Competência social de psicóticos: parâmetros do treinamento para programas de reabilitação psicossocial – Parte I

Social skills training for psychiatric patients rehabilitation programs – Part I

Marina Bandeira[1]

Resumo

Este artigo coloca em destaque a importância do treinamento da competência social nos programas de reabilitação de doentes mentais em processo de desinstitucionalização e mostra o impacto terapêutico deste treinamento na reinserção social dos pacientes psiquiátricos. São definidos os principais componentes das habilidades sociais.

Unitermos: competência social; reabilitação psiquiátrica; desempenho de papéis

Summary

This article discusses the relevance of the social skills training in the rehabilitation programs for psychiatric patients and its therapeutic impact in the process of their adaptation in the community. The main components of social skills are defined.

Uniterms: social skills training; psychiatric patients; role play measure

[1]FUNREI – Fundação de Ensino Superior de São João del Rei.

Recebido em 15.5.98
Aprovado em 9.9.98

© 1999 – ecn-Editora Científica Nacional Ltda.

O treinamento de habilidades cotidianas instrumentais e interpessoais tem sido freqüentemente utilizado em programas de reabilitação psicossocial, que visam ajudar o doente mental a se integrar na sua comunidade. Em particular, o treinamento da competência social tem sido focalizado, devido à dificuldade destes pacientes nas relações interpessoais. Muitas pesquisas têm demonstrado a utilidade destes programas de treinamento. Algumas questões referentes aos parâmetros deste tipo de treinamento, entretanto, se colocam, tais como os critérios para escolha dos comportamentos-alvo a serem alcançados, a validação social destes critérios, as diferenças na ordem de dificuldade entre as situações a serem utilizadas no treino, a pertinência social das situações escolhidas, os instrumentos de medida da competência social.

Este artigo visa descrever o papel do treinamento da competência social no processo de reabilitação do doente mental, sua importância face aos déficits básicos destes pacientes e o impacto terapêutico deste treinamento. Serão definidos os componentes básicos da competência social. A parte II deste artigo, apresentado separadamente devido à extensão do mesmo, trata mais especificamente das questões relacionadas à avaliação da competência social, tais como os instrumentos de medida utilizados para avaliar a competência social e a pertinência da Estratégia de Validação Social neste processo de avaliação.

O treinamento da competência social (TCS) nos programas de reabilitação psicossocial

Há mais de três décadas que o atendimento aos doentes mentais, em vários países, tem se deslocado dos hospitais psiquiátricos ao atendimento comunitário. Uma redução de aproximadamente 80% de pacientes nos hospitais foi observada nos Estados Unidos e no Canadá, entre as décadas de 50 e de 80 (Raftery, 1992). Na Itália, somente no curto período entre 1978 e 1987, houve uma redução de 53,2% de pacientes nos hospitais psiquiátricos (Lesage e Tansella, 1993). Esta mesma tendência de redução acentuada de pacientes e mesmo fechamento de hospitais psiquiátricos também ocorreu na Inglaterra, tendo havido uma diminuição de 4 para 1,5 pacientes para 1.000 habitantes da população[30]. A desinstitucionalização não tem sido realizada sem dificuldades, entretanto, pois muitos problemas apresentados pelos doentes mentais têm sido apontados como resultantes deste processo, tais como itinerância, problemas judiciários, abuso de álcool e drogas e principalmente altas taxas de rehospitalizações, em torno de 50 a 75% do total de admissões nos hospitais, o que foi denominado como o fenômeno da porta giratória[1-3,11,14].

Paralelamente a uma redução dos pacientes nos hospitais, uma ampla rede de serviços psiquiátricos comunitários tem sido desenvolvida para reinserir o doente mental na sua comunidade, tais como hospital-dia, serviços locais de atendimento, ambulatórios, centros ocupacionais, centros de lazer e unidades psiquiátricas em hospitais gerais para curtas internações em situações de crise. Embora vários problemas tenham sido apontados pelos autores, referentes à falta de articulação entre estes serviços, segundo Kirck[16], freqüentar as atividades do hospital-dia ou outros serviços comunitários tem o efeito de diminuir a taxa de rehospitalizações dos pacientes. Do mesmo modo, áreas mais desenvolvidas no atendimento comunitário, como Verona Sul, na Itália, que utilizam cotidianamente uma freqüência alta de visitas domiciliares aos doentes mentais e equipes volantes para atendimento em situações de crise conseguem funcionar com maior eficiência e menor uso de hospitalizações[18].

No processo de reinserção social do doente mental, uma série de residências protegidas foram igualmente desenvolvidas na comunidade, as quais variam em tamanho, grau de liberdade autorizada e tipo de supervisão, tais como: apartamentos para um ou dois pacientes em um bloco de apartamentos supervisionado por um coordenador, famílias que acolhem um grupo pequeno de pacientes, pavilhões que abrigam grupos maiores de pacientes, residências de grupo[23]. Embora os pacientes tenham demonstrado satisfação pela liberdade que desfrutam fora do hospital, muitas pesquisas indicam que são inúmeras as dificuldades ressentidas por eles, em atividades cotidianas, tais como administrar sua própria vida, usar os meios de transporte, controlar o medicamento, organizar sua alimentação, controlar suas finanças, procurar os serviços de atendimento e principalmente enfrentar os conflitos interpessoais e o stress ocasionado pela vida em sua própria família ou nas residências protegidas[9,22,23]. Residências com menor número de pacientes e com pessoal especializado, oferecendo supervisão mais intensiva e em continuidade com a equipe do hospital de onde saiu o paciente podem levar a uma taxa menor de rehospitalizações[4].

Unidades de preparação para a saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos e sua reinserção na comunidade têm sido implementadas, embora seus resultados sejam discretos[12,29]. Unidades bem estruturadas, cujos programas de reabilitação e atividade de acompanhamento intensivo após a alta estejam em continuidade com um ambiente residencial adequado, podem diminuir a taxa de reshospitalizações[4].

Programas de reabilitação psicossocial têm sido freqüentemente implementados para ajudar os pacientes psiquiátricos a desenvolver as habilidades cotidianas que necessitam em sua vida na comunidade, tais como gestão dos sintomas e automonitoramento dos medicamentos, uso de transportes, procura de emprego, gestão das finanças, cuidados pessoais e de higiene, atividades de lazer e principalmente habilidades sociais, que lhes permitam enfrentar melhor os conflitos interpessoais, em situações cotidianas de interação social[21].

O treinamento da competência social de doentes mentais tem sido uma dimensão bastante enfatizada, como parte dos programas de reabilitação para a reinserção social dos doentes mentais na comunidade, devido justamente ao fato de que uma das grandes limitações ou dificuldades dos pacientes psiquiátricos em geral e dos esquizofrênicos em particular é a de interagir com os outros indivíduos de sua comunidade, ou seja, sua competência social[6]. Avaliações de habilidades so-

ciais específicas de um grupo de pacientes psiquiátricos em comparação a um grupo de controle, no decorrer de um ano, mostraram que os escores obtidos por 50% dos pacientes se encontravam inteiramente abaixo da faixa de escores obtidos pelo grupo de controle[24].

Com efeito, segundo o DSM-IV, a deterioração nas relações sociais é uma característica dos psicóticos em geral e um dos critérios diagnósticos da esquizofrenia, em particular. O funcionamento social na esquizofrenia está prejudicado, caracterizando-se por isolamento social e distúrbios no desempenho de papéis sociais[13], assim como uma dificuldade de estabelecer e manter as relações sociais[19]. A relevância desta dificuldade de contato social do psicótico com as pessoas de seu ambiente justifica a necessidade de estudos que abranjam especificamente este aspecto do problema, uma vez que ele afeta amplamente a reinserção social do doente mental na comunidade.

Segundo Zubin e Spring[33], três tipos principais de fatores se combinam para dificultar o funcionamento social do esquizofrênico. Em primeiro lugar, ele possui uma vulnerabilidade biológica ao stress. Além disso, fatores ambientais, tais como a presença de eventos stressantes no contexto familiar e social e a deterioração de sua rede de suporte social se associam às suas limitações de comportamento, no que se refere à capacidade de resolução de problemas, em particular o de lidar com o stress e de resolver situações de conflito interpessoal. Estes fatores juntos dificultam seu funcionamento social. Poderíamos acrescentar ainda as dificuldades referentes aos sintomas psiquiátricos negativos e positivos e as dificuldades cognitivas. Penny, Mueser e North[28] observam uma relação entre o grau de dificuldade cognitiva de pacientes psiquiátricos e o grau de competência social, medidos através de testes e questionário. Os pacientes que apresentavam menor grau de competência social foram aqueles que possuíam maior déficit cognitivo.

Diante destas dificuldades constitucionais, cognitivas e comportamentais do psicótico para lidar com as fontes de stress ambiental, diversos fatores de proteção precisam ser acionados para facilitar seu funcionamento na comunidade, tais como a medicação, as intervenções terapêuticas junto à família do paciente e o treinamento das habilidades instrumentais e sociais. O treinamento da competência social visa justamente a aprendizagem de habilidades sociais que torna o paciente mais preparado para lidar com situações de conflito interpessoal. Uma maior capacidade de gerenciar os conflitos contribuem para um melhor funcionamento social. Além disso, o treinamento visa ensinar habilidades instrumentais cotidianas que permitam maior independência do doente mental no seu funcionamento na comunidade.

Já foi constatado que o número e a gravidade das rehospitalizações dos doentes mentais desinstitucionalizados diminuem bastante quando o nível de competência social é maior. Ou seja, quanto maior o grau de competência social dos pacientes psiquiátricos, menor sua taxa de rehospitalização[10,15,20]. Daí a importância dos estudos a respeito da competência social e a ênfase dada nos programas de reabilitação dos doentes mentais à inclusão de uma intervenção junto aos pacientes no sentido de melhorar sua competência social.

Mueser, Wallace e Liberman[25] analisaram todas as revisões de literatura publicadas a respeito do impacto do treinamento da competência social na reabilitação psiquiátrica, tais como as revisões feitas por Donahoe e Driesenga[10], por Benton e Schroeder[7], por Corrigan[8] e outros, assim como a revisão das revisões feitas pela equipe de avaliação de pesquisas sobre a esquizofrenia[17]. A análise global destes autores sobre o conjunto de pesquisas avaliativas realizadas nesta área mostra que o treinamento da competência social tem sido eficaz para ajudar os pacientes psiquiátricos a adquirir e manter habilidades interpessoais e instrumentais necessárias à sua reinserção social.

Estes autores apontam, entretanto, para o fato de que o treinamento precisa ser longo e realizado em sessões freqüentes e intensivas, se quisermos obter maior impacto terapêutico. O treinamento da competência social não parece ter efeito sobre os sintomas psiquiátricos mas apenas na aquisição de habilidades instrumentais e interpessoais. A generalização destas aquisições em novos ambientes precisa também ser previamente programada, através de procedimentos paralelos que possibilitem aos pacientes a oportunidade de praticar e de receber reforçamento pela emissão das habilidades aprendidas nos novos ambientes. Sem estes procedimentos, a generalização não se faz automaticamente, devido às dificuldades cognitivas dos pacientes[26].

O treinamento de habilidades sociais inclui uma formação prática no sentido de ensinar os pacientes habilidades instrumentais e também interpessoais. Estas últimas incluem habilidades necessárias para o paciente entrar em contato com as outras pessoas em situações cotidianas de interação social, tais como: pedir uma informação, expressar um sentimento de insatisfação diante do comportamento de outra pessoa, receber uma crítica justificada de alguém, solicitar uma mudança de comportamento, etc. Este treinamento inclui ainda uma modificação a nível de comportamentos não-verbais, tais como um contato visual adequado, gestos e expressões, tom de voz, articulação das palavras, etc.

Componentes da competência social

Através da interação com o meio ambiente o indivíduo desenvolve habilidades específicas que facilitam sua competência social, incluindo a percepção e as respostas sociais adequadas a um bom funcionamento social em situações cotidianas de interação social. Os estudos na área da competência social indicam que esta habilidade inclui três elementos básicos[13].

Em primeiro lugar, a competência social implica em um adequado processamento do "input" sensorial nas relações sociais, ou seja, o indivíduo deve ter uma correta percepção e identificação dos estímulos verbais e não-verbais apresentados pelo interlocutor, tais como o conteúdo de sua fala, suas expressões faciais, gestos, contato visual, tom de voz, etc. Precisa ainda monitorar

seu próprio comportamento e o feedback fornecido pelo interlocutor[31].

Em segundo lugar, a competência social envolve ainda uma adequada elaboração cognitiva das respostas a serem emitidas na interação social, ou seja, o indivíduo precisa ser capaz de selecionar, no seu repertório, os componentes adequados a serem utilizados na situação específica em que está inserido e precisa realizar ensaios cognitivos prévios de seu comportamento, de como vai responder ou reagir à fala de seu interlocutor.

Em terceiro lugar, a competência social implica na habilidade do indivíduo em emitir respostas verbais e não-verbais que garantam a preservação da relação social e atinjam a satisfação de ambas as partes[13]. Estas habilidades incluem, por exemplo, a capacidade de resolver problemas sociais cotidianos, expressar necessidades e sentimentos, negociar com o outro, solicitar mudanças no comportamento do outro, expressar alguma insatisfação a respeito do comportamento do outro, receber críticas justificadas ou injustificadas, ser capaz de pedir uma informação, são todas estas habilidades necessárias às interações sociais que ocorrem no dia-a-dia[27].

O terceiro componente da competência social é o mais estudado e praticamente o único componente focalizado nos treinamentos, inclusive na área da reabilitação. Este componente implica em ensinar aos indivíduos um repertório de comportamentos, que inclui tanto os elementos específicos da interação social, quanto as seqüências de elementos que ocorrem do início ao término de uma interação social[31].

Os elementos específicos se referem aos comportamentos adequados que devem ser ensinados com relação às diversas dimensões da interação social: verbal, não-verbal, paralingüística e expressividade. A dimensão verbal se refere ao conteúdo do discurso do indivíduo. A dimensão não-verbal inclui gestos, expressões faciais, movimentos da cabeça, contato visual e postura, quando o indivíduo entra em contato com seu interlocutor. Segundo Trower[31], a freqüência destes elementos deve variar dependendo da fase da interação social: na fase de escuta, por exemplo, o contato visual é mais freqüente (75% do tempo) e por períodos mais longos, diferentemente da fase de elocução, onde os períodos de contato visual são mais curtos assim como o tempo total deste componente. Há uma relação inversa entre olhar e falar[31].

A dimensão paralingüística, por outro lado, inclui aspectos tais como o tom de voz, a articulação das palavras e o ritmo da fala, quando o indivíduo está interagindo com o seu interlocutor. A fala é caracterizada por um ritmo adequado e uma articulação clara das palavras, com um tom de voz que não seja nem baixo demais nem alto demais para o interlocutor.

Finalmente, a dimensão do afeto também deve ser adequada quando alguém interage no contexto social, ou seja, o indivíduo deve veicular seus sentimentos ao se expressar com o outro. Além disso, o sentimento veiculado deve ser pertinente àquela situação específica ou ao problema que está sendo discutido com o interlocutor.

Além destes elementos específicos, o treinamento da competência social inclui ainda o ensino das seqüências de comportamentos verbais que são emitidas no decorrer da interação social, desde o comportamento de iniciar a interação com o interlocutor até o momento em que o indivíduo se despede de seu interlocutor[31].

Embora o treinamento da competência social se limite a estes dois componentes descritos acima, as habilidades sociais implicam ainda em processos complexos de sincronização com a fala do interlocutor. Para isto, o indivíduo precisa usar sua capacidade de percepção para se automonitorar e monitorar os estímulos fornecidos pelo interlocutor na situação imediata, realizar o processamento cognitivo destes estímulos, selecionar respostas adequadas de seu repertório e organizá-las em uma nova seqüência apropriada, antes de emitir os elementos e seqüências de elementos comportamentais, através de um mecanismo parcialmente automático e parcialmente controlado[31].

Todas estas dimensões e elementos da competência social devem estar adequadas em uma interação social, além do conteúdo da fala, que deve se adequar a cada tipo particular de situação. Vários tipos de situações de habilidades sociais são ensinadas, tais como iniciar e manter uma conversação básica, pedir informações, receber críticas justificadas, expressar sentimentos de insatisfação, negociar, recusar pedidos injustificados, expressar sentimentos positivos[27]. Cada uma destas situações implica uma série de etapas ou comportamentos verbais específicos, do início ao fim de uma interação entre o sujeito e seu interlocutor.

Evidentemente, as situações escolhidas para o treinamento da competência social variam em função das características dos seus participantes e do tipo de dificuldade que eles enfrentam no seu dia-a-dia. Por exemplo, Ouellet e L'Abbé[27] desenvolveram um manual juntamente com um vídeo de demonstração para o treinamento da competência social da população específica de pacientes com retardo mental. Liberman et al.[21] desenvolveram um programa de treinamento para pacientes psiquiátricos em geral. Beck, Menditto, Baldwin e Angelone[5] utilizaram programas específicos para pacientes que apresentam altas taxas de comportamento agressivo em um manicômio judicial, obtendo diminuições acentuadas deste comportamento. O treino de 3 meses visou a diminuição destes comportamentos, assim como o aumento das habilidades de higiene, solução de problemas, habilidades da vida cotidiana e instrumentais.

Pode-se constatar assim que a competência social constitui uma habilidade bastante complexa e o doente mental se acha em dificuldade para processar este tipo de informação e para emitir as respostas, em todas estas dimensões, de modo que sejam minimamente adequadas. Considerando-se que estes pacientes apresentam sintomas psiquiátricos bastante invalidantes, tais como alucinações, delírios e déficit cognitivos, assim como efeitos secundários dos medicamentos, compreende-se sua dificuldade particular para desempenhar habilidades sociais complexas, como as descritas acima.

Esta dificuldade é ainda mais acentuada, quando o paciente permaneceu longos anos hospitalizado, submetido ao processo de deterioração generalizada, resul-

tante de sua institucionalização. Esta dificuldade de interagir com as pessoas se tornou mais evidente após o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e de implantação de um modelo comunitário de saúde mental em vários países. Uma vez inseridos na comunidade e apresentando problemas em sua adaptação social, os esforços de reabilitação colocaram em destaque as características específicas de suas dificuldades de interação social.

No caso particular do doente mental, o treinamento de competência social tende a focalizar habilidades sociais mas também as habilidades instrumentais capazes de lhe permitir maior autonomia, tais como as citadas acima. Liberman et al.[21] desenvolveram um programa de treinamento destas habilidades contendo manuais práticos que descrevem passo a passo os componentes do treinamento, além de um vídeo demonstrativo, facilitando assim sua utilização por profissionais da saúde mental. O treino para cada tipo de habilidade inclui uma descrição da habilidade, uma demonstração pelo vídeo tape, o desempenho de papéis para praticar estas habilidades, exercícios "in vivo", além de tarefas para casa. Avaliações da eficácia destes módulos psico-educativos[32], através de medidas de conhecimento e de desempenho das habilidades ensinadas, mostraram que houve aprendizagem pelos pacientes e que as habilidades aprendidas se mantiveram 1 ano após o treinamento. Além disso, os aplicadores seguiram corretamente as instruções.

A parte II deste artigo, disposto separadamente devido à extensão do mesmo, aborda os principais níveis de análise e os instrumentos de medida utilizados para avaliar a competência social, assim como os problemas encontrados no processo de avaliação, focalizando em particular na apresentação e discussão da Estratégia de Validação Social, como forma de contextualizar o treinamento da competência social.

Referências

1. Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. Psicologia: Teoria e Pesquisa 1991; 6, 171-182.
2. Bandeira M. Reinserção social de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. J bras Psiq 1993; 42:491-498.
3. Bandeira M. Importância da infra-estrutura comunitária mental. J bras Psiq 1994; 31:659-666.
4. Bandeira M, Lesage A, Morissette R, Granger L. Évaluation de l'éfficacité à long terme d'un programme de réinsertion sociale. Santé Mentale au Québec 1994; XIX:177-190.
5. Beck NC, Menditto AA, Baldwin L, Angelone E, Maddox M. Reduced frequency of aggressive behavior in forensic patients in a social learning program. Hosp Community Psychiatry 1991; 42:750-752.
6. Bellack AS, Morrison RL, Mueser KT, Wade JH. Social competence in schizoaffective disorder, bipolar disorder, and negative and non-negative schizophrenia. Schizo Res 1989; 2:391-401.
7. Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. J Cons and Cl Psycho 1990; 58:741-747.
8. Corrigan PW. Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. J of Beh Ther and Exp Psycho 1991; 22:203-210.
9. Cyr M, Hodgins S, Gaston L, Viens L. A vie au sein d'appartements surveillés pour patients psychiatriques chroniques. Rev Canad Santé Ment Comm 1990; 9:23-37.
10. Donahoe CP, Driesenga SA. A review of social skills training with chronic mental patients. In: MH Ersen, RM Eisler, PM Miller; Newbury (CA). Progress in Behav Modif, p. 131-164, 1989.
11. Dorvil H. Les caracteristiques du syndrome de la porte tournante à hôpital Louis H. Lafontaine. Santé Mentale au Québec 1987; XII:70-89.
12. Farkas MD, Rogers ES, Thurer S. Community Psychiatry 1987; 38:864-870.
13. Foy DW, Wallace CJ, Liberman RP. Advances in social skills training for chronic mental patients. Adv in Clin Beh Anal 1983; cap. 11, 232-248.
14. Harnois GP. Challenges to the reintegration of the mentally ill in Quebec, Canada. Intern Jour of Mental Health 1987; 15:6-15.
15. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Am Community Psychiatry 1991; 48:340-347.
16. Kirck SS. Effectiveness of community services for discharged mental hospital patients. Amer J of Orthopsych 1976; 38:209-217.
17. Lehman AF, Steinwachs DM. Literature review: treatment approaches of schizophrenia. Baltimore (MD): Schizophrenia patient outcomes research team (PORT): University of Maryland, 1994.
18. Lesage A, Tansella M. Comprehensive community care without long stay beds in mental hospitals: trends from an italian good practice area. Can J Psychiat 38:187-193, 1993.
19. Liberman RP. Social skills training with relapsing schizophrenics: an experimental analysis. Behav Modific 1984; 8:155-173.
20. Liberman RP. Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: editor's introduction. Schiz Bulletin 1986; 12:540-541.
21. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell CA, Eckman TA, Vaccaro JV, Kuehnel TG. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. Innovations and research 1993; 2:43-60.
22. Mercier C. Le patient psychiatrique chronique dans la communauté: son expérience de vie. L'Informat Psychiat 1988; nº 10; 1299-1307.
23. Mercier C. Conditions de vie et lieu de résidence. Santé Mentale au Québec 1989; XIV:158-171.
24. Mueser KT, Bellack AS, Douglas MS, Morrison RL. Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. Schizo Research 1991; 5:167-176.
25. Mueser KT, Wallace CJ, Liberman RP. New developments in social skills training. Behavior Change 1995; 12:31-40.
26. Ouellet R, Bandeira M. L'entraînement aux habilités sociales et la generalisation. Rev de Modif du Comport 1987; 17(2):5-12.
27. Ouellet R, L'Abbé Y. Programme d'entraînement aux habilités sociales. Brossard: Editions Behaviora, 1986.
28. Penny NH, Mueser KT, North CT. The Allen cognitive level test and social competence in adult psychiatric patients. Amer J of Occup Therapy 1995; 49:420-427.
29. Presley AS, Grubb AB, Semple D. Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients. Acta Psychiat Scand 1982; 66:83-88.
30. Raftery J. Mental health services in transition: the United States and the United Kingdom. Br J Psychiatry 1992; 161:589-53.
31. Trower P. Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. Journ of Consul and Clin Psycho 1980; 48:327-339.
32. Wallace CJ, Liberman RP, Mackain SJ, Blackwell G, Eckman TA. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. Am J Psychiatry 1992; 149:654-658.
33. Zubin J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. Journ of Abn Psycho 1977; 86:103-126.