

ANA MERCÊS BAHIA BOCK
ODAIR FURTADO
MARIA DE LOURDES TRASSI TEIXEIRA

PSICOLOGIAS

UMA INTRODUÇÃO
AO ESTUDO
DE PSICOLOGIA

Profa. Dra. Volquíria Padilha
Departamento de Administração
Nº Func. 4783568 - FEA-RPI/USP

13ª edição reformulada e ampliada — 1999

10ª tiragem — 2006

SP,  Editora
Saraiva, 2006

Saúde ou doença mental: a questão da normalidade

Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia mas ao seu ser social e político.

Franco Basaglia

O SOFRIMENTO PSÍQUICO

... que vai perder o controle sobre si mesma... que vai enlouquecer.

Em muitos momentos de sua vida uma pessoa pode viver situações difíceis e de sofrimento tão intenso, que pensa que algo vai arrebentar dentro de si, que não vai suportar, que vai perder o controle sobre si mesma... que vai enlouquecer. Isto pode ocorrer quando se perde alguém muito próximo e querido, em situações altamente estressantes, em que o indivíduo se vê com muitas dúvidas e não percebe a possibilidade de pedir ajuda e/ou resolver sozinho tal situação.

A pessoa, então, busca a superação desse sofrimento, o restabelecimento de sua organização pessoal e de seu equilíbrio, isto é, o retorno às condições anteriores de rotina de sua vida, em que não tinha insônia, não chorava a toda hora, não tinha os medos que agora tem, por exemplo. Embora o sofrimento seja intenso, não é possível falar de doença nessas situações. É necessário ter muito cuidado para não patologizar o sofrimento. Situações como essas, todos nós podemos vivê-las em algum momento da vida e, nessas circunstâncias, o indivíduo necessita de apoio de seus grupos (a família, o trabalho, os amigos), isto é, que estes grupos sejam "continentes" de seu sofrimento e de suas dificuldades e que não o excluam, não o discriminem, tornando ainda mais difícil o momento que vive.

Além do apoio do grupo, o indivíduo pode necessitar de uma ajuda psicoterápica, no sentido de suporte e facilitação da compreensão dos conteúdos internos que lhe causam o transtorno, o que poderá levá-lo a uma reorganização pessoal quanto a valores, projetos de vida, a aprender a conviver com perdas, frustrações e a descobrir outras fontes de gratificação na sua relação com o mundo.

Neste modo de relatar e compreender o sofrimento psíquico, fica claro que o critério de avaliação é o próprio indivíduo e seu mal-estar psicológico, isto é, ele em relação a si próprio e à sua estrutura psicológica, e não o critério de adaptação ou desadaptação social.

Esse indivíduo que sofre pode estar perfeitamente adaptado, continuar respondendo a todas as expectativas sociais e cumprir todas as suas responsabilidades. Ao mesmo tempo, pode-se encontrar um outro indivíduo, que, mesmo sendo considerado socialmente desadaptado, excêntrico, diferente, não vivencia, neste momento de sua vida, nenhum sofrimento ou mal-estar relevante. O indivíduo consegue lidar com suas aflições intensas encontrando modos de produção que canalizam este mal-estar de forma produtiva e criativa.

Assim, embora o sofrimento psicológico possa levar à desadaptação social e esta possa determinar uma ordem de distúrbio psíquico, não se pode, sempre, estabelecer uma relação de causa e efeito entre ambos. Isto torna questionável a utilização exclusiva de critérios de adequação social para a avaliação psicológica do indivíduo enquanto normal ou doente.

Abordar a questão da doença mental, neste enfoque psicológico, significa considerá-la como 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 — poluição sonora e visual intensas, condições de trabalho estressantes, trânsito caótico, índices de criminalidade, excesso de apelo ao consumo, perda de um ente muito querido etc. — devem ser entendidas como determinantes ou desencadeadoras da doença mental ou propiciadoras e promo-



Não são todas as situações de sofrimento que requerem ajuda psicoterápica.

Abordar a questão da doença mental significa considerá-la como produto da interação das condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo e sua estrutura psíquica.

toras da saúde mental, isto é, da possibilidade de realização pessoal do indivíduo em todos os aspectos de sua capacidade.

A DIVERSIDADE DE TEORIAS SOBRE A LOUCURA: POUCAS CERTEZAS

O indivíduo apresenta um sintoma ou vários: ele vê o diabo; tem um medo intenso de sair de casa ou de ir da sala para o banheiro sozinho; não consegue dormir à noite; não articula com lógica um raciocínio sobre determinado assunto; tem intermináveis monólogos com figuras ou objetos imaginários, utilizando frases desconexas; ouve vozes que o aconselham e o apavoram; ora está extremamente eufórico e, no momento seguinte, fica muito deprimido e se recusa ao contato com os outros.

Esses sintomas podem ser agrupados de diferentes formas, sendo identificados em quadros clínicos que recebem um nome, por exemplo, neurose, anorexia, distúrbio obsessivo compulsivo, psicose, síndrome do pânico, psicastenia etc. Sempre foi assim? Não.

UM BREVE OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DA LOUCURA¹

O filósofo francês Michel Foucault (1926-1984) deu uma valiosa contribuição para compreendermos a constituição histórica do conceito de doença mental. Sua pesquisa baseou-se em documentos (discursos) encontrados em arquivos de prisões, hospitais e hospícios. Na periodização histórica que utiliza, o autor inicia seu trabalho pelo Renascimento (século 16), período no qual o louco vivia “solto, errante, expulso das cidades, entregue aos peregrinos e navegantes”. O louco era visto como “tendo um saber esotérico sobre os homens e o mundo, um saber cósmico que revela verdades secretas”. Nessa época, a loucura significava “ignorância, ilusão, desregramento de conduta, desvio moral, pois o louco toma o erro como verdade, a mentira como realidade”. Neste último sentido, a loucura passaria a ser vista como oposição à razão, esta entendida como instância de verdade e moralidade. Na Idade Média e no Renascimento, eram raros os casos de internação de loucos em hospitais e, quando

1. Texto redigido a partir de *Constituição histórica do conceito de doença mental em Michel Foucault*, de Laura Fraga de Almeida Sampaio — filósofa e estudiosa de M. Foucault. Mi-meografado, 1998.



Muitas alternativas para tratar a dor psíquica foram experimentadas ao longo da história.

isso ocorria, recebiam o mesmo tratamento dispensado aos demais doentes, com sangrias, purgações, ventosas, banhos.

Na Época Clássica (séculos 17 e 18), os critérios para definir a loucura ainda não eram médicos — a designação de louco não dependia de uma ciência médica. Esta designação era atribuída à percepção que instituições como a igreja, a justiça e a família tinham do indivíduo e os critérios referiam-se à transgressão da lei e da moralidade.

No final do século 17 (1656), foi criado, em Paris, o Hospital Geral. Neste hospital, iniciou-se “a grande internação”. A população internada era heterogênea, embora pudesse ser agrupada em quatro grandes categorias: os devassos (doentes venéreos), os feiticeiros (profanadores), os libertinos e os loucos.

O Hospital Geral não era uma instituição médica, mas assistencial. Não havia tratamento. Os loucos não eram vistos como doentes e, por isso, integravam um conjunto composto por todos os segregados da sociedade. O critério de exclusão baseava-se na inadequação do louco à vida social.

Neste período, buscava-se construir um conhecimento médico sobre a loucura, contudo, a medicina da época — que tinha como modelo a história natural e o seu método classificatório (a descrição e a taxionomia da estrutura visível das plantas e animais eram feitas com a finalidade de estabelecer semelhanças e diferenças) — não conseguia abarcar a complexidade de manifestações da loucura.

Na segunda metade do século 18, iniciaram-se reflexões médicas e filosóficas que situavam a loucura como algo que ocorria no interior do próprio homem, como perda da natureza própria do homem, como alienação. Segundo a periodização histórica proposta por Foucault, nesse período (final do século 18 e início do 19) já estaríamos na Modernidade. Criou-se, então, a primeira instituição destinada exclusivamente à reclusão dos loucos: o

asilo. A mentalidade da época considerava injusto para com os demais presos a convivência com os loucos.

Os métodos terapêuticos utilizados no asilo eram: a religião, o medo, a culpa, o trabalho, a vigilância, o julgamento. O médico passou a assumir o papel de autoridade máxima. A ação da Psiquiatria era moral e social; isto é, sua função estava voltada para a normalização do louco, agora concebido como capaz de se recuperar.

Inicia-se a medicalização. A cura da doença mental — o novo estatuto da loucura — ocorreria a partir de uma liberdade vigiada e no isolamento. Estava preparado o caminho para o surgimento da Psiquiatria.

A PSIQUIATRIA CLÁSSICA

Fala-se, mesmo, na química da loucura.

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, e inúmeras pesquisas nesse sentido estão em andamento. Nessa abordagem, algum distúrbio ou anomalia da estrutura ou funcionamento cerebral leva a distúrbios do comportamento, da afetividade, do pensamento etc. 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.

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, devemos lembrar que ainda são usados os eletrochoques, os choques insulínicos e, em casos mais graves, o internamento psiquiátrico, para uma administração controlada e intensiva de medicamentos.

A CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE

Não é possível discutir a questão da normalidade e da patologia sem retomar as contribuições de Freud para a questão. Para a Psicanálise, o que distingue o normal do anormal é uma questão de

grau e não de natureza, isto é, nos indivíduos “normais” e nos “anormais” existem as mesmas estruturas de personalidade e de conteúdos, que, se mais, ou menos, “ativadas”, são responsáveis pelos distúrbios no indivíduo. Essas são as estruturas neuróticas e psicóticas.

Freud tomou a terminologia da Psiquiatria clássica do século 19 e definiu os quadros clínicos assim:

Neurose — “os sintomas (distúrbios do comportamento, das idéias ou dos sentimentos) são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem suas raízes na história infantil do indivíduo”².

As neuroses podem ser subdivididas em:

- **Neurose obsessiva** — esse tipo de conflito psíquico leva a comportamentos compulsivos (por exemplo, lavar a mão com frequência não usual); ter idéias obsedantes, por exemplo, de que alguém pode estar perseguindo-o e, ao mesmo tempo, ocorre uma luta contra esses pensamentos e dúvidas quanto ao que faz ou fez.
- **Neurose fóbica ou histeria de angústia** — a angústia é fixada, de modo mais ou menos estável, num objeto exterior, isto é, o sintoma central é a fobia, o medo. Medo de altura, medo de animais, medo de ficar sozinho etc.
- **Neurose histérica ou histeria de conversão** — o conflito psíquico simboliza-se nos sintomas corporais de modo ocasional, isto é, como crises. Por exemplo, crise de choro com teatralidade, ou sintomas que se apresentam de modo duradouro, como a paralisia de um membro, a úlcera etc.

Todas as formas de manifestação da neurose têm sua origem na vida infantil, mesmo quando se manifestam mais tarde, desencadeadas por vivências, situações conflituosas etc. Nos dois últimos tipos apresentados, a neurose está associada a conflitos infantis de ordem sexual.



VAN GOGH — AUTO-RETRATO COM ORELHA CORTADA

As pessoas podem ser criativas — e mesmo geniais — em momentos de intenso sofrimento psíquico.

Todas as formas de manifestação da neurose têm sua origem na vida infantil.

2. Freud. Apud J. Laplanche e J.-B. Pontalis. *Vocabulário da Psicanálise*. p. 377.

A esses tipos de neurose deve-se acrescentar a **neurose traumática**, em que os sintomas — pensar obsessivamente no acontecimento traumatizante, ter perturbações do sono etc. — aparecem após um choque emotivo do indivíduo, ligado a uma experiência em que ele correu risco de vida. Mas, mesmo nesse caso, existiria, segundo Freud, uma predisposição, isto é, o traumatismo desencadeou uma estrutura neurótica preexistente.

Psicose — é o termo usado até meados do século 19 para se referir, de modo geral, à doença mental. Para a Psicanálise, refere-se a uma perturbação intensa do indivíduo na relação com a realidade. Na psicose, acontece uma ruptura entre o ego e a realidade, ficando o ego sob domínio do id, isto é, dos impulsos. Posteriormente, na evolução da doença, o ego reconstrói a realidade de acordo com os desejos do id.

As psicoses subdividem-se em:

- **Paranóia** — é uma psicose que se caracteriza por um delírio mais ou menos sistematizado, articulado sobre um ou vários temas. Não existe deterioração da capacidade intelectual. Aqui se incluem os delírios de perseguição, de grandeza.
- **Esquizofrenia** — caracteriza-se por: afastamento da realidade — o indivíduo entra num processo de centramento em si mesmo, no seu mundo interior, ficando, progressivamente, entregue às próprias fantasias. Manifesta incoerência ou desagregação do pensamento, das ações e da afetividade. Os delírios são acentuados e mal sistematizados. A característica fundamental da esquizofrenia é ser um quadro progressivo, que leva a uma deterioração intelectual e afetiva.

A tristeza pode ser ou não um indicador de adoecimento.



KEYSTONE

- **Mania e melancolia ou psicose maníaco-depressiva** — caracteriza-se pela oscilação entre o estado de extrema euforia (mania) e estados depressivos (melancolia). Na depressão, o indivíduo pode negar-se ao contato com o outro, não se preocupa com cuidados pessoais (higiene, apresentação pessoal) e pode mesmo, em casos mais graves, buscar o suicídio.

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, como no caso do indivíduo que tem um medo intenso de cachorro e não consegue nem passar a mão num bichinho de pelúcia.

... as doenças mentais definem-se a partir do grau de perturbação da personalidade.

NORMAL E PATOLÓGICO

Nos dois modelos explicativos anteriores — Psiquiatria clássica e abordagem psicológica — está implícita a questão dos padrões de normalidade, isto é, embora as duas teorias se diferenciem quanto à concepção de doença mental e suas causas, elas se assemelham no sentido de que ambas supõem um critério do que é normal.

NORMAL E PATOLÓGICO: UMA DISCUSSÃO ANTIGA E ATUAL

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 diagnostica que ele é doente.

E aqui surge uma complicação. O conceito de normal e patológico é extremamente relativo. Do ponto de vista cultural, 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.

O conceito de normal e patológico é extremamente relativo.

Os antropólogos têm contribuído enormemente para esclarecer essa questão da relatividade cultural do conceito e do fenômeno. Por exemplo, o comportamento homossexual, que em uma sociedade é considerado doença, em outra pode ser um comportamento absolutamente adequado ou até mesmo valorizado. Historicamente, também se verificam mudanças. Podemos encontrar, nos arquivos de um hospital psiquiátrico de São Paulo, dados sobre mulheres que foram consideradas loucas porque, na década de 50, apresentavam comportamento sexual avançado para a época, como não preservar a virgindade até o casamento. Hoje, no final da década de 90, dificilmente uma jovem que tiver relações sexuais antes do casamento será considerada louca ou será internada em um hospital psiquiátrico.

O confinamento de pessoas com sofrimento psíquico grave é um tratamento a ser superado.



... isso demonstra a relatividade do conceito de normal.

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 não passar pela seleção de um emprego, perder o pátrio poder sobre os filhos, ser internado em um hospital psiquiátrico e, a partir disso, ter como identidade fundamental a de louco.

Esse poder atribuído à ciência e aos profissionais deve ser questionado, na medida em que se baseia num conjunto de conhecimentos bastante polêmicos e incompletos. Além do que, o médico ou o psicólogo, como cidadão e representante de uma cultura e de uma sociedade, acaba por patologizar aspectos do comportamento que se caracterizam muito mais como transgressões de condutas morais (sexuais, por exemplo) que não são considerados desvios em outros momentos históricos ou em outras sociedades: isso demonstra a relatividade do conceito de normal.

Outro aspecto conhecido e bastante alardeado pelos meios de comunicação de mas-

sa é o uso da Psiquiatria ou do rótulo de doença mental com fins políticos. O saber científico e suas técnicas surgem, então, comprometidos com grupos que querem manter determinada ordem social. Tranca-se no hospital psiquiátrico ou retira-se a legitimida-

de do discurso do indivíduo que contesta esta ordem, transformando-o em louco.

AS TEORIAS CRÍTICAS: ANTIPSIQUIATRIA, PSIQUIATRIA SOCIAL

Em oposição a essas abordagens tradicionais da doença mental, surgem aquelas que questionam os conceitos de normalidade implícitos na teoria e, principalmente, nas formas de tratamento da loucura. Nessa linha, surge a antipsiquiatria, como uma negação radical da Psiquiatria tradicional ou clássica, afirmando que a doença mental é uma construção da sociedade, isto é, que a doença mental não existe em si, mas é uma idéia construída, uma representação para dar conta de diferenciar, isolar determinada ordem de fenômeno que questiona a universalidade da razão. Esse ponto de vista retoma e aprofunda a colocação de Michel Foucault em seu livro *Doença mental e Psicologia*:

"a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal"³.

A antipsiquiatria, de modo mais radical, e a Psiquiatria social denunciaram a manipulação do saber científico, a retirada da humanidade e da dignidade do louco, as condições perversas de tratamento e reclusão dele e, principalmente, a concepção da loucura como fabricada pelo próprio indivíduo e no seu interior. Com isso, levaram todos os que se dedicam a compreender e a trabalhar com os considerados loucos a buscar, fora do indivíduo, as causas ou desencadeadores do seu comportamento atual, isto é, buscar nas condições de trabalho, nas formas de lazer, no sistema educacional competitivo ou mesmo na estrutura familiar ou na insegurança da violência urbana, os fatores desencadeadores ou determinantes do sofrimento imenso do indivíduo ou de sua doença.

A Psiquiatria social ou a Psiquiatria alternativa, embora questionem as abordagens clássicas da doença mental, não negam que a doença exista. F. Basaglia afirma:

"Eu penso que a loucura, como todas as doenças, são expressões das contradições do nosso corpo, e dizendo corpo, digo corpo orgânico e social. É nesse sentido que direi 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"⁴.

... a doença mental é uma construção da sociedade.

... buscar, fora do indivíduo, as causas ou desencadeadores do seu comportamento atual.

... não negam que a doença exista.

3. Michel Foucault. *Doença mental e Psicologia*. p. 71.

4. Franco Basaglia. *A Psiquiatria alternativa*. p. 79.

Nesta mesma obra, Basaglia afirma que explicar a doença só do ponto de vista orgânico ou exclusivamente do ponto de vista psicológico ou social significa uma “moda” científica.

Na verdade, não devemos nos esquivar do enfrentamento da questão da loucura, do sofrimento do outro, mas, talvez, possamos começar a “ver” diferentemente. O louco não é monstro, não é não-humano, e a loucura é construída ao longo da história de vida do indivíduo. Essas vivências ocorrem num determinado tempo histórico e espaço social definidos. Mais ou menos como Kalina e Kovadloff em seu livro *As cerimônias da destruição* analisam o suicídio: ele foi construído durante toda a vida do indivíduo, nos seus grupos de pertencimento — a família, a escola, o trabalho etc. —, embora o ato final caracterize um momento psicótico, isto é, o indivíduo percebe-se como outro e sem significado. Portanto é no indivíduo e fora dele que vamos procurar as razões dessa desrazão. E talvez seja por isso que o suicídio abale tanto as pessoas próximas do indivíduo que cometeu o ato. É como se esse ato denunciasse o fracasso do investimento social que foi feito nesse indivíduo, que nega de modo radical tudo isso e aponta o fracasso de seus grupos⁵.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Falar em doença implica pensar na **cura**. A cura, no caso da doença mental, varia conforme a teoria ou o modelo explicativo usado como referencial e, desta forma, pode ser centrada no medicamento (as drogas quimioterápicas), no eletrochoque, na hospitalização, na psicoterapia.

Falar em doença implica pensar, também, em **prevenção**. A prevenção da doença mental significa criar estratégias para evitar o seu aparecimento. Por analogia, seria como dar a vacina anti-sarampo para que a criança não tenha a doença. A prevenção implica sempre ações localizadas no meio social, isto é, os dados de uma pesquisa podem demonstrar que determinadas condições de trabalho propiciam o aparecimento de um certo distúrbio de comportamento. Procura-se, então, interferir naquelas condições específicas de trabalho (no barulho, por exemplo), no sentido de evitar que outros indivíduos venham a apresentar o mesmo distúrbio.

A prevenção implica sempre ações localizadas no meio social.

5. Cf. Eduardo Kalina e Santiago Kovadloff. *As cerimônias da destruição*.

E falar em saúde significa pensar em promoção da saúde mental, que implica pensar o homem como totalidade, isto é, como ser biológico, psicológico e sociológico e, ao mesmo tempo, em todas as condições de vida que visam propiciar-lhe bem-estar físico, mental e social.

Nessa perspectiva, significa pensar na pobreza, que determina condições de vida pouco propícias à satisfação das necessidades básicas dos indivíduos, e, ao mesmo tempo, pensar na violência urbana e no direito à segurança; no sistema educacional, que reproduz a competitividade da nossa sociedade; na desumanização crescente das relações humanas, que levam à “coisificação” do outro e de nós próprios.

E pensar tudo isto significa pensar na superação das condições que desencadeiam ou determinam a loucura. Como cidadãos, é preciso compreender que a saúde mental é, além de uma questão psicológica, uma questão política, e que interessa a todos os que estão comprometidos com a vida.



O NARIZ

Era um dentista, respeitadíssimo. Com seus quarenta e poucos anos, uma filha quase na faculdade. Um homem sério, sóbrio, sem opiniões surpreendentes mas uma sólida reputação como profissional e cidadão. Um dia, apareceu em casa com um nariz postiço. Passado o susto, a mulher e a filha sorriram com fingida tolerância. Era um daqueles narizes de borracha com óculos de aros pretos, sobancelhas e bigodes que fazem a pessoa ficar parecida com o Groucho Marx. Mas o nosso dentista não estava imitando o Groucho Marx. Sentou-se à mesa do almoço — sempre almoçava em casa — com a retidão costumeira, quieto e algo distraído. Mas com um nariz postiço.

— O que é isso? — perguntou a mulher depois da salada, sorrindo menos.

— Isto o quê?

— Esse nariz.

— Ah. Vi numa vitrina, entrei e comprei.

— Logo você, papai...

Depois do almoço, ele foi recostar-se no sofá da sala, como fazia todos os dias. A mulher impacientou-se.

— Tire esse negócio.

— Por quê?

— Brincadeira tem hora.

— Mas isto não é brincadeira.

Sesteou com o nariz de borracha para o alto. Depois de meia hora, levantou-se e dirigiu-se para a porta. A mulher o interpelou.

— Aonde é que você vai?

— Como, aonde é que eu vou? Vou voltar para o consultório.

— Mas com esse nariz?

— Eu não compreendo você — disse ele, olhando-a com censura através dos aros sem lentes. — Se fosse uma gravata nova você não diria nada. Só porque é um nariz...

— Pense nos vizinhos. Pense nos clientes.

Os clientes, realmente, não compreenderam o nariz de borracha. Deram risadas ("Logo o senhor, doutor."), fizeram perguntas, mas terminaram a consulta intrigados e saíram do consultório com dúvidas.

— Ele enlouqueceu?

— Não sei — respondia a recepcionista, que trabalhava com ele há 15 anos. — Nunca vi ele assim.

Naquela noite ele tomou seu chuveiro, como fazia sempre antes de dormir. Depois vestiu o pijama e o nariz postiço e foi se deitar.

— Você vai usar esse nariz na cama? — perguntou a mulher.

— Vou. Aliás, não vou mais tirar este nariz.

— Mas, por quê?

— Por que não?

Dormiu logo. A mulher passou a metade da noite olhando para o nariz de borracha. De madrugada começou a chorar baixinho. Ele enlouquecera. Era isto. Tudo estava acabado. Uma carreira brilhante, uma reputação, um nome, uma família perfeita, tudo trocado por um nariz postiço.

— Papai...

— Sim, minha filha.

— Podemos conversar?

— Claro que podemos.

— É sobre esse seu nariz...

— O meu nariz, outra vez? Mas vocês só pensam nisso?

— Papai, como é que nós não vamos pensar? De uma hora para outra um homem como você resolve andar de nariz postiço e não quer que ninguém note?

— O nariz é meu e vou continuar a usar.

— Mas, por quê, papai? Você não se dá conta de que se transformou no palhaço do prédio? Eu não posso mais encarar os vizinhos, de vergonha. A mamãe não tem mais vida social.

— Não tem porque não quer...

— Como é que ela vai sair na rua com um homem de nariz postiço?

— Mas não sou "um homem". Sou eu. O marido dela. O seu pai. Continuo o mesmo homem. Um nariz de borracha não faz nenhuma diferença.

— Se não faz nenhuma diferença, então por que usar?

— Se não faz diferença, por que não usar?

— Mas, mas...

— Minha filha...

— Chega! Não quero mais conversar. Você não é mais meu pai!

A mulher e a filha saíram de casa. Ele perdeu todos os clientes. A recepcionista, que trabalhava com ele há 15 anos, pediu demissão. Não sabia o que esperar de um homem que usava nariz postiço. Evitava aproximar-se dele. Mandou o pedido de demissão pelo correio. Os amigos mais chegados, numa última tentativa de salvar sua reputação, o convenceram a consultar um psiquiatra.

— Você vai concordar — disse o psiquiatra, depois de concluir que não havia nada de errado com ele — que seu comportamento é um pouco estranho...

— Estranho é o comportamento dos outros! — disse ele. — Eu continuo o mesmo. Noventa e dois por cento do meu corpo continua o que era antes. Não mudei a maneira de vestir, nem de pensar, nem de me comportar. Continuo sendo um ótimo dentista, um bom marido, bom pai, contribuinte, sócio do Fluminense, tudo como antes. Mas as pessoas repudiam todo o resto por causa deste nariz. Um simples nariz de borracha. Quer dizer que eu não sou eu, eu sou o meu nariz?

— É... — disse o psiquiatra. — Talvez você tenha razão...

O que é que você acha, leitor? Ele tem razão? Seja como for, não se entregou. Continua a usar nariz postiço. Porque agora não é mais uma questão de nariz. Agora é uma questão de princípios.

Luis Fernando Verissimo. *O analista de Bagé*.
28. ed. Porto Alegre, L&PM, 1981. p. 39-42.



1. Qual a importância de se compreender a loucura?
2. O que ocorre com o indivíduo que é rotulado de louco?
3. Segundo Michel Foucault, como ocorre a construção histórica do conceito de doença mental?
4. Como se caracteriza a abordagem da Psiquiatria clássica? E a psicológica?
5. Como se definem as questões do normal e do patológico?
6. Quais são os aspectos polemizados pelas teorias críticas da loucura?
7. Qual a contribuição de Freud para a discussão da normalidade?
8. O que significa cura, prevenção e promoção, em doença e saúde mental?



1. Aponte os critérios que você e seu grupo social usam para rotular alguém como normal e como louco.
2. A partir do texto complementar *O nariz*, discutam a construção social da loucura.
3. Agora sonhem... que tipo de coisa(s) vocês mudariam na sociedade no sentido de promover a saúde mental?
4. Como a nossa sociedade e, particularmente, o seu grupo de convivência lidam/toleram o diferente? Por quê?
5. "De perto ninguém é normal." Discutam essa frase de Caetano Veloso.



Para o aluno

Como introdução ao tema, indicamos **O alienista**, de Machado de Assis, e **O que é loucura** (São Paulo, Brasiliense. Coleção Primeiros Passos), de João Frayze-Pereira.

Para uma leitura mais avançada, sugerimos o livro **Doença mental e Psicologia**, de Michel Foucault (Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975).

O livro **Um antropólogo em Marte**, de Oliver Sacks, traz um artigo ("Prodígios") que constitui um excelente material para ser usado na reflexão sobre a relatividade do conceito de normal e patológico, podendo ser bastante útil para derrubar as convenções simplistas e estigmatizadoras sobre doença mental.

Para o professor

O livro de Foucault, citado anteriormente, serve como uma introdução, que pode ser aprofundada com o livro do mesmo autor, **História da loucura** (São Paulo, Perspectiva), e com a obra de Franco Basaglia, **A Psiquiatria alternativa — contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática** (São Paulo, Brasil Debates, 1980). Nos livros citados, existem inúmeras notas bibliográficas que podem servir como orientação para o professor que pretende se aprofundar em uma das inúmeras abordagens da doença mental.



As questões da saúde e da doença mental, da normalidade e da produção da doença têm sido abordadas pelo cinema de maneira interessante e motivadora.

Querem me enlouquecer. Direção Martin Ritt (EUA, 1987)

Uma prostituta de luxo mata um de seus ricos clientes, e o advogado, contratado por sua mãe, tenta convencer a todos de que ela está louca e tem de ser internada num asilo.

A tônica é discutir o direito de cada um fazer o que gosta e o que sabe, por mais absurdo que seja.

Um estranho no ninho. Direção Milos Forman (EUA, 1975)

Um desajustado vai para a cadeia por ter estuprado uma garota. Finge-se de louco para ser transferido e vai para um hospício. Ganha a inimizade da enfermeira-chefe, por incentivar os outros internos à rebeldia. Parábola divertida e apavorante sobre engrenagens de poder, marginalização de desajustados, tratamento de doentes mentais e atitudes inconformistas. Um retrato fiel das instituições psiquiátricas tradicionais.

Asas da liberdade. Direção Alan Parker (EUA, 1984)

Depois de combater no Vietnã, dois amigos de infância reencontram-se em hospital militar. Um não fala nem reage a nada, vive encerrado na fantasia que alimenta desde criança: voar. Só o velho amigo tem condições de ampará-lo. Belo filme sobre o horror da guerra e a liberdade de imaginação.

Vida em família. Direção Kenneth Loach (Inglaterra, 1972)

O filme mostra como a repressão familiar pode levar uma criança a perder todo o contato com a realidade.

BIBLIOGRAFIA

- ADES, C. Entre eidilos e xenidris: experiência e pré-programas no comportamento humano. In: CRP — 6ª região e Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo. *Psicologia no ensino de 2º grau — uma proposta emancipadora*. São Paulo, Edicon, 1986.
- ALEXANDER, Franz G. e SELESNICK, Sheldon T. *História da Psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. São Paulo, Ibrasa, 1968.
- ALLPORT, Gordon W. *Desenvolvimento da personalidade: considerações básicas para uma psicologia da personalidade*. São Paulo, EPU, 1975.
- ANASTASI, Anne. *Testes psicológicos: teoria e aplicação*. Trad. Dante M. Leite. São Paulo, Herder/USP, 1967.
- ANCONA-LOPEZ, M., org. *Avaliação da inteligência I*. São Paulo, EPU, 1987. (Temas Básicos de Psicologia, 20-1)
- ARANHA, M. L. A. e MARTINS, M. H. P. *Filosofando: introdução à Filosofia*. São Paulo, Moderna, 1986.
- ARIÈS, Philippe e BÉJIN, André, orgs. *Sexualidades ocidentais: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade*. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- ARNHEIM, Rudolf. *Arte e percepção visual: uma psicologia da visão criadora*. Trad. Ivone T. de Faria. São Paulo, Pioneira/EDUSP, 1980. (Biblioteca Pioneira de Arte, Arquitetura e Urbanismo)
- ÁVILA, Mara F. *El grupo y su estudio en la Psicología social*. Havana, Pueblo y Educación, 1985.
- BALDWIN, Alfred L. *Teorias de desenvolvimento da criança*. Trad. Dante M. Leite. São Paulo, Pioneira, 1973.
- BARROSO, C. e BRUSCHINI, C. *Educação sexual: debate aberto*. Petrópolis, Vozes, 1982.
- BARROSO, C. e BRUSCHINI, C., orgs. *Sexo e juventude: um programa educacional*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- BERBER, P. e LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Trad. Floriano de Souza Fernandes. 5. ed. Petrópolis, Vozes, 1983.
- BLEGER, José. *Psicologia da conduta*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- BOCK, S. D. *A escolha profissional: uma tentativa de compreensão da questão na perspectiva da relação indivíduo/sociedade*. 1987. (mimeo.)
- _____. Trabalho e profissão. In: CRP — 6ª região e Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo. *Psicologia no ensino de 2º grau — uma proposta emancipadora*. São Paulo, Edicon, 1986.
- BOCK, S. D.; PIMENTA, S. G.; MARQUES, W. Escolha bem sua profissão. In: *Guia do estudante*. São Paulo, Abril, s.d.