

Marisa Almeida Araújo

A DOENÇA MENTAL E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Rio de Janeiro

2000

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO - UNI-RIO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS - CCH
ESCOLA DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE EDUCAÇÃO
DISCIPLINA MONOGRAFIA

Reitor: Pietro Novellino.

Decano: Maria Teresa Wiltgen Tavares da Costa Fontoura.

Diretor: Janeth de Oliveira Elias.

Chefe do Departamento: Sueli Barboza Thomaz.

Professor: Mônica Mandarino.

Marisa Almeida Araújo

A DOENÇA MENTAL E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA

MARISA ALMEIDA ARAÚJO

Trabalho de Conclusão de Curso

Curso de Pedagogia

A DOENÇA MENTAL E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso

2010

Trabalho de Conclusão de Curso

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

2010

A DOENÇA MENTAL E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA

MARISA ALMEIDA ARAÚJO

Monografia apresentada à Escola
de Educação da UNI-RIO, para a
obtenção do grau de bacharel em
Pedagogia

Professora Orientadora: Sandra Albernaz de Medeiros

RIO DE JANEIRO

2000

ARAÚJO, Marisa Almeida. A Doença Mental e a Educação Inclusiva. Rio de Janeiro:

Universidade do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Humanas, Escola de Educação, 2000,

100 p.

A658d Araujo, Marisa Almeida, 1976 - .

A Doença Mental e a Educação Inclusiva / Marisa
Almeida Araujo. - Rio de Janeiro, 2000.

100 f.

Monografia (graduação em Pedagogia) - Escola de
Educação, Universidade do Rio de Janeiro, 2000.

1. Educação Especial. 2. Doença Mental. 3. Educação
Inclusiva. I. Título.

CDD 371.9

CDU 376.4

DEDICATÓRIA

Ao Eterno Deus, o Supremo Senhor do Universo!
Ao meu pai, José Afonso de Araújo e a toda minha família, pelo apoio.
Ao meu amigo e irmão Emilio Alejandro Almonte Alcaraz,
pela confiança. A todos os meus irmãos e amigos.

1998

1998

AGRADECIMENTOS

À querida professora Sandra, que com tanta persistência soube conduzir-me neste trabalho.

À professora Sueli, que nos últimos instantes, aceitou ser minha "professora leitora".

À professora Mônica, pela paciência e pelas orientações.

*Se tudo fosse apenas UNO, não haveria universo.
Se tudo fosse apenas verso, não haveria universo.
Mas há universo porque uno e o verso, embora diferentes,
Não são contrários, mas harmonizados numa
fascinante complementariedade: unidade das
alteridades...o universo em mim pelo universo em si.*

Humberto Rohden - 1994.

SUMÁRIO

Resumo.....	08
Introdução.....	09
I. Doença Mental: Aspectos culturais, sociais e psicopatológicos.....	17
1.1. Algumas considerações relativas ao existir humano.....	17
1.1.1- A Cultura.....	17
1.1.2- O Homem.....	23
1.1.3- A Família.....	26
1.2. Comportamento Anormal.....	32
1.2.1- Doença Mental: um breve histórico.....	32
1.2.2- O Normal e o Patológico.....	35
1.2.2.1- Normal.....	37
1.2.2.2- Anomalia.....	38
1.2.2.3- Doença.....	41
1.2.3- A importância da análise das relações interpessoais na formação e ajustamento do próprio indivíduo	46
1.3. A Psicose Esquizofrênica.....	52
1.3.1- A origem do conceito da Psicose Esquizofrênica.....	53
1.3.2- Conceito da Psicose Esquizofrênica.....	55
1.3.3- Fatores psicossociais: a família e o meio dos esquizofrênicos.....	57
1.3.4- Sintomas e Formas da Psicose Esquizofrênica.....	60
1.3.5- Tratamento da Psicose Esquizofrênica.....	76
II. Doença Mental na escola: uma discussão necessária.....	78
2.1. A Inclusão.....	78
2.2. O papel da Escola.....	79
2.3. Uma discussão acerca da prática escolar.....	81
III. Conclusão.....	85
IV. Instituições.....	93
V. Referências Bibliográficas.....	97

RESUMO

O presente trabalho visa abordar a presença da doença mental na instituição escolar nos seus aspectos psico-sócio-culturais, a partir de referenciais teóricos da psicologia. Através do mesmo poderemos abordar as inter-relações familiares e suas conseqüências na dinâmica emocional do indivíduo. Tal pesquisa visa trazer a discussão ao corpo acadêmico o enfoque fenomenológico nas relações entre o educando e o profissional de educação. Os distúrbios mentais observados nos adolescentes só tardiamente vieram a se converter em objetos de investigação. Seu estudo livre foi obstaculizado durante séculos por teorias referentes a possessões diabólicas e bruxarias, por crenças relativas a pecados que teriam cometido seus pais. Além de dar assistência às crianças mentalmente enfermas, modestas e incipientes tentativas foram levadas a efeito em conventos, e que remontam ao século XVI. Hoje em dia há muitos estudos da Psiquiatria sobre as psicoses. Na área pedagógica deixa-se muito a desejar. Tais teorias não estão sendo discutidas, analisadas e construídas nos cursos de Educação - magistério/ licenciatura. Pretendo dar a minha contribuição ao corpo acadêmico do curso de Pedagogia procurando realizar algumas considerações a respeito das psicoses e de suas manifestações na escola. O que me levou a abordar o tema em evidência partiu da observação de que os profissionais da área de Educação tomem conhecimento a respeito da esquizofrenia, uma vez que há um número de pessoas cada vez maior com problemas de ordem psíquica. É preciso que este assunto, tão discutido pelos psicólogos, psiquiatras e médicos, seja também difundido para uma iniciação ao tema nos cursos de Educação. Quanto aos professores que irão lidar com os mais diversificados alunos, mostra-se vital pensar sobre a conceituação, características, sintomas e influências sócio-culturais que estão presente no fenômeno estudado. Além disso, percebe-se as grandes dificuldades que os professores enfrentam ao lidar com alunos psicóticos. O objetivo portanto, é discutir sobre a Doença Mental e as dificuldades que a instituição escolar tem ao enfrentar esta problemática. A metodologia empregada é a discussão teórica do ponto de vista fenomenológico a fim de que possamos entender um pouco melhor o doente mental e as dificuldades que surgem tanto por parte do aluno, como por parte dos professores, no processo de aprendizagem e em todo o ambiente escolar.

INTRODUÇÃO

Nós como educadores devemos considerar as necessidades do ser humano, já que vamos tratar com eles.

Segundo Erich Fromm (Bock, 1995, p.120) existem cinco necessidades específicas que se originam das condições da existência humana:

- a) *A necessidade de relacionamento: o homem sente-se só e isolado porque se separou da Natureza e dos outros homens. Ele, ao contrário dos animais, perdeu suas ligações de interdependência com a Natureza e, portanto, como homem isolado, não está instrumentado para enfrentar todas as condições da Natureza. Nesse sentido, necessita de relações humanas que assegurem o cuidado mútuo, a compreensão.*
- b) *A necessidade de transcendência: refere-se à necessidade humana de superar sua natureza animal, de poder realizar sua capacidade de raciocinar, imaginar, criar. O bloqueio dessa necessidade leva o homem a ser destruidor. Nesse sentido, o amor e o ódio são respostas à necessidade que o homem tem de superar sua natureza animal.*
- c) *A necessidade de segurança: diz respeito ao seu desejo de ser parte integrante do mundo e ter certeza quanto ao pertencimento a algum grupo. Esta necessidade é plenamente satisfeita, na criança pequena, pela relação gratificante com a mãe. A satisfação e a felicidade estão relacionadas à solidariedade e fraternidade que sente dos outros.*
- d) *A necessidade de identidade: o homem deseja ter sua própria marca, sua individualidade, ser original e diferente como indivíduo. A possibilidade de realizar seu potencial criador leva-o a desenvolver sua própria identidade no mundo. Quando é impedido disto, acaba por reproduzir o comportamento de outra pessoa ou grupo.*
- e) *A necessidade de orientação: o homem necessita de um quadro de referências para pautar sua conduta, para ter um modo consistente e estável de perceber e compreender o mundo e a si próprio.*

Essas necessidades, constitutivas do homem não foram criadas pela sociedade, mas são características da própria natureza humana. Porém as manifestações específicas dessas necessidades e o modo como o homem as realiza são determinadas pelas condições sociais objetivas em que ele vive.

A personalidade de cada um desenvolve-se de acordo com as "oportunidades" e condições que a sociedade oferece. Se a sociedade faz exigências contrárias à própria natureza humana - por exemplo, não lhe fornecendo as condições de se desenvolver enquanto espírito criador ou quanto a sua necessidade de segurança - , frustra e determina a alienação de sua condição humana. A intensidade e constância dessas condições adversas de vida podem levar o homem à conduta anti-social, à loucura ou a outros processos de autodestruição.

Neste sentido, Fromm afirma que

a sociedade está doente, se não consegue satisfazer as necessidades básicas do homem. Por outro lado, quando o homem se adapta às exigências interiores, podemos falar em ajustamento do indivíduo. Ajustamento, desta forma, não significa submissão pura e simples às exigências sociais, mas o exercício dos poderes pessoais que visam o desenvolvimento do indivíduo. Portanto ajustamento não significa conformidade (Bock, 1995, p.121).

AS DIVERSAS ABORDAGENS DA DOENÇA MENTAL

Segundo Ana Bock (1995, p. 298), *a doença mental é considerada como um produto da interação das condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo* (sua família, os demais grupos e as experiências significativas) e sua estrutura psíquica. As condições externas devem ser entendidas como determinantes ou desencadeadoras da doença mental ou propiciadoras e promotoras da saúde mental, isto é, da possibilidade de realização pessoal do indivíduo em todos os aspectos de sua capacidade.

❖ A ABORDAGEM DA PSIQUIATRIA CLÁSSICA

A Psiquiatria clássica considera os sintomas como sinal de um distúrbio orgânico. Isto é, doença mental é igual a doença cerebral. Sua origem é endógena, dentro do organismo, e, refere-se a alguma lesão de natureza anatômica ou distúrbio fisiológico cerebral. Fala-se, mesmo, na química da loucura. Nessa abordagem, algum distúrbio ou anomalia da estrutura ou funcionamento cerebral leva a distúrbios do comportamento, da afetividade, do pensamento. O sintoma apóia-se e tem sua origem no orgânico. Nesse sentido, *existem mapas cerebrais que localizam em cada área cerebral funções sensoriais, motoras, afetivas, de inteligência.* (Bock, 1995, p. 299).

Nessa abordagem da doença, os quadros patológicos são exaustivamente descritos no sentido de quais distúrbios podem apresentar. Por exemplo, a psicastenia é caracterizada por esgotamento nervoso, com traços de fadiga mental, impotência diante do esforço, inserção difícil no real, cefaléias, distúrbios gastrointestinais, inquietude, tristeza. E, finalmente, se a doença mental é simplesmente uma doença orgânica ela será tratada com medicamentos e produtos químicos. Ao lado da medicação, são usados também eletrochoques, os choques insulínicos e, em casos mais graves, o internamento psiquiátrico, para uma administração controlada e intensiva de medicamentos.

❖ A ABORDAGEM PSICOLÓGICA

A abordagem psicológica encara os sintomas e, portanto, a doença mental, como desorganização da personalidade. A doença instala-se na personalidade e leva a uma alteração de sua estrutura ou a um desvio progressivo em seu desenvolvimento. Dessa forma, as

doenças mentais definem-se a partir do grau de perturbação da personalidade, isto é, do grau de desvio do que é considerado como comportamento padrão ou como personalidade normal. Neste caso, as psicoses são consideradas como distúrbios da personalidade total, envolvendo o aspecto afetivo, de pensamento, de percepção de si e do mundo. As neuroses referem-se a distúrbios de aspectos da personalidade; por exemplo, permanecem íntegras a capacidade de pensamento, de estabelecer relações afetivas, mas a sua relação com o mundo encontra-se alterada.

❖ A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Husserl define a fenomenologia como uma ciência "eidética", ou seja, uma *ciência dos fenômenos da consciência*. O método científico-natural, tão amplamente utilizado em ciências naturais, preocupa-se em observar, descrever, estudar, catalogar ou sistematizar os fenômenos que observa. A fenomenologia, por sua vez, preocupa-se em *penetrar na essência dos fenômenos*, não se satisfazendo, apenas com sua descrição pelo modo como que se apresenta sensoperceptivamente ao observador.

Às ciências naturais interessa a observação e expressão de um fenômeno natural e a mais fiel reprodução percebida pelos sentidos e, a partir daí, melhor decompô-lo, estudá-lo, agrupá-lo, sistematizá-lo, submetendo todos estes processos à teoria do conhecimento (Moreira, 1986, p. 42).

Em contraposição, à fenomenologia interessa não o fenômeno em si mesmo, como o faz o método científico-descritivo, mas sim a sua verdadeira essência. Ao observar um determinado fenômeno psicopatológico, as ciências naturais se satisfazem, somente, em descrevê-los, enquanto a fenomenologia procura adentrar os significados mais íntimos para poder chegar à essência pura de suas manifestações, portanto, à sua verdadeira identidade.

Todo fenômeno, além de sua manifesta e expressa exteriorização (observável pelas Ciências Naturais), possui, também "*uma essência captável por uma visão imediata*" (Moreira, 1986, p.42). É, justamente, esta essência a que se pretende chegar, ao observar os fenômenos os mais variados.

❖ A DEFINIÇÃO DE PSICOPATOLOGIA

Campbell (1986) define a psicopatologia como o ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental - suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação. Entretanto, nem todo estudo psicopatológico segue, a rigor, os ditames de uma ciência *sensu strictu*. A psicopatologia, em uma acepção mais ampla, segundo Paulo Dalgalarrondo, pode ser definida como *o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. É um conhecimento que se esforça por ser sistemático, elucidativo e desmistificante.* (Dalgalarrondo, 2000, p.22). Como conhecimento que visa ser científico, não inclui critérios de valor, nem aceita dogmas ou verdades a priori. O psicopatólogo não julga moralmente o seu objeto, busca apenas observar, identificar e compreender os diversos elementos da doença mental. Ele rejeita qualquer tipo de dogma, seja ele religioso, filosófico, psicológico ou biológico; o conhecimento que busca está permanentemente sujeito a revisões, críticas e reformulações

O campo da psicopatologia inclui um grande número de fenômenos humanos especiais, associados ao que se denominou historicamente doença mental. São vivências, estados mentais e padrões comportamentais que têm, por um lado, uma especificidade psicológica, e têm também, por outro lado, conexões complexas com a psicologia normal (o mundo da doença mental não é um mundo totalmente estranho ao das experiências psicológicas "normais").

Karl Jaspers (Dalgalarondo, 2000, p.22), um dos principais autores da psicopatologia moderna, afirma que *esta é uma ciência básica, que serve de auxílio à psiquiatria, que é, por sua vez, um conhecimento aplicado a uma prática profissional e social concreta.*

Jaspers é muito claro em relação aos limites da psicopatologia: embora o objeto de estudo da psicopatologia seja o homem na sua totalidade, os limites da ciência psicopatológica consistem precisamente em que nunca se pode reduzir inteiramente o ser humano a conceitos psicopatológicos.

O domínio da psicopatologia, segundo ele, estende-se a *"todo fenômeno psíquico que se possa apreender em conceitos de significação constantes e com possibilidade de comunicação"*. (Dalgalarondo, 2000, p.22). Assim, a psicopatologia, enquanto ciência, exige um pensamento rigorosamente conceitual, que seja sistemático e que possa ser comunicado de modo inequívoco. Na prática profissional, entretanto, participam ainda opiniões instintivas, uma intuição pessoal que nunca se pode comunicar. Assim, a ciência psicopatológica é tida como uma das abordagens possíveis do homem mentalmente doente, mas não a única e exclusiva

Em todo o indivíduo oculta-se algo que não se pode conhecer, pois a ciência requer um pensamento conceitual sistemático, pensamento que cristaliza, que torna evidente, mas também que aprisiona o conhecimento. Quanto mais conceitualiza, afirma Jaspers, *"quanto mais reconhece e caracteriza o típico, o que se acha de acordo com os princípios, tanto mais reconhece que, em todo o indivíduo, oculta-se algo que não pode conhecer"* (Dalgalarondo, 2000, p. 22). Assim, a psicopatologia sempre perde, obrigatoriamente, aspectos essenciais do homem, principalmente nas dimensões existenciais, estéticas, ética e metafísicas.

❖ A PSICOPATOLOGIA MÉDICA X PSICOPATOLOGIA EXISTENCIAL

A perspectiva médico-naturalista trabalha com uma noção de homem centrada no corpo, no ser biológico como espécie natural e universal. Assim, o adoecimento mental é visto como um mau funcionamento do cérebro, uma desregulação, uma disfunção de alguma parte do "aparelho biológico". Já na perspectiva existencial, o doente é visto principalmente como "existência singular", como ser lançado a um mundo que é apenas natural e biológico na sua dimensão elementar, mas que é fundamentalmente histórico e humano. O ser é construído pela experiência particular de cada sujeito, na sua relação com outros sujeitos, na abertura para a construção de cada destino pessoal. A doença mental nessa perspectiva não é vista tanto como disfunção biológica ou psicológica, mas, sobretudo, como um modo particular de existência, uma forma trágica de ser no mundo, de construir um destino, um modo particularmente doloroso de ser com os outros.

❖ A PSICOPATOLOGIA COMPORTAMENTAL-COGNITIVA X PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

No enfoque comportamental, o homem é visto como um conjunto de comportamentos observáveis, verificáveis, regulados por estímulos específicos e gerais, bem como por certas leis e determinantes do aprendizado. Associada a essa visão, a perspectiva cognitivista centra atenção sobre as representações cognitivas conscientes de cada indivíduo. As representações conscientes seriam vistas como essenciais ao funcionamento mental, normal e patológico. Os sintomas resultam de comportamentos e representações cognitivas disfuncionais, aprendidas e reforçadas pela experiência sociofamiliar.

Em contraposição, na visão psicanalítica, o homem é visto como ser "determinado", dominado, por forças, desejos e conflitos inconscientes. A psicanálise dá grande importância aos afetos, que, segundo ela, dominam o psiquismo; o homem racional, autocontrolado, senhor de si e de seus desejos, é, para ela, uma enorme ilusão. Na visão psicanalítica os sintomas e as síndromes mentais são considerados formas de expressão de conflitos, predominantemente inconscientes, de desejos que não podem ser realizados, de temores a que o indivíduo não tem acesso. O sintoma é visto, nesse caso, como uma "formação de compromisso", um certo arranjo, entre o desejo inconsciente, as normas e as permissões culturais e as possibilidades reais de satisfação desse desejo. A resultante desse emaranhado de forças, dessa "trama conflitiva" inconsciente é o que identificamos como sintoma psicopatológico.

❖ A PSICOPATOLOGIA BIOLÓGICA X PSICOPATOLOGIA SOCIOCULTURAL

A psicopatologia biológica enfatiza os aspectos cerebrais, neuroquímicos ou neurofisiológicos das doenças e sintomas mentais. A base de todo transtorno mental são alterações de mecanismos neurais e de determinadas áreas e circuitos cerebrais. Em contraposição, a perspectiva sociocultural visa estudar os transtornos mentais como comportamentos desviantes que surgem a partir de determinados fatores socioculturais, como a discriminação, a pobreza, a migração, o estresse ocupacional, a desmoralização sociofamiliar, etc. Os sintomas e síndromes devem ser estudados, segundo tal perspectiva, no seu contexto eminentemente sociocultural, simbólico e histórico. É nesse contexto de normas, valores e símbolos culturalmente construídos que os sintomas recebem seu significado e, portanto, poderiam ser precisamente estudados e tratados. A cultura é elemento fundamental na própria determinação do que é normal ou patológico na constituição dos transtornos e nos repertórios terapêuticos disponíveis em cada sociedade.

I. DOENÇA MENTAL: ASPECTOS CULTURAIS, SOCIAIS E PSICOPATOLÓGICOS

1.1 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO EXISTIR HUMANO

1.1.1- A CULTURA

Margaret Mead afirmava que a cultura é o "*conjunto de formas de comportamento adquiridas, peculiares a um grupo de indivíduos ligados por uma tradição comum e transmitidas através da educação*" (Huisman, 1982, p.7). Não existe portanto sociedade "inculta", pois a cultura designa todos os modos coletivos da existência de qualquer sociedade.

O termo cultura designa senão os comportamentos adquiridos e transmitidos pela educação. A cultura é o que se acrescenta à natureza.

O homem é o único ser vivo que possui uma história, ele é ao mesmo tempo um inventor e um herdeiro.

Tudo que está relacionado com a cultura traz a marca da diversidade e da relatividade, pois os sistemas de valores são próprios de uma determinada cultura (Huisman, 1982, p.22).

Marilena Chauí (1994, p. 294) define em termos antropológicos, que a *cultura* tem três sentidos principais:

- a) *criar a ordem simbólica da lei, isto é, de sistemas de interdições e obrigações, estabelecidos a partir da atribuição de valores a coisas (boas, más, perigosas, sagradas...), a humanos e suas relações (diferença sexual e proibição do incesto, fertilidade, diferença de autoridade, etc.) e aos acontecimentos (significado da guerra, peste, fome, nascimento, morte...).*

b) *criar uma ordem simbólica da linguagem, do trabalho, do espaço, do tempo, do sagrado e do profano. Os símbolos surgem tanto para representar quanto para interpretar a realidade, dando-lhe sentido pela presença do humano no mundo;*

c) *Também a cultura é um conjunto de práticas, comportamentos, ações e instituições pelas quais os humanos se relacionam entre si e com a Natureza e dela se distinguem, agindo sobre ela ou através dela, modificando-a. Este conjunto funda a organização social, sua transformação e sua transmissão de geração a geração.*

Em sentido antropológico, fala-se de *culturas*, pois a lei, os valores, as crenças, as práticas e instituições variam de formação social para formação social. Além disso, uma mesma sociedade, por ser temporal e histórica, passa por transformações culturais amplas e, sob esse aspecto, antropologia e história se completam, ainda que os ritmos temporais das várias sociedades não sejam os mesmos, algumas mudando mais lentamente e outras mais rapidamente.

FOUCAULT em seu livro *Doença mental e Psicologia* (1975, p.71-72) traz importante contribuição quando afirma que *"a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal"*. Como exemplo temos: Lowie, estudando os índios Crow, cita um deles que possuía um conhecimento excepcional das formas culturais de sua tribo; mas era incapaz de enfrentar um perigo físico; e nesta forma de cultura que só oferece possibilidade e valoriza apenas condutas agressivas, suas virtudes intelectuais levavam-no a ser encarado como um irresponsável, um incompetente e finalmente um doente". "Assim como são favorecidos", diz Benedict, "aqueles cujos reflexos naturais são mais próximos deste comportamento que não existe na sua civilização".

Segundo Paulo Dalgarrondo (2000, p. 237) o universo cultural onde o indivíduo desenvolveu-se e socializou-se traz consigo um conjunto de valores, símbolos, atitudes, modos de sentir, de sofrer, enfim formas de organizar a subjetividade, que são fundamentais na constituição do sujeito, das suas relações interpessoais e de seu adoecer.

O ser humano deve ser compreendido em suas dimensões básicas: a sua constituição e o seu funcionamento biológico (natureza) e o conjunto de experiências interpessoais, sua história e contexto social no qual vive e foi formado (cultura).

Para o antropólogo Clifford Geertz (Dalgarrondo, p. 237), cultura é um *padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.* Ele cita o seguinte exemplo, que parece bem elucidativo: Consideremos dois garotos piscando rapidamente o olho direito. Em um deles, esse é um tique involuntário; no outro, é uma piscadela conspiratória a um amigo... Assim, esse último, o piscador, executou duas ações - contrair a pálpebra (ato neurológico) e piscar (ato cultural) - enquanto o que tem um tique nervoso apenas executou um ato neurológico. Contrair as pálpebras de propósito, quando existe um código público no qual agir assim significa um sinal conspiratório, é piscar; um gesto pleno de história e significado, um sinal de cultura.

Desde a década de 70, os pesquisadores em psicopatologia têm se interessado vivamente pela relação entre os transtornos mentais e a cultura. Tem sido descritas determinadas "síndromes culturalmente relacionadas", ou seja, determinados quadros sintomáticos que ocorrem em apenas certos grupos culturais. Tais síndromes seriam "próprias" e circunscritas a apenas alguns grupos culturais e, de alguma forma, resultariam de

repertórios comportamentais específicos para se lidar com o sofrimento, característicos de cada cultura (Leff, 1988).

Os diferentes modos de representação do sofrimento mental que cada cultura desenvolve tem sido objeto de interesse da psicopatologia, bem como a linguagem das emoções (padrões de expressão de afetos, termos e vocábulos característicos para designar este ou aquele estado afetivo, etc.) e os processos simbólicos de "cura" e formas de tratamento popular para o sofrimento mental e o desvio comportamental (Kleinman, 1988).

Recentemente tem crescido o interesse pela identificação da influência que variáveis socioculturais exercem sobre a frequência, a constituição e as formas de manifestação das diversas síndromes psicopatológicas. As variáveis mais estudadas têm sido: migração e urbanização recente, pobreza, filiação religiosa e religiosidade, assim como a violência e criminalidade. Os pesquisadores têm investigado em que grau os transtornos mentais "clássicos" (depressão, esquizofrenia, fobias) variam de um contexto cultural para o outro. As comparações têm sido feitas principalmente entre dois pólos básicos: o das sociedades industrializadas e o das sociedades rurais ou semi-rurais:

1. Sociedades industrializadas (por exemplo, países da Europa Ocidental e da América do Norte) imersas na cultura da "modernidade". Nessas sociedades predominam a família nuclear, pouca influência da religião e da tradição sobre os valores e atitudes dos indivíduos, maior nível escolar, simetria de poder nas relações homem-mulher e nítida separação entre o domínio da vida privada e o da vida pública.
2. Sociedades "tradicionais", rurais ou semi-rurais (por exemplo, países africanos, determinadas áreas nos países asiáticos, da Oceania e da América Latina), imersas na cultura da "tradição", nas quais predominam a família extensa, forte influência da religião

sobre decisões pessoais e sobre a subjetividade, baixa escolaridade formal, assimetria de poder nas relações homem-mulher e interpenetração do domínio privado e do público.

No quadro que apresentarei a seguir citarei de forma resumida, segundo Dalgarrondo (2000, p.238-239), algumas síndromes relacionadas à cultura, observadas por diversos psicopatólogos em diversas culturas.

Diferença do padrão de transtornos e sintomas mentais em diferentes culturas

Transtorno mental	Sociedades Industrializadas	Sociedades rurais
Depressão	<p>Predominam:</p> <p>Humor triste, delírios de ruína, redução da auto-estima, idéias de culpa, auto-acusação.</p>	<p>Predominam:</p> <p>sintomas somáticos (cefaléias, "corpalgia"), agitação psicomotora, confusão mental, sintomas histéricos.</p>
Esquizofrenia	<p>Pior prognóstico. Mais sintomas afetivos, principalmente depressão. Formas clássicas (paranóide, hebefrênica, simples).</p>	<p>Melhor prognóstico. Mais alucinações visuais e auditivas. Mais vozes que comentam a ação. Delírios místicos, hipocondríacos, com ancestrais.</p>
Anorexia nervosa	<p>Mais freqüente em sociedades urbanas, ricas e ocidentais.</p>	<p>Rara em sociedades rurais e pobres.</p>
Histeria	<p>Menos freqüente em países como a Inglaterra e a Escandinávia.</p>	<p>Mais freqüente em sociedades não-industrializadas e nos países árabes.</p>

Neste sentido, devemos considerar que o ser humano está inculcado numa determinada cultura, seja no seu aspecto micro, que é a cultura familiar, ou no macro, relacionado à cultura do grupo social (costumes, crenças, enfim nos aspectos: social, econômico, político, religioso, intelectual, artístico...) a que se está inserido com as influências pertinentes da sociedade de onde vive.

1.1.2- O HOMEM

Segundo Bock (1995, p.169) *O Homem é um ser sócio-histórico*. E é nesta visão que o educador deve entender o ser humano.

Segundo Karl Jaspers (1973, p.12), "os limites de um psicopatologista consistem em jamais poder reduzir inteiramente o indivíduo humano a conceitos psicopatológicos, quanto mais reconhece e caracteriza o típico, o que se acha de acordo com os princípios, tanto mais reconhece que, em todo indivíduo, se oculta algo que ele não pode conhecer".

O objeto da psicopatologia é o fenômeno psíquico anormal. Pretende-se saber o que os homens vivenciam e como o fazem.

"Conhecer a emvergadura das realidades psíquicas. Investigar as vivências humanas e as condições e causas de que dependem os nexos em que se estruturam, as relações em que se encontram, e os modos em que, de alguma maneira, se exteriorizam objetivamente" (Jaspers, p.13).

O homem não pode ser concebido como um objeto com propriedades mas como *ser no seu mundo, como uma totalidade de mundo interior e mundo ambiente*; ele não é um ser estático e definitivo, mas um *vir-a-ser, um desenvolvimento, diferenciação, nada de definitivo e acabado, uma evolução* (Jaspers, p.17). Não há nenhuma teoria em que se possa apreender, como um acontecimento objetivo, toda a sua realidade. Por isso a atitude científica

fundamental é estar aberto para todas as possibilidades de investigação empírica. É resistir a toda tentativa de reduzir o homem, por dizê-lo assim a um denominador comum.

Assim, já a própria existência somática não pode ser investigada adequadamente como um corpo anatômico de funções fisiológicas num espaço qualquer. Só é possível investigá-la de forma adequada como um modo de vida no seu ambiente, para o qual foi construída e se realiza numa adaptação ao mundo de sua percepção e de sua ação. Toda essa vida originária, na forma de existência com e num mundo próprio, se mantém presente também no ser do homem, mas é ampliada em suas dimensões através *da estruturação e elaboração conscientes* do homem em seu mundo e, principalmente, pelo *saber próprio do homem de seu ser* no mundo (Jaspers, 1973, p.18).

No livro *Psicopatologia Geral*, Karl Jaspers (1973) trata de como se pode apreender a totalidade da vida psíquica. Vê-se a pessoa individual no seu todo, refletindo sobre a unidade da doença em seu diagnóstico, a constituição que tudo sustenta, e a biografia em cujo contexto geral se revela todo ser individual. Considera-se também a vida psíquica anormal na história e do ponto de vista sociológico. O homem não é simplesmente natural, mas um ser cultural.

"Em seu conteúdo e em sua forma, os fenômenos psíquicos mórbidos dependem e agem sobre a esfera cultural. Põem-se em exercício a visão histórica da realidade humana. E dentro de uma perspectiva filosófica, chega-se ao todo do ser humano, onde as totalidades específicas (sejam biológicas, sociológica, cultural...) são relativas. Sempre o homem é algo mais do que se pode conhecer" (Jaspers, 1973, p.64).

Fica evidente que tal concepção considera o homem uma unidade, é a totalidade das relações possíveis entre os fatos que se podem investigar que determinarão uma maior compreensão do homem.

A medicina somática ocupa-se com o homem sob o aspecto, apenas, de *ente natural*, investigando-lhe e pesquisando-lhe o corpo tal qual se tratasse de um corpo de animal. A

psicopatologia depara, constantemente, o fato de o homem ser, além disso, um *ente cultural*. Se o homem tem, de um lado, suas predisposições somáticas e psíquicas por efeito da herança, é, de outro lado, no entanto, pela tradição, apenas, que adquire sua vida psíquica real; tradição que o atinge pela sociedade. É só pelo que aprendemos, pelo que adquirimos, pelo que imitamos, pela nossa educação e pelo nosso ambiente que, afinal vimos a ser homens, psiquicamente (Jaspers, 1973, p. 861).

A tradição, tal qual a vida inteira do homem, realiza-se em comunidade. O indivíduo encontra sua realização, sua atitude e significado, sua tarefa, por intermédio da comunidade em que vive. Suas tensões com a comunidade são uma das origens pelas quais se podem compreender os distúrbios psíquicos. A cada momento, o homem sente a presença atuante de sua comunidade. Se esta se faz consciente, racionalizada, organizada e conformada, fala-se em sociedade.

Jaspers, em seu capítulo sobre a *Psique Anormal na sociedade e na História*, afirma que "*análise das condições sociais e históricas em que os homens vivem mostra que os fenômenos psíquicos mudam com a alteração dessas condições*" (1973, p.861).

1.1.3- A FAMÍLIA

Um dos objetivos deste capítulo é focar as relações familiares, bem como suas repercussões emocionais na vida do homem.

A família deve ser vista numa abordagem complexa, levando em conta seus aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais, nos quais está inserida. Além disso, ela representa uma instituição e como tal, está em franca mutação.

Do ponto de vista social, a família é um grupo de duas ou mais pessoas relacionadas por sangue, matrimônio ou adoção que residem juntas. Socialmente, espera-se que a família dê educação, proteção e possibilite o desenvolvimento da personalidade de seus filhos, exigindo, portanto, maior responsabilidade do casal enquanto pais, do que enquanto cônjuges.

Segundo Ackermann: *"la familia debe tambien aceptar dentro de ella las condiciones de las ligaduras biológicas básicas de hombre y mujer y de madre y hijo"* (1971, p.37).

A família como instituição é o produto de sua própria evolução. É uma unidade flexível que se adapta sutilmente às condições de vida que dominam em um lugar e tempo dados. No cenário contemporâneo a família está mudando seu papel com uma velocidade acelerada, se ajustando a novos valores, a uma crise social que caracteriza nosso período histórico.

Para o indivíduo a família é um subsistema estrutural que, ao mesmo tempo tem uma unidade própria, deve estar ligada a outros subsistemas da mesma sociedade.

Segundo Ackermann:

"Así la familia moldea la clase de personas que necesita para llevar a cabo sus funciones, y en este proceso cada miembro reconcilia su condicionamiento pasado con las expectativas de su rol actual. Es claro que este proceso es continuo, porque la identidad psicológica de una familia cambia con el tiempo y dentro del marco de este proceso a veces cada miembro llena y otras veces, dentro de ciertos límites, altera activamente estas expectativas del rol" (1971, p. 40).

O grupo familiar como instituição proporciona aos seus componentes um "holding" (Winnicott, 1982) que lhes possibilita o desenvolvimento enquanto indivíduos e elementos com uma função para esse mesmo grupo. Desta forma, os laços existentes entre os membros de uma família são permeados pelo desejo e a necessidade compartilhada por todos de manutenção dos vínculos que os une e os preserva juntos.

"Atualmente, a compreensão de que na infância está a base para a saúde mental e, finalmente, para maturidade em termos do adulto que pode identificar-se com a sociedade, sem perder o sentido de sua importância pessoal", segundo Winnicott. (1982, p. 210).

A estabilidade da família e de seus membros dependem de um padrão sutil de equilíbrio e intercâmbio emocional. Cada membro influi na conduta de todos os outros. Conseqüentemente, um desvio na interação emocional de uma pessoa na família, alterará os processos de interação nos outros familiares.

Na relação triangular, um dos membros pode unir ou fragilizar a unidade psíquica dos outros dois. A enfermidade emocional pode integrar ou desintegrar a relação familiar. A enfermidade emocional de um membro pode complementar a do outro ou ter efeitos antagônicos.

Uma crise na vida da família pode ter efeitos profundos e de grande alcance na saúde mental da família e de seus membros individuais.

Segundo Mannoni, "A criança é quem suporta inconscientemente o peso das tensões e interferências da dinâmica emocional, sexual inconsciente de seus pais, cujo efeito de contaminação mórbida é tanto ou mais intenso quanto maior é o silêncio e o segredo que guardam sobre elas" (1980, p.15).

Bleger, em seu livro *Psicohigiene y Psicología Institucional* conceitua família como: "En otros términos, y de acuerdo con investigaciones realizadas con familia como: *"En otros términos, y de acuerdo con investigaciones realizadas con el método del psicoanálisis clínico, decimos que la familia se caracteriza fundamentalmente por el establecimiento de una simbiose y personalidad de todos sus integrantes"*. (1974, p. 148).

Fazendo um paralelo entre a família e a doença mental, a "loucura" é uma fuga da ordem pré-estabelecida, que conduzirá o indivíduo a um mundo fragmentado, porque vivido como puramente real, onde não teria um lugar seu, sendo que uma das saídas poderá ser a morte.

Segundo Bowlby (1995), dentre os mais significativos avanços da psiquiatria acha-se a crescente comprovação de que a qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida é de importância vital para a sua saúde mental futura. O que se acredita ser essencial à saúde mental é que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou mãe substituta permanente - uma pessoa que desempenha, regular e constantemente, o papel de mãe para ele), na qual ambos encontrem satisfação e prazer. Uma criança precisa sentir que é objeto de prazer e de orgulho para a sua mãe, assim como a mãe necessita sentir uma expansão de sua própria personalidade na personalidade de seu filho. O bebê precisa sentir que pertence à sua mãe, esta tem necessidade de sentir que pertence a seu filho e somente quando este sentimento é satisfatório é que pode se dedicar ao filho. É esta relação complexa, rica e compensadora com a mãe, nos

primeiros anos, enriquecida de inúmeras maneiras pelas relações com o pai e com os irmãos e irmãs, que se julga, atualmente, estar na base do desenvolvimento da personalidade e saúde mental. Os efeitos perniciosos da privação materna variam de acordo com o grau da mesma. A privação parcial traz consigo a angústia, uma exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e depressão. Uma criança pequena, ainda imatura de mente e corpo, não pode lidar bem com todas estas emoções e impulsos. A forma pela qual ela reage a estas perturbações em sua vida interior poderá resultar em distúrbios nervosos e numa personalidade instável. A privação total tem efeitos de alcance ainda maior sobre o desenvolvimento da personalidade, e pode mutilar totalmente a capacidade de estabelecer relações com outras pessoas.

É a mãe quem alimenta e limpa a criança, quem a mantém aquecida e quem a conforta. É a ela que a criança recorre quando se sente aflita. Aos olhos da criança pequena, o pai desempenha um papel secundário, e seu valor cresce apenas à medida que a criança se torna mais capaz de arranjar-se sozinha. Não obstante, os pais têm sua utilidade mesmo para os bebês. Eles não apenas dão condições materiais para que suas esposas possam dedicar-se sem restrições aos cuidados do bebê, como também, através de seu amor e companheirismo, dão apoio emocional à mãe ajudando-a a manter um clima de harmonia e satisfação, no qual o bebê se desenvolve.

A criança pequena não é um organismo capaz de vida independente e, por isso, necessita de uma instituição social especial que a ajude durante o período de imaturidade. Esta instituição social deve auxiliá-la de duas maneiras: primeiramente, ajudando-a a satisfazer suas necessidades imediatas, tais como alimentação, calor, abrigo e proteção; em segundo lugar, proporcionando-lhe um ambiente no qual possa desenvolver ao máximo suas capacidades

físicas, mentais e sociais, para poder lidar eficazmente, quando adulto, com o seu meio físico e social. Para tanto, é necessária uma atmosfera de afeição e segurança.

Todo indivíduo nasce num espaço falante tendo uma história que não se inicia com ele. Essa história vai ter fundamental importância para sua vida e é nesse espaço falante que o eu deve constituir-se.

Na constituição do eu é extremamente importante o discurso materno, já que funciona como porta-voz, inserindo a criança, pela primeira vez em discurso, bem como agindo como enunciador de leis e exigências do meio externo.

A mãe funcionará como mediador entre a criança e o mundo interpretando suas necessidades e transmitindo-lhe a imagem que tem da realidade. Para tal, a mãe utiliza sua própria "psique".

O meio familiar, "micro-meio" servirá de elo intermediário entre a "psique singular" e o "meio-psíquico ambiente", onde deverá existir condições necessárias para que este espaço ofereça ao eu um "habitat" adequado às suas exigências.

Ainda falando sobre família, Buscaglia (1993 , p.80) cita que

a família "embora seja em si mesma uma unidade social significativa, ela não vive em um vácuo social. Ela é, na verdade, uma parte de uma unidade social maior, a comunidade imediata e a sociedade total em que existe. Em uma certa perspectiva, trata-se de uma pequena cultura dentro de uma outra mais ampla, sobre a qual age e à qual reage. Qualquer ocorrência sociopatológica dentro da sociedade mais ampla também exercerá seus efeitos sobre a família e todos os seus membros."

O preconceito social, por exemplo, de parte da comunidade em relação a um ou todos os membros da família imporá seu peso a cada um. O preconceito pode ser dirigido à raça, cor,

religião, condição econômica, ao status social e até mesmo a diferenças físicas e mentais e se constituirá em uma força potente e influente no comportamento da família.

Todos esses fatores determinarão aquilo a que se refere a literatura psicológica como o tom ou clima emocional da família. Esse termo diz respeito à atmosfera sutil, porém em geral consistente, criada pela interação dos membros dentro da unidade familiar. O clima familiar, portanto, influencia o crescimento e o desenvolvimento de cada um dos membros.

A família assume um papel de apoio, compreensão e aceitação. Ela oferece um campo de treinamento seguro, onde as crianças possam aprender a ser humanas, a amar, a formar sua personalidade única, a desenvolver sua auto-imagem e a relacionar-se com a sociedade mais ampla e mutável da qual e para a qual nascem. Em graus variáveis, as famílias têm sucesso ou fracassam na tentativa de ajudar a criança na realização dessas funções vitais. Não obstante, a criança atingirá a idade adulta com ou sem esse aprendizado, e terá de lidar com os resultados. Talvez nunca consiga se ajustar à sociedade ou talvez adquira as habilidades necessárias mais tarde, as reaprenda ou desaprenda, dependendo das pressões de que é capaz ou está disposta a suportar no decorrer do processo à sua auto-realização.

A importância da família não pode ser minimizada, pois é neste campo seguro de experiências que os indivíduos aprenderão e comprovarão continuamente que, apesar de suas limitações, é-lhes permitido serem eles mesmos.

1.2 - COMPORTAMENTO ANORMAL

1.2.1- DOENÇA MENTAL: UM BREVE HISTÓRICO

Durante a antigüidade alguns estudiosos gregos, romanos e árabes, como Hipócrates (450-377 a.C.) e Platão (429-348 a. C.) já se preocupavam com os doentes mentais.

Na Idade Média, ignorou-se a orientação científica. A superstição e a crença na magia, alquimia e feitiçaria disputavam o grande poder da religião. Para combater o que considerava obra do demônio, a Igreja rotulou, arbitrariamente, os tipos específicos de comportamento como "pecaminosos", atribuindo tal comportamento à possessão do demônio, torturando os "possessos" num esforço para exorcizar o demônio de seus corpos.

Passaram-se séculos até que surgisse a idéia de tratar racional e humanamente os distúrbios de comportamento (séc.XVI), no mundo ocidental.

Aproximadamente no século XVII, o mundo da loucura, segundo Foucault (1975, p. 78)

"vai tornar-se o mundo da exclusão. Criam-se em toda a Europa estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda a espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de famílias dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração". É com este espírito que o governo abre, em Paris, o Hospital geral, com Bicêtre e la Salpêtrière: um pouco antes Vicente de Paula tinha feito do amigo leproso de Saint-Lazare uma prisão deste gênero, e logo depois Charenton, inicialmente hospital, alinhar-se-á nos modelos destas novas instituições".

Estas moradias não têm interesse médico algum; a pessoa não é tratada, o que se objetiva é tirá-la da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. O internamento é, sem dúvida, uma medida de assistência; as numerosas fundações de que ele se beneficia provam-no. Mas é um sistema cujo ideal seria estar inteiramente fechado sobre si mesmo: no Hospital geral, como nas Workhouses, na Inglaterra, que lhe são mais ou menos contemporâneas, reina o trabalho forçado; fia-se, tece-se, fabricam-se objetos diversos que são lançados a preço baixo no mercado para que o lucro permita ao hospital funcionar (Foucault, 1975).

Ainda, segundo Foucault, a obrigação do trabalho tem também um papel de sanções e de controle moral. É que, no mundo burguês em processo de constituição, um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser definido; não é mais o orgulho nem a avidez como na Idade Média; é a ociosidade. A categoria comum que grupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas (seja por sua culpa ou acidentalmente). A exclusão a que são condenados está na razão direta desta incapacidade e indica o aparecimento no mundo moderno de um corte que não existia antes. O internamento foi então ligado nas suas origens e no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social (1975).

Em meados do século XIX, um enérgico movimento de reforma em vários países exigiu que os distúrbios de comportamento fossem tratados como um sinal de "insanidade" ou doença mental. À medida que os conceitos de insanidade foram aceitos, os reformadores começaram a exigir condições mais humanas nos "hospícios", onde eram confinadas as pessoas

com distúrbios graves. Eram consideradas como animais e os meios de tratamento empregados os igualavam às feras, acorrentando-as e isolando-as.

O isolamento continuou sendo o fundamento do tratamento psiquiátrico, mesmo após Phillipe Pinel remover as cadeias dos pacientes de um hospital mental próximo de Paris, na tentativa de humanização daqueles.

O doente mental continuou sendo visto como portador de um mal incurável auto-gerado, e por isso, sujeito ao alijamento definitivo do convívio social.

A partir da Segunda Guerra Mundial, o hospital psiquiátrico amplia o conceito de objeto de intervenção terapêutica. Os hospitais psiquiátricos militares cotados representavam não só uma despesa de manutenção, mas também baixas significativas na frente de trabalho. Era imperioso que a permanência nos hospitais se tornasse mais rápida e eficaz.

Esta situação foi contornada através de duas experiências, na Inglaterra e nos Estados Unidos, que vão constituir uma nova direção para as mudanças de asilo.

A experiência inglesa esteve sob responsabilidade de Bion e Rickmann, médicos responsáveis pela direção do hospital militar que cuidava de cerca de quinhentos enfermos com diagnóstico de neurose. Limitados pela desproporção numérica entre médicos e enfermos para a realização de tratamentos individuais, resolveram transformar a estrutura do serviço. Distribuíram, então, o conjunto de internos em pequenos grupos de discussão e atividades com o objetivo de retirá-los da inércia. Através desta nova estrutura de serviço, multiplicou-se a eficácia, apesar de carência de médicos, passando os grupos a adquirir uma potencialidade terapêutica, assim como a atividade de trabalho.

A experiência americana esteve sob a direção do Doutor Menninger. Tornando-se responsável pelo serviço psiquiátrico americano, Menninger viu-se numa situação semelhante à de Bion e Rickmann, e como eles estabelecem uma estratégia para reintegrar o mais rápido

possível os doentes internados, às frentes de batalha. Portanto, o seu instrumento de trabalho também foi semelhante ao da experiência inglesa, que procura integrar os enfermos, onde se tinha um maior índice de altas e curas. Até então, não havia teorias em que se assentar, nem uma terminologia própria (Martinez, 1986).

1.2.2- O NORMAL E O PATOLÓGICO

Segundo Georges Canguilhem (1978, p. 34), a medicina, muito mais do que uma ciência propriamente dita, é uma técnica ou uma arte situada na encruzilhada de várias ciências. Assumindo uma posição eminentemente vitalista e antimecanicista, defende a tese de que os problemas das estruturas e dos comportamentos patológicos humanos serão mais facilmente compreendidos, não isoladamente, mas se tomados como um todo único. Os fenômenos patológicos seriam idênticos aos fenômenos normais correspondentes, sendo as variações de ordem unicamente quantitativa.

Segundo Broussais, "a distinção entre o normal e o fisiológico e o anormal ou patológico é uma simples distinção quantitativa, se se prender aos termos de excesso e falta. Esta distinção é válida para os fenômenos mentais, assim como para os fenômenos orgânicos. Ora, o estado patológico é o distúrbio de um mecanismo normal, que consiste numa variação quantitativa, numa exageração ou atenuação dos fenômenos normais, ora o estado doentio é constituído pelo exagero, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais" (Canguilhem, 1978, p.34).

Não existe estado normal completo, nem saúde perfeita. Isso pode significar que existem apenas doentes (...) mas isso também poderia significar que não existem doentes, o que não é menos absurdo.

A saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal. *"Raciocinando com todo o rigor, uma-norma não existe, apenas desempenja seu papel que é de desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência."* (Canguilhem, 1978, p. 54).

O fato patológico só pode ser apreendido como tal - isto é, como alteração do estado normal - ao nível da totalidade orgânica; e, em se tratando do homem, ao nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal. Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. (Canguilhem, 1978).

Segundo Leriche, a saúde é a vida no silêncio dos órgãos. A doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer. O estado de saúde para o indivíduo, é a inconsciência de seu próprio corpo. Inversamente, tem-se a consciência do corpo pela sensação dos limites, das ameaças, dos obstáculos à saúde. A noção de normal que se tem depende da possibilidade de infrações à norma. *"A saúde é positiva, mas não é primitiva, a doença é negativa mas sob a forma de oposição (perturbação) e não de privação"*. (Canguilhem, 1978, p. 67).

Leriche demonstra que o silêncio dos órgãos não equivale necessariamente à ausência de doença; *que existem no organismo lesões ou perturbações funcionais que, durante muito tempo são imperceptíveis para aqueles cuja vida tais perturbações estão colocando em perigo* (Canguilhem, 1978, p.68).

O que se encontra de comum aos diversos significados, hoje em dia ou antigamente, ao conceito de doença é o fato de serem um julgamento de valor virtual. Doente é um conceito geral de não-valor que compreende todos os valores negativos possíveis. Estar doente significa ser nocivo, ou indesejável, ou socialmente desvalorizado, etc. Inversamente, o que é desejado na saúde é evidente do ponto de vista fisiológico, e isso dá ao conceito de doença física um

sentido relativamente estável. Os valores desejados são "a vida, uma vida longa, a capacidade de reprodução, a capacidade de trabalho físico, a força, a resistência à fadiga, a ausência de dor, um estado no qual sente-se o corpo o menos possível, além da agradável sensação de existir" (Canguilhem, 1978, p. 93).

A tarefa que cabe a ciência médica é determinar quais são os fenômenos vitais, durante os quais os homens se dizem doentes, quais são as origens desses fenômenos, as leis da sua evolução, as ações que os modificam.

1.2.2.1 - Normal

O Dictionnaire de Médecine de Littré e Robin define normal (normalis, de norma, regra) que é conforme à regra, regular. O Vocabulaire Technique Et Critique de La Philosophie de Lalande define norma etimologicamente: já que norma significa esquadro - aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva num justo meio - termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser, e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável. Esse termo é, segundo Canguilhem, equívoco, designando ao mesmo tempo um fato e "um valor atribuído a esse fato por aquele que fala, em virtude de um julgamento de apreciação que ele adota" (Canguilhem, 1978, p. 95).

Esse equívoco foi facilitado pela tradição filosófica realista, segundo o qual toda generalidade é indicio de uma essência, toda perfeição, a realização de uma essência e, portanto, uma generalidade observável de fato adquire o valor de perfeição generalizada, um caráter comum adquire um valor de tipo ideal.

1.2.2.2 - Anomalia

Segundo o Vocabulaire Philosophique de Lalande, anomalia significa desigualdade, aspereza; *omalos* designa, em grego, o que é uniforme, regular, liso; de modo que anomalia é, etimologicamente, an-omalos, o que é desigual, rugoso, irregular, no sentido que se dá a essas palavras, ao falar de um terreno.

Portanto, Canguilhem afirma que

"a palavra anomalia jamais deveria ser tomada no sentido literal de sua composição etimológica. Pois não existem formações orgânicas que não estejam submetidas a leis. Nem toda anomalia é patológica, mas só a existência de anomalias patológicas é que criou uma ciência especial das anomalias que tende normalmente a banir, da definição da anomalia, qualquer implicação normativa" (Canguilhem, 1978, p.101).

Quando se fala em anomalias, não se pensa nas simples variedades que são apenas desvios estatísticos; mas nas deformidades nocivas ou mesmo incompatíveis com a vida, ao nos referirmos à forma viva ou ao comportamento do ser vivo, não como a um fato estatístico, mas como a um tipo normativo de vida.

A anomalia é a consequência de variação individual que impede dois seres de poderem se substituir um ao outro de modo completo.

"No entanto, diversidade não é doença. O anormal não é patológico. Patológico implica em pathos, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o patológico é realmente o anormal." (Canguilhem, 1978, p.106).

O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida privativamente e não positivamente. Por exemplo, aquele que não pode correr se sente lesado, isto é, converte sua lesão em frustração e, apesar daqueles que o cercam evitarem mostrar-lhe sua incapacidade - como quando

crianças afetuosas evitam correr em companhia de um menino "manco" - o enfermo sente muito bem à custa de que abstenções e de que repressão por parte de seus semelhantes qualquer diferença entre eles e o próprio enfermo é, aparentemente anulada. O que é verdade em relação à enfermidade é também verdade em relação a certos estados de fragilidade e debilidade, ligados a um desvio de ordem fisiológica. (Canguilhem, 1978).

Em resumo, a anomalia pode transformar-se em doença mas não é, por si mesma, doença.

O meio é normal pelo fato do ser vivo nele desenvolver melhor sua vida, e nele manter melhor sua própria norma. É em relação à espécie de ser vivo que o utiliza em seu proveito que um meio pode ser normal. Ele é normal apenas porque tem como ponto de referência uma norma morfológica e funcional.

O ser vivo e o meio, considerados separadamente, não são normais, porém é sua relação que os torna normais um para o outro. O meio é normal para uma determinada forma viva na medida em que lhe permite uma tal fecundidade e, correlativamente, uma tal variedade de formas que, na hipótese de ocorrerem modificações do meio, a vida possa encontrar numa dessas formas a solução para o problema de adaptação que, brutalmente, se vê forçada a resolver.

"Um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio." (Canguilhem, 1978, p.113). Em relação a qualquer outra forma da qual se afasta, esse ser vivo é normal, mesmo se for relativamente raro, pelo fato de ser normativo em relação a essa forma, isto é, desvalorizando-a antes de eliminá-la.

Distinguindo anomalia de estado patológico, variedade biológica de valor negativo, atribui-se, em suma, ao próprio ser vivo, considerando em sua polaridade dinâmica, a

responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença. Isto significa que, em matérias de normas biológicas, é sempre o indivíduo que se deve tomar como ponto de referência, porque, como diz Goldstein, determinado indivíduo pode se encontrar, "a altura dos deveres resultantes do meio que lhe é próprio", em condições orgânicas que, para um outro indivíduo, seriam inadequadas ao cumprimento desses deveres (Canguilhem, 1978, p. 144).

Portanto, "se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. No entanto, isso não nos leva à continuidade de um normal e de um patológico idênticos em essência - salvo quanto às variações quantitativas - a uma relatividade da saúde e da doença bastante confusa para que se ignore onde termina a saúde e onde começa a doença. A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente." (Canguilhem, 1978, p. 145).

Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe.

Por exemplo, animais cuja termorregulação perdeu toda sua flexibilidade habitual, incapazes de lutar por seu alimento ou contra seus inimigos, são normais apenas no ambiente de laboratório em que estão a salvo das variações brutais e das súbitas exigências de adaptação ao meio. Este normal, no entanto, não é chamado propriamente normal; já que, para o ser vivo não-domesticado e não-preparado experimentalmente, o normal é viver num meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis (Canguilhem, 1978).

Portanto, "devemos dizer que o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma." (Canguilhem, 1978, p. 146).

1.2.2.3 - Doença

O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa; a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes.

Goldstein notou em seus doentes a instauração de novas normas de vida por uma redução do nível de sua atividade, em relação com um meio novo, mais limitado. A redução do meio, nos doentes afetados por lesões cerebrais, corresponde à sua impossibilidade de responder as exigências do meio normal, isto é, anterior (Canguilhem, 1978).

Num meio que não seja extremamente protegido, esses doentes só teriam reações catastróficas; ora, não sucumbindo à doença, a preocupação do doente é escapar à angústia das reações catastróficas. Daí a mania de ordem, a meticulosidade desses doentes, seu gosto positivo pela monotonia, seu apego a uma situação que sabem poder dominar. O doente é doente por só poder admitir uma norma. O doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo.

Em outras palavras, "ser doente é ser limitado no sentido de não poder mais se adaptar às novas exigências do meio ou às normas propostas, tornando-se um ser apático, indiferente à vida, com sofrimentos psicológicos diante de novas propostas, ou permanecendo sempre em seu ambiente" (Canguilhem, 1978, p. 148).

O Frontispício do tomo VI da Encyclopédie Française, "L'être humain"(O Ser Humano), publicado sob a direção de Leriche, representa a saúde sob a forma de um atleta,

lançador de peso. Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas normal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais (Canguilhem, 1978).

"O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas." (Canguilhem, 1978, p. 158).

Os filósofos discutem para saber se a tendência fundamental do ser vivo é a conservação ou a expansão.

Goldstein observa que *"a preocupação mórbida em evitar as situações eventualmente geradoras de reações catastróficas exprime o instinto de conservação"* (Canguilhem, 1978, p. 161). Esse instinto, segundo ele, não é a lei geral da vida, e sim a lei de uma vida limitada. O organismo sadio procura sobretudo realizar sua natureza, mais do que se manter em seu estado e em seu meio atuais. Ora, isso exige que o organismo, enfrentando riscos, aceite a eventualidade de reações catastróficas. O homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações - às vezes súbitas - de seus hábitos, mesmo em termos fisiológicos, ele mede sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem.

O homem só se sente em boa saúde - que é, precisamente, a saúde - quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida.

"Para julgar o normal e o patológico não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa. Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas "afecções", mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou melhor, podemos sempre fazer alguma coisa e é neste sentido que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida." (Canguilhem, 1978, p. 162).

Para o homem, a saúde é um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo não se impõe nenhum limite.

A palavra "valere", que deu origem a valor, significa, em latim, passar bem. A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais. Conclui-se que o conceito de normal não é um conceito de existência suscetível, em si mesmo, de ser medido objetivamente. O patológico deve ser compreendido como uma espécie do normal, já que o anormal não é aquilo que não é normal, e sim aquilo que é um normal diferente.

"Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver" (Canguilhem, 1978, p. 188).

Afinal o que é ser uma pessoa normal?

Responder a isso significa dizer que determinadas áreas de conhecimento científico estabelecem padrões de comportamento ou de funcionamento do organismo sadio ou da personalidade adaptada. Esses padrões ou normas referem-se a médias estatísticas do que se deve esperar do organismo ou da personalidade, enquanto funcionamento e expressão.

Essas idéias ou critérios de avaliação constroem-se a partir do desenvolvimento científico de uma determinada área do conhecimento e, também, a partir de dados da cultura e do comportamento do próprio observador ou especialista, que nesse momento avalia este indivíduo e diagnóstica que ele é doente.

Os conceitos de normal e de patológico são extremamente relativos. O que numa sociedade é considerado normal, adequado, aceito ou mesmo valorizado, em outra sociedade ou em outro momento histórico pode ser considerado anormal, desviante ou patológico.

Os antropólogos têm contribuído enormemente para esclarecer essa questão da relatividade cultural do conceito e do fenômeno de normalidade.

A questão da normalidade acaba por desvelar o poder que a ciência tem de, a partir do diagnóstico fornecido por um especialista, formular o destino do indivíduo rotulado. Isso pode significar, por exemplo, não passar pela seleção de um emprego, perder a paternidade sobre os filhos, ser internado em um hospital psiquiátrico e, a partir disso, ter como identidade fundamental a de louco (Bock, 1995).

Franco Basaglia em *A Psiquiatria alternativa* diz que a doença, sendo uma contradição que se verifica no ambiente social, não é um produto apenas da sociedade, mas uma interação dos níveis nos quais nos compomos: biológico, sociológico, psicológico (Bock, 1995).

Há várias maneiras de se definir o comportamento anormal. Segundo Davidoff (1983, p. 591) são utilizados os seguintes critérios:

- a) *Funções cognitivas deficientes. Quando as capacidades intelectuais, tais como raciocínio, percepção, atenção, juízo, memória ou comunicação estão seriamente prejudicadas, a função tende a ser rotulada como "anormal".*
- b) *Comportamento social desviante. Os costumes sociais regulam a conduta em cada sociedade. Quando o comportamento se desvia muito desses padrões é provável que seja chamado de "anormal".*
- c) *Autocontrole deficiente. Embora nenhum ser humano tenha controle completo sobre o seu próprio comportamento, alguns indivíduos o fazem muito pouco. Quando isso chega ao extremo é considerado "anormal".*
- d) *Sufrimento. Sentimentos perturbadores, tais como angústia, raiva e tristeza, são normais e inevitáveis, porém são considerados "anormais" quando vividos de modo inadequado, causando sofrimento extremamente intenso ou persistente.*

De acordo com a concepção que tenho adotado, quando nestes critérios se fala de comportamento social aprovado, deve-se levar em conta que a definição de anormalidade psicológica depende de práticas culturais, onde muitos padrões sociais são artificiais e arbitrários. Por exemplo, comer terra (geofasia), é um ato aceitável em certas regiões da Sibéria, China, Japão, México, África e Estados Unidos (Davidoff, 1983). Esse comportamento pode ser causado por deficiências nutricionais. Porém, entre os Serer, grupo da África Ocidental, a compulsão geofágica em adultas que não estejam grávidas é considerada sintoma de uma terrível falha moral ou doença fatal. Quando a geofagia é aceita em determinada cultura, não há seqüelas psicológicas ou físicas. Entre os Serer, contudo, esta prática é associada a vergonha, angústia, desvio, tonteira, palidez, dor abdominal, fraqueza e falta de fôlego.

Pelos motivos acima, alguns profissionais de saúde mental, na qual concepção estou incluída, opõem-se veemente à rotulação de "anormal". Pois muitos da nossa sociedade, por exemplo, os não conformistas, os excêntricos, os rebeldes e críticos, os pobres e desprovidos de poder, passariam a ser considerados "doentes", isolados em instituições e sujeitos a tratamento. Na prática, evita-se o termo "anormal" e fala-se de comportamento inadaptado ou inadaptação. Esses termos indicam que a conduta desvia-se dos padrões considerados adequados para uma situação específica, sem contudo sugerir a existência de padrões absolutos.

1.2.3- A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA FORMAÇÃO E AJUSTAMENTO DO PRÓPRIO INDIVÍDUO

Tradicionalmente, o indivíduo desviante (aquele chamado de "anormal") tem sido encarado como uma pessoa que possui uma série de características intrínsecas, não saudáveis, diagnosticadas a partir de uma perspectiva médica ou psicológica, preocupada em distinguir o "sadio" do "não sadio". Assim, o mal estaria localizado no indivíduo, e geralmente considerado como um fenômeno endógeno ou hereditário.

Todavia, os estudos da antropologia, psicologia social e mesmo o trabalho de alguns psicólogos e psiquiatras (Foucault, Laing) têm, mais recentemente, salientado os aspectos sócio-culturais envolvidos na identificação destes grupos. O doente mental, passou a ser visto como o "desviante" de uma determinada cultura e sociedade.

A maior dificuldade para o estudo do comportamento humano é, sem dúvida, uma visão estanque e fracionada, que transforma a realização individual em algo independente da sociedade e da cultura e conduz a uma visão deformada da atividade humana.

A própria designação do grupo como "divergente", "anormal", para algumas características específicas, supõe que a sociedade seleciona certos atributos e normas, considerando-os desejáveis, e aqueles indivíduos que fogem aos padrões estabelecidos nestas normas são considerados divergentes e tratados como tais. Assim, por exemplo, não são considerados divergentes os sujeitos que apresentam uma extrema capacidade para estabelecer relações sociais.

Uma análise das atitudes sociais que são preponderantes para os indivíduos doentes mentais é fundamental para a compreensão do comportamento e ajustamento destes

indivíduos, assim como uma análise das condições do próprio indivíduo que determina uma resposta social específica.

a) *Segregações ou Discriminações*

Uma atitude que acreditamos ser primordial e fundamental em relação aos indivíduos com psicoses que se desviam do grupo por qualquer razão é a segregação ou discriminação. Os indivíduos são ou isolados ou tratados de forma diferente em suas relações interpessoais.

Esta atitude pode ter várias explicações;

"uma delas é que o indivíduo divergente, pela sua própria condição, constitui uma ameaça às normas e valores estabelecidos, e por este motivo os indivíduos comuns não sabem como se relacionar com o sujeito psicótico. As relações sociais com estes indivíduos são freqüentemente carregadas de ansiedade, embaraço e desconforto. Muitas vezes o afastamento do doente mental pode ser resultado da ansiedade gerada por conflitos internos inconscientes que, de alguma forma, levam a uma identificação com o sujeito incapacitado." (Amirarian, 1986, p. 40).

Para muitas pessoas, o contato com uma pessoa divergente constitui uma situação ambígua e, como dissemos, até uma experiência ameaçadora. Esta preocupação das pessoas comuns, sobre como tratá-lo, se deve ou não ajudá-lo, enfim, sobre como agir com o indivíduo diferente, é sentida pelo sujeito como uma atitude altamente discriminadora e rejeitadora.

Estes sentimentos causam no indivíduo desviante dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais, além de propiciarem mecanismos para procurar minimizar estas dificuldades. Por esta razão, com freqüência encontram-se entre os incapacitados atitudes de negação da própria incapacidade, com intuito de impedir estes preconceitos, esta rejeição social.

Em um grau mais acentuado, esta discriminação se transforma numa real segregação ou isolamento, seja no grupo primário, a família, seja na escola, clubes, em atividades sociais e profissionais. Esta atitude é apoiada pelo pressuposto de que os indivíduos divergentes não se beneficiam das condições propostas para a maioria das pessoas e por esta razão necessitam de local específico e protegido. Assim, as crianças retardadas mentais são colocadas em escolas especiais, os sujeitos doentes mentais ou delinquentes são isolados em hospitais.

Vários estudos sobre o desenvolvimento e aquisição de comportamentos tem-nos mostrado a importância do modelo para a aquisição do comportamento. Se as crianças aprendem com seus companheiros, colocar uma criança com distúrbios de conduta apenas com outras crianças com o mesmo problema tenderá a reforçar e manter tal comportamento. Da mesma forma, crianças doentes mentais que só podem experimentar o convívio com outras crianças doentes mentais apresentarão uma sempre crescente limitação em seu âmbito de experiências e conseqüentemente em sua capacidade intelectual.

Entretanto, esta parece ser uma atitude usual em nossa sociedade. O isolamento dos sujeitos divergentes tem aparecido como uma constante, assim como a proliferação das escolas especiais, em detrimento das classes vocacionais e de orientação para o trabalho. A assertiva teórica de que, na prática, os serviços especiais oferecem melhores condições para o atendimento dos sujeitos excepcionais reflete a condição socializante de nossa cultura, que dificilmente aceita com tranquilidade sujeitos que, por condições físicas, intelectuais ou sócio-emocionais, divergem dos padrões estabelecidos como os corretos pela nossa sociedade (Amirarian, 1986).

b) A rotulagem verbal

Uma outra condição estigmatizante usada pela sociedade, e que possui alto poder de desvalorização, é a rotulagem. A pessoa rotulada de doente mental ou como psicótica é identificada imediatamente como incompetente ou não atrativa, em resposta ao rótulo verbal que lhe é imputado.

Sem dúvida *"os rótulos compreendem juízos de valor sobre o sujeito, e sem dúvida dificultam a integração social"* (Amirarian, 1986, p.41).

A rotulagem verbal é um hábito generalizado e utilizado freqüentemente em situações sociais, e serve como proteção para o observador contra erros eventuais na inter-relação pessoal.

A identificação das pessoas pela sua categoria profissional é muitas vezes útil num contato inicial, da mesma forma que a indicação da facção política à qual pertence é válida para um político. Estas formas de identificação pessoal pela sua categoria têm por objetivo a facilitação das relações sociais. Em relação aos doentes mentais, todavia, isto em geral é carregado de conotação negativa, apesar de servir algumas vezes para prevenir um tratamento inadequado.

Entretanto, o maior problema da rotulagem é a generalização excessiva. Em decorrência disto, os indivíduos perdem a sua identidade pessoal, e só são reconhecidos pelo rótulo verbal que lhes foi imputado. Desta forma Fernando, um jovem que cursa a 2ª série do 2º grau, é alto, extrovertido, dinâmico e tem uma psicose, passa a ser simplesmente um "doente mental" e todas as suas outras características pessoais passam a ser secundárias.

Beatrice Wright (1960) denominou esta generalização de "efeito de difusão", isto é, *"o rótulo compõe toda a personalidade do sujeito, partindo-se do principio de que ele é*

diferente das pessoas normais em todos os aspectos, independentemente da incapacidade específica diagnosticada" (Amirarian, 1986, p. 42).

Em inúmeras situações sociais, a rotulagem do indivíduo excepcional tem trazido muito mais dificuldades do que facilidades. É do conhecimento geral as limitações de colocação profissional encontrada pelos indivíduos desviantes. O rótulo traz ao empregador uma ligação imediata com o conceito de incompetência, mesmo que a pessoa já tenha, em outras ocasiões, demonstrado capacidade de realização satisfatória em atividades que se propôs a desempenhar.

c) Incapacidade e Inferioridade

Uma outra condição socialmente comum e que traz implicações significantes para o ajustamento de sujeitos desviantes é a confusão generalizada entre os termos incapacidade e inferioridade.

Na maioria das vezes, estas duas palavras são usadas como sinônimos e utilizadas indiscriminadamente com o mesmo significado. Todavia, a busca de uma compreensão mais cuidadosa destes termos mostra diferenças essenciais entre eles. Beatrice Wright define a incapacidade como *"uma lesão objetivamente definida de uma estrutura ou função"*, e a inferioridade como *"a resultante do efeito da incapacidade em si e das relações pessoais e sociais sobre a capacidade funcional do sujeito"* (Amirarian, 1986, p.43).

A pessoa é incapacitada quando, por acidente, doença ou problemas de desenvolvimento, apresenta uma lesão estrutural ou funcional, e é inferior quando se sente menos adequada do que as outras.

A inferioridade relaciona-se a uma determinada situação, e uma incapacidade torna-se inferioridade quando o indivíduo dela portador é percebido pelo grupo cultural e por si mesmo como menos capaz e menos adequado.

Uma pessoa com características normais pode sentir-se inferiorizada por motivos não patentes às outras. Um garoto que não possui aptidões esportivas pode sentir-se inferiorizado em uma cultura que espera do jovem um tipo atlético e características competitivas. Uma jovem com traços comuns pode sentir-se irremediavelmente inferiorizada quando comparada a uma bela irmã.

Estes sentimentos têm valores primordiais para o ajustamento do indivíduo e sem dúvida são decorrentes da concepção da sociedade sobre o que é desejável ou não, e dos valores predominantes em cada cultura.

Hoje, a grande disseminação da comunicação de massa - TV, rádio, jornais, etc. - ajuda a manter e perpetuar estes valores sociais, o que torna cada vez mais difícil para o indivíduo divergente manter um auto conceito positivo e uma auto-estima satisfatória.

Pelo que vimos no decorrer de todas estas situações sociais que estigmatizam o indivíduo, podemos concluir que, muitas vezes, o simples fato de eles serem sujeitos divergentes causam a eles maiores dificuldades do que o prejuízo orgânico ou psicológico em si.

1.3 - A PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA

A principal forma de psicose, pela sua frequência e importância clínica, é a esquizofrenia. E um dos objetivos do trabalho é conceituá-la. Citarei algumas definições da psiquiatria, a fim de que tenhamos um quadro de ordem médica, mas que considero não ser um manual de regras ou um "rótulo" a que devemos seguir, pois um aluno pode ter tais sintomas em algum momento de sua vida, mas não ser tido como "esquizofrênico".

Segundo Huisman (1982), o esquizofrênico tem o espírito (phren) separado, cortado (schizo) do mundo. Ele perdeu todo o contato com o real, com outrem. Ele está como que emparedado num mundo exterior onde ninguém pode alcançá-lo (autismo). É notável que a enfermidade geralmente se inicia por uma redução da afetividade, um quase desaparecimento dos sentimentos, uma indiferença do enfermo com relação a tudo o que o cerca.

De acordo com Linda Davidoff (1983), os distúrbios esquizofrênicos são estados psicóticos enigmáticos que ocorrem no mundo todo. O psiquiatra suíço Eugen Bleuler introduziu em 1911 o termo esquizofrenia (do grego "dissociação da mente") *"para caracterizar os pensamentos e emoções fragmentados, por vezes contraditórios, dos afetados por aquele distúrbio"* (Davidoff, p. 610). Muitos psicólogos consideram que a síndrome se define pela perturbação do pensamento. Estima-se que 50 % dos internos em hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos são diagnosticados como esquizofrênicos e que em cada 100 americanos um terá esse problema em determinado período de sua vida.

1.3.1- A ORIGEM DO CONCEITO DA PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA

Foi E. Bleuler que introduziu a denominação esquizofrenia, segundo o qual *"as perturbações mais elementares da doença consistiam numa falta de unidade, numa divisão do pensar, do sentir, do querer e da sensação subjetiva da personalidade"* (Schulte, 1981, p. 164).

Segundo Walter Schulte não foi comprovada uma causa única e exclusiva da esquizofrenia, mas sim uma série de fatores. Nenhum desses fatores explica por si só o surgimento de uma esquizofrenia. Num mesmo doente pode-se reconhecer a atuação de vários fatores etiopatogênicos parciais - como os fatores hereditários, bioquímicos, psicorreativos e etc. Enfim, há uma *"gênese multifatorial"*. (Schulte, 1981, p. 183).

Entre as condições etiopatogênicas do processo esquizofrênico, Henry Ey (1992, p.537) cita *"condições biopsicológicas do processo mórbido, tais como: herança, dados tipológicos e caracterológicos, e também os fatos que têm um valor etiopatogênico entre os dados biológicos e os fatores sociais"*. Lembrando que todas estas considerações devem ser vistas do ponto de vista "dialético" das relações entre o *ser* e o *meio*, das trocas incessantes pelas quais se faz o desenvolvimento individual que se estrutura por seu meio, sabendo-se que a patologia da pessoa esquizofrênica remete a anomalias e acidentes evolutivos da personalidade cuja trajetória se desenvolve em função desta dupla coordenada. Considera-se, portanto, o aspecto multidimensional da etiologia das doenças mentais em geral e a impossibilidade de reduzir a esquizofrenia em particular a qualquer um de seus fatores orgânicos ou psicossociais.

A evolução das esquizofrenias não é determinada somente pelas leis da própria doença. Constituem fatores determinantes também a intensidade do tratamento inicial, sobretudo a

assistência psicoterapêutica nas fases psicóticas agudas e medidas somatoterapêuticas e sócio-terapêuticas sistemáticas prolongadas após o declínio do surto agudo. A estabilidade de uma remissão depende em grande parte das condições de vida, sobretudo das relações humanas do doente. Muitas recaídas não são surtos mórbidos, mas descompensações situacionais.

O processo esquizofrênico essencialmente dinâmico evidencia-se como que uma evolução regressiva da pessoa que corresponde a uma profunda impotência (condições orgânicas deficitárias e negativas) e a uma profunda necessidade (fatores psíquicos e positivos): impotência para viver em um mundo real e necessidade de fugir em um mundo imaginário.

Henry Ey ainda afirma que *"o prognóstico da psicose esquizofrênica se define não de uma forma fatal e irreversível, mas por seu deplorável potencial evolutivo, por sua tendência à ruptura cada vez mais acentuada da pessoa do esquizofrênico com a realidade"* (1992, p.587).

1.3.2- CONCEITO DA PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA

Segundo Brusset e Ey Henry as psicoses esquizofrênicas é caracterizada por um processo de desagregação mental que pode ser chamado de "demência precoce", de "discordância intrapsíquica" ou, melhor ainda, de "dissociação autista da personalidade".

Compreende-se por psicose esquizofrênica um conjunto de distúrbios em que predominam a discordância, a incoerência ideoverbal, a ambivalência, o autismo, as idéias delirantes, as alucinações mal sistematizadas e profundas perturbações afetivas no sentido do desinteresse e da estranheza dos sentimentos - distúrbios que tendem a evoluir para um déficit e uma dissociação da personalidade (Henry Ey, 1992, p. 534).

Segundo Paulo Dalgarrondo *"as síndromes psicóticas caracterizam-se por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como fala e risos imotivados. Os sintomas paranóides são muito comuns, como idéias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório"* (2000, p. 200). Os autores de orientação psicodinâmica tendem a dar ênfase à perda de contato com a realidade como dimensão central da psicose. O psicótico, nesta perspectiva, passaria a viver fora da realidade, sem ser regido pelo princípio de realidade, mas viveria predominantemente sob égide do princípio do prazer e do narcisismo.

No que concerne à cultura, G. Devereux considera a esquizofrenia como uma psicose sócio-cultural, ligada à cultura ocidental, ao constatar a *"ausência quase total da esquizofrenia nas sociedades verdadeiramente primitivas"*. (Henry Ey, 1992, p. 538). G. Devereux precisa bem que não se trata de negar a doença mental nessas sociedades, já que ele cita o caso dos sedangs, com 5% da população "ou gravemente neurótica, ou psicótica". Porém este autor considera a esquizofrenia como um "distúrbio funcional"; acredita - contrariamente a outros etnólogos - que a forma mórbida que conhecemos sob este nome está ligada a uma cultura e

que as culturas imprimem à doença mental os aspectos funcionais diferentes e às vezes variáveis segundo a época.

Ou seja, o conceito que se adotou da esquizofrenia baseia-se

"na noção de um potencial evolutivo da doença e de um potencial involutivo da personalidade. A esquizofrenia é uma tendência para a desorganização do Ego e de seu Mundo e para a organização da vida autista. É ao mesmo tempo uma malformação estrutural e um desenvolvimento histórico. A malformação e o desenvolvimento remetem-se uma a outra através das trocas dialéticas incessantes. Isto porque a história e a organização da pessoa dependem ao mesmo tempo da ação estimulante do meio e da integração do organismo. A esquizofrenia baseia-se não na atitude para delirar, mas na instalação desta forma de vida que é o delírio crônico. Ela não é a possibilidade de viver uma experiência subjetiva, ela é a impossibilidade, a incapacidade de sair dela - pelo menos sem grandes e longos esforços terapêuticos." (Henry Ey, 1992, p. 567).

Conclui-se com Henry Ey é que a esquizofrenia não pode ser reduzida a um distúrbio enzimático ou metabólico, nem a pura intencionalidade de mecanismos inconscientes, nem à "mãe má" ou à "família má"; nem a uma fórmula algébrica de comunicação perturbada; nem à repressão social, política ou psiquiátrica. Porém, todos esses elementos podem estar implicados, em proporções diversas, em um determinado caso.

1.3.3- FATORES PSICOSSOCIAIS: A FAMÍLIA E O MEIO DOS ESQUIZOFRÊNICOS

Ao examinar esses dados, não se quer perceber a causa da esquizofrenia, mas apenas saber qual participação eles podem tomar na série de fatores complexos, atuando em reciprocidade de influências, em momentos ou em circunstâncias significativas para o indivíduo.

Segundo Henry Ey (1992) são esses alguns dos fatores que interferem no ambiente propício para desencadear a psicose esquizofrênica:

a) Papel dos acontecimentos. Muitos acontecimentos contemporâneos do início da psicose, e em geral indicados pelos que cercam o doente como "causa moral" (fracassos, luto, esgotamento, parto, emoções) desempenham apenas um papel de "precipitação". Mas os acontecimentos verdadeiramente significativos são sobretudo os que ocorrem em determinados *periodos-chave* do desenvolvimento e da evolução pessoais. É o caso das frustrações precoces. É em relação a elas que os acontecimentos da primeira infância tomam forma e significado. A invasão pubertária também é um momento-chave, no qual a reativação da pulsão sexual vem-se chocar com obstáculos múltiplos. Os traumas sexuais precoces e as dificuldades próprias à adolescência podem também vir a bloquear integrações difíceis. Aqui cabe considerar a importância do papel da família enquanto meio de socialização. Em geral, é nas primeiras relações amorosas, nas primeiras decepções sentimentais ou por ocasião do casamento que os traumas infantis atualizam-se.

b) Papel dos fatores sócio-culturais. G. Devereux (1939-1965) é o autor que deu maior amplitude a uma teoria sociológica da esquizofrenia. É a "psicose étnica (sentido antropológico) protótipo das sociedades civilizadas complexas", é uma "psicose funcional", diz este autor, por "inculcação do modelo esquizóide": isolamento, retraimento, hiperatividade,

ausência de afetividade na vida sexual, fragmentação das atividades que requerem um engajamento apenas parcial, apagamento da fronteira entre o real e o imaginário, infantilismo e despersonalização. Ihe parecem os traços marcantes de nossa cultura que privilegiam a evolução para a esquizofrenia. A contraprova sempre, segundo Devereux, é fornecida pelo fato de que *"não se observa nunca esquizofrenia nas populações que permaneceram autenticamente primitivas, porém, ela sempre aparece desde que os indivíduos sejam submetidos a um violento processo de aculturação e opressão"* (Henry Ey, 1992, p.554-558).

Embora as opiniões difiram sobre a gênese cultural da doença, elas sempre estão de acordo quanto ao impacto sócio-cultural em relação aos sintomas.

c) Papel da família. Este papel foi percebido desde há muito tempo (Kretschmer, E. Bleuler) devido à frequência de traços patológicos nos pais dos esquizofrênicos. Segundo Alanen (1966) as famílias geralmente são caóticas, turbulentas, desordenadas e rígidas.

Th. e R. Lidz (Henry Ey, 1992, p. 558) procuraram a origem da psicose em uma *"microsociologia do grupo familiar"*. Eis como sua tese está resumida por M. Demangeat e J. Fr. Barges: em uma família normal,

- os papéis familiares devem ser precisos e fixos, compreendidos e aceitos por todos;
- devem permitir a confiança, a comunicação, a estima;
- as fronteiras entre as gerações e entre os sexos devem estar bem definidas. As restrições ligadas ao casamento devem ser assumidas e a emancipação da tutela paternal efetiva. Cada membro do casal não deve se comportar nem como filho do cônjuge nem como rival aos olhos do filho. O papel paternal deve ser assumido para permitir uma identificação correta das crianças.
- Os papéis devem ser fonte de amor e de bom entendimento.

"Eis agora o transtorno patogênico: para a escola de Lidz a família do esquizofrênico não permite à criança sua identificação, apresentando-lhe modelos contraditórios que provocam pensamentos paralógicos. A divisão do casal devido a distúrbios da comunicação entre os pais, a incapacidade de cada um para viver suas emoções e para suportar as do outro provoca ou uma dominação viril, na qual a fêmea é excluída, ou uma dominação feminina, que exclui o marido, ou uma 'dupla dependência', com retração mútua" (Henry Ey, 1992, p. 559).

O desvio do casal caracteriza-se pela presença em um dos parceiros de traços francamente patológicos. Porém uma espécie de equilíbrio estabelece-se na família em torno deste personagem que impõe aos outros membros da família suas idéias irrealis, criando para todo o grupo um ambiente anormal e patogênico.

A família é um meio fechado e secreto às relações formais e despersonalizadas, uma "subcultura" que favorece a interiorização das características do grupo: uma fragmentação da experiência, difusão da identidade, distúrbios da forma de percepção e de comunicação.

A história de uma esquizofrenia é a de uma "personificação" que se desenvolve mal ou que se desorganiza. Os conflitos levam à malformação do Ego e a malformação do Ego aos conflitos em uma troca incessante de relações circulares. Compreende-se então a importância das relações com a mãe, encontro que precede e cria todos os outros. O mau "delineamento" das personagens parentais na família e perante a criança vai nos levar às dificuldades da identificação.

"Malformação e alienação do Ego, a psicose esquizofrênica é predeterminada e configurada segundo o "pontilhado" desta debilidade original, congênita e pré-histórica. As condutas frágeis e as relações ambíguas da situação infantil conduzem aos fracassos, e a esquizofrenia "se faz" destas derrotas sucessivas. Ela se cria pelo fracasso da criação pessoal. Ao término desta revisão das condições psicorgânicas do processo esquizofrênico, pode-se dizer que a formação do Ego não é um mito e que sua patologia (Federn), que o transforma em um Ego psicótico ou alienado, requer uma interação de fatores múltiplos e variados" (Henry Ey, 1992, p. 568).

1.3.4- SINTOMAS E FORMAS DA PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA

Segundo E. Bleuler, de uma maneira geral, costuma-se distinguir sintomas básicos e sintomas complementares. Sintomas básicos são os distúrbios do pensamento, da afetividade e dos impulsos, sobretudo confusão, ambivalência e autismo. Os sintomas complementares, por outro lado, são delírio, alucinações e distúrbios catatônicos. Esses sintomas não são obrigatórios, não podendo servir de base para o diagnóstico, pois em muitos doentes só se manifestam transitoriamente e, noutros, nem ocorrem, o que também pode aparecer em outras psicoses (Schulte, 1981).

Embora haja grande variedade de sintomas esquizofrênicos, qualquer indivíduo tido como esquizofrênico terá alguns dos seguintes aspectos (Davidoff, 1983; Schulte, 1981; Dalgalarondo, 2000):

a) Alterações na percepção.

Freqüentemente os esquizofrênicos não conseguem fixar a atenção, dizendo-se bombardeados por informações sensoriais permanentes. Segundo um paciente: *"Não consigo me concentrar... Estou captando diversas conversas como se eu fosse um transmissor. Os sons vêm vindo através de mim, mas sinto que minha cabeça não pode lidar com tudo. É difícil concentrar-me em qualquer som"* (Davidoff, 1983, p.610).

Há uma integridade natural da percepção. Apresenta-se o predomínio das características do ser. O esquizofrênico fica preso em detalhes e perde a percepção do todo. Tem menos êxito na análise e articulação de uma percepção global do que as pessoas sãs e outros doentes psíquicos.

b) Desordens do pensamento.

Geralmente os esquizofrênicos têm dificuldade em fazer uma ligação lógica no pensamento e resolver problemas. Como disse um paciente: "*Meus pensamentos ficam todos misturados. Começo a pensar ou falar alguma coisa, mas nunca chego a nada porque meu pensamento começa a ir na direção errada e se atropela com mil coisas diferentes que possam estar ligadas com o que eu quero dizer*" (Davidoff, 1983, p. 610).

Manifesta-se uma *confusão mental*. O pensamento torna-se desconexo e ilógico. Em casos extremos não se ouve mais nada de inteligível do paciente, mas apenas palavras desconexas ou fragmentos de palavras. Mas esta caracterização tem uma ressalva: o pensamento confuso não precisa estar destituído de sentido sob todos os aspectos. Tal pensamento confuso pode ter um sentido em si mesmo, isto é, dentro da vivência psicótica.

Ocorre o chamado roubo do pensamento. Experiência na qual o indivíduo sente que seu pensamento é inexplicavelmente extraído de sua mente, como se fosse roubado.

Há uma série de outros aspectos típicos. O bloqueio do pensamento ou ruptura de idéias: o raciocínio estanca subitamente, às vezes no meio da frase. Ele não consegue concluir o seu pensamento, silencia e tem consciência deste distúrbio, o que às vezes lhe causa grande sofrimento. Muitos experimentam esta ruptura do pensamento com uma vivência de delírio: acham que os pensamentos lhes foram usurpados e às vezes até responsabilizam determinada pessoa por isto. Desintegração dos conceitos: os conceitos perdem sua significação exata e sua delimitação precisa em relação a outros conceitos. São colocados entre si significados diferentes, em parte incompatíveis sob o ponto de vista lógico. Estas relações patológicas chamam-se contaminações.

Confusões semelhantes podem abranger também as pessoas. Para o doente, as pessoas do seu meio ambiente perdem, de certa forma, a sua individualidade. As características e as relações dessas pessoas com o paciente confluem e se misturam, podendo até resultar no desconhecimento de pessoas conhecidas. Esse desconhecimento faz parte da vivência de delírio.

O que caracteriza a esquizofrenia é o fato de que este pensamento confuso não representa uma perturbação constante. Pelo contrário, idéias ordenadas e idéias confusas coexistem lado a lado, às vezes alternando-se rapidamente.

Há esquizofrênicos que subjetivamente não experimentam nenhuma perturbação do pensamento, que estão perfeitamente integrados na sociedade e têm, em parte, sucesso profissional. Nestes casos, a desintegração do pensamento só é detectada através de testes experimentais.

c) Desordens emocionais.

Os esquizofrênicos geralmente têm problemas emocionais como, por exemplo, incapacidade de experimentar prazer, falta de afetividade (apatia), ansiedade, ambivalência (sentimentos fortemente contraditórios em relação a determinados assuntos) e/ou reações emocionais disparatadas. Em relação a este último aspecto, um esquizofrênico observou: *"Posso estar falando um assunto muito sério com você e de repente vêm à minha cabeça ao mesmo tempo outras coisas que são engraçadas e aí eu tenho vontade de rir"*. (Davidoff, p. 611, 1983)

A ocorrência de sentimentos opostos ou tendências contrárias chama-se ambivalência. Significa que coexistem lado a lado qualidades de vivência tão inconciliáveis que não são possíveis na vida normal, isto é, sem que as contradições sejam de alguma forma manifestadas

ou pelo menos experimentadas conscientemente. Estes fenômenos vivenciais contraditórios ocorrem simultaneamente e com o mesmo valor. O esquizofrênico chora ou ri ao mesmo tempo, o que se pode ver na sua fisionomia. Experimenta lado a lado medo e felicidade. Há um tipo de disposição para a alegria, que se apresenta como uma caricatura do não sério e do ridículo, isto é, a assim chamada afetividade tola, que ocorre especialmente em esquizofrênicos jovens e constitui a disposição predominante na forma hebefrênica da esquizofrenia. Estes costumam ser desinibidos, animados, ruidosos e afoitos.

As disposições depressivas são freqüentes nos esquizofrênicos.

Freqüentemente predomina um sentimento de perplexidade, de abandono e de necessidade de apoio.

Muitos se animam facilmente, deixam-se envolver por acontecimentos festivos e oscilam espontânea e intensamente na sua disposição até uma alteração rápida e clara entre a puerilidade e o choro, entre a cordialidade e a agressividade.

A instabilidade da disposição é, efetivamente, uma característica essencial da afetividade esquizofrênica. Com a depressividade variável podem surgir súbitos impulsos suicidas.

Com especial freqüência o medo determina a vivência do esquizofrênico: medo da experiência estranha decorrente da alteração psicótica da própria personalidade, principalmente nas fases iniciais da esquizofrenia. Posteriormente o medo é determinado principalmente pelo delírio, sobretudo o delírio de perseguição. Com medo, o esquizofrênico repele toda aproximação dos outros, tornando quase impossível qualquer estabelecimento de relações humanas. É igualmente o medo que se encontra na base da sua excitação e agressividade. Nas fases agudas da doença, o medo praticamente nunca está ausente. A afetividade inadequada faz parte dos sintomas afetivos básicos. A expressão do afeto através de mímica, gestos e modo de

falar contrastam com aquilo que o paciente experimenta e diz. Foi destruída a unidade da vivência, a homogeneidade entre sentimento interno e comportamento externo, entre sentimento e expressão. Prevalece uma rigidez afetiva ou pobreza da sua modulação. Em casos extremos os doentes parecem totalmente indiferentes e apáticos. Este estado chama-se vazio de sentimentos ou atimia. Contudo, o afeto não foi extinto. Um contato mais íntimo com o doente mostra que atrás da aparência externa de indolência existe uma afetividade viva e até sensível, mas cuja manifestação está bloqueada. O esquizofrênico oculta a sua hipersensibilidade atrás de uma máscara de indiferença para proteger-se de incômodos emocionais, principalmente no relacionamento social.

d) Perturbações do eu e da pessoa

A *despersonalização* no estágio inicial apresenta-se de maneira semelhante ao que se observa nas neuroses, mas geralmente com outras peculiaridades. O sentimento de perda da "propriedade", isto é, de que algo me pertence e faz parte da minha personalidade, na vivência de estranhamento do esquizofrênico, muitas vezes está ligado à idéia de algo que lhe é "feito" de fora por outros. O esquizofrênico relaciona o fato de que sentimentos psíquicos ou sensações do corpo são sentidos como desvinculados do próprio eu, com uma influência externa. Isso estaria sendo "feito" a ele por meio de influências à distância, através de hipnose, magnetismo, irradiação, etc.

Mas, além dessa despersonalização, a vivência do eu do esquizofrênico ainda sofre uma perturbação mais profunda. A unidade da vivência desaparece. Esta desintegração refere-se sobretudo à unidade da pessoa. *"O doente no seu delírio é, por exemplo, ao mesmo tempo um grande personagem histórico e o empregado X. Está convencido de que não está doente mas é um gênio não reconhecido: contudo, aceita o seu lugar no hospital. Declara-se*

descendente de nobres e continua a tratar com seus familiares como antes" (Davidoff, p.611, 1983). Este fenômeno é denominado divisão ou cisão da personalidade.

A perturbação esquizofrênica do eu pode manifestar-se também pelo desaparecimento dos limites entre o eu e o mundo externo.

Ocorre vivências de influência. São várias as vivências de influência características da esquizofrenia. Vivências de influência corporal são experiências nas quais a pessoa sente que uma força ou ser externo age sobre seu corpo, sobre seus órgãos, emitindo raios, influenciando as funções corporais; etc. Vivências de influência sobre o pensamento referem-se à experiência de que algo influencia seus pensamentos, recebe pensamentos impostos de fora, pensamentos feitos postos em seu cérebro, etc. São vivências afetivas, volitivas ou corporais que têm qualidade de serem vivenciadas como "feitas", como "impostas de fora".

Tais sintomas indicam uma profunda alteração da relação eu-mundo, uma danificação radial das "membranas" que delimitam o eu em relação ao mundo, uma perda marcante da dimensão da intimidade. Ao sentir que algo é imposto de fora, feito à sua revelia, a pessoa vivencia a perda do controle sobre si mesmo, a invasão do mundo sobre sua intimidade. Ao vivenciar que seus pensamentos mais íntimos são imediatamente percebidos pelas pessoas, verifica-se uma fusão com o mundo, um avançar terrível do mundo público sobre o privado, um extravasamento involuntário da experiência pessoal e interior sobre o mundo circundante.

e) Delírios e alucinações.

Os delírios e alucinações evidenciam, de maneira mais cabal, uma desordem no pensamento, no sentimento e na percepção. Vejamos uma descrição de um esquizofrênico a respeito desses fenômenos:

"Logo depois que fui internado pela primeira vez, mergulhei no horror de uma catástrofe mundial. Um cataclisma envolveu-me por completo e fiquei totalmente fora de lugar. A culpa de tudo isto foi minha. Fui eu quem desencadeou essas forças destrutivas, porém não tive intenção de fazer mal. Durante as 3 primeiras semanas de hospital, tive visões em diversas ocasiões. O primeiro tipo... consistia em projeções de estados íntimos da consciência e aparecia diante de mim como num cinema... O segundo tipo poderia ser chamado de alucinações de distorção visual, que surgiu talvez por causa do reflexo da luz e da sombra etc. agindo em cima de uma imaginação alterada" (Davidoff, p. 612, 1983).

Uma percepção absolutamente normal recebe uma significação delirante, que ocorre simultaneamente ao ato perceptivo, como uma experiência de "revelação".

O doente não consegue apropriar-se dos juízos do ambiente são, é incapaz de fazer transferências, isto é, de mudar de pontos de vista e assim eventualmente aceitar o ponto de vista certo. É, portanto, incapaz de correção. Falta ao esquizofrênico a consciência da doença de maneira geral. Não "concebe" sua alteração psíquica como doentia, ou seja, não está em condições de reconhecer os fenômenos da doença corretamente como tais.

As alucinações auditivas: os doentes ouvem ruídos de diversos tipos: zumbidos, assobios, trovoadas, batidas, passos, etc. Mais frequentes são vozes, que surram, chamam, ameaçam... Como autores das vozes os esquizofrênicos citam determinadas pessoas do círculo anterior ou atual de suas relações. Como as vozes que comentam a ação da pessoa e as vozes que comandam a ação dele. Muitas vezes, no contexto do seu delírio, são perseguidores. O que o doente ouve geralmente consiste em palavras isoladas ou frases curtas. Conversas mais longas são raras. Às vezes o doente conversa com suas vozes ou ouve vozes que conversam entre si. Algumas vozes acompanham as ações do doente. Por exemplo: "agora ele se levanta, ele precisa ir comer".

Ocorre também o eco do pensamento ou sonorização do pensamento. A pessoa escuta seus pensamentos ao pensá-los.

Aparece a difusão do pensamento. Neste caso, a pessoa sente que seus pensamentos são ouvidos ou percebidos claramente pelos outros, no momento em que os pensa.

Há também as alucinações visuais e as alucinações do olfato e do gosto - que geralmente têm um conteúdo de medo de envenenamento relacionado com o delírio de perseguição; o doente pensa sentir um gosto diferente em bebidas e comidas, cheira coisas peculiares e imagina gases venenosos. Bem como as percepções ilusórias do tato (alucinações táteis) e sensações do corpo (alucinatórias de mal-estar do corpo) costumam ser freqüentes.

Em surtos esquizofrênicos agudos ocorrem com freqüência, simultaneamente, alucinações de vários sentidos.

f) Afastamento da realidade.

Em geral os esquizofrênicos sentem-se apáticos e desinteressados do mundo real e preocupados com suas fantasias interiores, devaneios e experiências particulares. Vejamos a descrição de um doente acerca dessa experiência:

"Não se pode encarar a vida como ela é, nem podemos escapar dela ou a ela nos adaptar. Então recebemos o poder de criar um tipo de mundo com o qual possamos lidar. Há tantos mundos criados quantas são as mentes para criá-los. Cada mundo desses é estritamente particular e não pode ser compartilhado com ninguém. É muito mais real do que a realidade, pois nada que acontece a um mortal são no mundo do dia-a-dia pode aproximar-se da intensidade gloriosa das coisas que acontecem no delírio" (Davidoff, p. 612, 1983).

São geralmente austistas, que significa fechamento dentro de si e perda das relações com a realidade. Na sua vivência o esquizofrênico isola-se do seu ambiente e concentra-se na

sua própria pessoa. O autismo, por um lado, manifesta-se na passividade, isto é, o doente praticamente não participa mais dos acontecimentos do seu ambiente (o caso extremo é representado pelo mutismo e estupor na síndrome catatônica). Por outro lado, é autista o esquizofrênico que está preso no seu delírio e não consegue proceder de uma maneira correspondente à realidade que o circunda. Experimenta a realidade de maneira alterada, tomando como referência o seu eu. Não é acessível ao contato interpessoal e dá a impressão de ausente e isolado.

Há um distanciamento afetivo, em graus variáveis até o completo embotamento afetivo. Trata-se da perda de capacidade de sintonizar afetivamente com as pessoas, de demonstrar ressonância afetiva no contato interpessoal. Consequentemente ocorrerá uma retração social. A pessoa vai se isolando progressivamente do convívio social.

g) Comportamento estranho e distúrbios da fala.

Diminuição da vontade (avolição) e apragmatismo, ou seja, dificuldade ou incapacidade de realizar ações, tarefas, trabalhos, minimamente organizados, que exijam um mínimo de iniciativa e persistência. Empobrecimento da linguagem e do pensamento (alogia). Diminuição da fluência verbal. Lentificação psicomotora e empobrecimento da esfera gestual e motora. Autonegligência, que se revela pelo descuido consigo mesmo, pela falta de higiene, por desinteresse pela própria aparência.

O comportamento do esquizofrênico costuma ser bastante bizarro, e seu discurso, confuso e incompreensível.

Há uma forte tendência para a loquacidade, conversas confusas e o silêncio absoluto (mutismo), observando-se também sobretudo neologismos e maneirismos da fala. Os

neologismos trata-se de termos isolados inseridos numa conversa que de resto é normal ou toda a fala consiste em palavras de formação nova, assemelhando-se a uma língua secreta cujo sentido é total e quase totalmente ininteligível. O maneirismo da linguagem manifesta-se numa técnica artificial de falar, com articulação excessivamente cuidada, apurada e afetada, expressões rebuscadas, e um repertório de palavras exóticas. Por escrito, o estilo é empolado, não se coadunando com o nível cultural do doente. A escolha de palavras é inadequada ao conteúdo e extravagante. A escrita revela formas pessoais das letras, floreios, disposição incomum das linhas e direções diferentes; pode ser tão desordenada quanto é confuso o pensamento.

Por maneirismos entendem-se determinadas poses que alguns esquizofrênicos assumem repetida ou permanentemente. Assim, por exemplo, imitam certa personalidade ou dão uma expressão de arrogância ou esnobismo.

Outras perturbações são o negativismo e o automatismo de comando - o doente executa sem vontade própria e sem crítica aquilo que lhe é pedido. Imita automaticamente os movimentos e comportamentos que vê no seu ambiente. A imitação de movimentos chama-se ecopraxia, e a imitação da fala, ecolalia.

Entretanto, esses neologismos, maneirismos e expressões exóticas não precisam ser exclusivamente a expressão da doença. Até certo ponto podem ser produtos artificiais provocados por um ambiente inadequado (isolamento e separação), mas que numa atmosfera descontraída não ocorrem com a mesma intensidade.

Como vimos acima, os esquizofrênicos exibem vasta gama de sintomas. A cada dia o indivíduo pode comportar-se de maneira diferente, às vezes parecendo extremamente psicótico, e outras com comportamento praticamente normal. Nos episódios psicóticos, alguns esquizofrênicos apresentam grupos de sintomas bem definidos, tendo-se em mente, no entanto,

que não há concordância sobre diagnóstico de um só doente, uma vez que os sintomas se misturam a várias classificações e mudam com o tempo. Antigamente, a maioria dos esquizofrênicos eram diagnosticados como esquizofrênicos crônicos indiferenciados. Este "rótulo" significava que seus sintomas não se enquadravam bem em nenhuma modalidade. Vejamos agora as formas principais de Esquizofrenia (Davidoff, 1983; Schulte, 1981; Dalgarrondo, 2000):

A) Esquizofrenia paranóide

A forma paranóide é caracterizada por alucinações e idéias delirantes, principalmente de conteúdo persecutório (mania de perseguição).

Vejamos alguns exemplos de delírios de perseguição: *"Eles querem me amarrar debaixo da ponte e depois roubar todos os meus móveis". "O capitão do time de beisebol tentou me passar sífilis, colocando os germes no meu sanduíche".* (Davidoff, p. 613, 1983). Eles relatam também delírios de grandeza, consideram-se extremamente brilhantes, às vezes sentindo-se a pessoa mais rica do mundo, a rainha da Inglaterra, por exemplo. Têm também alucinações auditivas e visuais. Cada vez mais centram suas vidas em falsas crenças e percepções. Não raro imaginam que fatos impessoais ou naturais são sinais enviados especialmente para eles. Apesar desses delírios, eles têm um certo grau de visão da realidade e conseguem ficar fora de hospitais psiquiátricos.

B) Esquizofrenia Catatônica

A forma catatônica é marcada por alterações motoras, hipertonia, delírios, alucinações, flexibilidade cerácea e alterações da vontade, como negativismo, mutismo e impulsividade.

Os ataques de esquizofrenia catatônica tendem a ocorrer súbita e repetidamente durante muitos anos. Sua característica principal é um comportamento motor bastante peculiar. Eles exibem excitação, frenesi, hiperatividade, logorréia e, até mesmo, violência. Na maioria das vezes, porém, estão em estado de estupor, passivos e incomunicáveis. Ocasionalmente comportam-se como manequins: seus membros permanecem numa posição fixa durante horas, chamada por esse motivo pseudo-flexibilidade cérea. Segundo relato dos próprios pacientes, o estupor catatônico encobre experiências delirantes e alucinatórias intensas.

São perturbações da motricidade e dos impulsos do indivíduo. No estupor o doente praticamente não fala mais e não se move mais. Não atende às solicitações, embora as ouça e entenda. Percebe corretamente os acontecimentos do mundo ao seu redor, mas não participa deles. No estupor declarado o doente permanece imóvel no leito sem dizer uma palavra. Todavia, está claramente lúcido e, mais do que isso, é muito impressionável e sensível.

Temos a inquietação e a excitação psicomotora. Os doentes estão em constante movimento, correm para lá e para cá, fazem genuflexões e outros exercícios físicos. Ou, então, tornam-se agressivos, destroem tudo o que lhes cai nas mãos e atacam os outros pacientes e o pessoal do hospital ou até se ferem a si mesmos. Em estados de excitação catatônica, pode ocorrer estereotipia rítmica de movimento: bater com os dedos, bater palmas, inclinar a cabeça, balançar o pé, dobrar o tronco para frente, andar estereotipado em número fixo de passos ininterruptamente para lá e para cá. Em casos mais benignos observa-se um esfregar das mãos, morder os lábios e fazer caretas, repetido abrir e fechar de botões na vestimenta, determinados

movimentos estereotipados e repetidos com a faca e o garfo durante as refeições, estereótipos masturbatórios, etc. Há também estereótipos de linguagem: repetição de palavras reunidas sem sentido (verbigerações), em que são proferidos neologismos.

C) Esquizofrenia desorganizada (ou hebefrenia)

A forma hebefrênica, caracterizada por um pensamento desorganizado, comportamento bizarro ou deteriorado e afeto pueril. Indica uma determinada sintomatologia, particularmente uma disposição de puerilidade, superficialidade afetiva e desinibição .

Um homem adulto nesse estado poderá *"masturbar-se em público, colocar fezes na boca, atar fitas em redor dos dedos do pé, enfiar papel higiênico no nariz, urinar nas calças, ficar balbuciando para si mesmo palavras ininteligíveis, ao mesmo tempo que exhibe um sorriso bobo e vago"* (Davidoff, p.614,1983). Os hebefrênicos parecem e muito, desorientados. Por vezes não sabem dizer onde se encontram, quando chegaram e por que vieram. Os delírios e as alucinações são fragmentados e irrealis, o discurso difícil de compreender, seus maneirismos, bobos. Riem à toa, exibem posturas estranhas, gestos e caretas, permanecendo, às vezes, horas a fio falando sozinhos ou com companheiros imaginários. Resumindo, há os seguintes sintomas: Pensamento progressivamente desorganizado, de um leve afrouxamento das associações até uma total desagregação e produção de um pensamento totalmente incompreensível; Comportamento desorganizados e incompreensíveis; Afeto inadequado, ambivalente. Descompasso entre as esferas afetivas, ideativas e volitivas; Afeto pueril, a pessoa reage globalmente de forma infantil.

D) Esquizofrenia Simples

Na forma simples, observa-se um lento e progressivo empobrecimento psíquico e comportamental, com autonegligência, embotamento afetivo e distanciamento social.

Quando os doentes procuram o médico, geralmente a doença já começou há muitos anos. Perderam gradativamente a vitalidade e a dinâmica, para finalmente chamarem a atenção pela falta de iniciativa e vibração. A produtividade profissional caiu cada vez mais. Definharam as relações sociais como, aliás, a própria referência à realidade. Os doentes tornaram-se autistas. Na maioria das vezes se constata uma falta de integração do pensamento. Observam-se vivências isoladas de delírio e leves sintomas de catatonia, como, por exemplo, fazer caretas.

Não há em seus sintomas delírios, alucinações, nem comportamentos estranhos. Os indivíduos vão se tornando apáticos, retraídos do mundo e desinteressados, e esta condição começa geralmente na adolescência. Eles pedem para serem deixados sozinhos e fazerem o que bem lhes aprouver. Os doentes dessa modalidade geralmente são capazes de se cuidar muito bem fora de hospitais psiquiátricos, se encontrarem com um bom ambiente familiar que os ampare e lhes dê segurança.

Definições de esquizofrenia segundo Emil Kraepelin, Eugen e Manfred Bleuler, Karl Jaspers, Kurt Schneider, CDI-10 e DSM-IV

Emil Kraepelin	Eugen e Manfred Bleuler
<p>Alterações da vontade (perda do elã vital, negativismo, impulsividade, etc.). Embotamento afetivo. Alterações da atenção e da compreensão. Transtorno do pensamento, no sentido de associações frouxas. Alucinações, especialmente auditivas. Sonorização do pensamento. Vivências de influência sobre o pensamento. Evolução deteriorante (83% dos casos), no sentido de um embotamento geral da personalidade.</p>	<p>Alterações formais do pensamento, no sentido de afrouxamento até dissociação das associações. Ambivalência afetiva, afetos contraditórios vivenciados intensamente ao mesmo tempo. Autismo, como tendência a um isolamento psíquico global em relação ao mundo. Dissociação ideofetiva, desarmonia profunda entre as idéias e os afetos. Evolução muito heterogênea, podendo muitos casos apresentarem evolução benigna.</p>
Karl Jaspers	Kurt Schneider
<p>Idéias delirantes primárias, não-deriváveis ou compreensíveis psicologicamente. Humor delirante precedendo o delírio. Alucinações verdadeiras primárias. Vivências de influência, vivências do "feito". Ocorrência ou intuição delirante. Ocorre quebra na curva existencial, instauram-se surtos ou o processo insidioso que transforma radicalmente a existência da pessoa.</p>	<p>Percepção delirante. Vozes que comentam a ação. Vozes que comandam a ação. Eco ou sonorização do pensamento. Difusão do pensamento. Roubo do pensamento. Vivências de influência no plano ideativo, afetivo, volitivo e corporal.</p>

CID-10	DSM-IV
<p>Alteração das funções mais básicas que dão à pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo. Eco, inserção, irradiação ou roubo de pensamento. Delírios de influência, controle ou passividade. Vozes que comentam a ação. Delírios persistentes culturalmente inapropriados. Alucinações persistentes de qualquer modalidade, sem claro conteúdo afetivo (não-catatímicas). Interceptações ou bloqueios de pensamento. Comportamento catatônico, com flexibilidade cerácea, negativismo, mutismo, etc. Sintomas negativos (empobrecimento afetivo, autonegligência, diminuição da fluência verbal, etc.). Alteração significativa na qualidade global do comportamento pessoal, perda de interesse, retração social. Os sintomas devem estar presentes por pelo menos um mês.</p>	<p>Dois ou mais dos seguintes sintomas (de 1 a 5) devem estar presentes com duração significativa, por período de pelo menos um mês:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delírios. 2. Alucinações. 3. Discurso desorganizado. 4. Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico. 5. Sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição). 6. Disfunções sociais, no trabalho e/ou no estudo, denotando perdas nas habilidades interpessoais e produtivas. <p>Duração dos sintomas principais (de 1 a 5), de pelo menos um mês, e do quadro deficitário (sintomas negativos, déficit funcional, etc.), por pelo menos seis meses.</p>

1.3.5- TRATAMENTO DA PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA

Embora a esquizofrenia possa surgir inicialmente na infância ou na velhice, geralmente aparece na adolescência ou entre jovens adultos. Quando essa condição se desenvolve gradualmente através dos anos, é chamada processo esquizofrênico. Os processos esquizofrênicos tornam os indivíduos doentes, retraídos e desajustados durante praticamente toda a sua vida. Em geral, são sintomas debilitantes, e é provável que os processos esquizofrênicos não tenham recuperação. Os casos de esquizofrenia reativa, porém, desencadeados subitamente por tensão causadora de grande comoção e confusão, são relativamente brandos, e há boas chances de recuperação.

Segundo Schulte (1981), Davidoff (1983) , Brusset e Henry Ey (1992), entre os principais tipos de tratamento da Esquizofrenia, temos:

- ❖ Internamento numa clínica quando em estados de excitação, perigo de suicídio e comportamento social inconveniente.
- ❖ Tratamento ambulatorial, que tem a vantagem de conservar os contatos naturais da família e do trabalho, constituindo-se em um fator terapeuticamente importante.
- ❖ Hospitalização parcial numa clínica diurna (hospital-dia).
- ❖ Terapia de trabalho. Tem como objetivo despertar a responsabilidade própria e a independência, de sorte que o doente aprenda a tomar em suas mãos o seu destino e a assumir a responsabilidade pelo seu bem-estar.
- ❖ Terapia ocupacional. Orienta-se menos para o produto do que para a atividade. A ênfase está no teor do sentido e no estímulo dos impulsos criadores e da satisfação da própria atividade. Procura-se fortalecer a iniciativa própria e excitar a fantasia. O

que é importante é a atividade em grupo, comunitária, que tem a função de lançar novamente a ponte para uma ampliação do horizonte social.

- ❖ Psicoterapia. Tratamento analítico individual da esquizofrenia. Terapia de orientação e apoio a longo prazo.
- ❖ Terapia comportamental. Inicialmente num grupo de pacientes observa-se e registra-se cuidadosamente o comportamento do doente individual. Para isso, bem como para a terapia, é necessária uma instrução minuciosa e uma intensa colaboração de todo o pessoal da seção. Quando tiver sido elaborado um programa detalhado do comportamento patológico a ser tratado ou das formas de conduta desejadas, o paciente será regular e imediatamente recompensado por comportamentos "normais" (reforçamento positivo).
- ❖ Neurolépticos ou antipsicóticos. Medicação. (Farmacoterapia). Faz uso de comprimidos e injeções.
- ❖ Grupo de psicossocioterapias - que são as psicoterapias individuais, os grupos terapêuticos e a terapia familiar (grupos de comunicação, grupos de inspiração analítica, grupos dramáticos) e as comunidades terapêuticas (psicoterapia institucional ou comunitária).

Ressalta-se a profunda necessidade da unidade dos tratamentos da esquizofrenia. Medicamentos ou outros tratamentos biológicos, psicoterapias individuais ou de grupos, terapias familiares ou institucionais não podem ser opostos, porém devem ser utilizados juntos o mais possível, como meios que correspondam a níveis diversos da organização da doença. Todos esses métodos apóiam-se uns sobre os outros e reforçam-se quando são corretamente empregados. De modo contrário, podem ser anulados se a equipe não souber colaborar, isto é, organizar um debate aberto sobre o que é a prática de cada um.

II. DOENÇA MENTAL NA ESCOLA: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA

2.1 - A Inclusão

Uma nova visão está nascendo, um paradigma que considera a diferença como algo inerente na relação entre os seres humanos. Cada vez mais, a diversidade está sendo vista como algo natural. E a sociedade busca se orientar para que cada membro, com sua singularidade, possa usufruir do bem coletivo. Foi nesse contexto que surgiu, no movimento de autodefesa e de luta pelos direitos humanos na Europa, a discussão em torno da criação de um novo conceito, denominado inclusão. Inclusão é o termo que se encontrou para definir uma sociedade que considera todos os seus membros como cidadãos legítimos. *Uma sociedade com que há inclusão é uma sociedade em que existe justiça social, em que cada membro tem seus direitos garantidos e em que sejam aceitas as diferenças entre as pessoas como algo normal* (Mantoan, 1997, p.47).

Percebe-se que esta sociedade ainda está por vir. Frequentemente sentimo-nos ameaçados. Tememos o contato com o diferente, evitamos, criamos preconceitos, estigmatizamos.

Esse processo não é fácil de ser invertido. Mesmo que desejamos a inclusão das minorias rejeitadas, nossos próprios valores adquiridos durante nossa vida toda nos fazem desacreditar na viabilidade da inclusão.

Nossa sociedade está se tornando cada dia mais complexa: a diversidade aumenta. Com isso, imperceptivelmente, também nossa forma de compreender o mundo e a nós mesmos muda. É este momento que está nascendo: "viver a igualdade na diferença", é o apelo dos líderes de movimentos em conflitos. O diferente fica cada vez mais comum.

Interpretamos o mundo diferentemente (Kuhn, 1991, in Mantoan, 1997).

Conforme Boff (1996) estamos abandonando "o paradigma clássico da ciência que arrancava o fenômeno de seu ecossistema, analisando-o e explicando pela redução e simplificação, baseada na lógica da identidade. Está emergindo o paradigma da lógica dialógica, uma lógica incluída da complexidade, o pensamento ecológico tendo como referencial a vida, um estilo de pensar e agir num contexto de implicação e interconexão ecológico e histórico, levando em consideração a multidimensionalidade de tudo" (Gabriele Mader, 1997 in Mantoan, 1997, p. 48).

2.2- O papel da Escola

A inclusão social das pessoas psicóticas esquizofrênicas se constitui numa questão pertinente que se impõe ao conjunto da sociedade. Esta inclusão social se promoverá pela criação das condições que favoreçam ao máximo a autonomia dessas pessoas na comunidade. Numa sociedade marcada por enormes desigualdades sócio-econômicas e culturais como a nossa, a escola desempenha um papel fundamental na promoção dessas condições. Sua importância consiste tanto no que se refere à formação dessas pessoas, através da apropriação do saber, quanto na criação de um espaço real de ação e interação que favoreça o fortalecimento e o enriquecimento da identidade sócio-cultural. Segundo Weschenfelder (1996, p. 167), *"a identidade sócio-cultural é construída ao longo de um processo de interação da criança com os diferentes grupos de que participa - familiar, vizinhança, escola - onde vai tecendo uma rede marcada pela multiplicidade de significados simbólicos."* Na escola, as diferenças vivenciadas por cada criança vêm à tona e podem ser confirmadas e valorizadas ou ao contrário rejeitadas e silenciadas. Weschenfelder prossegue sua análise afirmando que a visão do mundo infantil se constrói com base no diálogo entre a criança e os grupos sociais com os quais interage, estando a família na sua referência de base.

Conforme Weschenfelder, *"a cultura escolar exclui e desvaloriza a cultura viva da qual participa a criança em seu processo de socialização, transformando o que seria um diálogo entre diferentes culturas, num monólogo onde a voz da criança não é ouvida. A escola, entretanto, poderia se constituir em espaço privilegiado que permitisse à criança revelar e afirmar, através de trocas efetivas e significativas, tanto a sua identidade individual quanto aquela do grupo ao qual pertence. Deste modo, estaria contribuindo através da criação de um espaço real de ação e interação, com a inclusão social da criança"* (Mantoan, 1997, p.167).

A inclusão social implica na conquista do espaço social mediante as interações que se estabelecem no interior dos grupos sociais através de uma participação real das pessoas como membros ativos e produtivos da sociedade, o que significa uma participação real na escola, no lazer e no trabalho. Esta é uma condição almejada não somente pelas pessoas psicóticas, mas por todos aqueles que são excluídos no processo produtivo da sociedade e, conseqüentemente, do direito à educação, saúde, moradia e lazer. *"Esta condição caracteriza um processo social ativo de discriminação, estigmatização e expulsão de um conjunto de âmbitos sociais não determinados por decisões individuais"* (Escorel, 1995, in Mantoan, p.168).

A garantia de uma educação de qualidade para todos implica, dentre outros fatores, num redimensionamento da escola no que consiste não somente na aceitação, mas também na valorização das diferenças. Esta valorização se efetua pelo resgate dos valores culturais, os que fortalecem identidade individual e coletiva, bem como pelo respeito ao ato de aprender e de construir. A educação inclusiva percebe a heterogeneidade como possibilidade de enriquecimento do grupo.

A inclusão do esquizofrênico na escola e mais precisamente no ensino regular alerta para a promoção de um ensino que corresponda não somente às necessidades específicas deste aluno, mas que corresponda aos interesses e necessidades de todos os alunos da classe. Faz-se necessário a adaptação do ensino que, entre outros aspectos, significa colocar a disposição os

recursos humanos na escola para trabalharem conjuntamente no sentido de desenvolver métodos e programas de ensino, adaptados à nova situação, bem como para atuarem em conflitos e desafios que toda situação educacional apresenta. Desse modo, a presença de um psicótico esquizofrênico não se constitui num problema para a escola, mas numa possibilidade de aprendizagem e enriquecimento para todos.

2.3- Uma discussão acerca da prática escolar

A Relação escolar "inútil", a convivência e o fracasso

Uma das principais barreiras à inclusão do psicótico é, sem dúvida alguma, o despreparo dos profissionais do sistema regular para receber esses alunos.

Esse fator é agravado concretamente pelo número excessivo de alunos nas salas de aula, grande parte dos quais apresentam dificuldades de aprendizagem de várias ordens. Assim, a presença, mesmo que seja de dois ou três alunos psicóticos na mesma classe se torna uma sobrecarga para a professora, que não tem de fato a menor condição de dedicar a esses alunos a atenção especial que eles necessitam.

Estive estagiando por seis meses como auxiliar de supervisão escolar (basicamente na secretaria) numa Instituição particular, onde sua clientela era de classe média-alta. Pude avaliar um caso especial de um adolescente ("Y") que aparentava ter psicose esquizofrênica hebefrênica. Tive a oportunidade de conversar com ele e de fazer algumas pesquisas com o diretor do colégio a respeito deste aluno.

"Y" apesar de muitos esforços foi reprovado no semestre da qual estive presente e também soube pelo diretor que ele tinha sido também nos períodos anteriores, não tendo

condições de terminar o 1º grau. Uma das professoras (de português) disse que não tinha condições dele permanecer na sala, o retirava de lá e o enviava ou para casa (dispensa, com anotações num livro de ocorrência por má conduta) ou para o pátio do colégio, porque simplesmente ele muitas vezes ficava a divagar na sala de aula, ou rindo e encarando os outros alunos. A professora sabia que havia algo de "estranho" com ele, mas não sabia identificar o que era. Será que nesses cursos de licenciatura não possui na grade curricular alguma matéria que indique algumas doenças mentais, psicoses e neuroses? Como posso dar aulas a uma turma sem pelo menos conhecer um pouco sobre os aspectos psicológicos do ser humano?

Durante o recreio pude notar que diversas vezes as pessoas não sabiam lidar com ele e se afastavam fisicamente. A maneira como ele se comportava provocava zombarias, repulsa, brigas e até brincadeiras de mal gosto. A única coisa que o diretor fazia era separá-los ou mandá-los para casa por alguns dias. Permaneciam em sua presença ou conversavam com ele somente quando era realmente necessário.

Outro problema sério que dificulta o processo de inclusão é a questão da avaliação. Os mecanismos, procedimentos e critérios utilizados para avaliação, classificação e colocação de alunos, e outros recursos especializados, tem se revelado insatisfatórios e inapropriados levando mesmo ao descrédito quanto a sua validade para a educação.

Como "Y" tinha muitas vezes falta de concentração, ele perdia explicações importantes na sala de aula, e conseqüentemente sua prova ficava prejudicada. Nas vezes que vi suas notas, pude observar que ele obtinha notas boas em inglês, história e geografia, sendo que português e matemática era fraco. Notava-se que boa parte de seu desempenho era prejudicado por causa das saídas repentinas que os professores deliberavam a ele, da falta de

concentração em sala, e do pouco ou quase nulo afeto que recebia por parte dos educadores e colegas de classe.

Constata-se que inclusão social é mais do que adaptação escolar. Infelizmente, alunos esquizofrênicos, mesmo estudando em classes regulares, na grande maioria dos casos continuam segregadas socialmente em suas comunidades, e seus relacionamentos pessoais se limitam à família, aos profissionais e a outras pessoas com a mesma psicose.

Nas palavras de Gibbons (1986):

"... apesar de que pelos progressivos desenvolvimentos sociais nas últimas duas décadas tem significativamente aumentado o contato entre pessoas estigmatizadas e não-estigmatizadas, esse contato é ainda basicamente de uma natureza funcional ou profissional em vez de social, e raramente se dá em um nível de igual-para-igual" (Glat, 1994, p. 15).

A questão que se coloca é a seguinte: se nos determos a analisar a problemática da inclusão de psicóticos simplesmente sobre o aspecto funcional, chegaremos em nossa prática no máximo a uma inserção espacial ou "integração física". É preciso ter em mente que a proposta de inclusão implica antes de mais nada na transformação de relações sociais estabelecidas e sedimentadas entre grupos humanos por praticamente toda a história da humanidade! A questão é complicada, porque embora seja possível fazer cumprir uma lei que obrigue escolas a receberem crianças psicóticas em suas classes, e empregadores a contratar uma percentagem de esquizofrênicos em suas empresas, não se pode fazer uma lei obrigando que as pessoas aceitem e sejam amigas do doente mental.

Não se quer negar a importância da realidade político-social. Tem sido exaustivamente discutido que o homem é um ser social, que existe e atua no mundo baseado em um sistema de

valores, o qual é determinado pelas relações de produção vigentes em seu grupo social. Esse sistema de valores produz os significados que os homens dão às situações cotidianas, inclusive às suas relações sociais (Alves, 1993; Martin, 1986). *Assim, as configurações econômicas e sociais, em cada momento histórico determinam o sistema de regras e valores que guiam o relacionamento entre os homens e de cada homem consigo mesmo, determinando quem vale e quem não vale no sistema (Aranha, in Glat, 1994, p. 16).*

Não há menor dúvida de que garantir às pessoas psicóticas educação, profissionalização e mobilidade são pré-requisitos para sua inclusão na sociedade. Entretanto, ressalta-se que esses fatores não são suficientes para sua aceitação social.

Em outras palavras, a inclusão dos psicóticos não pode ser visto apenas como um problema de políticas públicas. Inclusão é um processo espontâneo e subjetivo, que envolve direta e pessoalmente o relacionamento entre seres humanos. *"Portanto, qualquer análise que não leve em consideração o aspecto psicossocial da questão, corre o risco de se tornar reducionista e com pouco valor operacional de aplicação" (Glat, 1991, 1992, 1994, p. 16).*

III. CONCLUSÃO

Qualquer grupo social (incluindo os animais) sempre atua no sentido da coesão, simetria e estabilidade. Para isso, o grupo desenvolve um conjunto de critérios ou regras determinando os atributos e condutas considerados aceitáveis, a serem seguidos por seus membros.

"O modo de vida coletiva do homem determina automaticamente uma série de necessidades. Uma delas diz respeito à manutenção e integridade da vida coletiva em todas as situações. Criam-se regras e normas que ajudem a preservar a vida coletiva, a despeito de motivos individuais muitas vezes conflitantes com o modo de vida coletiva. Criam-se expectativas acerca de atributos e comportamentos, as quais muitas vezes adquirem a força de normas que precisam ser cumpridas rigorosamente. Criam-se assim os desvios que podem estar sobrepostos ou não a patologias específicas" (Omote, in Glat, 1994, p. 19).

Ou seja, toda sociedade tem mecanismos de controle social para garantir que a maioria de seus membros se conforme com as normas estabelecidas. Aqueles que, por características físicas ou comportamentais, não podem se conformar, ou que violam as leis e normas sociais não são reconhecidos como membros efetivos do corpo social, se tornando indivíduos estigmatizados e marginalizados (Becker & Arnold, 1986; Glat, 1989, 1991; Goffman, 1982; Omote, 1994; Stafford & Scott, 1986; e outros).

"...nesses indivíduos se forma uma contradição entre sua maneira de ser, e o que é considerado normal ou natural na comunidade onde vivem. Ou seja, existe uma dicotomia entre quem eles são, e - para efeitos de aceitação social - quem eles deveriam ser" (Glat, 1989, p.20).

Portanto, ao se discutir a questão da inclusão dos psicóticos esquizofrênicos é preciso ter em mente que eles se constituem como uma categoria socialmente construída de desvio

(principalmente quando estão em momento de crise aguda ou manifestando determinados sintomas que não fazem parte do cotidiano da maioria das pessoas que estão ao seu redor). Sendo portanto, afastados física ou moralmente do convívio cotidiano da sociedade, deixando de usufruir, conseqüentemente, das oportunidades e experiências abertas às demais pessoas consideradas "normais".

Os indivíduos desviantes, que, por alguma razão, não conseguem se adaptar às normas ou valores da cultura vigente em sua comunidade - que não sobrevivem, portanto, à "seleção social"- são considerados anormais (fora da norma), e, conseqüentemente, isolados e marginalizados.

As normas e valores sociais, dos quais muitas vezes não estamos conscientes, criam representações ou significados que guiam não só a nossa maneira de ser e agir no mundo, mas também a maneira como percebemos e agimos em relação aos outros homens. Berger e Luckmann (1985) denominam esse processo de *tipificação*:

"A realidade da vida cotidiana contém esquemas tipificadores em termos dos quais os outros são apreendidos, sendo estabelecidos os modos como lidamos com eles nos encontros face a face. Assim apreendo o outro como homem, comprador, tipo jovial, etc... Todas essas tipificações afetam continuamente minha interação com o outro... Nossa interação face a face será modelada por essas tipificações..." (Glat, 1994, p.21).

Normas e valores sociais são, portanto, interiorizados por um processo de tipificações cognitivo-afetivas, que, por sua vez estabelecem "rotinas" ou padrões de comportamento. *Esses, por serem socialmente generalizados, garantem que o nosso mundo continue típico - isto é, conhecido e previsível (Ainlay&Crosby, 1986 in Glat, p. 21).*

Quando essas tipificações generalizadas são consideradas como se fossem verdades universais, se constituem nos chamados *estereótipos*. Estereótipos representam uma forma

poderosa de controle social, constituindo os mecanismos cognitivos de manutenção dos estigmas (Coleman, 1986; Omote 1987).

A vantagem das tipificações, então, é que elas permitem a previsibilidade das interações sociais, já que cada indivíduo é capaz de prever com certa margem de segurança as ações do outro. Isso libera uma considerável quantidade de tensão, pois as ações de cada parte da interação não serão mais uma fonte de espanto e perigo potencial para o outro (Ainlay&Crosby, 1986; Berger&Luckmann, in Glat, 1985, p. 21).

Quando nos deparamos com indivíduos que por suas características ou comportamentos não se enquadram em nossa representação ou tipificação de "normalidade", ocorre uma quebra ou ruptura na rotina da interação social. Já não se pode mais se comportar em relação a eles de acordo com um padrão de conduta típico. Fica-se sem saber o que fazer.

Tem sido apontado em diversas ocasiões que o estranho, o inesperado, o diferente, o excepcional, sempre chama atenção e causa nas pessoas reações como curiosidade, espanto, surpresa, repulsão, e até mesmo medo. Essas reações ocorrem porque tudo que é diferente, que não se encaixa nas nossas tipificações, que foge à norma - e é, portanto, anormal - ameaça a nossa frágil estabilidade social. Toda interação social é potencialmente perigosa, porque nunca se sabe como ao certo como a outra pessoa vai reagir ao contato e vice-versa (Glat, 1988, 1989, 1991, 1994; Goffman, 1982; Férida, 1984; Gibbons, 1986).

A interação com o "outro" é sempre uma situação de conflito em potencial. Regras sociais de conduta são criadas justamente para diminuir essas zonas de atrito. Partindo-se do suposto de que certas coisas são tomadas como leis (explícitas ou implícitas) pelo grupo, diminuem-se as possibilidades de decisões individuais sobre o que é certo ou errado. Conseqüentemente, as probabilidades de conflito entre os indivíduos são menores. Logo, tenta-se ter o máximo possível de previsão sobre o comportamento (ou aparência) do outro

para que saibamos como agir quando em contato com ele. As pessoas anormais, ou desviantes, perturbam porque não se sabe exatamente como lidar com elas (Glat, 1988, 1991, 1994).

Sempre que se depara com uma interação social, "automaticamente" tenta-se encaixar a pessoa (ou a situação) em uma das tipificações ou categorias conhecidas. Interações sociais, principalmente primeiros contatos, são, portanto, situações de avaliação. Quando as diferenças ou características do outro são negativamente avaliadas (por contrariar as normas sociais), formam as bases do estigma (Ainlay e Crosby, 1986; Goffman, 1982; Stafford & Scott, 1986).

As características socialmente tipificadas como estigma são geralmente compartilhadas por todos os membros do grupo - inclusive, pelas próprias pessoas portadoras do estigma.

"Eles compartilham crenças comuns tanto sobre o significado cultural de um determinado atributo, quanto do estigma atrelado a ele. Essas crenças sobre estigma determinam a natureza de um estigma, as atitudes específicas que as pessoas têm a respeito do estigma e a resposta das próprias pessoas estigmatizadas. Esses fatores também vão afetar em grande medida a maneira como uma pessoa estigmatizada pode ser integrada em um grupo social ou mantida marginalizada" (Becker & Arnold, in Glat, 1994, p. 22, 23).

A principal característica dos papéis sociais é que eles são aprendidos. Ninguém é geneticamente programado para representar certos tipos de papéis, e não outros. Como ressaltam Berger e Luckman (1985), o ser humano nasce em um meio ambiente que é tanto natural quanto social. Mesmo nos primeiros anos de vida, quando ainda não está biologicamente desenvolvido, o homem já se acha inserido em uma ordem cultural e social estabelecida, que implica em uma determinada concepção de mundo.

"Essa estrutura social e concepção do mundo determinam imediatamente suas relações sociais primárias - a família. É por meio do relacionamento familiar que o indivíduo desde os primeiros tempos de vida começa a aprender até que ponto ele é um ser aceitável no mundo, que tipo de concessões e ajustes necessita fazer, assim como a qualidade das relações humanas que encontrará" (Glat, 1989, p.26).

A socialização primária, realizada via de regra pela família, é de capital importância na formação da identidade pessoal. Pois é através da identificação com outros significativos, e das reações destes ao seu comportamento, que a criança assimila atitudes e papéis, tornando o mundo subjetivamente real e coerente para ela (Alves, 1993; Berger & Luckmann, 1985; Luckmann, 1977 in Glat, p. 26).

Pessoas esquizofrênicas, assim como de outros tipos de estigmas, são socializadas de maneira estereotipada de acordo com rótulo que lhes é outorgado. A força desse processo é tão grande que, geralmente, o indivíduo acaba se identificando totalmente com o papel e as tipificações que lhe são atribuídas. Ou seja, a sua identidade se torna incorporada ao papel. Ele passa a ver a si próprio como se não fosse nada além de um incapaz.

E essa forma de socialização estigmatizada que é, portanto, iniciada pela própria família, será posteriormente confirmada e reforçada pelos demais membros da comunidade.

"Mais tarde ao entrar em contato com o mundo complexo fora do âmbito familiar - as relações sociais secundárias ou indiretas - o indivíduo terá novos ajustes a fazer, que serão maiores ou menores dependendo do grau de conformidade de sua própria família" (Glat, 1989, p. 27).

Conseqüentemente, pode-se concluir que o problema não é, em sua essência, de natureza legal ou operacional, mas sim de natureza relacional, e somente sob esse prisma pode ser melhor compreendido, e quem sabe minimizado. Em outras palavras, a questão da inclusão dos psicóticos esquizofrênicos envolve antes de mais nada o relacionamento entre essas pessoas e as consideradas "normais"- membros efetivos da sociedade - que deverão aceitá-las e compartilhar com elas as facilidades e experiências da vida comunitária mais ampla.

Diante destas considerações faz-se necessário uma reavaliação dos conceitos e preconceitos que carregamos conosco, daquilo que temos como nossos princípios teóricos e nossa prática efetiva, pois se somos professores e vamos lidar com crianças, adolescentes, adultos ou idosos esquizofrênicos, teremos que ter primeiramente consciência de como nós temos visto essas pessoas. É de extrema urgência conhecermos cientificamente o que seja tal psicose, e então a partir daí, tentarmos perder o medo, acabar com a indiferença, a incompetência, e ajudarmos tais alunos, sem rótulos e estíguas.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento de estudos aprofundados sobre a relação profissional-psicótico, tanto do ponto de vista sociológico quanto psicológico. Pois essa relação, como foi visto, influencia não apenas o tipo de atendimento que essa população recebe, como, antes de tudo, como eles são reconhecidos e tratados pelos demais membros da comunidade.

Acredito que somente a partir de uma auto-reflexão sobre nossas representações, motivações e atitudes em relação ao aluno psicótico, que possibilite uma transformação na nossa atuação profissional, é que efetivamente poderemos auxiliar essas pessoas a ampliar seus horizontes existenciais e conquistar um lugar mais respeitado na sociedade.

Um dos objetivos deste percurso foi chamar a atenção para algumas questões de ordem psicossocial visando enriquecer a discussão da problemática segregação-inclusão dos alunos esquizofrênicos. Discussão essa que, por vezes, parece se limitar a uma perspectiva reducionista de que bastaria ensinar aos alunos psicóticos comportamentos produtivo-adaptativos, por um lado, e garantir o acesso a serviços e recursos comunitários, por outro, que a inclusão social eventualmente ocorreria.

A questão que se coloca é saber qual o tipo de postura e atuação que nós, profissionais de Educação, devemos ter para dar maior liberdade de oportunidades afetivas e existenciais a esses alunos.

Portanto, para assegurar um tratamento mais digno e desenvolver programas mais eficazes de inserção do esquizofrênico na sociedade, precisamos primeiro entender o significado ou as representações que as pessoas têm sobre o doente mental psicótico, e como esse significado determina o tipo de relação que se estabelece com ele. Pois, como lembra Aranha (In: Glat, 1994, p. 17), *"é no cenário das relações sociais interpessoais que se dá a apreensão do real, a construção do conhecimento, o desenvolvimento do homem, e a construção da subjetividade e da própria sociedade"*.

Para finalizar, a inclusão, como filosofia educacional, envolve a adoção de arranjos específicos para mudar sistemas de ensino, sistemas de avaliação, sistemas de classificação, programas, atividades.

Para que a inclusão se edifique é necessário munir os professores do ensino regular com novas atitudes, com novas aquisições e novas competências. Esquecendo os professores do ensino regular o processo de inclusão poderia ser desastroso. Os medos e as superstições dos professores poderão transformar-se em obstáculos inamovíveis, que impedirão o avanço do movimento de inclusão.

A inclusão só terá sucesso se todo o sistema de ensino mudar. Ter-se-ão de criar serviços adequados, com interação entre os familiares do aluno, profissionais da escola, como os psicólogos educacionais, assistentes sociais, pedagogos, superar processos arbitrários de diagnóstico e de classificação, intensificar a inovação dos processos de formação dos professores.

Concluindo, para que realmente ocorra a inclusão dos doentes mentais na escola é preciso:

- a) Mudar o sistema de encaminhamento, a gestão e reformulação dos currículos - a níveis de 2º e 3º graus. Pude constatar, somente por interesse próprio, do que se tratava a psicose esquizofrênica. Não há uma matéria específica que trate deste assunto - tanto neste estabelecimento quanto no Instituto de Educação do Rio de Janeiro, (onde também estudei), pois o conhecimento é o primeiro passo para livrarmo-nos dos preconceitos, medos, indiferenças e incompetências. É necessário a vontade persistente de querer mudar para não só crescermos como seres humanos, mas para termos uma Educação mais digna e de qualidade, realmente sendo zelosos pela cidadania e democracia. É fundamental mudar as estratégias de instrução, as funções dos profissionais intervenientes e as variáveis de envolvimento sociopedagógico.
- b) Criar programas de prevenção, de intervenção de reeducação, de formação de pesquisadores em diversas áreas do campo científico.
- c) Alterar processos de diagnósticos, de identificação precoce e de prescrição.

IV. INSTITUIÇÕES

1. CVI - Centro de Vida Independente.

Rua Marquês de São Vicente, 225. Tel.: 512-1088/ 512-1892.

E-mail: cvirj@ax.apc.org/cvirj@rdc.puc-rio.br

Assistência jurídica, atendimento individual ou grupos de suporte por pessoas treinadas e que passam suas experiências pessoais. Inserção no mercado de trabalho. Cursos específicos.

2. CVV - Centro de Valorização da Vida.

Rua Leandro Martins, 22 - sala 707 - Centro. Tel.: 233-9191.

Trabalho leigo voluntário. Projeto anti-suicídio. Atendimento 24 h.

3. IPE - Instituição Pedagógica de Estimulação.

Rua Pereira de Siqueira, 47. Tel.: 568-7596. Crianças portadoras de deficiências e crianças psicóticas. Atendimento como escola. Computação, terapeuta ocupacional, educação física, artes.

4. Instituto Helena Antipoff.

Rua Mata Machado, 15 - Maracanã. Tel.: 569-6806. Projeto para uma educação normal da Secretaria Municipal de Educação.

5. APAE - Assoc. de Pais e Amigos dos Excepcionais.

Rua Bom Pastor, 41. Tijuca. Tel.: 569-2098.

- CET - Centro de triagem. Avaliação do desenvolvimento global e determinação de diagnóstico.
 - CDP - Centro de diagnóstico e pesquisa Raimundo Britto. Laboratório, teste do pezinho.
 - CAMP - Centro ambulatorial de prevenção. Atendimento preventivo às crianças e orientação às famílias.
 - CEDE - Centro de estimulação e desenvolvimento global. Atendimento de crianças a partir de 3 meses de idade, portadoras de DM, distúrbios do desenvolvimento global ou dificuldade adaptativa de origem afetivo-emocional.
 - CPPLC - Centro psicopedagógico professor Lafayette Côrtes. Escola especial para crianças de 4 a 14 anos.
 - CINET - Centro integrado de educação e trabalho Floriano Moura Brasil Mendes. Oficinas especializadas e integração ao mercado de trabalho, complexo esportivo.
 - Lar Fazenda Ignez Félix Paxeco Britto - Regime de hotelaria ou moradia para a realização de ativ. terapêuticas de lazer e convivência social.
6. DEPSI - Desenvolvimento da Personalidade Sócio Infantil.
Rua Pacheco Leão, 1818 - Horto. Tel.: 274-4845. Depsi@openlink.com.br
7. Espaço Cultural Tocando em Você.
Rua General Roca, 518 - Tijuca. Tel.: 567-4378. Educart@unisys.com.br
<http://www.educart.com.br/sinfonia/memoria>
- Centro de criação e produção de eventos artísticos. Projeto de integração de crianças normais e excepcionais. Centro de terapias através da arte. Socialização; arte como

instrumento social. Down, paralisados cerebrais. Atendimento psicológico, fono, fisio, arte, música, teatro, dança.

8. Instituto Ana Freud.

Rua Marechal Pires Ferreira, 32 - Cosme Velho. Tel.: 205-1594. Atendimento psicológico, fono, fisio e terapia ocupacional.

9. Instituto Santa Lúcia.

Rua Marquês de São Vicente, 316 -Gávea. Tel.: 274-6207. Atendimento psicológico, pedagógico, fono, arte terapia, música.

10. Instituto Severa Romana.

Rua Aristides Caire, 164 - Méier. Tel.: 241-2578. Atendimento psicológico, fono, psicopedagogia, terapia ocupacional, recreação e neurologista.

11. PRONEURO - Testes de Reabilitação Cognitiva.

Rua Barata Ribeiro, 543, sala 804 - Copacabana. Tel.: 253-3749. Clínica particular - comprometimento neurológico e cognitivo. Reabilitação cognitiva baseada na neuropsicologia. Avaliação através de testes neuropsicológicos. Atendimento psicológico, pedagogia e fono.

12. STOP - Distúrbios de Conduta.

Rua Engenheiro Adel, 149 - Tijuca. Tel.: 264-5843.

13. Associação de Pais de Autistas.

Estrada das Canoas, 401 - São Conrado. Tel.: 322-3321.

14. Centro Educacional Um Lugar ao Sol. Instituto Terapêutico Fernando da Costa Tavares.

Rua General Guedes da Fontoura, 880 - Barra. Tel.: 493-3387.

E-mail: lugaraosol@openlink.com.br

Escola especial, atendimento psicológico, fono, fisio, psicomotricidade, informática, culinária, passeios.

15. CLITOP.

Av. Paulo de Frontein, 610 - Rio Comprido. Tel.: 293-4370 293-2622. Psicóticos, esquizofrênicos e autistas.

16. Equipe Diagnóstica e Terapêutica Gauderer

Rua Barata Ribeiro, 370 - loja 301 - Copacabana. Tel.: 255-5694

Fax: 255-2163. E-mail: gauderer@pobox.com

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMAN, N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Ed. Hormé, 1971.
2. ALVES, Nilda e VILLARDI R. Múltiplas leituras da nova LDB: A educação especial na nova LDB. Rio de Janeiro: Qualitymark ed. Ltda., 1997.
3. AMIRARIAN, M & T. M. Psicologia do Excepcional: A excepcionalidade como um fenômeno social. São Paulo: EPU, 1986.
4. AULAGNIER, Piera. A violência da interpretação. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
5. BLEGER, J. Psicohigiene y Psicologia Institucional. Buenos Aires: Paidós, 1974.
6. BOCK, Ana M. Bahia; Odair Furtado; Maria de Lourdes T. Teixeira. Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 1995.
7. BOWLBY, John. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
8. BUSCAGLIA, Leo F. Os deficientes e seus pais. Rio de Janeiro: Record, 1993.
9. CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 1978.

10. CHAUI, Marilena. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática, 1994.
11. CODO, Wanderley. O que é alienação. São Paulo: Brasiliense, 1986.
12. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.
Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
13. DAVIDOFF, Linda L. Introdução à psicologia. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
14. EY, Henry, P. Bernard, C. Brisset. Manual de Psiquiatria. Paris: Copyright, 1992.
15. FERREIRA, Izabel Neves. Caminhos do aprender: uma alternativa educacional para a
criança portadora de deficiente mental. Rio de Janeiro: I. N. Ferreira, 1998.
16. FONSECA, Vítor da. Educação Especial: um programa de estimulação precoce - uma
introdução as idéias de Feuerstein. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
17. FOUCAULT, Michel. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro
Ltda., 1975.
18. GLAT, Rosana. Questões atuais em educação especial: A integração dos portadores de
deficientes. Uma reflexão. Vol 1. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1995.

19. HUISMAN, Denis e André Vergez. Compêndio Moderno de Filosofia. V. 1. A ação. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1982.
20. JASPERS, Karl. Psicopatologia Geral. 1º volume. São Paulo: Livraria Atheneu S/A, 1973.
21. MANNONI, M. A criança, sua doença e os outros. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
22. MANTOAN, Maria Teresa Égler, A integração de pessoas com deficiências: contribuições para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon: Ed. SENAC., 1997.
23. MARTINEZ, Miriam Gonçalves. Esquizofrenia: a perda do simbólico. Rio de Janeiro: UERJ, 1986.
24. MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. Trabalho docente e formação de professores de educação especial. São Paulo: EPU, 1993.
25. MOREIRA, Mario Santos. Esquizofrenia infantil. Rio de Janeiro: EPUME, 1986.
26. SCHULTE, Walter e R. Tölle. Manual de Psiquiatria. São Paulo: EPU: Springer, 1981.
27. SOUZA, Lídio de. Reflexões (im)pertinentes: uma análise da evolução do conceito de Deficiência mental. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.

28. Um salto para o futuro: O exercício da cidadania. Programa 18. (01/09/1995).

29. WINNICOTT, D. Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: ed. Francisco Alves, 1982.