Aplicação da técnica psicodramática*. São Paulo: Summus, 1980.

CENAMO, C. e CAGNA, M. O Acompanhamento Terapêutico como Recurso Auxiliar à Instituição Educacional Especial. *In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (org.) A rua como espaço clínico: Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, pp. 237-242, 1991.

FONSECA FILHO, J. S. *Psicodrama da loucura: Correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora, 1980.

FREITAS, A. P. O Espaço cênico da rua: Psicodrama e acompanhamento terapêutico com a terceira idade. *In: Revista Brasileira de Psicodrama*, São Paulo, v.11, n.1, pp.11-26, 2003.

GRECO, F. A Importância do Trabalho em Equipe no Hospital Psiquiátrico. *In: BETTARELLO, S. V. (org.) Perspectivas Psicodinâmicas em Psiquiatria*. São Paulo: Lemos Editorial, pp. 311-322, 1998.

GULASSA, D. C. R. *Articulações entre Saúde Mental e Psicodrama a Partir do Acompanhamento Terapêutico em Instituição Psiquiátrica*. Trabalho para obtenção do título de psicodramatista: SOPSP, 2006.

MARTIN, E. V. Acompanhamento terapêutico: Em busca de um conceito. *In: BETTARELLO, S. V. (org.) Perspectivas psicodinâmicas em Psiquiatria*. São Paulo: Lemos Editorial, pp. 261-269, 1998. MORENO, J. L. *Autobiografia*. São Paulo: Saraiva, 1997.

_____. *Fundamentos do Psicodrama*. São Paulo: Summus, 1983.

_____. *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. Campinas: Livro Pleno, 1999.

_____. *Quem sobreviverá? Vol. I* Goiânia: Dimensão, 1992.

NAFFAH NETO, A. *Psicodrama: Descolonizando o imaginário*. São Paulo: Brasiliense, 1979.

NERY, M. P. *Vínculo e afetividade: Caminho das relações humanas*. São Paulo: Ágora, 2003.

VOLPE, M. R. H. B. **A criança, sua doença e sua família:** A pesquisa da matriz de identidade através do psicodrama. Dissertação de Mestrado: PUC-SP, 1982.

WEIL, P. *et al.* **Rumo à nova transdisciplinaridade:** Sistemas abertos do conhecimento. São Paulo: Summus, 1993.

ZAMPIERI, M. A. J. **Codependência:** O transtorno e a intervenção em rede. São Paulo: Ágora, 2004.

Endereço:
Rua Monte Alegre, 428
cj. 76, Perdizes
São Paulo - SP
Tel: (11) 3442-5752
e-mail: danielgulassa@hotmail.com