

## RESUMO

Esquizofrenia e estigma foi o tema escolhido para ser abordado neste trabalho com o intuito de entender como todo o processo psicopatológico se inicia, em casa, analisar a evolução da família e da sociedade, sendo esta sociedade contaminada pelo preconceito, já que mesmo vivendo em pleno século XXI, esta realidade continua muito presente em nossos dias, e a família sente-se envergonhada e culpada pelo estado em que o parente se encontra. Tendo como base a abordagem Psicanalítica. Este trabalho pretende, então, descrever o quanto o indivíduo estigmatizado padece, por ser excluído, carregando, muitas vezes, sozinho este fardo. A pesquisa é de cunho exploratório e foi efetuada, a partir de uma pesquisa bibliográfica, assim o tema possibilitou estudar a historicidade familiar e sociológica e suas mudanças, já que atualmente esquizofrenia e estigma andam juntos.

## INTRODUÇÃO

Será desenvolvido ao longo do trabalho o tema Esquizofrenia e estigma apoiado num enfoque psicanalítico, destacando Freud e Winnicott como referência bibliográfica. Pode ser um tema talvez polêmico, ou complicado para se expor, por questões pessoais ou talvez sociais, já que vivemos em uma sociedade que sempre foi preconceituosa, ainda mais se tratando de patologias, onde o esquizofrênico vive marginalizado, não tendo direitos, a não ser os adquiridos pela lei. A sociedade leiga trata os esquizofrênicos com desrespeito, podendo sentir-se amedrontados e talvez até ameaçados, já que a opinião de algumas pessoas é de que se deve manter o indivíduo aprisionado em hospitais, em casa, ou mantidos sob efeito de remédios. Esta sociedade preconceituosa alega que um esquizofrênico é impotente e incapaz de produzir algo suficientemente ideal para os ditos “normais”. O motivo da escolha da pesquisa é que o assunto é muito importante para a formação do Psicólogo, já que poderemos estar nos deparando com psicóticos esquizofrênicos a qualquer momento. Buscou-se compreender a instalação da patologia por meio de uma fundamentação psicanalítica. Esta, por sua vez, escolhida por articular o conceito de psicose esquizofrênica no processo inconsciente ao desenvolvimento psíquico.

Muitas vezes a família se sente desvalorizada, ou excluída socialmente, pois não são todos que dão o apoio necessário, gerando sofrimento psíquico tanto para a família, quanto para o paciente. Embora nem sempre a família se deixe levar pelo preconceito social, a maior parte se propõe a ajudar e dar a assistência necessária para o paciente, e este se vê envolvido pelo aconchego familiar, ajudando o processo de valorização familiar e reabilitação deste indivíduo, pois sem esta ajuda, fica muito mais difícil a reintegração do doente na sociedade. Buscou-se em Melman a fonte bibliográfica, para a abordagem das relações com a família.

O estudo procurou conceituar a doença, mostrando seus estágios evolutivos, desde o início no ambiente familiar e relação com os pais e sua aceitação social. E é preciso relatar que, em muitos casos, o esquizofrênico sofre abandono familiar, já que a família é geradora do processo e pouco acolhedora.

No primeiro capítulo, será abordado o conceito de indivíduo saudável, o que a sociedade julga erroneamente, o que foge ao “normal” se tornando patológico, a atual estrutura familiar, todo o processo de crescimento do indivíduo, até a fase madura. A origem da família contemporânea, a sociedade atual e seus desdobramentos, e entender que o apoio familiar é imprescindível para a recuperação do esquizofrênico.

O segundo capítulo remete à psicanálise freudiana, e algumas conceituações importantes para a compreensão do processo psicótico esquizofrênico. A centralização do desenvolvimento do indivíduo no Complexo do Édipo, a diferença entre neuroses e psicoses, e a perda da participação do esquizofrênico no mundo externo, o surgimento das neuroses, das neuroses de transferência e a negativa como defesa em perceber a realidade.

No terceiro e último capítulo será abordada a relação entre esquizofrenia e estigma, o apoio da família e da sociedade e como o indivíduo esquizofrênico tem medo da relação com os demais, tendo medo de se mostrar. O sofrimento psíquico causado pela exclusão e as diferenças entre este e a sociedade dita “normal”.

Nas considerações finais procurei expressar o quão importante é o apoio familiar e dos profissionais envolvidos para a reintegração do paciente ao convívio social, já que não é sempre que a família tem esta consciência, relatar tudo o que foi mostrado no trabalho, a dificuldade de abordar o tema, o porque do enfoque psicanalítico e os estágios da evolução da doença.

O objetivo, então, é conscientizar a família através do trabalho dos profissionais de Psicologia, a importância da recuperação e reintegração do paciente à sociedade, e tentar de alguma forma, diminuir o preconceito em relação aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico, para que possam ter uma vida integrada, mesmo com suas dificuldades, como todos nós.

## **1- PSICOSE E DESENVOLVIMENTO NA FAMÍLIA**

### **1.1- Do nascimento ao amadurecimento**

*“Levantar, sacudir a poeira, dar a volta por cima”.*

*(Ataulfo Alves)*

Usamos as palavras normal e saudável quando nos referimos a pessoas, e pensamos saber o que queremos dizer. Segundo Winnicott em Tudo começa em casa (1996), não se pode incidir no erro de pensar que se pode avaliar um homem ou mulher sem levar em conta seu lugar na sociedade. A maturidade individual implica movimento em direção à independência, mas não existe essa coisa chamada “independência”. Seria nocivo para a saúde o fato de o indivíduo ficar isolado ao ponto de se sentir independente e invulnerável. Se a pessoa está viva, sem dúvida há dependência. Dependência da enfermeira, de um sanatório ou da família. A saúde social depende da saúde individual, pois a sociedade não passa de uma duplicação maciça de indivíduos e a sociedade não pode ir além do denominador comum da saúde individual.

O meio ambiente satisfatório começa com um alto grau de adaptação às necessidades individuais da criança e, geralmente, a mãe é capaz de provê-lo, por causa do estado especial em que ela se encontra; esta adaptação vai diminuindo de acordo com a crescente necessidade que o bebê tem de experimentar reações à frustração. A mãe saudável pode retardar sua função de não conseguir se adaptar até que o bebê tenha se tornado capaz de reagir com raiva, em vez de ficar traumatizado pelas incapacidades da mãe. De acordo com Winnicott (1996) “Trauma significa quebra de continuidade na existência de um indivíduo”. É somente sobre uma continuidade no existir que o sentido de se sentir real pode, finalmente, vir a se estabelecer como uma característica da personalidade do indivíduo.

Desde o início, mesmo quando o bebê está vivendo num mundo subjetivo, a saúde não pode ser descrita em termos apenas individuais. Posteriormente, torna-se possível pensar em uma criança saudável num meio ambiente não-saudável; no início, isto não faz sentido até que o bebê consiga fazer uma avaliação objetiva da realidade, tornando-se capaz de distinguir claramente entre o eu e o não-eu, entre o real compartilhado e os fenômenos da realidade psíquica pessoal, e tenha algo de ambiente interno. A criança vive em um mundo subjetivo e a mãe se adapta, com o intuito de dar um suprimento básico de experiência de onipotência, envolvendo essencialmente uma relação viva.

Na primeira metade do século, por influência de Freud, toda avaliação de saúde precisava ser feita em termos de estágio em que se encontrava o id, como na hierarquia - inicia-se com a predominância oral, seguida da predominância anal e uretral, e então segue-se o estágio fálico ou exibicionista e finalmente a fase genital, infantil ou pré-genital (de três a seis anos), na qual a fantasia inclui tudo aquilo que pertence ao sexo adulto. A criança saudável alcança, então, o período de latência, no qual não há avanços nas posições do id, o conceito de saúde aqui se associa com um período que pode ensinar algo à criança, e nesse período há uma tendência bastante natural de os sexos se segregarem.

Depois vem a puberdade, geralmente anunciada por uma fase pré-púbere na qual uma tendência homossexual ou algum distúrbio talvez se manifeste. Lá pelos quatorze anos, o indivíduo que não pulou a fase da puberdade pode de modo inexorável e saudável, ser lançado num estado de confusão e dúvida. A puberdade significa tanto um alívio como um fenômeno extremamente perturbador. Atualmente, indivíduos púberes conseguem experimentar a adolescência como um período de crescimento em companhia de outros no mesmo estado, e a tarefa difícil é separar o que é saudável do que é doentio. A medida que estes indivíduos deixam o estágio da puberdade, começam a se sentir reais e adquirem um senso de ser, sendo isto, saúde. A partir do ser vem o fazer, mas não pode haver o fazer antes do ser .

Para Winnicott, os psicanalistas tenderam, inicialmente, a pensar na saúde como a ausência de distúrbios psiconeuróticos, e ele ressalta que não é necessário jogar fora o que usamos previamente quando pensamos hoje em termos de liberdade dentro da personalidade, de capacidade para ter confiança e fé. De questões de constância e confiabilidade objetal, de liberdade em relação a auto-ilusão, e também de algo que tem mais a ver com a riqueza do que com a pobreza enquanto qualidade da realidade psíquica pessoal.

A saúde não é uma simples ausência da doença psiconeurótica, ausência de distúrbios relativos à progressão das posições do id em direção a genitalidade plena e à organização de defesas relativas a ansiedade e a relações interpessoais. A vida de um indivíduo saudável é caracterizada por medos, conflitos, dúvidas, frustrações, tanto quanto por características positivas. O principal é que este indivíduo sinta que está vivendo sua própria vida, assumindo responsabilidades pela ação ou pela inatividade, e seja capaz de assumir os aplausos pelo sucesso e as críticas pelas falhas. Pode-se dizer que o indivíduo emergiu da dependência ou autonomia; assim, um bebê, por exemplo, pode ser capaz de realizar seu desenvolvimento pessoal. O resultado é uma continuidade da existência , que se transforma num senso de existir, finalmente resultando em autonomia.

### **1.3- O psicótico e sua família**

A estrutura familiar atual, centrada na afeição e na intensificação das relações entre pais e filhos na privacidade de suas casas, é uma invenção relativamente recente na história do homem ocidental, ganhando contornos mais nítidos a partir do século XVIII na Europa.

Melman em Família e doença mental (2002), se referindo ao estudo clássico de Ariés na História social da criança e da família (1981) retrata, com detalhes, partindo principalmente de fontes francesas, o processo histórico que resultou na constituição dos valores e dos costumes da família moderna que praticamente subsistem até nossos dias.

Na sociedade medieval, por exemplo, não havia condições objetivas para a constituição de uma noção de privacidade e de intimidade entre os indivíduos em suas habitações. As famílias eram grandes agrupamentos compostos não apenas por parentes consanguíneos, mas também pelos servidores e protegidos. Viviam em grandes casas rurais ou urbanas abertas à visita pública dos amigos, clientes, clérigos e visitantes. Não havia, nessas habitações, separação entre vida profissional, vida privada e vida social. A família tinha por missão a conservação dos bens, a prática comum de um ofício, a ajuda mútua cotidiana, num mundo em que um homem, mais ainda uma mulher, não poderia sobreviver isolado. E principalmente nos momentos de guerra, o grupo tinha a função de proteger a honra e as vidas.

A família não era a responsável direta pela transmissão dos valores e dos conhecimentos e pela socialização das crianças. Por volta dos sete anos de idade, a criança se afastava da casa dos pais e sua educação passava a ser garantida por uma aprendizagem na casa de outra família. De maneira geral, a principal obrigação da criança confiada a um mestre era servi-lo bem e devidamente. Gradativamente, então, por meio de ampliação de seus efetivos, do aumento e do fortalecimento do número de instituições de ensino, a escola venceu as resistências e impôs sua autoridade moral. A escola passou a confinar a infância, antes livre do universo dos adultos, num regime disciplinar cada vez mais rigoroso, que nos séculos XVIII e XIX resultaram no enclausuramento total do internato (limitando-se inicialmente à burguesia e à nobreza).

A partir do século XVIII, este modelo de família nuclear e sentimental, que antes se limitava às classes abastadas, será lentamente imposto à consciência de todas as camadas da população, a típica família moderna foi também profundamente marcada pela dicotomia entre os papéis públicos, atribuídos segundo o gênero, instituindo uma divisão sexual do trabalho. Constituía-se, então, um mundo feminino centrado na privacidade do lar e um masculino, voltado para o espaço público.

Então, aos poucos, os pais tornaram-se os principais agentes de constituição da família e, nesse percurso, passaram a receber apoio de médicos, pedagogos, psiquiatras e mais tarde dos psicólogos e psicanalistas, para resolver dificuldades surgidas com novas questões e personagens em cena: a mulher nervosa, o marido impotente, a esposa frígida, a criança problema, a homossexualidade, o psicótico, os desvios mentais. Nascendo, assim, uma nova família, e uma demanda incessante por parte das famílias às voltas com seus infortúnios.

Atualmente, nossa sociedade e, portanto, nossas famílias não estão preparadas para o desafio de acolher e cuidar das pessoas que adoecem mentalmente, ainda predomina uma visão preconceituosa em relação a pacientes psicóticos esquizofrênicos, o que acaba

resultando na marginalização, exclusão e banalização afetiva e social de um grande número de pessoas que necessitam de atenção psicológica e/ ou psiquiátrica. O universo destes familiares reflete uma realidade de preconceito e exclusão, pois vivemos em uma sociedade altamente preconceituosa, sendo difícil para a família aceitar e inserir o paciente no seu cotidiano, ficando, então, excluído, muitas vezes. É na história das famílias de psicóticos - e dos mais regredidos - que observamos a presença mais intensa do sentimento de vergonha e negação. A gravidade do quadro, portanto, não é necessariamente proporcional à intensidade das vivências familiares. Sentem-se paralisados ou fechados em um universo tenso, reduzidos, isolados, sem saber como agir com o que foge do normal e se torna patológico. O investimento maciço nas tentativas de resolver os problemas faz com que esses indivíduos passem a organizar suas vidas em torno das vivências da doença. Na sociedade contemporânea, os parentes que cuidam de um esquizofrênico são vítimas de preconceito, são desrespeitados e julgados, sendo doloroso tanto para a família quanto para o paciente. A família, então, mergulha na pesquisa de eventuais erros do passado buscando explicações e sentidos que possam trazer a compreensão da atual situação. Como efeito desse estigma, é desgastada a auto-estima e a auto-confiança dos envolvidos, roubando uma parcela importante de suas potencialidades e oportunidades de suas vidas; por outro lado, é vital ampliar a capacidade de resistir e crescer nessa situação tão adversa, é importante enfrentar o desafio de tornar mais leve o peso das grandes frustrações e, assim, transformar a dor em condição de aprendizado, base para os processos de desenvolvimento e maturação. É possível relativizar as vivências traumáticas e ameaçadoras, favorecendo o crescimento dos envolvidos, questionando a cultura da exclusão e confinamento dos alienados.

Na sociedade moderna ocidental, amar e cuidar dos filhos tornou-se uma tarefa extremamente complexa e difícil. São muitas as exigências e os deveres a que os pais estão submetidos no que diz respeito à educação e a formação das crianças até a idade adulta. Os pais precisam estar constantemente informados e atentos aos menores desvios que envolvem o desenvolvimento emocional, escolar e sexual. Em nossos dias, a família tem assumido a responsabilidade por qualquer anormalidade que possa romper com a expectativa de criar filhos fortes e saudáveis, preparando-os para viverem socialmente.

Concentradas em si mesmas, em uma sociedade narcísica, as pessoas têm se mostrado inseguras e impotentes para resolver dificuldades cotidianas, freqüentemente os pais apelam para especialistas em suas tentativas de buscar respostas para o seu sofrimento, pois jamais estão seguros de seus sentimentos e de como agir em relação aos filhos.

Se essa situação de insegurança incide sobre a maioria dos pais, podemos vislumbrar o que pode suceder quando um filho ou parente psicotiza. O surgimento de uma esquizofrenia em um membro da família agrava drasticamente o quadro de uma

insegurança e desconforto, representa em geral, um forte abalo, uma grande ruptura na trajetória de vida da família e do membro em sofrimento psíquico. A vivência da catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano, alguns familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir, encarar as dificuldades, tentar explicar o rompimento com a realidade.

Esse quadro gera tensão, a gravidade é maior e a duração dos sintomas se prolonga por muito tempo, há repetidos fracassos sociais dos pacientes, dificuldades de comunicação e interação e os freqüentes insucessos nos tratamentos produzem mais frustração e desespero, sendo um convite para o progressivo isolamento da vida comunitária: suas próprias vidas ficam vazias. Já foi muitas vezes observado que os significados e representações sobre os esquizofrênicos podem não ser compartilhados igualmente por todas as pessoas que vivem numa mesma casa, o que resulta em diferentes atitudes e vivências ante os problemas. No relato dos familiares há a presença de um sentimento de culpa, principalmente dos pais em relação aos filhos.

Há hipóteses a investigar,mas não é o objetivo desta pesquisa, como a busca de articular a extrema valorização e intensificação da família moderna, o fechamento da família sobre si mesma, com os processos de culpabilização de seus membros. A sociedade ocidental investiu e idealizou intensamente o núcleo familiar. Já que a família é tudo e também responsável por tudo. Se tudo remeter à família, tudo é culpa da família.

Entender o lugar especial da família nas sociedades ocidentais, e conhecer o processo histórico e social que resultou numa estrutura familiar com uma série de características e funcionamentos, pode contribuir para uma análise mais rigorosa sobre as vivências dos familiares de pacientes esquizofrênicos.

## **2 -UMA CONCEPÇÃO PSICANALÍTICA DE NEUROSE E PSICOSE**

### **2.1- A psicanálise freudiana e a centralização no Édipo**

*“Por toda a parte nos resta ainda um alegria.  
A dor pura entusiasma. Quem sobe sobre a própria  
Miséria, está mais alto. E é magnífico saber que só  
Na dor sentimos bem a liberdade da alma.”  
Hölderlin, Hyperion.*

Melman em sua publicação Família e Doença Mental (2002) relata o surgimento da Psicanálise, com mais intensidade a partir da década de 30. Surge um novo protagonista, que vai gradativamente ocupar mais espaço e poder no mercado que gira em torno da família. A psicanálise entra pela porta da escola. A partir de problemas como delinquência,

a desadaptação escolar e o baixo aproveitamento escolar dos alunos, os psicanalistas operaram um deslocamento para a família. Em relação aos problemas escolares, a família só recebia da medicina e da psiquiatria basicamente duas respostas: ou o filho era doente ou mal educado. Os diagnósticos médicos pouco tinham a acrescentar, além de culpabilizar aos pais diretamente, sugerindo falta de educação e formação moral adequada ou, indiretamente, confirmando a existência de uma doença.

A Psicanálise, ao contrário da Medicina e da Psiquiatria, evitava a fatalidade do diagnóstico precoce, e ainda valorizava a vontade dos pais de pedir ajuda e melhorar a educação dos filhos, esta atitude de não emitir diagnóstico preliminar no processo analítico atenuava a perspectiva de um julgamento inicial, fonte de inúmeras resistências. O discurso psicanalítico mostrou-se adequado e valioso para todos os setores da sociedade que desejavam fortalecer a estrutura nuclear e sentimental; em virtude de seus objetivos, assumiram, a princípio, um discurso e uma prática contra o aborto, o divórcio, os métodos anticoncepcionais e contra tudo que pudesse enfraquecer a instituição familiar. Em contraposição a esse movimento familiarista, articularam-se organizações socialistas, anarquistas e sindicatos operários que viam, na insubmissão à reprodução biológica e às novas concepções sobre a família, um instrumento de luta de classe. Progressivamente, os psicanalistas foram ocupando o lugar do padre confessor e do médico guia das famílias.

Por outros caminhos, Deleuze e Guattari (1976), na obra *O Anti-Édipo*, também chegaram à conclusão de que a Psicanálise contribuiu significativamente para o processo de hipervalorização da família em nossa sociedade. Segundo os autores, Freud teria feito do romance familiar a base para entender todo o inconsciente ao generalizar o complexo de Édipo como um complexo nuclear transformando-o numa espécie de símbolo universal para analisar a subjetividade. A teoria psicanalítica, para estes críticos, teria uma edipianização furiosa do inconsciente, que acabou resultando numa espécie de Império do Édipo. Ao fechar o inconsciente para outros elementos, para eles, Freud induziu a um consumo exagerado do drama triangular, esquecendo que existem permanentemente outras representações, outras conexões afetivas, históricas, políticas, econômicas, etc., que atravessam e influenciam o inconsciente.

A Psicanálise teve sua origem a partir da observação dos fenômenos psíquicos em um universo familiar social e historicamente determinado. Nesse sentido, pode-se afirmar que a psicanálise não inventou o complexo de Édipo. Ela apenas respondeu à necessidade das pessoas que chegam edipianizadas como resultado da intensificação das relações familiares. A teoria psicanalítica ampliou e potencializou as forças do inconsciente para tanto, reduziu e desviou as outras forças do inconsciente. A psicanálise fez do Édipo um eixo de referência em torno do qual tudo passou a girar, ao definir as funções simbólicas



em uma estrutura, foi possível substituir o conceito tradicional de papai/ mamãe por uma função- pai e uma função- mãe distintas, garantindo a universalidade do Édipo de tal forma que o processo de edipianização do inconsciente é levado até o fim. O complexo de Édipo representa uma das chaves fundamentais para penetrar no inconsciente, principalmente nessa sociedade ocidental que intensificou ao máximo as relações intrafamiliares. A presença de uma chave, todavia, não descarta a possibilidade de outras chaves, ou até de outras portas, para conhecer os complexos labirintos no mundo inconsciente. Resgatar esse caráter múltiplo e heterogêneo das conexões inconscientes sem lhe impor uma hierarquia, sem privilegiar algum elemento em detrimento dos demais é a proposta destes autores.

## **2.2- As neuroses e psicoses em Freud e Winnicott**

Desde o século XIX, foram caracterizadas as doenças mentais em neuroses e psicoses, e não se pode concluir que pessoas neuróticas sejam menos doentes que as psicóticas. Há neuróticos que apresentam tantas ou mais dificuldade na convivência quanto os psicóticos. Na Psicanálise freudiana, a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo. Por conseguinte, a diferença inicial assim se expressa no desfecho final: na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; na neurose, a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga. Ou, ainda, de outro modo: a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora, a psicose a repudia e tenta substituí-la. Tanto a neurose, quanto a psicose são, pois, expressão de uma rebelião por parte do id contra o mundo externo, de sua indisposição ou incapacidade a adaptar-se às exigências da realidade.

Freud, em suas obras, demonstra que todas as neuroses transferenciais se originam de recusar-se o ego a aceitar uma pulsão do id ou ajudá-lo a encontrar um escoadouro motor, ou do ego proibir àquele impulso o objeto a que visa. Em tal caso, o ego se defende contra a pulsão mediante o mecanismo do recalque. O material recalcado luta contra este destino. Cria para si próprio, ao longo de caminhos sobre os quais o ego não tem poder, uma representação substitutiva.

O ego descobre a sua unidade ameaçada e prejudicada por este intruso, e continua a lutar contra o sintoma, tal como desviou a pulsão original. Tudo isso produz o quadro de uma neurose, ou neurose de transferência, não sendo contradição que empreendendo a repressão, no fundo o ego esteja seguindo as ordens do superego, que por sua vez, se originam de influências do mundo externo que encontram representação no superego. É mantido o fato de que o ego tomou o partido destas forças, de que nele as exigências

delas têm mais forças que as exigências pulsionais do id, e que o ego é a força que põe a repressão em movimento contra a parte do id interessada e fortifica a repressão por meio da anticatexia da resistência. “O ego entrou em conflito com o id, a serviço do superego e da realidade, e esse é o estado de coisas em toda neurose de transferência” (Freud, 1969, p.190).

Neurose é o termo empregado para descrever a regressão das pessoas que ficam fixadas ou investidas no estágio do complexo de Édipo, no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas totais, os conflitos originados desses relacionamentos levam a medidas defensivas que se tornam organizadas em um estado relativamente rígido. O modo como se criam e se tornam fixas depende da história do indivíduo anterior à sua chegada ao estágio das relações triangulares entre pessoas completas.

Neurose envolve repressão e inconsciente reprimido é um aspecto especial do inconsciente. Conquanto o inconsciente seja em geral o depositário das áreas mais ricas do eu do indivíduo, este inconsciente reprimido é o cofre em que se guarda o que é intolerável e está além da capacidade do indivíduo de absorver como parte de seu eu e de sua experiência pessoal. O inconsciente propriamente dito, pode ser alcançado em sonhos e contribui fundamentalmente para todas as experiências mais significativas do ser humano; em contrapartida, o inconsciente reprimido não está liberado para seu uso e aparece somente como uma ameaça ou fonte de reações formativas ( por exemplo, sentimentalismo indicando ódio reprimido).A repressão faz parte da neurose, assim como o splitting da personalidade faz parte da psicose. Como o dito na neurose uma das defesas se relaciona com a regressão. O indivíduo neurótico se encontra tendo recuado da sexualidade genital e da relação triangular entre pessoas completas e tendo adotado certas posições pertencentes à sua vida anterior, ao estágio da posição hetero ou homossexual nos assuntos interpessoais. Em certa extensão os pontos de fixação, os pontos utilizados nestas defesas regressivas, dependem de experiências boas e más dos estágios mais precoces do desenvolvimento do indivíduo, e obviamente dos fatores ambientais bons ou maus, correspondentes a estes estágios.

Neurose, então, se apóia em defesas organizadas ao redor de ansiedades e conflitos de pessoas relativamente normais, isto é, pessoas que, de qualquer modo, atingiram o estágio de complexo de Édipo. Em um tratamento pela psicanálise o analista torna possível a redução da quantidade de repressão e, no final do tratamento, os relacionamentos interpessoais vêm a ter uma expressão e experiência mais plena e há uma redução do componente pré-genital da sexualidade.

Já Winnicott, em O ambiente e os processos de maturação (1990), relata que saúde é maturidade emocional, maturidade emocional do indivíduo como pessoa. Neurose se

refere ao estado da pessoa como criança pré-escolar; à provisão familiar positiva e negativa; ao modo como o período de lactência aliviou ou acentuou as tensões que operavam no indivíduo; ao reagrupamento de vários estágios da adolescência das mudanças dos impulsos instintivos; e à nova organização das defesas contra a ansiedade que provém do molde da infantilidade precoce do indivíduo.

A trajetória a ser percorrida desde um viver, que se resume em um incipiente sentido de continuidade de ser, consiste, de um lado, no cumprimento, pelo lactente, das tarefas desenvolvimentais de integração, personificação e estabelecimento de relações objetais, cujo avesso é característico da esquizofrenia e outros fenômenos psicóticos; por outro lado, por parte do ambiente humano, de sustentação, manejo e apresentação de objeto de modo satisfatório.

Se a falha ambiental ocorre muito precocemente, a criança padece de sofrimentos indispensáveis: a vivência de cair para sempre numa queda eterna em um espaço desumanizado e sem limites. E é contra este tipo de situação que um conjunto de defesas pode vir a ser organizado como doença psicótica, sob forma clínica designada esquizofrenia, desta maneira, então, a terapêutica consiste no fornecimento de um ambiente confiável para a experiência que não foi vivida.

Quanto à psicose, Freud pensa que esta pode ser vista como doença que tem mais relação com as experiências nas fases mais precoces do que com as tensões ao nível dos relacionamentos interpessoais que levam às defesas repressivas. No caso extremo não houve nenhum complexo de Édipo verdadeiro porque o indivíduo ficou tão preso ao estágio anterior do desenvolvimento que o relacionamento triangular verdadeiro e a carga máxima nunca se tornaram um acontecimento.

Todo o resto das doenças mentais (exceto as neuroses) faz parte da formação da personalidade na infância, juntamente com a provisão ambiental que fracassa ou tem êxito em sua função de facilitar o processo de maturação do indivíduo. De outro modo, exceto a neurose, têm importância para um assistente social, além do psiquiatra, do psicólogo e do psicanalista, porque interessa não tanto às defesas organizadas do indivíduo como a falha deste em alcançar a força do ego ou integração da personalidade que possibilita às defesas se formarem. Falhas no processo de maturação, muitas vezes associadas a fatores psicológicos hereditários, essas falhas também estão muito associadas a falhas do ambiente facilitador, a pressuposição básica é de que a saúde mental do indivíduo é detida na área do cuidado do lactente e do cuidado da criança. Na psicoterapia das neuroses, que é essencialmente um distúrbio de um conflito interno (isto é, conflito dentro de um “eu” integrado, personalizado e relacionado com objetos), estes fenômenos que derivam do cuidado do lactente vêm à tona no que se chama de neurose de transferência.

Entre as neuroses e a psicose esquizofrênica há todo um território coberto pelo conceito de depressão. Na etiologia destas doenças os pontos de vista da depressão se situam entre os pontos de origem da esquizofrenia e da neurose, e também há todos os graus de superposição. As depressões constituem um conceito amplo de distúrbios mentais, os desenvolvimentos da Psicanálise elucidaram muito da psicologia da depressão e relacionaram também a depressão ao que é essencialmente normal, especificamente, a capacidade de sentir piedade e se preocupar. As depressões, portanto, vão do quase normal ao quase psicótico. Na extremidade normal da depressão estão aquelas doenças depressivas que implicam uma maturidade no indivíduo e implicam um grau de integração do eu. O que se precisa é uma avaliação do indivíduo como alguém cuja história pregressa revela evidência de que a integração da personalidade pode tolerar a carga da patogenia depressiva, em que certo tipo de conflitos está se resolvendo. Este conflito, na depressão, guarda a relação com a tarefa pessoal do indivíduo de acomodar sua agressão e seus impulsos destrutivos.

Entre as psicoses, a esquizofrenia é um padrão de conciliação entre êxito e fracasso no estado do desenvolvimento emocional do indivíduo, entre a imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto apoiadoras como retaliadoras, e, neste sentido, o quadro clínico da pessoa esquizofrênica varia de acordo com a atitude ambiental, mesmo quando a doença no paciente permanece fundamentalmente inalterada. Deste modo, saúde é maturidade emocional, maturidade de acordo com a idade, a tendência no sentido do amadurecimento persiste e é este que provê o impulso no sentido da cura e da autocura se não há auxílio disponível. É isto que está por trás do processo que se pode esperar, e se pode proporcionar um ambiente facilitador, adequado às necessidades imediatas do estágio de maturação da pessoa; o psicanalista, então, restringe seu trabalho a interpretar os elementos conscientes nascentes na neurose de transferência, apropriada ao tratamento das neuroses. Dentro do mecanismo das psicoses pode-se mostrar exemplos que apontam para um distúrbio no relacionamento entre o ego e o mundo externo, como na esquizofrenia onde o mundo exterior não é percebido de modo algum ou a percepção dele não possui qualquer efeito. O ego cria, autocraticamente, um novo mundo externo e interno, e este novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id e o motivo desta dissociação do mundo externo é alguma frustração séria de um desejo por parte da realidade, que parece intolerável.

A esquizofrenia se inclina a acabar em uma perda de toda participação no mundo externo. O delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo. No quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução.

A etiologia comum ao início de uma psicose e de uma psicose, sempre permanece a mesma, consiste em uma frustração, uma não-realização de um daqueles desejos de infância que nunca são vencidos e que estão enraizados em nossa organização filogeneticamente determinada. Esta frustração sempre é externa, mas no caso individual, ela pode proceder do agente interno (no superego) que assumiu a representação das exigências da realidade.

Como já se viu, anteriormente, as neuroses transferenciais se originam de recusar-se o ego a aceitar um escoadouro motor, ou de o ego preferir aquele impulso o objeto que o visa. Em tal caso, o ego se defende contra a pulsão, mediante o mecanismo da repressão. O material reprimido luta contra esse destino. Cria para si próprio, ao longo de caminhos sobre os quais o ego não tem poder, uma representação substitutiva, o sintoma. O ego descobre sua unidade ameaçada e prejudicada por esse intruso, e continua a lutar contra o sintoma, tal como desviou a pulsão original. Tudo isso produz o quadro de uma neurose. Não é contradição que, empreendendo a repressão, no fundo o ego esteja seguindo as ordens do superego, ordens que, por sua vez, se originam de influências do mundo externo que encontraram representação no superego.

As neuroses de transferência correspondem a um conflito entre o ego e o id; e Freud denomina neuroses narcísicas, aquelas em que há um conflito entre o ego e o superego, e psicose onde há um conflito entre o ego e o mundo externo. Seria desejável saber em que circunstâncias e por que meios o ego pode ter êxito em emergir de tais conflitos, que certamente estão sempre presentes, sem cair enfermo. Deste modo as incoerências, excentricidades e loucuras dos homens aparecem sob uma luz semelhante às suas perversões sexuais, através de cuja aceitação poupam a si próprios repressões.

Freud ainda propõe a negativa como mecanismo de defesa inconsciente, que ocupa o lugar da repressão na psicose, sendo defesa característica do esquizofrênico ao lado da regressão. O conteúdo de uma imagem ou idéia reprimida pode abrir caminho até a consciência, com a condição de que seja negado, a negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido; com efeito, já é uma suspensão da repressão, embora não, naturalmente, uma aceitação do que está reprimido, o conteúdo de uma imagem ou idéia reprimida pode abrir caminho até a consciência, com a condição de que seja negado. Com o auxílio da repressão apenas uma consequência do processo da repressão é desfeita, ou seja, o fato de o conteúdo ideativo daquilo que está reprimido não atingir a consciência. O resultado disto é uma aceitação intelectual do reprimido, ao passo que simultaneamente persiste o que é essencial à repressão. No decurso de um trabalho analítico ocorre com frequência uma outra variante desta situação, o êxito em vencer também a negativa e ocasionar uma plena aceitação intelectual do reprimido, porém o processo repressivo em si próprio não é, com isso, ainda removido. Senso assim, o

indivíduo esquizofrênico nega a realidade, percebendo somente o mundo interior, criado por ele, regredindo, negando assim sua própria condição patogênica.

De vez que afirmar ou negar o conteúdo de pensamentos é tarefa da função do julgamento intelectual, o que foi dito leva à origem psicológica desta função. “Um juízo negativo é substituto intelectual da repressão” (Freud, 1969, p.297). Com o auxílio do símbolo da negativa o pensar se liberta das restrições da repressão e se enriquece com material indispensável ao funcionamento correto. Na análise, jamais descobrimos um não no inconsciente e o reconhecimento do inconsciente por parte do ego se exprime numa fórmula negativa.

A afirmação - como um substituto da união - pertence a Eros; a negativa - o sucessor da expulsão - pertence à pulsão de destruição ou Thanatos. O desejo geral de negar, o negativismo que é apresentado por alguns psicóticos, deve provavelmente ser encarado como sinal de uma des fusão das pulsões efetuada através de uma retirada dos componentes libidinais; a criação do símbolo da negativa dotou o pensar de uma primeira medida de liberdade das conseqüências de depressão e, com isso, da compulsão ao princípio do prazer.

É preciso saber se aquilo que foi percebido será ou não integrado ao ego, saber se algo que está no ego como representação pode ser redescoberto na percepção (realidade). Trata-se, então, de uma questão de externo e interno. O que é irreal, meramente uma representação e subjetivo, é apenas interno; o que é real está também lá fora, sendo assim, a consideração pelo princípio de prazer foi posta de lado. Para o indivíduo não é só importante um objeto de satisfação possuir um atributo bom merecendo, assim, ser integrado ao seu ego, mas também que ele esteja no mundo externo, de modo que ele possa se apossar dele sempre que necessitar, então todas as representações se originam de percepções e são repetições desta. Assim, originalmente a mera existência de uma representação constituía uma garantia da realidade daquilo que era representado.

Esta visão da negativa mostra bem que, na análise, jamais é descoberto um “não” no inconsciente e que o reconhecimento do inconsciente por parte do ego se exprime em uma fórmula negativa.

Freud sentencia que o discurso delirante do psicótico esquizofrênico - que sustenta as suas alucinações - nega a realidade, partindo de um fragmento perceptível dela, e remetendo à representação de um eu cindido e confundido com partes corporais, caracterizando-se como um “discurso de órgãos”.

### **3 - ESQUIZOFRENIA E ESTIGMA**

*“Viver é nos separarmos do que fomos para nos adentrarmos no que vamos ser, futuro sempre estranho.”*  
(Octavio Paz, 1984)

### **3.1- Definição de estigma**

Como já mencionamos, o estigma é como uma marca infamante feita com ferro em brasa, labéu, nota infamante, uma cicatriz. Conta-se que desde os gregos emprega-se como indicativo de uma degenerescência os estigmas do mal, da loucura, da doença. Na Antiguidade Clássica, através do estigma, procurava-se tornar visível qualquer coisa de extraordinário, mau, sobre o status de quem o apresentasse. O estigma avisava a existência de um escravo, de um criminoso, de uma pessoa cujo contato deveria ser evitado. Na Era Cristã, dois níveis foram acrescentados à metáfora do estigma: num de natureza sagrada, o estigma era sinal corporal de graça divina; no outro, era uma alusão médica a distúrbio físico. Com o desenvolvimento dos estudos de patologia social, a palavra voltou a ser conotada à degradação. Fez-se esse retorno ao sentido condenatório do termo, mas não se procedeu ao estudo mesmo à simples descrição das precondições estruturais do estigma, nem se cuidou de precisar o conceito. Tornou o estigmatizado como o banido da sociedade, banido por culpa exclusiva. Ao defini-lo, penalizaram-no, colocando-o à margem da sociedade. Nesse incessante forjar de proscritos, não se cuidou sequer de perguntar, por exemplo, quem verdadeiramente é o marginal: o estigmatizado que a sociedade marginaliza ou a própria sociedade.

### **3.2- Família, sociedade e esquizofrenia**

Essa definição retrata bem o que este capítulo sugere, estigma é exatamente isto, uma marca, uma cicatriz, que geralmente é difícil de se livrar e se é excluído socialmente. Goffman, em *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (1998), nos mostra com clareza um caso onde um esquizofrênico, por exemplo, é excluído por sua diferença, assim como um aleijado, um cego, e quem o estigmatiza, somos nós mesmos, a sociedade que não aceita o que julga ser diferente do normal. Não é porque a pessoa tem um problema que será incapaz de realizar tarefas, organizar projetos, ou situações semelhantes, pessoas com necessidades especiais desenvolvem habilidades e conceitos que uma pessoa dita normal pode não possuir. Como por exemplo um cego pode aguçar muito mais sua audição, um esquizofrênico desenvolve características para fins artísticos, um surdo- mudo aguça sua visão, etc. Às vezes um psicótico esquizofrênico pode realizar determinadas atividades muito melhor e mais produtivamente que uma pessoa “normal”, pois tanto as mentes quanto os corpos saudáveis podem estar aleijados. O fato de que as pessoas “normais” possam andar, ver e ouvir não significa que elas estejam realmente vendo ou ouvindo, elas podem estar completamente cegas para as coisas que estragam a

sua felicidade, totalmente surdas aos apelos de bondade de outras pessoas. Isso levaria imediatamente a se pensar que há muitos acontecimentos que podem diminuir a satisfação de viver de maneira muito mais efetiva do que a esquizofrenia, por exemplo.

A perda completa do contato com o corpo caracteriza o estado psicótico esquizofrênico. Falando de maneira geral, o esquizofrênico não sabe quem ele é, e está tão fora de contato com a realidade que não consegue sequer formular uma pergunta. Por outro lado, o indivíduo esquizóide sabe que tem um corpo e possui, portanto, orientação no tempo e no espaço. Mas uma vez que seu ego não está identificado com seu corpo, e não o percebe de maneira viva, ele se sente desligado do mundo e das pessoas. Paralelamente, seu senso de identidade consciente está desligado do modo como ele se sente em relação a si mesmo. Este conflito não existe na pessoa sadia, cujo ego identifica-se com o corpo e que tem conhecimento do fato de que sua identidade provém de existência corporal. Há muitos tipos diferentes de desvantagens, não apenas físicas ou mentais, e palavras de amargura de pessoas doentes, esquizofrênicas, bem poderiam ter sido pronunciadas, por jovens mulheres que se sentiam inferiores e diferentes por sua feiúra, incapacidade de ter filhos, impossibilidade de relacionamento com outras pessoas, ou muitas outras razões. Um psicótico esquizofrênico aprende com a sua dificuldade, podendo quem sabe até ensinar uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas, porque o delírio não é só sofrimento, é também um aprendizado.

A pessoa experiencia a realidade do mundo somente por meio do seu corpo , o meio ambiente exterior lhe provoca impressões porque se manifesta sobre seu corpo e afeta seus sentidos, em troca a pessoa reage à estimulação agindo sobre o meio ambiente. Todos nós já tivemos a experiência de que, quando nos sentimos bem, percebemos o mundo de forma mais aguçada.

Em estados depressivos o mundo parece descolorido e sem graça. O estigmatizado tem medo da reação dos outros, se sente acuado, com medo de se mostrar, mostrar o que realmente é, surge nele a sensação de não saber aquilo que os outros estão realmente pensando sobre ele. Ele pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os indivíduos normais o identificarão e o receberão, esta incerteza é ocasionada não só porque o indivíduo não sabe em qual das várias categorias ele será colocado, mas também, quando a colocação é favorável, pelo fato de que, intimamente, os outros possam defini-lo em termos de seu estigma. Embora as pessoas sejam boas e gentis em relação ao esquizofrênico, realmente no íntimo, o tempo todo ele tem a impressão de que elas o vêem como um doente e nada mais. Ele perde sua identidade tentando imaginar o que os outros irão pensar dele, tendo quase convicção de que as pessoas não o verão como o que ele é e, sim, pela impressão que ele passa. Ele percebe as pessoas como se sentissem pena, asco, nojo dele. Quando um doente consegue realizar tarefas comuns do



cotidiano, com destreza, autonomia, torna-se um fenômeno na sociedade, provocando admiração como se fosse um mágico. Mas, ao invés de se retraindo, o indivíduo estigmatizado pode também tentar aproximar-se de contatos mistos com agressividade; isso pode provocar nos outros uma série de respostas desagradáveis, assim a interação face a face pode tornar-se muito violenta, já que o estigmatizado se sente excluído, tornando-se hostil, em relação às pessoas normais. O indivíduo estigmatizado ou é muito agressivo, ou é muito tímido, está pronto a ler significados não intencionais nas ações, de outrem. Mostrar sensibilidade e interesse diretos por sua situação, pode ser um excesso. Se se esquece que ele possui um problema, são feitas exigências impossíveis de serem cumpridas ou há depreciação de seus companheiros de sofrimento.

É compreensível que nem todas as coisas caminhem suavemente, pode ser que o psicótico esquizofrênico, por ser tratado como se correspondesse inteiramente a um dos tipos de pessoas que são naturalmente acessíveis em tal situação, não reaja conforme o esperado, uma vez que o estigmatizado, como qualquer pessoa, é introduzida em situações sociais mistas, e que isso signifique tratá-lo como se ele fosse alguém melhor do que se acha que seja, ou alguém pior do que se acha que ele provavelmente é. Se nenhuma das condutas for possível, tenta-se, então, agir como se fosse uma “não-pessoa” e não existisse, como um indivíduo digno de atenção ritual. Ele, por sua vez, provavelmente continuará com os mesmos artifícios, pelo menos no início. Percebe-se este encobrimento pois talvez seja a melhor maneira de escapar da realidade dura, uma fuga para o que gostaria que estivesse acontecendo, ou talvez para poupar o indivíduo, mas que não escapa de uma forma de preconceito.

Durante o tratamento, quer seja em internação, atendimento ambulatorial ou programas de recuperação em instituições de saúde mental, o mais importante é ter tato e paciência com os doentes, perceber que eles não estão ali porque querem e sim porque foi preciso, porque lhe foi imposto esta condição, e tentar de alguma maneira ajudá-lo para que a recuperação seja rápida e eficaz, evitando maiores sofrimentos para a família e para o doente, evitando também recaídas, assim o doente se sentirá amado, e sentirá o apoio da família, sensibilizada com sua condição.

Uma das fases do processo de socialização é aquela na qual a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma idéia geral do que significa possuir um estigma particular. Uma outra fase também é aquela na qual ela aprende que possui um estigma particular e, dessa vez, as conseqüências de possuí-lo. Segundo Goffman (1998) “As pessoas que têm um estigma particular tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativa à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu”. A sincronização e interação destas duas fases iniciais da carreira moral formam

modelos importantes, estabelecendo assim, as bases para um desenvolvimento posterior, e fornecendo meios de distinguir as carreiras morais disponíveis para os estigmatizados.

Um momento crítico na vida do psicótico esquizofrênico é aquele em que o círculo doméstico não pode mais protegê-lo, varia segundo a classe social e lugar de residência, mas em cada caso, a sua aparição dará origem a uma experiência moral. Assim, freqüentemente se assinala o ingresso na escola como a ocasião para a aprendizagem do estigma, experiência que às vezes se produz de maneira bastante precipitada no primeiro dia de aula, com insultos, caçoadas, ostracismo e brigas. Pode-se notar que quanto maiores as desvantagens da criança, mais provável que ela seja enviada para uma escola de pessoas de sua espécie, que a sociedade diria que são iguais, e se sentiriam melhor, e assim aprenderão que aquilo que considerava como o universo de seus iguais estava errado e que o mundo que é realmente seu é bem menor. É importante acrescentar que quando, na infância, o estigmatizado consegue atravessar seus anos de escola ainda com algumas ilusões, o estabelecimento de relações ou a procura de trabalho o colocarão frente ao momento da verdade.

Há muitos casos em que a estigmatização do indivíduo está associada com sua admissão a uma instituição, como um sanatório, por exemplo, onde a maior parte do que ele aprende sobre sua condição, seu estigma, ser-lhe-á transmitida pelo prolongado contato íntimo com aqueles que irão transformar-se em seus companheiros de infortúnio. Quando o indivíduo compreende pela, primeira vez, quem são aqueles que de agora em diante ele deve aceitar como seus iguais, ele sentirá uma ambivalência, porque estes não só serão pessoas nitidamente estigmatizadas e , portanto, diferentes da pessoa normal que ele acredita ser, mas também poderão ter outros atributos que, segundo a sua opinião, dificilmente podem ser associados ao seu caso.

A esquizofrenia propriamente supõe certas falhas de construção da personalidade, estas, por sua vez, são enumeradas, mas pode haver uma área do funcionamento normal da personalidade, mesmo em uma pessoa esquizóide grave, de modo que o profissional desavisado pode ser enganado. De acordo com Winnicott (1990) Para compreender a esquizofrenia é necessário examinar os processos de maturação, à medida que conduzem o lactente e a criança pequena nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional. Nesta época precoce quando tanto desenvolvimento se está iniciando e nenhum se completando, as duas tendências são descritas pelas palavras maturação e dependência. O ambiente é essencial e, gradativamente se torna menos essencial, de modo que até se poderia falar de dependência dupla, mudando para dependência simples.

O ambiente não faz o lactente crescer, nem determina o sentido do crescimento. O ambiente, quando suficientemente bom, facilita o processo de maturação. Para tal, a

provisão ambiental, de modo extremamente sutil, se adapta às necessidades cambiantes se originado do evento da maturação. Tal adaptação sutil a essas necessidades só pode ser propiciada por uma pessoa, e uma que no momento não tenha nenhuma outra preocupação e que esteja identificada com o lactente de modo a sentir e satisfazer as necessidades do mesmo, como por um processo natural. No ambiente facilitador o lactente está envolvido em atingir várias metas, três das quais podem ser descritas como integração, personalização e relações objetais.

A integração se torna rapidamente complexa e logo inclui o conceito de tempo. O processo inverso é a desintegração, e esta é uma palavra empregada para descrever um tipo de patologia: desintegração da personalidade, ou seja, este inverso é o *splitting*, e este é um aspecto que caracteriza a esquizofrenia, daí seu nome. Personalização pode ser empregada para descrever a conquista de uma relação íntima entre psique e o corpo. Freud afirmou que o ego está essencialmente erigido sobre a base do funcionamento do corpo; o ego é essencialmente um ego corporal. No contexto atual é examinada a conquista em cada indivíduo da união da psique com o soma. A doença psicossomática é muitas vezes pouco mais que o reforço deste elo psicossomático em face da ameaça de rompimento do mesmo; esse rompimento resulta em vários quadros clínicos que recebem o nome de despersonalização. Então, o inverso do desenvolvimento que se observa no lactente dependente é um estado que reconhecemos como esquizofrenia, especificamente, despersonalização, ou a doença psicossomática o ocultando. O mesmo se dá entre relações objetais e a vida instintiva. O lactente se torna capaz de se relacionar com um objeto e de unir a idéia do objeto com a percepção da pessoa total da mãe. Esta capacidade de se relacionar com um objeto se desenvolve como resultado de uma adaptação materna que seja suficientemente boa, esta adaptação é essencial e deve durar um período suficientemente longo, ou a capacidade de se relacionar com um objeto pode ser perdida, total ou parcialmente. Inicialmente o relacionamento é com um objeto subjetivo, e é uma longa jornada até o desenvolvimento e estabelecimento da capacidade de se relacionar a um objeto, que é percebido objetivamente e que tem a possibilidade de ter uma existência separada, exterior ao controle onipotente do indivíduo.

Não se pode falar em esquizofrenia naquele indivíduo que teve um primeiro surto psicótico, mesmo com alucinações e delírios, e teve uma remissão boa, não vindo a apresentar novos surtos, assim como os casos de surtos induzidos por substâncias químicas ou decorrentes de problemas cerebrais orgânicos, por exemplo, um tumor ou alterações neuroendócrinas. Onde o indivíduo apresenta um quadro de psicose, mas uma vez removida a causa, ele não volta a apresentá-la.

O paciente esquizofrênico sofre uma desorganização em sua vida, ele vem sendo um bom aluno na escola, e em um determinado momento, começa a manifestar os sintomas

prodromicos: passa a se isolar, se retrair, mudar seu comportamento, descuidar de sua higiene, podendo até ter reações agressivas. E, então, depois de um certo tempo de evolução destes pródromos, vem o surto, sob a forma de desagregação do pensamento, comprometimento da afetividade, autismo, ambivalência (sentimentos de amor e ódio ao mesmo tempo), as alucinações e os delírios. O esquizofrênico relata que pessoas adivinham seu pensamentos, transmitem-lhe ordens e falam dele, criticando-o.

Com frequência, há no histórico familiar do paciente, algum antepassado com problemas psiquiátricos, e/ou psicológicos de certo modo, semelhante ao dele. E, quanto antes se diagnosticar e tratar, melhor. E entre os fatores de atraso no diagnóstico está justamente o preconceito, ainda existente ou a dificuldade dos familiares em identificar, no comportamento do indivíduo, os sinais de uma possível esquizofrenia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O motivo da escolha da pesquisa é que o assunto é muito importante para a formação do Psicólogo, e faz parte do nosso dever estarmos preparados para ajudar os indivíduos que adoecem mentalmente da melhor maneira possível e desfazer esta visão preconceituosa da sociedade que estigmatiza o esquizofrênico. Procurei compreender a instalação da patologia por meio de uma fundamentação psicanalítica. Esta por sua vez, escolhida por articular o conceito de psicose esquizofrênica ao processo inconsciente do desenvolvimento psíquico. Sendo um tema complexo de abordar, por ser uma patologia.

A compreensão, o apoio familiar e da equipe profissional, darão a sustentação que o paciente precisa para retornar à sociedade, constituindo uma base sólida e assim, possibilitar sua reabilitação e, com este apoio conduzir o esquizofrênico à caminhos menos dolorosos. A família não deve se mostrar indiferente frente ao problema, embora se saiba que nem todos estão preparados para vivenciar tal situação, já que a estrutura familiar vem se modificando ao longo dos anos.

Interessante que não pude perceber a esquizofrenia, quando comecei este trabalho, sem esta visão preconceituosa, já que tudo levava à questões sociais, do consumismo, estereótipos pois pode-se perceber, como havia dito no trabalho que a saúde social depende da saúde individual, pois a sociedade não passa de uma duplicação de indivíduos, ou seja, para que a sociedade seja “saudável”, em relação aos preconceitos, esta

Os esquizofrênicos então, pagam por serem loucos e sofrem como produto da loucura de todos nós, sendo assim, prisioneiros de seus próprios destinos.

Conclui-se que a jornada ainda é longa rumo à uma sociedade unificada, o que pode talvez, ser uma utopia, livre do preconceito e de valores que erroneamente são julgados certo, discriminando pessoas que não são doentes por opção, mas sim por algum distúrbio que desencadeou a patologia ao longo dos anos dentro do ambiente familiar, e por vivermos em uma sociedade narcísica, voltada para si mesma, onde tudo deve ser perfeito e o que foge do normal, é então, “mascarado”, não consegue perceber que o estigmatizado pode ser produtivo, já que as partes não lesionadas do seu ego podem suprir suas necessidades, e, sendo assim produzirem ao invés de se achar impotentes, e é importante lembrar que o estigmatizado possui os mesmos direitos dos “normais”, e todos são cidadãos. Pois não imagino uma sociedade que perceba o esquizofrênico como

Espera-se, ainda, que sejam encontradas novas oportunidades para aprofundar o assunto, e que seja estimulado o desenvolvimento deste tema em pesquisas futuras de novos formandos e que as idéias constantes deste trabalho possam ser divulgadas e melhor debatidas.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

COLEMAN, James C., **Distúrbios psicológicos e a vida contemporânea**- 2 ed., São Paulo: Pioneira, 1993.

FREUD, S., **A Negativa** (1925), Vol. XIX, Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969

\_\_\_\_\_, **Neurose e Psicose** (1924), Vol. XIX, Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969

GOFFMAN, Erving, **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**, 4ª ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1998.

HOLMES, David S., **Psicologia dos transtornos mentais**- 2.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MELMAN, Jonas, **Família e doença mental**, São Paulo, Escrituras Editora, 2001.

SANTOS, Núbia Schaper, **A autonomia do sujeito psicótico**, Revista Psicologia, ciência e profissão, - ano 20, nº 4, 2000.

WICKERT, Luciana Fim, **Loucura e direito à alteridade**, Revista Psicologia, ciência e profissão - ano 18, nº 1, 1998.

WINNICOTT, D., **Tudo começa em casa**, 2 ed., São Paulo, Martins Fontes, 1996.

WINNICOTT D., **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**, 3 ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.