

estudos de

Psicologia

Revista do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

VOL. 1

Nº 2

ABRIL DE 1984

ÍNDICE

EDITORIAL	6
ARTIGOS:	
Construção de um Instrumento Brasileiro para Avaliar Depressão	7
Maura Alves Nunes Gongorra	
Fobias por Insuficiência do Continente Primário	31
Walter Trinca	
Terapia Comportamental e Implicações Éticas para o seu Exercício	39
Marilda Novaes Lipp	
Psicoterapia: Comunicação Verbal e Não-Verbal	51
Maurício Knobel	
Procedimentos Multimodais no Uso do Teste de Bender	65
Miguel de La Puente e A. J. Maciel Jr.	
Causas da Farmacodependência: Um Estudo Preliminar	75
Saulo Monte Serrat e Heloisa S. C. Pieri	
Motivos Determinantes de Desagregação Familiar e Esquizofrenia	85
Antônio Tézis	
Disfunções Sexuais, sua Incidência e Métodos de Tratamento	104
Maria José Gomes da Silva Nery	
RESENHA:	
O Segredo da Sabedoria do Velho Consiste em Desfrutar a Velhice	117
Anita Liberalesso Neri	
INFORMATIVOS:	
Lista de Dissertações de Mestrado Defendidas e Aprovadas no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP	131
Informações sobre o II Encontro de Psicologia da Região de Campinas	139

estudos
de
PSICOLOGIA



PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DE CAMPINAS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Estudos de PSICOLOGIA

Revista quadrimestral do Instituto de Psicologia da PUCAMP

Diretora: Diana Tosello Laloni

Editora-Executiva: Marilda E. Novaes Lipp

Co-Editor: Roosevelt M. S. Cassorla

Conselho Editorial: Antonios Térzis
Hélio J. Guilhardi
José Tolentino Rosa
Maurício Knobel
Regina M. L. L. de Carvalho
Saulo Monte Serrat
Walter Trinca

Conselho Consultivo: Maria Ester R. Esteves
Geraldo Gregory Jr.
Marisa Gargantini
Miriam Schisserli Hoff
Maria Fernanda M. Barreto
Humberto da Silva Menezes Jr.
Marilda E. Novaes Lipp

Capa: João Daniel de Araujo

Copydesk: Ana Rita de Moraes

Coordenação Editorial: Papyrus Livraria Editora

Redação:

A/c Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica —
PUCAMP

R. Benjamin Constant, 1963 — Cambuí

13100 — Campinas — S.P.

estudos de

Psicologia

Revista do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

VOL. 1

ABRIL DE 1984

N.º 2

ÍNDICE

EDITORIAL	6
ARTIGOS:	
Construção de um Instrumento Brasileiro para Avaliar Depressão	7
<i>Maura Alves Nunes Gongorra</i>	
Fobias por Insuficiência do Continente Primário	31
<i>Walter Trinca</i>	
Terapia Comportamental e Implicações Éticas para seu Exercício	39
<i>Marilda Novaes Lipp</i>	
Psicoterapia: Comunicação Verbal e Não-Verbal	51
<i>Maurício Knobel</i>	
Procedimentos Multimodais no Uso do Teste de Bender	65
<i>Miguel de La Puente e A. J. Maciel Jr.</i>	
Causas da Farmacodependência: Um Estudo Preliminar	75
<i>Saulo Monte Serrat e Heloisa S. C. Pieri</i>	
Motivos Determinantes de Desagregação Familiar e Esquizofrenia	85
<i>Antonios Térzis</i>	
-Disfunções Sexuais, sua Incidência e Métodos de Tratamento ..	104
<i>Maria José Gomes da Silva Nery</i>	
RESENHA:	
O Segredo da Sabedoria do Velho Consiste em Desfrutar a Velhice	117
<i>Anita Liberalesso Neri</i>	
INFORMATIVO:	
Lista de Dissertações de Mestrado Defendidas e Aprovadas no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP	131
Informações sobre o II Encontro de Psicologia da Região de Campinas	139

EDITORIAL

O Primeiro número de Estudos de Psicologia foi, obviamente, bem recebido, já que, sua edição encontrase praticamente esgotada. Inúmeras cartas foram recebidas de várias partes do Brasil com comentários encorajadores, sobre sua publicação. Assim, é com real alegria que vemos a continuidade de Estudos na forma deste segundo número.

Obedecendo aos objetivos formulados, Estudos apresenta artigos, não só de profissionais de outras instituições, versando sobre várias áreas da Psicologia. Como pode ser observado, não há restrições quanto a orientação clínica ou linha de pesquisa abordada nos trabalhos publicados. A única exigência é que sejam trabalhos originais e relevantes para a psicologia.

Espera-se que, no futuro, Estudos de Psicologia possam, de novo, contar com colaboração dos que nos enviam artigos e dos que nos dignam com sua leitura.

A Redação

CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO BRASILEIRO PARA AVALIAR DEPRESSÃO*

MAURA ALVES NUNES GONGORRA**

RESUMO

O presente estudo consiste de duas partes. A primeira consiste da elaboração de um instrumento para avaliar depressão. Um levantamento de características de depressão foi feito junto a terapeutas e prontuários de pacientes depressivos brasileiros e também através da literatura. As informações obtidas foram então organizadas em categorias e, posteriormente, transformadas nos itens de um instrumento.

O instrumento elaborado nesta parte da pesquisa foi submetido à análise estatística, resultando um instrumento de 113 itens, sendo que alguns variam sob a escala de duração, outros, sob a escala de intensidade e um terceiro grupo de itens varia sob a escala de frequência. Cada uma dessas dimensões (ou escalas) possui 7 pontos.

A segunda parte deste estudo consiste de dois testes-piloto do instrumento acima. O primeiro foi conduzido para verificar clareza de linguagem e o segundo, para avaliar a aplicabilidade e variabilidade dos itens.

O teste de clareza de linguagem foi feito com um grupo de sujeitos não depressivos e levou a algumas modificações no instrumento, inclusive na redução do número de seus itens, que passou de 113 para 108. O teste de aplicabilidade e variabilidade consistiu da apli-

* O presente artigo é baseado na Dissertação de Mestrado defendida pela autora no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PÚCCAMP.

** Professora do Departamento de Psicologia Geral e Experimental da Fundação Universidade Estadual de Londrina.

ção do instrumento reformulado, após o primeiro teste, em um grupo de pacientes depressivos.

Os resultados obtidos não indicaram a necessidade de qualquer reformulação no instrumento, confirmando, portanto, que o mesmo possui suficiente clareza de linguagem. Além disso, as respostas dadas variam ao longo dos 7 pontos, o que demonstra que o instrumento, na forma de escalas, é adequado para medir depressão em pacientes brasileiros.

A presente pesquisa surgiu da necessidade da autora avaliar depressão em uma população brasileira. Ao investigar os instrumentos padronizados existentes na literatura, verificou que apenas um deles tem padronização para população brasileira: O MMPI (Minnesota Multiphasic Personality). Esse inventário é composto de 550 itens, sendo que 60 deles compõem a escala D que avalia depressão. Contudo, como se trata de um teste que visa dar um perfil de personalidade, a escala D só tem sentido se aplicada com as demais. Isto o torna demorado e pouco funcional para pesquisas com depressão.

O objetivo da pesquisa aqui descrita foi, portanto, construir um instrumento brasileiro, de natureza descritiva, específico para avaliar depressão.

Algumas considerações sobre a metodologia de construção de instrumentos

A metodologia utilizada na construção dos vários tipos de instrumentos de avaliação no campo da psicologia é vasta e complexa. Nesta secção serão feitas apenas algumas considerações gerais no sentido de situar a metodologia adotada nesta pesquisa.

Ao tratar dos testes psicológicos em geral, Anastasi (1967), afirma que... *a função dos testes é medir diferenças entre indivíduos, ou entre as reações do mesmo indivíduo em diferentes ocasiões*" (p. 3). Afirma, ainda, que os testes são muito úteis para pesquisa e para avaliações coletivas.

Entende-se por teste psicológico toda a medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento. Para isto, um teste psicológico precisa ser construído de forma a ter os seguintes atributos: padronização, normas, precisão e validade.

A padronização consiste no controle das condições de aplicação e avaliação do teste, de modo a poder comparar respostas de indivíduos

diferentes. Assim, a única variável que não deve ser mantida constante são os sujeitos.

A norma consiste na realização média das pessoas. É calculada após a aplicação numa amostra grande da população. É resultante de médias e desvios padrão.

A precisão de um teste é dada pela consistência dos resultados obtidos por um mesmo indivíduo quando testado duas vezes com o mesmo instrumento ou com instrumentos semelhantes.

A validade de um instrumento é dada pelo grau em que o mesmo mede, efetivamente, o que se propõe a medir.

Ainda conforme Anastasi, a questão da validade é o que há de mais importante a ser considerado em relação a qualquer instrumento psicológico de medida. A validade diz o que é medido pelo instrumento.

A determinação da validade exige, em geral, critérios externos e independentes daquilo que o teste pretende medir. Assim, a validade resulta da correlação entre resultados do teste e critérios. Após a validação, um teste pode ser usado em outras amostras sem necessidade de, novamente, ter que comparar seus resultados com critério externos.

Há várias técnicas para se determinar a validade de um instrumento. Em geral, estas técnicas não são mutuamente exclusivas, sendo por isso comum adotar-se mais de uma para um só instrumento. Portanto, conforme a técnica adotada, diz-se que um instrumento tem validade: de conteúdo, de predição, simultânea, de conceito, etc. Serão descritas, a seguir, as técnicas utilizadas e sugeridas na presente pesquisa: validade de conteúdo e de conceito.

A validade de conteúdo visa garantir que os itens de um instrumento sejam obtidos de fontes que representem, efetivamente, o universo de comportamentos que se quer avaliar, e que todos os aspectos relevantes sejam apresentados em proporções equivalentes. Portanto, não adianta um instrumento ser muito bem padronizado se seus itens são irrelevantes para a área que se pretende estudar. Na secção referente ao método, serão descritas em detalhes algumas estratégias utilizadas para se garantir a validade de conteúdo do instrumento objeto da presente pesquisa.

A validade de conceito refere-se ao grau em que um teste mede, efetivamente, um conceito. No caso desta pesquisa, depressão. Há várias formas de se conseguir este tipo de validade, e isto vai depender da natureza do teste e do conceito. Segundo Cronbach (1972) e Anastasi (1967), uma das técnicas mais adequadas e a mais sistemática para se determinar a validade de conceito é a análise de fatores.

A análise de fatores é um método sistemático de estudar as correlações de cada item de um questionário com os demais. Aplica-se um grande número de itens a um grande número de sujeitos e verifica-se as correlações existentes entre os itens. Alguns itens aparecerão agrupados entre si, e não agrupados com outros. O analista identificará, então, o significado psicológico de cada grupo de itens que se correlacionou e o chamará de fator. É calculado o índice de correlação de cada item com o respectivo fator. Este índice é denominado validade fatorial do item.

Após a análise de fatores é possível reduzir o número de itens de um instrumento, deixando apenas os itens com carga fatorial maiores. Segundo Pasquali (1979) e Tamayo (1981), neste caso, diz-se que o instrumento apresenta validade fatorial, sendo que o critério externo de comparação para cada item são os fatores.

O instrumento elaborado na presente pesquisa compõe-se de um grande número de itens. Portanto, uma forma adequada de reduzi-los e validá-los seria através da análise de fatores.

Assim, a metodologia adotada nesta pesquisa teve, entre outros, o objetivo de garantir a validade de conteúdo ao instrumento construído, bem como apresentá-lo na forma adequada para posterior validação fatorial.

MÉTODO

A. LEVANTAMENTO DE CARACTERÍSTICAS DE DEPRESSÃO

Nesta primeira etapa da pesquisa foram levantadas características de depressão através de entrevistas com terapeutas, consultas a prontuários¹ de depressivos e consultas à literatura.

1) Local e data da pesquisa

Os terapeutas entrevistados residiam nas cidades de Londrina e Rolândia, ambas situadas na região norte do Estado do Paraná. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos terapeutas: consultórios, sala de hospital ou sala de permanência do departamento de psicologia, no caso de alguns que também eram docentes.

Os prontuários consultados fazem parte dos arquivos de um hospital psiquiátrico da cidade de Rolândia e de um ambulatório psiquiátrico e um hospital psiquiátrico de Londrina. Tanto os hospitais quanto o ambulatório são conveniados com o INAMPS. Estas três institui-

1. Prontuários são envelopes onde se arquivam os dados de pacientes, incluindo exames médicos, anotações de entrevistas, etc.

ções atendem a uma clientela de todas as cidades vizinhas, ou seja, de toda a região norte do Estado do Paraná.

Os prontuários foram consultados nas secretarias das próprias instituições, uma vez que se constituem em material sigiloso e não podem ser retirados.

As entrevistas e as consultas aos prontuários foram realizados de março a junho de 1981.

2) Obtenção de ítems preliminares: fontes de informação

a) *Terapeutas*

O critério para a escolha dos terapeutas foi experiência no atendimento de depressivos. Assim, obteve-se 16 profissionais: 10 psiquiatras e 6 psicólogos, os quais foram entrevistados.

b) *Prontuários*

Foram consultados os prontuários de 84 pacientes cujos diagnósticos estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1

FREQUÊNCIA DE PRONTUÁRIOS CONSULTADOS POR DIAGNÓSTICO

<i>CID (Código Internacional de Doenças)¹</i>	<i>Frequência de prontuários consultados</i>
296.0 — Psicose maníaco-depressiva, tipo maníaco	10
296.1 — Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo	04
296.2 — Psicose maníaco-depressiva circular, fase maníaca	13
296.3 — Psicose maníaco-depressiva circular	03
296.8 — Outras psicoses afetivas	0
296.9 — Psicoses afetivas não especificadas	0
298.0 — Outras psicoses não orgânicas, tipo depressivo	22
300.4 — Depressão neurótica	32
T O T A L	84

Como pode ser visto na Tabela 1, predominam os diagnósticos 296.2, 298.0 e 300.4, enquanto que não houve nenhum diagnóstico 296.8 e 296.9. Todos os pacientes dos prontuários consultados eram

1. Conteúdo que consta do V capítulo do Manual de "Classificação Internacional de Doenças" Revisão 1975, O.M.S. (trad.-CBCD — São Paulo).

atendidos através do INAMPS. Por isso, por exigência deste, todos eram diagnosticados conforme o CID (Código Internacional de Doenças).

Os prontuários consultados foram selecionados, inicialmente, conforme dois critérios: (a) os prontuários de pacientes com um dos oito diagnósticos de depressão adotados pela CID (Tabela 1) e (b) nos dois hospitais onde o número de pacientes atendidos é menor, os prontuários de todos os pacientes atendidos durante o ano imediatamente ao da pesquisa; no ambulatório, onde o número de pacientes é muito grande, os prontuários de todos os pacientes atendidos durante o mês imediatamente anterior ao da pesquisa.

Após a consulta de 44 prontuários do hospital de Londrina, notou-se que os mesmos haviam sido preenchidos por 3 médicos; notou-se, ainda, que após consultar alguns prontuários de um médico, a probabilidade de se encontrar sintomas novos era muito pequena. Parecia também haver uma leve diferença entre os sintomas anotados por um e outro psiquiatra. Além disso, observou-se que alguns médicos tinham preenchido muito mais prontuários que outros. Portanto, parecia que alguns prontuários estavam sendo consultados desnecessariamente. Por isso, passou-se a consultar somente os 5 prontuários mais recentes de cada terapeuta atual da instituição, os quais tivessem sido preenchidos até o final do mês imediatamente anterior ao da pesquisa.

Assim, foram consultados os prontuários de 84 pacientes. Desses pacientes, 44 foram atendidos no hospital de Londrina, 20 no ambulatório e 20 no hospital de Rolândia.

c) Outras fontes de itens

Além das entrevistas com terapeutas e da consulta a prontuários, uma terceira fonte de itens utilizada foi a própria literatura sobre depressão, a qual será descrita na seção referente a material.

3) Pesquisador

A própria autora realizou, pessoalmente, todo o trabalho de coleta de dados, tanto desta quanto das outras etapas da presente pesquisa.

4) Material

Foram utilizadas fichas, onde se anotou os dados das entrevistas e dos prontuários. Portanto, os prontuários se constituem também em material utilizado. Além destes, foram coletadas cópias xerox de síndromes depressivas descritas na literatura e dos seguintes instrumen-

tos para avaliar depressão: Inventário de Depressão de Beck, Escala Z de Zung, Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton e Escala D do M.M.P.I..

5) Procedimento

O primeiro passo na construção da escala foi um levantamento de características ou sintomas da população depressiva da região, os quais deveriam ser representativos do universo de sintomas possíveis, para, posteriormente, serem transformados nos itens da escala.

a) *Consulta aos prontuários*

Após conseguir a aprovação da direção dos hospitais e do ambulatório para que seus arquivos fossem consultados, iniciou-se a coleta de dados dos prontuários.

As consultas consistiram da transcrição de todos os sintomas dos pacientes ali anotados, além de seus dados pessoais. Os dados de cada prontuário foram transcritos em uma ou mais fichas individuais. Apesar de algumas características transcritas serem bem mais frequentes que outras, fêz-se, posteriormente, uma listagem de todas as características retiradas de todos os prontuários, não importando se sua frequência foi baixa ou alta. Esta listagem alcançou um número total de 198 características.

b) *Entrevistas com terapeutas*

Solicitou-se aos entrevistados que listassem as características ou sintomas de depressão que haviam observado em sua experiência clínica. Os entrevistados foram também instruídos a não se preocuparem em indicar características da literatura ou peculiares a um ou outro referencial teórico. Após as instruções, a entrevistadora foi apenas anotando o que era verbalizado pelos entrevistados. As características levantadas nas entrevistas foram acrescentadas à listagem de características referentes aos prontuários, resultando numa somatória de 234 características.

c) *Outras fontes de itens encontradas na literatura*

Além dos dados dos prontuários e das entrevistas, foram compiladas características que constam da literatura sobre a síndrome depressiva, bem como os itens dos quatro instrumentos para avaliar depressão previamente mencionadas na secção referente a material.

Estes dados todos se constituem na informação preliminar coletada com a finalidade de garantir a validade de conteúdo ao instrumento construído na presente pesquisa.

B. A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

As várias fontes consultadas forneceram inúmeros sintomas, de modo que o total de características específicas levantadas foi altamente volumoso. Assim sendo, tornou-se necessário, antes de se formular os itens do instrumento, agrupar em categorias, os itens obtidos nas várias fontes. Esta categorização teve a finalidade de evitar que se desprezasse ou repetisse certas características ao se construir os itens e que fossem construídos itens semelhante (mas não iguais) o que é um requisito para a análise de fatores.

1) A categorização das características

Seguindo sugestões da literatura e de alguns terapeutas, distribuiu-se todas as características coletadas nas várias fontes (entrevistas, prontuários e literatura) em 23 categorias: 1. anorexia; 2. problemas familiares; 3. hipocondríase, medicação e drogas; 4. queixas somáticas ou fisiológicas; 5. fadiga e esforço; 6. idéias negativas (não referentes a si mesmo); 7. irritação e agressividade; 8. dificuldades de pensamento ou raciocínio; 9. auto-crítica e auto-depreciação; 10. perdas; 11. religião; 12. comportamentos suicidas; 13. distúrbios do sono; 14. humor disfórico; 15. sexo; 16. diminuição das atividades; 17. perda de interesse ou motivação; 18. fuga ou vontade de fugir; 19. ansiedade, angústia e medos; 20. problemas econômicos e no trabalho; 21. dificuldades em socialização; 22. culpa; e, 23. instabilidade humoral.

Esta foi a primeira síntese e organização dos dados coletados até então. É de se observar que as categorias elaboradas não são independentes entre si ou mutuamente exclusivas. Além disso, não pretendem antecipar fatores de uma eventual análise estatística. Esta categorização constituiu-se em um recurso para que, construindo-se os itens categoria por categoria, nenhuma informação fosse perdida. Por isso, procurou-se manter na íntegra os itens retirados dos instrumentos da literatura. Procurou-se também manter os termos usados nas anotações dos prontuários e nas entrevistas. Isso teve a finalidade de facilitar a escolha de uma terminologia e redação adequadas na formulação posterior dos itens.

2) Redução no conteúdo das categorias

Numa análise das categorias verificou-se que, por um lado, o número de características é muito grande e que, por outro lado, há características repetidas ou muito semelhantes, as quais poderiam ainda ser reagrupadas. A partir desta constatação, optou-se por uma redução no número de características de cada categoria, antes de se iniciar a construção dos itens.

O trabalho de redução no conteúdo das categorias foi realizado aos poucos e cuidadosamente, para que, ao excluir-se informações redundantes ou características iguais ou muito semelhantes, não se excluísse, também, variáveis específicas. Para garantir que este problema não ocorresse, solicitou-se a dois juízes que comparassem as informações contidas na categorização bruta e na categorização reduzida.

3) A formulação dos itens

Para se referir às diferentes partes do instrumento, serão adotadas neste trabalho as seguintes designações: questionário, para o conjunto de itens; escala, para o conjunto de graus através dos quais uma dimensão (item) pode variar; e instrumento, para o conjunto de questionário e escalas.

Antes de se elaborar os itens do questionário, foi definido o tipo de instrumento a ser construído. Para isto, pesquisou-se a literatura sobre o assunto e se analisou a natureza do fenômeno a ser medido pelo instrumento, fazendo-se as seguintes opções:

1. O formato escolhido foi o da escala Z, Zung (1965). Este instrumento pareceu o de formato mais simples e o mais prático entre aqueles conhecidos.

2. Fez-se uma opção até certo ponto arbitrária, de que o instrumento fosse auto-administrável, ou seja, para alfabetizados. Com isto, sua administração não precisaria ser individual, facilitando assim a aplicação em grupo.

3. Decidiu-se por respostas na forma de escalas, por estas parecerem mais adequadas à natureza do fenômeno estudado. Ou seja, parece haver um consenso entre terapeutas e pesquisadores de que a síndrome depressiva não é uma questão de presença ou ausência, mas varia em graus, representando, portanto, um conjunto de variáveis contínuas.

4. Optou-se por uma escala de 7 pontos, visto que, em comparação com a escala de 5 pontos, a primeira tende a ser mais respondida

nos extremos, enquanto que a segunda tende mais para o ponto médio. Portanto, numa posterior validação fatorial, a escala de 7 pontos é a mais adequada porque, tendendo para os extremos, permite mais nitidamente o agrupamento das variáveis em fatores. Além disso, 7 é número ímpar, condição estatisticamente necessária para que haja um ponto médio, neutro. Contudo, a manutenção ou não de 7 pontos na escala ficou dependendo de uma pesquisa piloto a ser posteriormente realizada para verificar-se a inteligibilidade e variabilidade dos itens.

5. Finalmente, analisando-se a informação que deveria ser transformada em itens, não se conseguiu encontrar uma única dimensão sob a qual todos os itens pudessem variar. Na escala Z, por exemplo, todos os itens variam sob a dimensão duração. Contudo, para o universo de itens que constam da presente pesquisa, embora a dimensão duração parecesse adequada para muitos deles, não o era para outros. Por exemplo, um item referente à ingestão de bebida alcoólica parecia mais adequado para variar em "quantidade de bebida ingerida" que pelo "tempo que o indivíduo passa bebendo". Assim, optou-se por duas escalas através das quais o questionário seria respondido: uma escala referente à dimensão duração, e outra referente à dimensão quantidade ou intensidade. Um primeiro esboço do questionário foi então construído. Isto foi feito tomando-se as características listadas, categoria por categoria e, cuidadosamente, transformando-as em itens do questionário. Cada item foi composto por uma variável, a qual, dependendo de sua natureza, era acompanhada da escala de duração¹ (D) ou de intensidade² (I).

Uma parte dos itens foi construída na forma afirmativa e outra parte na forma negativa. Ou seja, pontuação alta nos itens afirmativos indica depressão, enquanto que pontuação alta nos itens negativos indica ausência de depressão.

Como os itens continuavam agrupados por categorias, o passo seguinte foi dissolver tais categorias. Para isto, enumerou-se separadamente os itens de escala de intensidade e duração. Posteriormente, fez-se um sorteio, retirando-se os números um a um. A ordem de retirada de cada item determinou sua posição no questionário. O resultado foi uma seqüência de itens agrupados apenas pelas escalas

-
1. Pontos da escala de duração: 1 — nunca; 2 — pequena parte do tempo; 3 — quase metade do tempo; 4 — cerca de metade do tempo; 5 — a maior parte do tempo; 6 — quase sempre; 7 — sempre, o tempo todo.
 2. Pontos da escala de intensidade: 1 — nada nenhum(a); 2 — muito pequeno(a); 3 — pequeno(a); 4 — regular, mais ou menos; 5 — grande; 6 — muito grande; 7 — grandíssimo(a).

de duração e intensidade. Com isto delineou-se um esboço ainda grosseiro do instrumento, com 111 itens, o qual necessitava ser submetido a rigorosa análise antes de ser aplicado. Este foi então, o procedimento adotado em seguida.

4) Análise técnica e reformulação do instrumento

Analisou-se em seguida, o esboço do instrumento sob três aspectos: a) quanto às escalas de duração e intensidade; b) quanto aos itens que compõem o questionário; e c) quanto às relações entre os itens e as escalas que compõem o instrumento.

a. Análise das escalas

Verificou-se, em relação às escalas de duração e intensidade, os seguintes pontos: a) se o número de pontos das escalas era ímpar; b) se a descrição de cada um dos 7 pontos da escalas estava clara; e c) se os valores dos sete pontos das escalas graduavam-se de 0 a 6. Isto porque o menor valor de uma escala deve ser zero.

Nesta análise, constatou-se apenas um problemas em relação às escalas: 2 itens não apresentavam em suas escalas valores de 0 a 6, e sim, de 1 a 7.

item — ultimamente, eu emagreci:

1 kg; 2 kg; 3 kg; 4 kg; 5 kg; 6 kg e 7k.

item — eu já tentei matar-me:

1 vez; 2 vezes; 3 vezes; 4 vezes; 5 vezes; 6 vezes e 7 vezes.

Os valores atribuídos aos pontos destas escalas nestes dois itens estão inadequados porque excluem a possibilidade de que alguém que não emagreceu nenhum quilo e/ou nunca tentou matar-se possa respondê-los. Portanto, as escalas dos dois itens acima passaram a receber os valores de 0a 6 como se segue:

1.º item — nada, 0 kg; 1 kg; 2 kg; 3 kg; 4 kg; 5 kg; e 6 kg.

2.º item — nunca, 0 vez; 1 vez; 2 vezes; 3 vezes; 4 vezes; 5 vezes e 6 vezes.

Após a análise e correção das escalas, passou-se então à análise dos itens do questionário.

b. Análise do questionário

Cada item do questionário foi verificado em relação aos seguintes pontos: a) se estava na redação mais simples possível, ou seja, se sua redação era clara e breve; b) se representava uma única variável;

c) se possuía a possibilidade teórica de ser respondido por todos os indivíduos da população alvo; d) se não era repetição de outro; e e) se continha toda a informação necessária para ser respondido, ou seja, se não dependia de informações adicionais. Além disso, em relação ao questionário todo, verificou-se a disposição dos itens, inclusive se a alternância de itens positivos e negativos estava adequada.

A análise destes aspectos levou à reformulação de 25 itens do questionário.

c. Análise das relações entre os itens do questionário e as escalas

Para esta análise são fundamentais as respostas a duas questões:

a) existe a possibilidade teórica de cada item ser respondido em qualquer grau de sua escala? b) há correspondência lógica entre a dimensão que varia nas escalas e conteúdo dos itens?

Um item foi mudado por não responder à primeira questão: Sua formulação e sua escala eram as seguintes:

Eu me sinto interessado e disposto para sexo: nunca; pequena parte do tempo; quase metade do tempo; cerca de metade do tempo; a maior parte do tempo; quase sempre; sempre, o tempo todo.

Pelo que se conhece de motivação sexual e de variáveis que interferem na mesma, parece muito difícil que esta questão seja respondida no grau 6 (sempre, o tempo todo). Assim, este item passou a ter a escala de intensidade que pareceu mais adequada. No instrumento reformulado neste item recebeu a seguinte redação.

Meu interesse ou disposição para o sexo é: nada; nenhum; muito pequeno; pequeno; regular; mais ou menos; grande; muito grande; grandíssimo.

Ao se tentar responder à segunda pergunta, verificou-se que muitos itens pareciam não ter correspondência lógica nem com a escala de duração e nem com a escala de intensidade. Estes itens, em geral, referiam-se ao número as vezes que alguma resposta ocorria. Por exemplo, veja-se os seguintes itens: o número de vezes em que o meu coração dispara ou bate muito forte é; o número de vezes em que sinto vontade de sumir ou sair correndo é, etc. Analisando-se a natureza destes itens, pareceu adequado introduzir um terceiro tipo de escala, cuja dimensão a ser variada seria a frequência. Assim, 28 itens passaram a ter esta escala.

Os sete pontos da escala de frequência foram assim definidos: 1 — nenhuma vez; 2 — muito poucas vezes; 3 — poucas vezes; 4 — várias vezes; 5 — bastante vezes; 6 — grande número de vezes; 7 — muitíssimas vezes.

Um dado interessante que se observou ao introduzir-se a terceira escala foi que as três escalas adotadas correspondem às três dimensões nais quais se faz a análise experimental do comportamento, ou seja: intensidade, frequência e duração.

Em resumo, o total de itens reformulados foi 55, um item foi anulado e três itens foram desdobrados. Portanto, houve um aumento de dois itens: o primeiro esboço do instrumento tinha 111 itens, o segundo ficou com 113 itens.

Nas reformulações, os itens que se encontravam com seu verbo no tempo passado tiveram os mesmos transformados para os tempos presente simples ou presente contínuo. Isto porque o instrumento pretende medir sintomas atuais dos pacientes, e não sintomas passados.

5) Estudos-Piloto

Após análise técnica e respectivas reformulações, acrescentou-se aos instrumento resultante instruções simples e específicas para sua auto-aplicação. Como o instrumento está dividido em três partes, uma para cada escala, foram feitas também três instruções, uma para cada parte como pode ser visto no quadro 1. Em seguida, o instrumento já acompanhado das instruções foi submetido a dois estudos piloto: um teste de clareza de linguagem e outro teste de aplicabilidade do instrumento e variabilidade dos itens.

a. *Teste de clareza de linguagem*

O teste de clareza de linguagem teve como objetivo verificar se o instrumento era intelegível para uma população variada.

O instrumento foi então aplicado, com instruções específicas, em 10 sujeitos normais que apresentavam variabilidade nas seguintes características: sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade e profissão.

A partir das dificuldades encontradas por estes sujeitos, foram feitas pequenas reformulações em vários itens e 5 itens foram retirados. Desta forma, após o teste de clareza de linguagem, o instrumento passou a compor-se de 108 itens.

QUADRO 1

INSTRUMENTO FINAL, REFORMULADO APÓS O TESTE DE CLAREZA DE LINGUAGEM E SUBMETIDO AO TESTE DE APLICABILIDADE E VARIABILIDADE

INSTRUÇÕES

Isto é um questionário dividido em três partes. Todas as partes são compostas de frases que fazem afirmações sobre o que pode ou não estar acontecendo com você, atualmente.

Esta é a primeira parte; nela você deverá marcar, ao lado de cada frase, por quanto tempo aquilo que a frase diz acontece com você. Veja um exemplo:

Eu sinto sono:

Dependendo do tanto de tempo que você passa sentindo sono, marque com um X um dos quadros abaixo:

Eu sinto sono	nunca	pequena parte do tempo	quase metade do tempo	cerca de metade do tempo	a maior parte do tempo	quase sempre	sempre o tempo todo
---------------	-------	------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	--------------	---------------------

Continue a responder como o exemplo acima.

	nunca	pequena parte do tempo	quase metade do tempo	cerca de metade do tempo	a maior parte do tempo	quase sempre	sempre o tempo todo
01. Eu sinto raiva ou me irrito facilmente:							
02. Eu sinto vontade de abandonar o trabalho ou outras coisas que estou fazendo:							
03. Tenho aproveitado bem a minha vida							
04. Eu me sinto uma pessoa capaz:							
05. Eu tenho prisão de ventre:							
06. Meu apetite tem sido bom:							
07. Eu me sinto cansado:							
08. Eu me sinto satisfeito com a vida e o mundo:							
09. Eu me sinto merecedor das coisas boas da vida:							
10. Eu tenho vontade de ficar deitado:							
11. Eu penso no bem estar da minha família:							
12. Eu me sinto feliz:							
13. Eu me sinto como alguém que nunca mais vai recuperar o que perdeu:							
14. Minhas idéias ou pensamentos são bastante claros:							
15. Eu me sinto culpado ou com remorsos:							
16. Eu me sinto desanimado:							
17. Eu me sinto vazio, sem qualquer sentimento:							

	nunca	pequena parte do tempo	quase metade do tempo	cerca de metade do tempo	a maior parte do tempo	quase sempre	sempre o tempo todo
18. Tenho sentido dor de cabeça:							
19. Eu acho bom estar vivo:							
20. Eu me sinto triste:							
21. Eu tenho um mesmo pensamento que me preocupa:							
22. Eu me sinto só:							
23. Eu sinto medo de alguma coisa:							
24. Eu acho importante estar vivo:							
25. Eu me preocupo ou penso em religião:							
26. Eu me sinto como alguém que perdeu coisas muito importantes:							
27. Tenho ficado sem fazer nada:							
28. Eu penso nas coisas ruins que poderão acontecer-me:							
29. Eu fico agitado e não consigo ficar quieto:							
30. Tenho sentido dores por todo o corpo:							
31. Eu me sinto satisfeito comigo:							
32. Eu prefiro estar com outras pessoas em vez de ficar sozinho:							
33. As pessoas de minha família se entendem bem:							
34. Eu me sinto desesperado ou angustiado:							
35. Meu namoro ou casamento tem sido bom:							
36. Eu sinto vontade de morrer:							
37. Eu estou preocupado com minha saúde ou com o que sinto no meu corpo:							
38. Tenho estado em tratamento médico:							
39. Eu me sinto melhor na parte da manhã:							
40. Sinto grande dificuldade para fazer os meus trabalhos:							
41. Eu sinto fraqueza no corpo:							
42. Meu sono tem sido tranqüilo:							

INSTRUÇÕES

Agora você vai responder à segunda parte. Nesta você deverá marcar **o quanto** aquilo que a frase diz, acontece com você. Para isto, você poderá comparar-se com as outras pessoas ou com o que você já sentiu antes.

Veja o seguinte exemplo:

A sede que venho sentido é:

Você pode achar que: não sente nenhuma sede, sua sede é muito pequena, sua sede é pequena, sua sede é regular, sua sede é grande, sua sede é muito grande e sua sede é grandíssima.

A seguir, marque com um X a quantidade de sede que você pensa sentir:

A sede que venho sentindo é:

nada nenhuma	muito pequeno(a)	pequeno(a)	regular mais ou menos	grande	muito grande	grandís- simo(a)
-----------------	---------------------	------------	-----------------------------	--------	-----------------	---------------------

Continue a responder, como no exemplo acima.

	nada nenhuma	muito pequeno(a)	pequeno(a)	regular mais ou menos	grande	muito grande	grandís- simo(a)
43. Tudo o que faço me custa um esforço:							
44. O barulho me traz uma irritação:							
45. O bem estar que tenho sentido quando estou junto ao meu namorado(a) ou esposo(a) é:							
46. A responsabilidade que sinto pelos problemas de minha família é:							
47. As perdas que já tive de afeição ou do amor das pessoas foram:							
48. A quantidade de cansaço que eu sinto ao fazer qualquer coisa é:							
49. Comparando com o que eu preciso, a quantidade de dinheiro que eu tenho ou recebo mensalmente é:							
30. A quantidade de problemas que enfrento no meu namoro ou casamento é:							
51. Meu interesse ou vontade de passear, conversar ou divertir-me é:							
52. A dificuldade que tenho para tomar decisão é:							
53. Ruídos ou barulhos me acordam com uma facilidade:							
54. A facilidade que tenho para conviver com as pessoas é:							
55. A importância que a religião tem na minha vida é:							
56. A alegria que as outras pessoas me dão é:							

	nada nenhuma	muito pequeno(a)	pequeno(a)	regular mas ou menos	grande	muito grande	grandí- simo(a)
57. A quantidade de castigo que eu mereço é:							
58. Meu trabalho vem apresentando um rendimento:							
59. A quantidade de remédios ou estimulantes que venho tomando é:							
60. Acredito que a quantidade de coisas boas que o futuro poderá trazer-me é:							
61. Meu medo de perder a razão ou o juízo é:							
62. Minha facilidade para concentrar-me numa leitura ou num assunto é:							
63. A possibilidade que eu tenho de, no futuro, fazer o que eu gostaria é:							
64. A perda que tive de coisas materiais ou dinheiro foi:							
65. A educação e o tratamento que recebi de meus pais trouxeram-me benefícios:							
66. A quantidade que eu durmo é:							
67. Meu interesse por sexo é:							
68. Comparando com o que eu comia antes a quantidade que eu como agora é:							
69. Em geral, o aborrecimento ou raiva que eu sinto ao ser contrariado é:							
74. A confiança que eu tenho no futuro é:							
71. A quantidade de afeição, apoio e atenção que recebo de minha família é:							
72. Minha vontade ou disposição para começar a fazer alguma coisa é:							
73. Minha facilidade para fazer amigos é:							
74. A demora ou lentidão que tenho para pensar é:							
75. Ultimamente, os cuidados que tenho dispensado para minha aparência (arrumar-me) tem sido:							
76. Meu interesse ou vontade de trabalhar é:							
77. Quando estou com outras pessoas, a quantidade que eu falo é:							
78. O medo que tenho de perder minha saúde é:							

INSTRUÇÕES

Agora responda à terceira e última parte do questionário. Para a afirmação de cada frase, você deverá marcar como considera o número de vezes que isso vem lhe acontecendo. Por exemplo, para a frase — **Tenho pensado em viajar** — você poderá responder: nenhuma vez, muito poucas vezes, poucas vezes, várias vezes, bastante, grande número de vezes, muitas vezes.

Agora marque com um X os quadros abaixo:

Tenho pensado em viajar:

nenhuma vez	muito poucas vezes	poucas vezes	várias vezes	bastante	grande número de vezes	muitíssimas vezes
-------------	--------------------	--------------	--------------	----------	------------------------	-------------------

Continue a responder como no exemplo acima.

	nenhuma vez	muito poucas vezes	poucas vezes	várias vezes	bastante	grande número de vezes	muitíssimas vezes
79. Tenho faltado no emprego ou deixado sem fazer meus trabalhos:							
80. Meu coração costuma disparar ou bater muito forte:							
81. Tenho falhado ou cometido erros:							
82. Tem me acontecido de sentir-me muito disposto mesmo que as coisas me corram mal:							
83. Tenho sentido vontade de sumir ou sair correndo:							
84. Tenho me sentido cansado ao acordar:							
85. Tenho chorado ou sentido vontade de chorar:							
86. Ultimamente, pensei em acabar com minha vida:							
87. Tenho perdido a paciência com as pessoas (batendo, gritando, xingando-as, etc):							
88. Tenho pensado que minha família estaria melhor se eu estivesse morto:							
89. Na minha vida tenho feito coisas úteis:							
89. Tenho me desentendido com minha família:							
91. Venho tomando ou sentindo vontade de tomar bebida alcoólica:							

	nenhuma vez	multo poucas vezes	poucas vezes	várias vezes	bastante	grande número de vezes	multíssimas vezes
92. Tenho ido à igreja:							
93. Tenho sentido sufocamento no peito:							
94. Tenho acordado durante a noite:							
95. Tenho sentido tontura:							
96. Ultimamente, eu desmaiei:							
97. Tenho sentido náuseas, vômitos ou dor no estômago:							
98. Tenho ficado muito alegre, por qualquer motivo ou mesmo sem motivo:							
99. Tenho me preocupado por estar desempregado:							
100. Eu tenho evitado encontrar e falar com as pessoas:							
101. Tenho ido ao médico:							
102. Eu tenho sentido alegria:							
103. Eu tenho me esquecido de coisas que precisaria lembrar-me:							
104. Tem me acontecido de fugir-me as idéias ou esquecer-me do que estou falando:							
105. Tenho sentido dificuldade para entender as coisas:							
106. Mesmo sem ter motivo, eu tenho me sentido bastante triste:							
107. Tem me acontecido de querer chorar e não conseguir:							

No próximo ítem, marque com um X no parêntesis do número que mais se aproximar do que tem ocorrido com você:

108. Ultimamente eu emagreci:	() nada 0 kg	() 1 kg	() 2 kg	() 3 kg	() 4 kg	() 5 kg	() 6 kg
-------------------------------	---------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

b. *Teste de aplicabilidade do instrumento e variabilidade dos itens*

Esta segunda pesquisa-piloto teve dois objetivos. Em primeiro lugar, verificar a aplicabilidade do instrumento que consta do Quadro 1 na população alvo, depressiva. Apesar do instrumento já ter sido testado numa pesquisa-piloto e com os dados desta ter sido reformulado, havia ainda o risco da população depressiva não o entender totalmente ou não conseguir respondê-lo por algum motivo não previsto. Daí a necessidade de aplicá-lo em um grupo depressivo e observar se ocorreriam ainda problemas que exigissem reformulações no instrumento ou nas condições de aplicação.

Em segundo lugar, a aplicação do instrumento em um grupo de depressivos permitiria verificar se a variação das dimensões — duração, frequência e intensidade em escalas de sete pontos era adequada e deveria ser mantida.

Esta verificação é necessária porque os itens foram construídos a partir das características que indicam depressão, quer pela sua ausência, no caso dos itens negativos, quer pela sua presença, no caso de itens positivos. Desta forma, existia o risco de que itens indicando depressão, ao serem respondidos por depressivos, apresentassem a maior parte das respostas apenas em um dos dois pontos da escala e, talvez, nos pontos mais altos. Se isto ocorresse, não haveria necessidade de se manter os sete pontos nas três escalas, uma vez que as respostas da população depressiva não se distribuíam, ou seja, não variavam entre os sete pontos. Portanto, se neste teste-piloto as respostas de depressivos não se distribuísem entre os sete pontos das três escalas, seria necessário reformular itens do instrumento e/ou substituir a forma de respondê-los através das três dimensões, por respostas dicotômicas do tipo sim ou não. Neste caso, se fosse possível reformular os itens do questionário, isto deveria ser feito no sentido dos mesmos serem extremados para, conseqüentemente, levarem a respostas também menos extremas.

Por outro lado, se neste teste-piloto as respostas dos depressivos nas três escalas variassem de 1 a 7 ou pelo menos de 1 a 5, o instrumento todo deveria ser mantido como se encontrava.

Uma outra conseqüência deste estudo-piloto é que enquanto o mesmo leva a uma definição de como os itens deverão ser respondidos, se através de escalas ou não, também torna possível se prever o tipo estatística a ser usada no caso de se efetuar, posteriormente, uma análise de fatores. Assim se forem mantidas no instrumento as respostas em forma de escalas, a estatística a ser usada na análise de fatores deverá ser a paramétrica; se, por outro lado, as três escalas forem

transformadas em respostas sim ou não, dever-se-á adotar a estatística não-paramétrica.

Com os dois objetivos acima, iniciou-se a segunda pesquisa-piloto. O instrumento foi, então, aplicado em 10 sujeitos depressivos das mesmas instituições onde foram consultados os prontuários. Estes sujeitos variavam quanto à variável sexo e tipo de atendimento: externo e interno.

Quanto à aplicabilidade, não se detectou qualquer problema. Tanto as instruções quanto os itens e as escalas foram bem entendidos.

Quanto à variabilidade dos itens, verificou-se o seguinte resultado: dos 108 itens que compõem o instrumento, 96 obtiveram 5 ou mais pontos assinalados. Por outro lado, os 12 itens que não alcançaram este critério tiveram 3 ou mais pontos assinalados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia adotada na construção do presente instrumento consistiu basicamente de estratégias que visaram garantir, ao mesmo tempo, validade de conteúdo e um alto padrão técnico.

Segundo Anastasi (1967), para que um instrumento de avaliação psicológica apresente validade de conteúdo, seus itens precisam ser representativos do universo de itens que compõem aquilo que se quer medir. Portanto, um instrumento brasileiro para avaliar depressão precisa compor-se de itens que representem o universo de características de uma população depressiva brasileira.

É comum a construção de instrumentos tomando-se apenas itens selecionados da literatura, como é o caso da escala Z descrita por Zung (1965). Zung retirou seus itens de fatores resultantes de três estudos fatoriais. Sua escala apresenta validade de conteúdo porque é uma escala americana baseada em estudos americanos. Como no Brasil não há estudos descritivos de depressão, torna-se impossível formular o questionário de um instrumento com itens da literatura.

Por isso, antes de se construir o presente instrumento, levantou-se características de depressão junto a terapeutas e prontuários de depressivos brasileiros. Estas características, posteriormente transformadas em itens, tiveram o objetivo de dar ao instrumento final, apresentado no Quadro 1, validade de conteúdo.

Por outro lado, a inclusão de itens da literatura que não apareceram nas fontes brasileiras torna este instrumento passível de estudos comparativos com outros instrumentos.

É necessário observar que o levantamento de itens em fontes brasileiras não poderia garantir por si só a validade de conteúdo. Isto

porque, como o número de características levantadas foi muito grande, havia o risco de se perder informação ao se construir os itens, o que prejudicaria a validade de conteúdo.

As estratégias utilizadas para evitar a perda de informação foram as seguintes: a) manutenção da terminologia utilizada pelos terapeutas, encontrada nos prontuários e na literatura, ao se transcrever as informações para as fichas; b) organização das características em categorias; c) redução das categorias com o auxílio de juízes; e, finalmente, d) construção dos itens categoria por categoria.

Estas estratégias asseguraram que as informações obtidas nas várias fontes de itens fossem efetivamente transformadas em itens do instrumento final.

Portanto, acredita-se estar determinada a validade de conteúdo do presente instrumento.

O que se chamou de padrão técnico refere-se não só às estratégias já descritas para determinar a validade de conteúdo mas, principalmente, às análises realizadas no primeiro esboço do instrumento.

Assim, realizou-se uma análise minuciosa das escalas, do questionário, das relações entre ambos e do instrumento como um todo. Este procedimento inclui um grande número de correções no esboço do instrumento.

Com o objetivo de aprimorar ainda mais o presente instrumento no sentido de torná-lo mais claro, aplicável e passível de tratamento estatísticos específico, foram realizados dois testes-piloto.

O primeiro teste, de clareza de linguagem, foi realizado com sujeitos não depressivos, os quais apresentaram variação quanto a sexo, idade, profissão e nível educacional. Estas variações nas características dos sujeitos permitiram ao instrumento final ser aplicável a uma população ampla e variada.

No segundo teste-piloto, verificou-se que os sintomas de depressão descrito nos itens do instrumento final variam em graus entre a população depressiva estudada. Isto confirma o consenso existente na literatura de depressão quanto ao fato de que a síndrome depressiva não é uma questão de presença ou ausência, mas sim, de graus.

A constatação acima eliminou a última dúvida sobre o instrumento: se este deveria ou não permanecer com escalas de 7 pontos. Os resultados demonstraram não só que as escalas de 7 pontos deveriam ser mantidas, como indicaram que posteriores estudos estatísticos do instrumento deveriam utilizar-se de testes paramétricos.

Assim, o resultado final da presente pesquisa foi um instrumento para avaliar depressão, o qual, conforme demonstra o Quadro 1,

apresenta as seguintes características: é composto de 108 itens respondidos em escalas de 7 pontos, sendo que estas representam variações em três dimensões: duração, frequência e intensidade. Este instrumento final foi submetido a todas as análises e estudos prévios que se fazem necessários antes da validação externa, possuindo já a validade de conteúdo e os quesitos necessários à validação fatorial.

Em resumo, pode-se concluir que: em primeiro lugar, adotou-se nesta pesquisa estratégias bastante adequadas à natureza do instrumento construído e, em segundo lugar, o instrumento construído está pronto para ser aplicado em grande escala e, assim, ser submetido à validade externa.

ABSTRACT

The present study consists of two parts. The first part consists of the elaboration of an instrument to measure depression. A survey of the characteristics of depression was conducted with therapists, with information from clients' files and from the literature. The information thus gathered was divided into clusters and next into the items of an instrument.

The instrument constructed was submitted a statistical analysis. This yielded an instrument with 113 items. The items vary along the dimensions (scales) of frequency or duration or intensity. Each of these dimensions (or scales) have 7 points.

The second part of this study consists of two pilot studies; the first was conducted to see if the language used in the construction of the items was clear and the second, to test the applicability and variability of the items.

The first pilot test was conducted with an group of non-depressive subjects and led to the reformulation of a few items, including the reduction in the number of items from 113 to 108 items. The second pilot test consisted of utilizing the new instrument to test a group of depressive patients.

Results indicated that no further changes were needed at all because the subjects understood all items. Furthermore, the answers given varied among the 7 points on the scale, indicating that the constructed instrument, in the form of a scale, is appropriate to measure depression in Brazilian patients.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANASTASI, A. *Testes Psicológicos: teoria e aplicação*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: E.P.U. e EDUSP, 1975.
- BECK, A.T. e BEAMESDERFER, A. Assesment of Depression: The Depression Inventory. *Psychological Measurements in Psychopharmacology. Mod. Probl. Pharmacopsychiat.* 1974, 7:151-169.
- BECK, A.T. *Cognitive Therapy the Emotional Disorders*. New York: Inter. Univer. Press., 1976.
- BILERSON, P. The validity of Depressive Disorder in childhood and the Development of a Self-Rating Scale: a Reserarch Report. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1981 22:73-88.
- COYELL, W. et all. Diagnostic Instability and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137 (1) Jan:48,51.
- CRONBACH, L.J. *Fundamentos de la Exploración Psicológica*. 2.^a ed. Trad. (do inglês para o espanhol) Affonso Alvarez Villar. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1972.
- HAMILTON M. A Rating Scale for Depression. *J. Neurol. Neurosyrg. Psychiat.*, 1960, 23:56-62.
- HARMAN, H.H. *Modern Factor Analysis*. 2d ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1967.
- LEWINSOHN, P.M., WEINSTEIN, M.S. e SHAW, D.A. Depression: A Clinical — Research Approach. In Rubin, R.D. e Franks, C.M. (eds), *Advances in Behavior Therapy*. New York: Academic Press, 1968, Pp. 231-239.
- LEWINSOHN, P.M., BIGLAN, A. e ZEISS, A.M. Treatment of Depression. In Davidson, P.P., *The Behavioral Management of Auxxiety, Depression and Pain*. New York: Brunner/Mazel, 1976, Pp. 91-146.
- MILLER, E.R. e SELIGMAN, M.E.P. Learned Helplessness, Depression and the Perception of Reinforcement. *Behavior Research and Therapy*, 1976, 14:7-17.
- PASQUALI, L. Conceção de Paris (Um Instrumento Fatorial) *Psicologia Ciência e Profissão*, 1979, 0:139-214.
- ZUNG, W.W.K. A Self-Rating Depression Scale, *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, Jan:63-70.

**CENTRO PARA DESENVOLVIMENTO DE
COMPORTAMENTOS BÁSICOS****“ CEDECOM ”**

INSTITUIÇÃO PARA EXCEPCIONAIS COM DEFICIÊNCIAS
DE DESENVOLVIMENTO

PROGRAMAÇÃO MULTIDISCIPLINAR E PERSONALIZADA
ORIENTAÇÃO FAMILIAR

ÁREAS DE DESENVOLVIMENTO:

REPERTÓRIOS BÁSICOS, SOCIAL E VERBAL,
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA, DESEMPENHOS PRÉ-ACADÊMICO
E VOCACIONAL

RUA ITANHAEM, 39 - JARDIM PARAISO - TEL.: 8-6779

FOBIAS POR INSUFICIÊNCIA DO CONTINENTE PRIMÁRIO

WALTER TRINCA*

RESUMO

Encontramos que as perturbações da personalidade fóbica originadas na falha da relação com o continente primário têm duas constantes básicas. A primeira diz respeito ao tipo de vínculo com seus objetos, que é determinado por fusão. Havendo indeterminação nas funções do ego, o paciente encontra-se em estado de indefinição quanto ao continente e aos conteúdos de si mesmo, dificultando-lhe a distinção entre mundo interno e mundo externo. O vínculo por fusão aparentemente o protege da angústia de dissolução e morte da individualidade. A segunda constante básica é, precisamente, a angústia que decorre da ausência de objeto bom amplamente internalizado como continente de si próprio. Esta angústia responde pelo fato do indivíduo sentir-se continuamente à beira do abismo e à mercê da violência de objetos bizarros. Nestas áreas da mente, ao invés de definições, o que se encontra é indiferenciação e desorganização emocionais, comparáveis a um caótico universo primitivo submetido, ao mesmo tempo, a pressões de alta intensidade e sem quaisquer mecanismos de controle. O problema com que o analista se defronta é o de como colaborar na transformação desse universo primitivo em um universo em que as emoções são simbolizadas.

* Professor do Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Em interessante trabalho realizado no Departamento de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, o qual tivemos o prazer de, em parte, orientar, a psicóloga Maria Tereza Gimenez distingue quatro tipos de fobias escolares: a) por *ansiedade edipianas*, ligadas à ansiedade de castração, nos meninos, e de perda de amor, nas meninas, quando há impulsos sexuais dirigidos ao componente do par parental do sexo oposto e hostilidade ao componente par do mesmo sexo; b) por *ansiedades depressivas*, associadas a culpa decorrente de fantasias de ataques e destruição do objeto de afeto; c) por *ansiedades paranóides*, em que prevalecem objetos persecutórios; e d) por *ansiedades primárias*, em que há alterações profundas e generalizadas na relação com o objeto primário (*vide* Gimenez, 1983). Esta classificação, a nosso ver, pode ser estendida ao campo das fobias em geral. Dando isto por assente, pretendemos apresentar nossa concepção a respeito da dinâmica das fobias por *ansiedades primárias*, designação esta que, com referência às origens, equivale à de fobias por insuficiência do continente primário.

O presente estudo é o resultado de observações feitas ao longo de alguns anos de análise de pacientes gravemente fóbicos. Tem por propósito ressaltar aquilo que nos parece significativo na dinâmica emocional da classe de fobias que estamos considerando, e deve ser lido dentro de um contexto kleiniano de estudos sobre fobias, onde se destaca o artigo de Segal (1982a). Nossa caracterização do assunto privilegia certos aspectos que tratamos com relevo, a saber: vínculo por fusão, equação simbólica, violência interna e angústias de não-existência e de morte. Apresentamos, também, hipóteses psicanalíticas sobre as origens dessas perturbações e notas quanto à evolução clínica dos pacientes. Dada a limitação de espaço, não podemos apresentar material clínico ilustrativo, o que reservamos para um outro trabalho.

VÍNCULO POR FUSÃO

Surge comumente nos fóbicos o fator central que Bion (1972a) propõe para a distinção entre personalidades psicóticas e não-psicóticas, isto é, a fragmentação do ego e sua expulsão dentro dos objetos e ao seu redor. A relação entre o paciente e as pessoas que lhe são próximas é denominada por um vínculo de tipo primitivo, por fusão. É primitivo porque segue o modelo da relação seio-boca, vivenciada no relacionamento atual. O fóbico necessita contar com a presença física de pessoas a quem afetivamente se liga, que devem estar concretamente presentes a seu lado. Geralmente estas pessoas se tornam objetos dominados por ele. Exerce uma certa tirania sobre o outro,

com a finalidade de perpetuar a fantasia de absorção e encapsulamento na relação com ele (ora absorve algo alheio, encapsulando o outro; ora põe-se no outro, ficando nele encapsulado). Por meio deste sistema, lança-se fantásticamente dentro da pessoa, apossando-se desta, e em seu inconsciente há a forma de um objeto bizarro que não é o paciente nem a outra pessoa. Costumeiramente deparamos com pacientes um tanto despersonalizados: adotam o modo de ser e de pensar alheios, estando confusos quanto a se o que pensam é algo próprio ou não.

Este processo de fusão serve a um propósito de sobrevivência psíquica, evitando o medo de desintegração da personalidade. No entanto, o preço a pagar torna-se excessivamente elevado: o paciente não se sente plenamente separado dos demais. Ao misturar-se com o objeto, quem é quem? A função resultante é a confusão da mútua absorção que pode ser descrita pela metáfora da unidade da boca do bebê envolvida pelo seio e que, também, envolve o seio. O mergulho na fusão implica em perdas consideráveis para a identidade e em detenção do crescimento mental.

EQUAÇÃO SIMBÓLICA ¹

Um dos aspectos marcantes da personalidade fóbrica é sua relação concreta com as pessoas, proveniente do uso de pensamento concreto. Vive emocionalmente, em grande parte, ao nível de sensações físicas de contato com objetos reais. Não pode se desprender destes objetos porque são sentidos como encapsulados em sua personalidade, porque partes do *ego* e do mundo interno estão projetadas nos objetos e porque sua vida depende das sensações que a estimulação física dos mesmos lhe provoca. Se o objeto não está literalmente presente, o paciente deste tipo de fobia sente-se perdido no desespero do caos e do abismo. Sua mente não é capaz, nesses casos, de elaborar o símbolo que evoca o objeto. Se pudesse simbolizar, contaria com a vantagem da representação do objeto, vivenciando o significado no lugar da própria coisa. Mas a simbolização é a frustração da gratificação que o objeto concreto traz. Para simbolizar tem de renunciar à satisfação sensorial e contentar-se com a satisfação da mera representação, passo que não é dado sem muita relutância.

1. Para um aprofundamento do assunto, *vide* Klein (1970), Segal (1982b), Bion (1972a) e Rodrigué (1966). Uma tentativa de resumo foi por nós empreendida (Trinca, 1983, pg. 169).

VIOLÊNCIA INTERNA

O medo à imersão na escuridão do mundo interno e de perder o contato com a realidade faz com que muitos fóbicos realizem rituais. São, precisamente, denominados de rituais contra-fóbicos. Eles existem como medida propiciatória destinada a acalmar a violência dos objetos primários da mente. Esta violência manifesta-se, por exemplo, no medo à multidão. Ao analisar-se este medo, encontra-se a angústia a uma multidão louca que ataca e destrói, de modo cego e descontrolado. São objetos internos e partes do *Self* fragmentados e expelidos na multidão sob a forma de partículas que se enquistam em cada indivíduo e que na introjeção retornam violentíssimas. Cada fragmento contém a destrutividade de um potente objeto inteiro. Não é incomum observar-se no fóbico a projeção dessas partículas dentro do próprio organismo, produzindo hipocondrias e reais danificações nos órgãos do corpo.

Uma das principais funções do *Ego* em condições normais é o domínio dos impulsos destrutivos. A personalidade imatura do fóbico encontra dificuldade de exercer um controle eficaz pelo *Ego*. A violência, então, espalha-se e é projetada em situações externas, sendo a base de claustrofobias e agorafobias. Deste modo, protege-se da violência catastrófica que explode ou implode e que é associada com a morte. A dificuldade desses pacientes consiste, pois, na precariedade da introjeção de um continente primário destinado a dominar as manifestações do instinto de morte.

ANGÚSTIAS DE NÃO-EXISTÊNCIA E DE MORTE

Chegamos neste ponto aos fatores essenciais das fobias que estamos considerando. Ao procurar atendimento, o paciente às vezes percebe que os contornos de seu ser nem sempre são bem definidos. Os pânicos dão-se em função dos medos da loucura e da morte que são experimentados na proximidade de estados de desintegração da personalidade. Ouvimos falar, na análise, de objetos mentais como uma noite perpétua, poços escuros, túneis sem saída, etc. Isto também equivale a estar perdido e rodopiando em infinitos espaços siderais. A angústia é de total ruptura com a realidade. São aspectos de vivência em que o paciente se perde em regiões mentais oceânicas e ilimitadas: não encontra o espaço de seu ser no qual possa estar contido e definições para quem ele é. Espalha-se e volatiliza-se no não-ser e no não-existir próprios dessa noite, desses buracos e espaços sem fim. Não encontra os conteúdos internos dos objetos bons, assim como o continente de si próprio que aloja esses conteúdos.

A mesma coisa pode-se dizer em relação ao tempo. O tempo é, às vezes, sentido como um absoluto estado de paralisação, fechado

em um instante que perdura eternamente. A dificuldade é, de fato, perceber a existência da própria mente como algo real situado no espaço e no tempo. Indica a falha do continente primário em devolver ao indivíduo a noção viva e real de si. Neste sentido não há diferença essencial entre claustrofobias e agorafobias. Ambas as classes de sintomas expressam o medo de uma situação mental em que os controles e limites do Ego se fragmentam e dispersam, tornando-se iminente a ruína das bases do ser. Diante desta angústia, o paciente usa de identificações projetivas patológicas sobre objetos e situações externos, vindo a seguir o uso de identificações introjetivas. Ou seja, introjeta aquilo que projetou, sendo que este mecanismo faz retornar, sob a forma de estímulos externos provocadores de medos, as partículas danosas, originárias de sua mente, que foram investidas no exterior.

Onde quer que se encontre sintomas de fobias por ansiedades primárias, resultam de uma parte da mente do indivíduo que reflete ainda hoje um grande e primitivo desastre: o do bebê que sente que seu chamado não tem ressonância na mãe. Sente-se na plena escuridão de um abismo, sem eco para o seu apelo, um silêncio mortífero.

O psicótico — ou melhor, a parte psicótica da mente — habita regiões que se situam nos antípodas das regiões exteriores que comumente encontramos na maioria dos seres humanos. Fala de seres apavorantes e objetos moribundos: espectros, mortos-vivos, sombras, fantasmas, bruxos, corpos mutilados, túmulos, etc. Uma das funções da análise é trazer à tona esses conteúdos, uma vez que fora da análise a tendência do paciente é expelir os objetos malignos ao invés de pensar seus conteúdos. Ao se trabalhar psicanaliticamente, forma-se a convicção de que a análise das fantasias inconscientes de morte tem a propriedade de auxiliar o indivíduo a estabelecer um domínio consciente cada vez maior sobre a região dos antípodas. Os objetos terroríficos vão perdendo, assim, a sua força destrutiva.

Contudo, o fator primordial na análise dessas fobias consiste no fato de que o paciente vai podendo nomear aquilo que antes era vivenciado como escuridão caótica e sem nome. Discrimina emocionalmente quem ele é e, portanto, dá nomes. Passa do estado de caos em ebulição para o estado de existência de objetos simbolizados e, por conseguinte, depurados de sua primitiva violência. Tremenda violência é, na verdade, estar aprisionado em um caos, sem poder nomear, e no mundo das sensações, sem ter símbolos para as designar.

ORIGEM

Que hipóteses podemos formular a respeito da origem desse tipo de fobias? A psicanálise oferece uma aproximação à compreensão do problema através de sua teoria da relação primária. Por esta

teoria, o bebê desenvolve o mecanismo da identificação projetiva, pelo qual dissocia uma parte dele mesmo projetando-a na mãe e ficando assim empobrecida dessa parte dissociada e projetada. Este mecanismo é usado de modo não-patológico: o bebê espera que a mãe possa receber e conter os produtos que ele lhe envia, tornando-se continente adequado. A esta capacidade da mãe, Bion (1972b) denomina *revêrie*. A utilidade do processo consiste em que, sendo o bebê imaturo, não é capaz de transformar impressões sensoriais em elementos mentalmente utilizáveis, enquanto que o uso de identificações projetivas no contexto de uma relação bem estruturada com a mãe permite à criança receber de volta, de modo suavizado, aquilo que ela enviou, podendo ainda diferenciar entre aquilo que é ou faz parte dela e aquilo que é ou faz parte da mãe, bem como receber a comunicação da mãe com sentido e significado. Bion (1972b) diz que isto é o início do desenvolvimento do pensamento.

Quando, porém, existem falhas na relação primária, não sendo a mãe capaz de funcionar como continente favorável das identificações projetivas, as conseqüências são desastrosas. Uma delas é a dificuldade da criança em lidar com a violência das próprias emoções. Outra é a tendência a permanecer agarrada ao objeto concreto, às impressões sensoriais no nível da equação simbólica, dificultando sua transformação ao nível simbólico. Há, ainda, o estado de "morta-viva" da criança que não recebe de volta o eco de suas mensagens, originando sensações de incomunicabilidade e de não-existência. Finalmente, *last but not least*, um continente primário desfavorável minimiza as oportunidades de a criança ter representações da mãe (ou partes desta), diferenciando-as das representações de si própria, que são as bases da identidade.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Baseados na experiência analítica, podemos afirmar que, para a evolução do paciente fórbico, são fundamentais os seguintes pontos:

- a) a análise das identificações projetivas, que tem o efeito de mitigar a violência das introjeções;
- b) a introjeção do analista como objeto bom, base para a realização da análise;
- c) a aproximação (acompanhada pelo analista) aos núcleos primitivos da personalidade, mantendo em relação a eles uma distância suficiente;
- d) a função de integração e síntese entre os aspectos construtivos e destrutivos da mente;

- e) a conversão de sensações mortíferas e sem nome em pensamentos; e
- f) o domínio crescente na personalidade de um continente próprio para os conteúdos internos.

O trabalho reconstrutivo da psicanálise, nesses casos, é desenvolvido a partir de aspectos fragmentários, indeterminados e caóticos em direção à organização da personalidade, por meio da simbolização. Como o principal problema da personalidade fóbica é não conseguir simbolização naquelas áreas que são dominados pelo pavor, a análise deve cumprir, então, uma função de *revérie*.

ABSTRACT

It has been found that disturbances in the phobic personality, derived from a fault in the relationship with the primary continent, have two basic constants. The first one has to do with the kind of bond established with the objects, which is determined by fusion. Whenever there is a lack of determination of the ego functions, the patient finds himself in a state of indefiniteness towards the continent and towards his own contents, making difficult for him to distinguish between inner and outer worlds. The bond by fusion apparently protects him from the anxiety dissolution and death of the individuality. The second basic constant is, precisely, the anxiety deriving from the absence of a good object widely internalized as continent for itself. This anxiety is responsible for the individual feeling himself permanently on the brink of an abyss and at the mercy of the violence of bizarre objects. In these areas of the mind, instead of definitions, we find emotional indifferenciation and desorganization, comparable to a chaotic primitive universe, subject, at the same time, to high intensity pressures and with no control mechanisms at all. The problem faced by the analyst is how to contribute for the transformation of this primitive universe to a universe where emotions are symbolized.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BION, WR. — Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas. In: ————. *Volviendo a pensar*. Trad. de D.R. Wagner. Buenos Aires, Horme, 1972a, p.64-91.
- . — *Una teoría del pensamiento*. In: ————. *Volviendo a pensar*. Trad. de D.R. Wagner. Buenos Aires, Horme, 1972b, p. 159-164.

- GIMENEZ, M.T. — *Estudo clínico da fobia escolar*. Campinas, 1983. Dissertação (Mestrado). Inst. Psicol. Univ. Campinas. Mimeografado.
- KLEIN, M. — A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego: In: ————. *Contribuições à Psicanálise*. Trad. de M. Maillet. São Paulo, Mestre Jou, 1970, p. 295-313.
- RODRIGUE E. — *La naturaleza y función de los símbolos*. In: RODRIGUE E. et al. — *El contexto del proceso analítico*. Buenos Aires, Paidós, 1966, p. 79-107.
- SEGAL, H. — Mecanismos esquizóides subjacentes à formação de fobias. In: ————. *A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniano à prática clínica*. Trad. de E. Nick. Rio de Janeiro, Imago, 1982a, p. 197-196.
- . — Notas a respeito da formação de símbolos. In: ————. *A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica*. Trad. de E. Nick. Rio de Janeiro, Imago, 1982b, p. 77-98.
- TRINCA, W. — *O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis, Vozes, 1983.



Carinho, atenção, companheirismo e oportunidade para brincar. Esses são alguns objetivos deste berçário e hotelzinho, que pretende ser antes de mais nada uma oportunidade da casa das crianças atendidas. A finalidade não é a de estabelecer normas educativas ou formação pedagógica, mas sim definir uma programação baseada nas características da criança e em seus interesses, levando-se em conta sua rotina diária.

Com uma equipe composta de psicóloga, enfermeira, pediatra, assistente de enfermagem e recreacionista, o estabelecimento visa a atender crianças de zero a três anos, através de um contato permanente e completo. O horário é bastante flexível: das sete da manhã às sete da noite, de segunda a sexta-feira. Aos sábados e domingos, o berçário também recebe crianças, mediante uma contratação prévia, o mesmo

ocorrendo para período noturno ou permanência de poucas horas. Em regime de hotelzinho são atendidas crianças até seis anos, através de muito lazer e jogos adequados a cada faixa etária.

O regime de hotelzinho tem como principal objetivo proporcionar lazer às crianças enquanto seus pais cumprem compromissos sociais ou mesmo de trabalho. Essa continuidade do lar é extremamente importante para o estabelecimento, que visa a proporcionar um trabalho de assistência integral às crianças.

Pais e crianças estão convidados a conhecer "A Chave do Tamanho", à avenida Moraes Sales, 2098 - Nova Campinas, telefone: 51-2052.

TERAPIA COMPORTAMENTAL E IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA O SEU EXERCÍCIO

MARILDA NOVAES LIPP*

RESUMO

O presente trabalho apresenta, em linhas gerais, uma visão do que é a terapia comportamental. Esclarece o que esta abordagem vê como "causa" do problema do cliente, como seu mundo "interno" é formado e como ele passa a atuar, na sua função de gerador de conseqüências. Esclarece o papel do terapeuta na terapia dentro desta abordagem e alerta para a necessidade de diretrizes éticas que governem a Terapia Comportamental. Sugestões específicas são oferecidas nesta área

Há considerável controvérsia sobre do que de fato se constitui a Terapia Comportamental. Será ela um conjunto de técnicas ou procedimentos? Será uma visão terapêutica sintomatológica? Será, na verdade, uma psicoterapia? Será ainda um poderoso meio de controle nas mãos de terapeutas que tomam decisões sobre como o comportamento do cliente deva ser mudado?

Alguns autores (Bieber, 1973) têm auferido à terapia comportamental denominações tais como estéril, desumana, que ignora relações interpessoais e até crenças e valores. Outros autores, como o filósofo Erwin (1978), classificam a terapia comportamental como estando

* Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUCCAMP.

do lado oposto ao das "terapias cognitivistas" e enfatizam que essas são melhores do que aquela. A terapia comportamental tem sido injustamente apresentada como um tratamento que se concentra no uso de técnicas desumanas, que não reconhece os sentimentos do cliente e que se aplica a problemas simples somente.

Alguns comentários negativos que se encontra na literatura são o produto do desconhecimento ou do conhecimento parcial do que é a terapia comportamental. Por exemplo, Friedman (1975) fez uma revisão de vários artigos que relatam trabalhos com presos, onde tratamentos desumanos foram utilizados como se fossem técnicas comportamentais. Goldiamond (1975) rebateu estas críticas, mostrando que esses "tratamentos" nada tinham a ver com a terapia comportamental.

Um outro exemplo de comentário que reflete a falta de conhecimento é dado por Marks (1976), que afirma que a terapia comportamental não pode ser usada no tratamento de "neuroses em adultos onde metas não possam ser formuladas". Tal afirmação é, na verdade, frequentemente feita por autores que não conhecem a terapia comportamental a fundo e que não sabem que o estabelecimento de metas pode sempre ser feito se uma análise experimental do comportamento for conduzida de modo correto.

Existe evidência bem conclusiva de que a Terapia Comportamental pode ser e é muito eficaz no tratamento de neuroses em geral. É interessante ver como o uso de princípios de aprendizagem começaram a ser utilizados no tratamento de neuroses. No início deste século, Pavlov produziu "neurose experimental" em animais, que poderia ser definida como uma suscetibilidade duradoura à produção de reações ansiógenas a determinados estímulos desencadeantes. Tal reação se parece muito com a neurose humana, e foi obtida em vários outros sujeitos. Se um animal receber um choque forte em uma gaiola, ele começará a mostrar sinais de ansiedade ao se aproximar da gaiola, mesmo que o choque seja desligado. Tal reação pode persistir pelo resto da vida do animal, a não ser que ele seja "tratado". Colocar simplesmente o animal na gaiola, sem choque ou afastá-lo dela por meses não faz desaparecer o sintoma. O medo pode, no entanto, ser aliviado e vir a desaparecer se uma resposta incompatível com a ansiedade é provocada na presença da reação emocional, tal como comer, em animais e crianças, e relaxar em adultos.

A neurose, assim, é vista pelos behavioristas como uma condição que é aprendida e que pode, portanto, ser desaprendida ou contra-condicionada.

A taxa de sucesso no uso de terapia comportamental para tratamento de neuroses, inclusive obsessiva-compulsiva, é de 80% Wolpe (1981). É do conhecimento de todos que a taxa de sucesso da maioria

das terapias, em média, é de 40-50%. O sucesso da Terapia Comportamental se deve principalmente à identificação correta das complicadas relações de estímulos e reações ansiógenas, da identificação do que é ansiedade condicionada e o que é ansiedade de base cognitiva. Quando o terapeuta falha nesta identificação, aí sim a Terapia Comportamental não é bem sucedida.

É importante que se torne claro também que esta modalidade de terapia, formulada que é em princípios de aprendizagem, de modo algum se limita à simples aplicação de técnicas comportamentais como treino de assertividade ou dessensibilização. Pelo contrário, na terapia comportamental cada cliente é visto como um ser independente para quem o tratamento precisa ser formulado especialmente em todos os detalhes. Não há técnicas universais, mas sim, princípios que geram procedimentos especificamente elaborados ou selecionados para cada caso e que só são postos em ação com o acordo do cliente ou seu responsável.

Deve-se lembrar que o puro uso de técnicas comportamentais (como relaxamento, dessensibilização etc.) não torna um terapeuta um behaviorista, do mesmo modo que o uso de associação livre não faz de ninguém um psicanalista. O que faz com que alguém se torne um behaviorista é um modo específico de formular perguntas sobre o que leva ao comportamento problema.

A Terapia Comportamental é a *aplicação* da análise experimental do comportamento e os princípios que governam tal análise, quando aplicados à situações clínicas, fazem com que a ênfase da terapia seja colocada no comportamento que levou o cliente a procurar uma intervenção terapêutica e não em entidades hipotéticas ou desvios intrapsíquicos que estariam dando origem ao sintoma.

Assim sendo, o comportamento problema que trouxe o cliente a terapia é visto como o alvo do tratamento, ao contrário do que ocorre na Psicanálise, onde ele é interpretado como sintoma de um distúrbio mais profundo que é tratado enquanto o sintoma é ignorado, uma vez que se assume que este desaparecerá quando a causa do mesmo for eliminada.

Já que na terapia comportamental o comportamento é considerado o alvo de tratamento, é ele, portanto, que é tratado de modo direto e objetivo. O pressuposto teórico é que mudanças de atitude acompanharão mudanças comportamentais (Ullmann, 1979).

A NOÇÃO DE CAUSAS E DE AMBIENTE "INTERNO"

Quando o terapeuta comportamental pensa em "causas" do problema do cliente, ele se refere somente a duas fontes: a genética e a ambiental, que produzem a história pessoal de cada indivíduo.

O mundo interno da pessoa é considerado não como a causa central do problema, mas como o produto de conseqüências externas que ao longo da vida da pessoa o moldaram através do condicionamento de respostas emitidas. Este mundo interno, composto de pensamentos, atitudes, crenças, valores e idéias, uma vez constituído, passa a ser capaz, por sua vez, de produzir conseqüências para o organismo através de reações bioquímicas e emocionais positivas ou aversivas. Deste modo, ele, que é o produto de fatores externos, se une a estes para vir a constituir o ambiente global do indivíduo. Este ambiente interno-produto e ao mesmo tempo gerador de conseqüências — está naturalmente sujeito a modificações. Algumas terapias procuram produzir essas mudanças através de elaborações e "insights". A terapia comportamental, no entanto, faz uso dos princípios de condicionamento e contra-condicionamento clássico e operante para, através de conseqüências ambientais externas, modificar determinados comportamentos e, subsequêntemente, o ambiente interno do indivíduo.

O comportamento, portanto, é visto como sendo determinado ou mantido por variáveis ambientais, com as limitações impostas pelos atributos genéticos do indivíduo (Lipp, 1981).

Assim sendo, o terapeuta comportamental não se detém na análise dos fatos passados que não podem ser verificados e só explora o passado na medida em que este possa oferecer informação relevante para o tratamento do problema apresentado. Sua atenção é voltada para o estudo dos eventos presentes que mantêm o comportamento e para a predição e controle do comportamento futuro. A matéria-prima com que o terapeuta comportamental trabalha é o comportamento observável e mensurável de modo que sua freqüência, magnitude e intensidade se tornam os instrumentos de avaliação do progresso da terapia. É preciso mencionar que pensamentos, valores e atitudes são comportamentos como qualquer ato motor.

O PAPEL DO TERAPEUTA

No processo terapêutico faz-se uso, acima de tudo, de ensinamentos sobre os princípios que governam o comportamento e as técnicas possíveis de serem utilizadas para modificá-lo. O relacionamento existente, assim, não é de médico e paciente, mas de professor e discípulo. O cliente, ou seu responsável, no caso de incapacidade do primeiro como discípulo, aprende o que controla o comportamento problema e, portanto, assume uma posição ativa, mais respeitável, talvez, no processo terapêutico.

O terapeuta, por outro lado, em vez de esperar que o cliente progrida através de suas transferências e resistências, assume o papel ativo de guia. Ele, o terapeuta, seleciona, propõe, põe em ação, avalia

constantemente o plano terapêutico e o refaz, dependendo do resultado obtido. A responsabilidade pelo sucesso ou fracasso da terapia é basicamente do terapeuta. Se há fracasso, ele deve procurar sua causa em objetivos ambiciosos demais, procedimentos inadequados ou controles inapropriados e, se necessário, deve ele sugerir um novo terapeuta para o caso, em vez de atribuir a falta de sucesso no tratamento à resistência do cliente.

O fato do terapeuta assumir um papel tão ativo na terapia leva à discussão de princípios éticos que devem, a qualquer custo, ser preservados. Além disto, deve se considerar que a terapia comportamental conduz a resultados rápidos e a mudanças profundas. Devido ao poder que a aplicação da análise funcional do comportamento possui, torna-se necessário utilizar diretrizes que a norteiem. As seguintes considerações são apresentadas sobre este assunto, a título de sugestões.

PRINCÍPIOS ÉTICOS A SEREM CONSIDERADOS

Na última década assistiu-se a uma proliferação de várias modalidades de terapia (Beck, 1976; Ellis, 1970; Mahoney, 1974 e Phillips, 1977). Apesar das diferenças óbvias entre estas linhas, elas têm também a similaridade básica de utilizarem princípios de aprendizagem e, portanto, enquadram-se na linha de modificação de comportamento. Esta multiplicação de terapias, este ímpeto ao uso de princípios operantes alcançou âmbito mundial. Tanto na América do Norte como na América do Sul há um número considerável de entidades que utilizam os princípios de aprendizagem em várias áreas, não só clínica, mas também escolar e industrial. Dada a rapidez com que resultados satisfatórios são obtidos quando princípios comportamentais são usados, não é de se admirar que tal tenha acontecido.

Na área de retardamento mental, por exemplo, o uso dos princípios de aprendizagem teve um significativo impacto. Deficientes mentais, considerados totalmente não treináveis, tornaram-se treináveis através do uso desses princípios. Assim sendo, puderam aprender a vestir-se, alimentar-se sem ajuda, ir sozinhos ao banheiro, o que há 25 anos atrás era considerado além de sua capacidade.

Na área clínica, tratamentos de fobias, enurese, encoprese, disfunções sexuais e obesidade, por exemplo, tornaram-se acessíveis àquelas pessoas que não podiam, por razões financeiras ou outras, receber tratamentos psicológicos demorados.

Na área escolar, tratamentos comportamentais têm ajudado inúmeras crianças hiperativas a se comportarem bem em salas de aula sem ajuda dos remédios que tomavam antes. Além disto, treino de

professores nos princípios operantes de reforçamento positivo têm propiciado uma grande mudança positiva em algumas escolas.

Pouco a pouco, a terapia comportamental torna-se mais aceita. Enquanto isto ocorre, o otimismo causado pela expansão e aceitação da terapia comportamental não deve deixar de lado uma cautela: a que se refere ao respeito aos direitos humanos do cliente.

E porque esta preocupação exatamente com a Terapia Comportamental e não com outras terapias? Em qualquer terapia o respeito aos direitos humanos do cliente deve sempre ocupar posição prioritária. No entanto, no que se refere à terapia comportamental, é ainda mais necessário que sejam estabelecidas regras explícitas e inconfundíveis que visem a *proteção do cliente*, e, como se tornará claro a seguir, a *proteção do terapeuta* e também da *própria linha behaviorista*.

A IMAGEM DO BEHAVIORISMO

Torna-se essencial analisar cada uma dessas sugestões. No que se refere à "proteção à linha behaviorista" deve-se lembrar que, apesar dos grandes benefícios trazidos pela inovação da linha comportamental, pesquisa feita por Turkat (1979) e publicada na revista "The Behavior Therapist" indica que a imagem pública da Terapia Comportamental é, em muitos lugares, negativa. Ninguém duvidará de que para que continue a haver progresso nesta linha é necessário que esta visão não se expanda.

Esta imagem negativa, altamente prejudicial à Terapia Comportamental, é o resultado de vários fatores. Em primeiro lugar, na Terapia Comportamental os objetivos e técnicas são claramente definidos e, portanto, o resultado do uso de cada uma é facilmente analisado. Esta própria objetividade de resultados e a facilidade de predizer que conseqüência uma mudança ambiental terá no comportamento de uma pessoa levam à idéia de quão fácil é o controle do comportamento humano. E é, na verdade, esta compreensão da vulnerabilidade do comportamento humano a controles externos que faz com que certas pessoas se sintam ameaçadas.

Sem dúvida, a Terapia Comportamental é extremamente eficaz na modificação de comportamentos. No entanto, deve-se notar que tem havido fora da Terapia Comportamental, e continua a haver, muitas tentativas de modificação de comportamentos que não são reconhecidas como tal porque normalmente vêm disfarçadas por terminologias tais como "reestruturação de personalidade" e "influência de atitudes". Nossa sociedade está repleta de exemplos de esforços sistemáticos feitos para controlar o comportamento humano, tais como: propaganda de artigos, programas religiosos, educação cívica e campanhas políticas. Mas essas técnicas não-behavioristas não oferecem

objetividade na predição do que resultará de seus programas. Seus objetivos são muitas vezes vagos e, portanto, não são interpretados como ameaças à liberdade humana, ainda que uma análise profunda revele que eles sejam os mesmos que os da Terapia Comportamental, ou seja, alterar o comportamento humano.

É necessário enfatizar que a diferença entre Terapia Comportamental e outros tipos de terapia não é que a primeira modifica o comportamento humano e os outros não, mas sim que ela torna tal objetivo claro e bem definido em termos Operacionais.

Um outro fator que influencia a imagem pública da Terapia Comportamental é a publicação periódica do uso de procedimentos maus ou até anti-éticos, que não são de fato técnicas behavioristas, mas que foram identificadas pelo público como se o fossem, como o filme "Laranja Mecânica". Isto só ocorre devido à confusão que existe sobre o âmbito da terapia comportamental. O próprio Skinner recentemente expressou desagrado quanto ao fato de que se use choque em homossexuais, sob o rótulo de modificação de comportamento. Para que tal abuso seja, se não eliminado, pelo menos reduzido, é necessário sem dúvida que nós, os próprios behavioristas, coloquemos em vigor um conjunto de normas éticas e diretrizes específicas quanto ao uso das verdadeiras técnicas comportamentais. Essas normas éticas, que deveriam ser formuladas pelos próprios behavioristas, protegeriam a própria linha de terapia da intrusão e do abuso.

PROTEÇÃO DO TERAPEUTA COMPORTAMENTAL

Com relação à proteção do terapeuta, deve-se considerar que com regras bem definidas, com um campo de ação mais explícito, o terapeuta comportamental corre muito menos risco de ser injustamente o objeto de crítica do público leigo e de seus colegas de outras abordagens. Sugestões são dadas a seguir de como o terapeuta pode prevenir problemas nesta área.

DIREITOS DOS CLIENTES

Quanto aos direitos humanos dos clientes, há duas áreas onde tais direitos são mais suscetíveis de serem violados e que, portanto, merecem atenção especial. A primeira é a que se refere à seleção dos objetivos do tratamento e das técnicas behavioristas a serem usadas para alcançá-los. Que critérios devem ser usados e quem deve fazer a seleção de objetivos? Obviamente os objetivos devem ser selecionados pelo próprio cliente com o auxílio do terapeuta. Porém, algumas vezes isto é impossível, como por exemplo quando o cliente é psicótico, é viciado em drogas, é um criminoso, é deficiente mental

ou é uma criança pequena. Nessas situações onde o cliente não é capaz de selecionar objetivos racionalmente, ou seleciona objetivos aparentemente incompatíveis com o bem da sociedade, será ético que o terapeuta aja de acordo com o que ele (terapeuta) julge mais adequado?

Halleck (1976) menciona que terapeutas tendem a mudar comportamentos que julgam deveriam ser mudados e relutam em mudar os que eles vêem como apropriados à sociedade. Aqui torna-se necessário que o psicólogo mantenha em mente o especificado na Alínea c do Artigo 5.º do Código de Ética Profissional dos Psicólogos do Brasil, que especifica "É vedado ao psicólogo influenciar convicções políticas, filosóficas, morais ou religiosas de cliente". Terapeuta e cliente devem analisar juntos as conseqüências dos objetivos formulados. Se o psicólogo achar que não pode concordar com estes, ele deve recusar-se a prestar seus serviços profissionais e encaminhar o cliente para outro terapeuta. Tal situação é prevista no Standard for Providers of Psychological Services, da APA, com a determinação de que o Psicólogo tem não só o direito, mas também a responsabilidade de não atender profissionalmente o cliente quando diferenças existam que possam prejudicar a eficácia do tratamento.

E no caso de terapia infantil, o que fazer quando o terapeuta não concorda com os pais da criança? Há vezes em que o Psicólogo encontra dificuldade em empreender ou apoiar os objetivos formulados para o filho, pelos pais; especialmente quando aqueles parecem negar os direitos da criança e beneficiar somente os pais ou professores. É necessário lembrar, como mencionado por Hare.-Mustin (1976) e Sehdev (1976), que há certos direitos das crianças que os pais não têm o direito de infringir. Koocher (1976) sugere que, quando houver uma situação deste tipo, outro adulto seja consultado como representante da criança a fim de que objetivos terapêuticos de interesses desta sejam estabelecidos.

A segunda área onde os direitos humanos são suscetíveis de serem violadas dentro da Terapia Comportamental é a que se refere ao uso de condicionamento aversivo. O condicionamento aversivo pode tomar a forma de administração de estímulo aversivo (como em choque), ou custo de resposta (como perda de fichas) ou de time-out. As perguntas que surgem nesta área são:

- (a) Essas técnicas são de fato eficazes? Serão elas mais eficazes do que técnicas positivas?
- (b) São essas técnicas desumanas ou abusivas?
- (c) Os fins justificam os meios? Isto é, mesmo que a técnica seja altamente aversiva. será que o comportamento que ela visa elimi-

nar é ainda mais indesejável do que ela? Por exemplo, no caso de comportamentos auto-destrutivos sem uso de técnicas aversivas, esses comportamentos são raramente eliminados.

Em defesa do uso de técnicas aversivas, quando totalmente necessário, deve-se mencionar o fato de que grande parte da aprendizagem humana é o resultado de condicionamento aversivo, que ocorre normalmente no ambiente natural das pessoas. Queimaduras devidas a descuidos, mordidas de cachorro que são provocados e acidentes precipitados por descuidos são exemplos de contingências negativas que o próprio ambiente oferece sem interferência de profissionais behavioristas. Ross (1974) lembra que o cumprimento de leis é, em geral, baseado em conseqüências aversivas que incluem custo de resposta (multas), time-out (encarceramento) e punição (crítica social, penas). Técnicas aversivas como um meio de controlar o comportamento humano são regularmente utilizadas e não podem ser consideradas patrimônio da terapia comportamental. Quando este tipo de conseqüência for usado dentro de um plano terapêutico, cuidados muito especiais devem ser tomados a fim de se evitar o abuso do poder e preservar os direitos humanos dos clientes. Deste modo, recomenda-se que o terapeuta comportamental considere as sugestões oferecidas no presente trabalho antes de pôr em uso este tipo de procedimento.

SUGESTÕES DE DIRETRIZES ÉTICAS PARA A TERAPIA COMPORTAMENTAL

(1) Os objetivos a serem alcançados devem refletir os valores dos clientes. Muito cuidado deve ser tomado para que os interesses de pais, professores, cônjuges etc. não sobrepujem os do cliente;

(2) Procedimentos aversivos devem ser utilizados ao mínimo e somente quando o uso de técnicas positivas não for eficaz. Isto é, deve-se sempre começar o tratamento com o uso de reforço positivo, e somente se este for ineficaz deve-se utilizar aqueles.

Quando técnicas aversivas forem utilizadas, elas devem:

- a) ser operacionalmente definidas;
- b) ser descritas ao cliente ou seu representante, no caso de incapacidade do cliente, e só devem ser usadas se este concordar com seu uso depois de ser informado quanto a ele;
- c) uma avaliação deve ser conduzida a fim de se verificar se de fato o comportamento a ser eliminado é mais perigoso do que a terapia, e só neste caso deve uma técnica aversiva ser usada.

(3) A Terapia em si deve ser sistematicamente analisada pelo terapeuta. Os objetivos devem ser reavaliados periodicamente e o tratamento deve ser adaptado às mudanças ocorridas.

(4) Qualquer técnica usada deve ser avaliada para ver se viola normas culturais vigentes e se é baseada em princípios adequados.

(5) Quando excessos comportamentais são os alvos (isto é, medos excessivos, alcoolismo, toxicomania, birras, etc.), deve-se sempre trabalhar na aquisição de novos comportamentos mais desejáveis, que venham a substituir os que se deseja eliminar, ao mesmo tempo em que se os elimina. Nunca deve ser um comportamento eliminado sem que o outro, mais adequado, e de preferência incompatível com aquele, seja implantado em seu lugar.

(6) No caso do problema a ser tratado se referir a déficits no repertório comportamental, é necessário, antes de se tentar suprimi-lo, conduzir observação detalhada a fim de se verificar se o cliente possui os pré-requisitos necessários para a emissão do comportamento alvo.

(7) Uma outra área para qual há implicações éticas é a que se refere a manutenção de efeitos terapêuticos. É indispensável que o terapeuta leve em consideração não só o progresso feito ao término do tratamento mas também que planeje para que haja generalização de efeitos terapêuticos para outras áreas da vida do cliente, bem como para o futuro. Generalização de efeitos não ocorre automaticamente, assim, o terapeuta comportamental não se baseia na suposição de que se o cliente emite comportamentos adequados no consultório, ele os emitirá também na sociedade.

Ciente de que a generalização de efeitos é condição indispensável para o sucesso da terapia, um programa específico para facilitar a generalização torna-se essencial. Tal parece não ocorrer em terapias de base dinâmica onde se professa que o progresso feito dentro da clínica será automaticamente visível em outros lugares e ocasiões.

(8) As implicações, a longo prazo, do uso de cada técnica devem ser consideradas. Deve-se prever a extinção de efeitos terapêuticos, bem como a possibilidade de recuperação espontânea.

(9) Resultados da terapia devem ser analisados cientificamente, em função de dados reais coletados no início e durante a terapia.

CONCLUSÃO

Inegavelmente, a terapia comportamental tem uma contribuição significativa a fazer ao campo da psicoterapia. Sua ênfase em um relacionamento de professor-discípulo, entre terapeuta e cliente e no comportamento que leva a pessoa a procurar ajuda facilita e acelera o

processo terapêutico, produzindo resultados objetivamente mensuráveis. No entanto, exatamente por se tratar de um tipo de terapia tão poderoso, só deve ser exercida por terapeutas que conheçam profundamente os princípios da análise experimental do comportamento e suas implicações éticas. Assim sendo, sugere-se que os próprios behavioristas têm o dever de reconhecer as implicações éticas da terapia comportamental e de regularizar o seu uso, pois só assim é que se poderá protegê-la de ser regularizada por agentes externos a ela.

ABSTRACT

This work presents, in general terms, a view of what is Behavior therapy. It clarifies what it sees as "causes" of a client's behavioral problem, how his "internal" world is formed, and how this world comes to act as a generator of consequences. It clarifies the role of the behavior therapist and warns as to the need of ethical guidelines to be used in Behavior therapy. Specific suggestions are offered in this area.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN Psychological Association. Standards for Providers of Psychological Services, Washington DC, 1977.
- BECK, A.T. *Cognitive Therapy and the emotional disorders*, NY International U. Press, NY, 1976.
- BIEBER, I. On behavior therapy: A critique. *J. of the American Academy of Psychoanalysis*, 1973, 1, 39-52.
- ELLIS, A. *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment* Julian Press, NY, 1970.
- ERWIN, E. *Behavior Therapy*, Cambridge University Press, Cambridge 1978
- FRIEDMAN, P.R. Legal regulation of applied behavior analysis in mental institution and prisons. *Arizona Law Review*, 1975, 17, 39-104.
- GOLDIAMDOND I. Singling out behavior modifaicion for legal regulation. *Arizona Law Review*, 1975, 17, 105-126.
- HALLECK, S.L. Another response to 'Homosexuality: the ethical challenge'. *J. Of. Cons. Cl. Psy.* 1976, 44 167-170.
- HARE-Mustin, R.T., J. Marecek, A.G. Kaplan e N. Liss-Levinson. Rights of Clients, Responsibilities of Therapists. *American Psychologist*, 1979, 34, 1, 3-16.
- KOOCKER, G.P. Civil liberties and aversive conditioning for children. *American Psychologist*, 1976, 31, 94-95.
- LIPP, Marilda Novaes. A Teoria de Reforço de B.F. Skinner in Miguel de la Puente, (org.) *Tendências Contemporâneas em Psicologia de Modificação*. Autores Associados, Cortez, Ed. SP. 1982.

- MAHONEY, M.J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Massachusetts, Ballinger, 1974.
- MARKS, I.M. The Current status of Behavioral psychotherapy: theory and practice, *Am. J. Psychiat.* 1976, 133. 253-263.
- PHILLIPS, E.L. *Counseling and Psychotherapy: A Behavioral Approach*. John Wiley and Sons, 1977.
- ROOS, P. Human Rights and Behavior Modification. *Mental Retardation* 1974, 12(3), 3-6.
- SEHDEV, H.S. Patient's rights or patients neglect. *American J. Of Orthopsychiatry*, 1976, 46, 660-668.
- SKINNER, B.F. in Per-Olow Sjöden. *Trends in Behavior Therapy*, Academic Press, NY, 1979.
- TURKAT, Daniel. The Image of Behavior Therapy. *The Behavior Therapist*, 1979, 2 (3), 17.
- ULLMANN, Leonard. P. Treating the Real, not the Concept, In Per-Olow Sjöden — *Trends in Behavior Therapy*, Academic Press, NY, 1979.
- WOLPE, J. Behavior Therapy versus Psychoanalysis, *American Psychologist*, 1981, 36 (2), 159-164.

SERVIÇOS DE DATILOGRAFIA

TESES MESTRADO E DOUTORAMENTO
SEMINÁRIOS DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO,
STENCIL, ETC.

Maria Cristina Santos Barreto

Rua Alice Moreira, 139 — Fone 93-2402 — CEP 13920
Pedreira — São Paulo

Alda Vial Ribeiro
Regina Célia de Souza Lotufo
Sonia Elizabeth Valente Gigatto

Psicologia Clínica

Rua Emília de Paiva Meira, 76 — Fone 52-2375 — Cambuí
Campinas — SP

PSICOTERAPIA: COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

MAURÍCIO KNOBEL *

RESUMO

A relação terapêutica implica num encontro entre uma pessoa que padece e outra que, adequadamente capacitada, pode e deve intervir para aliviar, melhorar ou suprimir os elementos patológicos presentes. O instrumento fundamental é a interpretação, que é a elaboração verbalmente expressada de toda uma conceitualização psicodinâmica. Intervenções verbais, formuladas dentro de outros marcos referenciais teóricos confirmados pela experiência, resultam também úteis, tanto como "atuações", "dramatizações" e diversas modalidades comunicacionais não-verbais. A comunicação verbal tem inclusive importantes elementos não-verbais que devem ser valorizados e utilizados. Os fenômenos transferenciais e contra transferenciais também podem se expressar verbal e extraverbalmente, assinalando ser factível uma possível relação terapêutica. As modalidades relacionais históricas, fóbicas, obsessivas, paranóides, melancólicas, psicopáticas, ambíguas e autistas se expressam, geralmente, em forma não-verbal. As diversas técnicas psicoterapêuticas devem ser avaliadas sem preconceitos quanto à validade de seu referencial e de sua eficácia clínica. Como modalidade terapêutica verbal, dramática, gestural e interpretativa, pode-se utilizar o conceito de "interpretação lúdica adolescente. Procura-se uma integração conceitual, sem dogmatismo teóricos, valorizando técnicas não-verbais e a compreensão da comunicação como elemento básico da psicoterapia, sem negar o valor hierárquico da palavra.

* Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM da UNICAMP.

A relação psicoterapêutica implica, como princípio básico, em um vínculo entre uma ou mais pessoas, que se estabelece com outra ou outras pessoas devidamente treinadas, para poder aliviar, atenuar, modificar ou eliminar sintomas existentes nos primeiros. Tomo esta definição de conceitos que tenho vertido em oportunidades anteriores (Szpilka, 1968; Knobel, 1969) e de Wolberg (1954), adaptando-a ao que acho pertinente enfatizar.

Assim que nesta inter-relação humana deve-se partir de um postulado, quase com sentido matemático, de que a ou as pessoas especializadas têm recebido formação e informação suficiente como para poder *considerar* o que em termos habituais se pode denominar "patologia", e isto sob o ângulo em que se colocam frente a quem eles se aproximam e procuram.

Não vou aqui dissecar a concepção do que é normal e do que é patológico. Parto, simplesmente, do princípio de que há pessoas que buscam outras com o propósito de melhorar sua condição, sua capacidade de vida, aliviar seus sofrimentos ou suprimi-los, se isso é possível.

Entendo que esta é uma realidade básica, sem a qual é impossível estabelecer todo contato verdadeiramente *terapêutico*. Também aceito que este postulado possa ser discutido sob diversos pontos de vista, mas entendo que este seria o tema para outro enfoque da problemática saúde-doença mental.

Quer dizer que, no subsequente, para singularizar e fazer mais fácil a minha comunicação com aqueles que lêem, falarei do *terapeuta e do paciente*.

Creio que é perfeitamente lícito falar desta maneira por poderemos assimilar, facilmente, o termo "paciente" como à pessoa que sofre e busca alívio. É função do "terapeuta" estabelecer se esta pessoa está realmente doente no sentido mais restrito e absoluto da delimitação psicopatológica, ou se está padecendo de uma reação frente a situações emocionais, vinculadas a seu meio imediato, a suas circunstâncias atuais ou inclusive ao meio social em que se desenvolve (Knobel, 1983). A avaliação do nosológico e do patográfico é responsabilidade do terapeuta que para isso deve ser, precisamente, como já foi dito, uma pessoa treinada, i. é., uma pessoa com formação suficiente como para poder delimitar e discriminar estas características.

Contrariamente, estimamo-nos na situação paradoxal de que há muitos "terapeutas" que, a meu critério, não são mais que seres profundamente alterados em muitos aspectos de sua própria vida psíquica que têm encontrado em seu indiferenciado atuar cotidiano uma pretensa forma de "ajudar" aos demais enquanto buscam desesperadamente a solução de seus próprios conflitos. Não considero que estas

pessoas sejam “terapeutas” embora, por sua inteligência e por sua capacidade, possam elaborar teorias mais ou menos “razoáveis” de sua modalidade atuante. Nem mesmo, quando essa modalidade atuante possa *aparentemente* brindar com algum *benefício* certos tipos de personalidades.

Entendo que, nestas circunstâncias, somente se produz um *vínculo simbiótico* (Bleger, 1977) onde a relação bipessoal ou multipessoal fica totalmente indiscriminada e na qual, num esforço dos setores indiscriminados, estes se auto-realimentam através de conceitualizações que perpetuam o alienado e alienante.

Fixada a conceitualização do vínculo terapêutico, é importante poder considerar qual é realmente o elemento fundamental que intervem na relação terapêutica.

Creio que é a PALAVRA o agente ou instrumento de que dispõe o homem em seu processo evolutivo para estabelecer os contatos de maior nível, no sentido de espaço e de maior capacidade de atuação, no sentido grupal ou individual (Platonov, 1958). Este conceito não é nenhuma novidade psicanalítica. É uma idéia válida em todo tipo de atuação realmente terapêutica.

Não devemos estranhar então que, depois das primeiras contribuições da psicanálise, surgiu uma grande quantidade de métodos psicoterapêuticos que fazendo uso da palavra lograram benefícios, por vezes realmente surpreendentes para o ser humano.

De qualquer maneira, sigo considerando que é a *interpretação* o instrumento fundamental de que dispõe o terapeuta e de que se deve poder formular esta interpretação a nível verbal.

Já Melaine Klein (1975) e, depois, Arminda Aberastury (1981) têm assinalado que o processo terapêutico alcança os níveis mais efetivos quando, mesmo na análise de crianças, se pode chegar a verbalizar as situações que correspondem às fantasias inconscientes da pessoa. Na psicanálise de crianças o analista se aproveita, quase que sistematicamente, da interpretação mas a criança utiliza os jogos para se comunicar. Portanto, se o processo terapêutico — neste caso, o psicanalítico — se desenvolve adequadamente, a criança deve poder começar a utilizar a *linguagem* como elemento comunicacional essencial. Isto marca, evidentemente, um ponto crucial no processo terapêutico e o início de uma apreciação evolutiva positiva em direção a anelada modificação estrutural que permita ao indivíduo gozar de sua idade cronológica sem se prejudicar nem prejudicar aos demais, e viver afetivamente e com amor as situações prazerosas que a vida lhe oferece.

Todo este contato realiza-se através de mecanismos que indubitavelmente são bastante variáveis e que não se pode limitar dado o

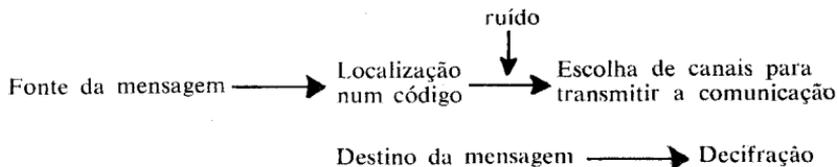
estado atual de nossos conhecimentos, a uma simples expressão enorme de diversos elementos.

É por isso que considero sumamente importante poder discriminar o que são os elementos verbais dos não verbais, no processo psicoterapêutico, porque só assim se poderá interpretar o que isto significa. Por outro lado, a comunicação não verbal forma parte do cotidiano, das mensagens compreensíveis em cada cultura, nos gestos, olhares, etc., o que cria uma verdadeira "sincronia interracional" (Davis, 1981).

Quer dizer, só assim poderemos entrar em toda a problemática da simbolização, tema amplo e que tem sido tratado por numerosos autores, mas que, em sua expressão mais simples, é a que indica como está utilizando o paciente o que pode estar vivendo para poder transmiti-lo a seu terapeuta (fator de decodificação e esclarecimento do simbolizado).

Poder-se ia dizer que, em última instância, todo o processo terapêutico consiste num interjogo de capacidades nas quais alguém, o paciente, as utiliza como defesa ou como modalidade expressiva de seu processo angustiante ou confusante, enquanto que o outro, o terapeuta, deve tratar de compreendê-las para decifrá-las e responder mediante outro tipo de simbolização — culturalmente mais convencional — que seja acessível ao paciente e útil para compreender a instrumentação patológica de suas vivências.

Lieberman (1970) assinalou (pág. 12) que: "na comunicação em *terapêutica psicanalítica* iniciei minha exposição localizando um grupo de disciplinas que permitiam investigar na comunicação humana as relações entre as "pessoas" que emitem mensagens (fontes) e as "pessoas" (destinos) que as recebem e que, pelo fato de recebê-las, já estão comprometidas no circuito comunicativo. No caso de recebê-las (decodificá-las), têm que acusar recibo de havê-las captado, utilizando para isso uma resposta (em codificação) que de alguma maneira tem que indicar ao emissor que as mensagens têm sido recebidas, e também que sentindo lhes adscrive a "pessoa" receptora (destino) da mensagem. O processo comunicativo termina sempre e quando a primeira delas (fonte) (agora transformada em destino), por sua vez, acusa recibo de ter obtido a resposta. Desta maneira temos três passos num ciclo de interação comunicativa: X envia mensagem a Z; se a mensagem chega a Z (destino de dita mensagem), este último deve fazer saber a X que a recebeu e, além disso, que sentido lhe adscreeu a mesma. Uma vez que este segundo passo tenha sido efetuado, completa-se o processo comunicacional, devendo X acusar recibo de ter recebido dita mensagem. Isto foi estabelecido por C.E. Shannon por meio de um circuito que se denomina "modelo de comunicação", desta maneira:



Um pouco mais adiante acrescenta: “O investigador formado adequadamente possui certo grau de objetividade e pode estabelecer formulações descritivas, baseando-se nos múltiplos matizes que vai descobrindo dia-a-dia no curso do tratamento psicanalítico.

Isto, por sua vez, permite-lhe desenvolver um conjunto de formulações explicativas mediante a discriminação do que é realmente significativo como expressão de forças inconscientes comprometidas no fenômeno que se está estudando, e do qual o próprio investigador é partícipe.

A transposição do enfoque a histórico predominantemente descritivo ao enfoque genético-evolutivo dá lugar a este desenvolvimento de formulações predominantemente explicativas. Freud as denominou construções e involucra uma constelação causal”. (Lieberman 1970) (pág. 13).

Como muito bem o destaca o recém-citado autor, é ao terapeuta, que também se deve colocar na qualidade de observador, não participante ainda além do observado, que corresponde fazer o que se pode denominar “a análise do diálogo psicanalítico”. Logicamente, isto se pode fazer extensivo à relação psicoterápica e, portanto, surgem daí todas as hipóteses possíveis acerca da cura e enfermidade, nas quais cada método psicoterapêutico pode ser devidamente aplicado.

Se bem que Lieberman, na obra que estou mencionando, reconheça não ser o primeiro em tratar do “articular a Psicanálise com a semiótica e a lingüística estrutural (pág. 22), não é menos certo que sua contribuição, nesse sentido, tem mobilizado os terapeutas de língua espanhola para poder trabalhar neste frutífero campo da relação terapêutica, já que “a lingüística permite estabelecer, sobretudo, hipóteses de nível intermediário entre a linguagem teórica e a observacional”. (pág. 23).

É sobre as modalidades comunicacionais que Lieberman consegue estabelecer categorias nosológicas interrelacionais com um valor pragmático quanto à ação terapêutica que se refere (Lieberman, 70/72). Em modalidades mais amplas, embora sem incursionar com a minuciosidade com que o faz Lieberman no elemento lingüístico, Bleger (1963) também propõe uma descrição da semiologia relacional que se estabelece entre paciente e terapeuta, que resulta sumamente útil e que não podemos ignorar.

Isto nos leva a colocar-nos algumas considerações fundamentais acerca do que é realmente efetivo no processo terapêutico, e desde logo, sabemos que o que pode ser útil para alguns não o é para outros.

Hoje, já ninguém praticamente, pensa em termos de "psicanalisar" qualquer tipo de problema ou pessoa que concorre à consulta de um assim chamado "psicoterapeuta" ou "psicanalista". A mesma psicanálise teve que aperfeiçoar seu instrumento técnico, determinando quem são os indivíduos que realmente vão se beneficiar de um "tratamento psicanalítico" (Greenson, R.R., 1978), (Paz, 1971), ao mesmo tempo que se questiona se o que está se desenvolvendo não é mais um método de investigação da personalidade ou uma teoria abrangente do conhecimento humano como diversas aplicações também em campos diferentes do afazer humano.

Retorno, não obstante, ao fundamento de nossa comunicação psicoterapêutica. Já, o mesmo Freud tinha colocado alguns aspectos do que ele *interpretava* como manifestações de determinadas estruturas de personalidade com base em "comportamentos" que nada tinham de verbais na relação com seus pacientes. Os trabalhos sobre técnicas e as recomendações técnicas de Freud (1958), muitas vezes não se refletem especificamente nos trabalhos clínicos onde se observa que a percepção de aspectos comportamentais tanto por parte do terapeuta como do paciente eram evidentes.

Ao assistir ao II Congresso Argentino de Psicopatologia Infanto-Juvenil, o Dr. Roy Grinker se referiu, anedoticamente a sua análise com Freud e comentou inclusive a conduta de um dos famosos cães que acompanhavam Freud, *inclusive nas sessões*, foi incluída durante uma sessão como para reprovar o paciente da monitoria ou do aborrecimento que suas associações produziam.

Creio que isto está nos mostrando uma fase de conduta não-verbal que, sem dúvida, se traduz logo em verbalizações mas que significa um aspecto importantíssimo do que se deve chamar conduta terapêutica.

Talvez convenha então precisar que podemos denominar *conduta terapêutica a tudo aquilo que se realize, sobre uma base conceitual perfeitamente elaborada, para favorecer as aspirações que se colocaram ao se iniciar o encontro entre o paciente e o terapeuta.*

Daí surge uma longa lista de *possibilidades terapêuticas*, das que tanto Levine (1951) com Wolberg (1968) fazem extensas considerações e onde vemos que se entremeiam atividades educativas de distintos níveis, etc. Logo, as funções acessórias como a ginástica, a música, o canto, a dança, etc., são também instrumentos "terapêuticos" sempre e quando se localizem dentro deste contexto que estou enfatizando.

Liberman (1971) chega a fazer uma verdadeira dissecação de todos os elementos para-verbais que intervêm na mesma comunicação verbal, e onde nos fala desde o silêncio total até as diminuições consideráveis ou muito grandes nas vocalizações ou as inspirações ou expirações com a boca aberta, a abertura bucal e o véu do palato durante estes elementos fisiológicos da vocalização, etc. Além disto, e nessa mesma obra, o mencionado autor nos fala de um elemento que considero valiosíssimo e que se refere à “*mímica verbal*” Liberman, (1971), onde diz que “a mímica verbal” está constituída pelos elementos para-verbais das estruturas sintáticas faladas. A meu entender, neste plano encontramos indícios de inestimável valor que devem ser tomados como um dos tantos conjuntos de sinais que transportam uma parte importante na mensagem que inadvertidamente o paciente deseja transmitir” (págs. 489-490).

Referindo-se às contribuições de George Dumas, diz que este autor afirma que “os sentimentos e as emoções se exteriorizam pelas mímicas motoras e secretórias e que também o fazem pela “mímica vocal”, que considera como uma extensão da arte do discurso. Assinala que “da mesma maneira que o rosto e o gesto, esta mímica verbal transmite a linguagem das emoções” (pág. 490).

Talvez onde melhor se veja este aspecto é em alguns tipos de tratamentos fonoaudiológicos, especialmente nos procedimentos adequados à espasmofemia, onde a mímica está tão unida à palavra que praticamente se convertem numa só e mesma expressão, que deve ser discriminada pelo terapeuta fonoaudiólogo, que desde então deve possuir, para isto, conhecimentos psicanalíticos (Levin, 1971).

Tudo isso é factível e, portanto, não podemos deixar de incluí-lo.

Por outro lado, está todo o grande componente de pacientes que necessitam expressar-se com seus corpos e, especialmente, através de seus rostos. As referências da psiquiatria clássica nos falam das “*facies*”, que muitas vezes foram, em sua precisão descritiva, verdadeiros diagnósticos clínicos. É, sem dúvida, que quando a psicose tem chegado a configurar verdadeiras personalidades psicóticas que só podem agir dessa maneira em seu mundo, a expressão corporal e especialmente a facial vêm a ser fundamentais para denotar sua estrutura peculiar.

Também é certo, por outro lado, que frente a este tipo estrutural a resposta não verbal do terapeuta vai indicar sua aceitação ou rejeição desse paciente, estabelecendo-se *nesse mesmo instante* um vínculo tão intenso como significativo. As possibilidades todas de uma terapia efetiva podem ficar seladas nesse primeiro encontro.

Desde outro ponto de vista, grande parte da teoria da aprendizagem e sua aplicação na clínica está baseada em numerosíssimos

elementos não-verbais, como foi enfatizado num Simposium realizado sobre essa teoria psicológica e que foi editado por Ruth Porter (1968).

O importante, aqui, é destacar que inclusive se pode chegar a uma aprendizagem glandular e visceral que provoca respostas nesse nível orgânico e está submetidas a uma aprendizagem instrumental. De acordo com esta concepção, alguns fenômenos clínicos significativos parecem ser bem análogos aos de indução positiva e aos de contraste comportamental. Miller (1968) diz que em ocasiões realmente severas, pôde *recordar* que se encontrou, por exemplo, durante uma sessão muito difícil, com a memória de quando escalava uma montanha e lograva um alívio bem considerável de seu medo quando conseguia contrastar sua situação corrente com outras anteriores que haviam sido muito mais difíceis e das quais havia sobrevivido. Diz além disso, que de forma similar notou com freqüência que os medos neuróticos de uma pessoa desaparecem quando se confrontam com os perigos suficientemente fortes e reais do mundo em que vivemos. As reações a um indício negativo, na discriminação Pavloviana, que se devem a respostas não reforçadas, mostram uma similaridade funcional com as reações a um indício que é negativo porque estavam associadas com castigo. Desta maneira, e mediante este tipo de contrastação, pode-se desde logo, reaprender por meio da verbalização e da não verbalização uma quantidade de elementos que podem, em alguns indivíduos, resultar terapêuticos embora fique questionada a intimidade afetiva e a possibilidade, também logo altamente questionável, dos fenômenos que em psicanálise chamamos de conversão, projeção ou deslocamento. Não temos realmente elementos suficientes para julgar, e considerar que o primeiro seja totalmente não válido enquanto o segundo, sim, seja válido.

Entendo que estamos aqui frente a uma combinação de elementos verbais e não verbais que logram um fim educativo que pode resultar forçosamente terapêutico e que, desde logo, pode também em certo sentido, apartar-nos bastante da clássica concepção freudiana do que poderia ser uma terapia, psicanaliticamente falando.

De acordo com Small (1974), a metacomunicação que descreveram Driblatt e Weatherly pode ser considerada como uma forma de comunicação não-verbal no sentido de que, em uma conversa, se comunica muito mais do que contém a sua expressão verbal manifesta. Por outro lado, o mesmo autor cita a Koegler que observa que um breve contato terapêutico permite uma comunicação não verbal em um nível que pode resultar sumamente útil para pessoas que tendem a se encontrar limitadas em sua capacidade para comunicações verbais.

É, sem dúvida, em psicologia clínica e em psicoterapia particular, especialmente nas institucionais, que o elemento não-verbal repre-

senta um papel transcendente e temos que valorizá-los ainda adequadamente.

Refiro-me especialmente aos fenômenos transferenciais e contra-transferenciais que não ficam diretamente expressadas mas, sim, são vivenciados. A pessoa que nos procura chega com uma quantidade de situações internas que *transfere* a nós, o que talvez seja mais apropriado dizer, projeta em nós. A capacidade que a pessoa treinada e que funciona como terapeuta tem para compreender o que está acontecendo, avaliar a comunicação, formular um diagnóstico presumível, discriminar sua capacidade de estabelecer um vínculo terapêutico, propô-lo ou arranjá-lo para que o paciente se beneficie, entram em jogo permanentemente.

Neste sentido, foi-me útil aplicar, em parte, os conhecimentos de Fairbairn (1962) quanto a modelos relacionais de objetos. Este autor descreve as quatro modalidades típicas: a histérica, a fóbica, a obsessiva e a paranóica, cujo enunciado praticamente nos exime de entrar em maiores descrições, neste momento. Pessoalmente, tenho encontrado útil, numa relação terapêutica, incluir nestes tipos de modalidades relacionais a modalidade melancólica, a psicopática, a ambígua (confusionante), e a autista, a qual pode ter, por sua vez, as modalidades mais refratárias ou mais permeáveis.

Essas modalidades relacionais se estabelecem, em princípio, de uma maneira totalmente não-verbal e o só entrar do paciente no consultório, sua maneira de observar o ambiente, confrontar-se com o terapeuta, tomar contato com ele e o âmbito no qual a entrevista vai se desenrolar, dá uma riqueza extraordinária para a avaliação da relação.

Fica demais dizer que o fenômeno contra-transferencial vivido pelo terapeuta deve ser forçosamente incluído para valorizar este tipo comunicacional.

Quando o terapeuta, por suas características individuais, sente-se perturbado, absorvido, preocupado em excesso pela atitude ou o relato, quanto ao manifesto do paciente, considero-o um alarme contra transferencial que deve ser devidamente avaliado pelo terapeuta para que ele possa julgar se terá capacidade ou não para agir terapêuticamente com esse paciente.

Por outro lado temos, por exemplo, outros tipos de técnicas terapêuticas, como as de Berne (1967) e sua "análise transacional", que nos mostram uma variada gama de modalidades comunicacionais entre terapeuta e paciente, e que nada têm a ver com modalidades de tipo interpretativo verbal. Muitas destas atuações — dito num sentido amplo do termo e não estritamente psicanalítico — representam formas de acesso e de comunicação que adequadamente valorizadas e utilizadas podem resultar, sem dúvida, terapêuticas.

O mesmo acontece, supostamente, com outros tipos de terapia como os grupos de sensitização, algumas técnicas psicodramáticas e outras modalidades de vínculo terapêutico, que inclusive podem se dar em nível estritamente somático, como pode ser a relação comum médico-paciente, a relação psiquiatra/psicofarmacólogo-paciente.

Kurt W. Back (1972) nos diz que, nos "contos de Canterbury", Chaucer descreve a tradição dos peregrinos do século XII, que a cada primavera se dirigiam a lugares sagrados. Afirma que parte deles se sentiam impulsionados por convicções religiosas mas que, em parte, estavam buscando uma mudança de rotina, uma transformação de si mesmos, um alívio para as suas dificuldades e enfermidades. Sustenta que basicamente buscavam companheirismo e que, nessas reuniões, encontravam a alegria que buscavam. Talvez buscassem algo mais, algumas emoções forte que podiam transportar o peregrino desde a sua existência mundana até uma vida única e criativa. Ainda encontramos a estes peregrinos em muitos dos que convivem conosco.

Daí que surjam modalidades "terapêuticas" que permitam este tipo de contato com um sentido transcendente ou não, mas que, para algumas personalidades, indubitavelmente podem resultar como algo terapêutico, como acontece com a chamada terapia da "Quaternidade" (Hoffman, 1982). Back pergunta-se como se pode considerar ou avaliar a popularidade que tem tido, por exemplo, o treinamento sensitivo. Manifesta que o treinamento sensitivo foi desenhado originalmente como uma técnica para ensinar à pessoa como trabalhar em grupos e como trabalhar mais efetivamente com outra pessoa. O central desta técnica foi o descobrimento da efetividade do "feed-back" imediato. A orientação do aqui e agora, e a concentração que a pessoa conseguia no processo grupal em si mesmo. Tudo isto trazia uma experiência emocional válida que foi a que logo, combinando técnicas e experiências, converteu-se num procedimento terapêutico que tem muito a ver com os movimentos sociais que vivemos e com a linguagem científica que utilizamos (Back, 1972).

É indubitável que existe uma permanente perseguição pela felicidade do homem e que nem sempre é fácil achá-la.

Não há dúvida alguma que uma forma de lográ-la é o poder reencontrar-se ou simplesmente encontrar-se. Claro que esta afirmação pressupõe um desencontro básico, que provavelmente, quase com certeza, poder-se-ia afirmar que existe.

Alguém já assinalou quão importante poderia ser para uma pessoa encontrar a outra pessoa que lhe escutasse. Que, simplesmente lhe prestasse atenção ou que, ainda mais simplesmente, estivesse com ela.

Num mundo de desorientação, de crise, de confusões, de ambi-güidades extremas, a psicoterapia se transforma constantemente em

seus aspectos técnicos. *A utilização adequada da comunicação verbal e não-verbal integradas são, em meu conceito, a base de uma eficaz ação psicoterapêutica.*

A mistificação e a fraude são, evidentemente, possíveis e não sei até que ponto evitáveis, frente a esta realidade. Os charlatães pululam porque a sociedade lhes permite pulular. Grande parte de nossos conflitos tem uma origem social que, desde logo, muitas vezes, temos introjetado e que outras vezes não sabemos como manejar pelos conflitos já muito mais primários que tem ido estruturando nossa personalidade.

De uma ou de outra forma não logramos nem a capacidade de gozo, nem a capacidade de trabalho, nem a liberdade interna, nem a projeção futura que fazem a felicidade. Isto nos obriga a recorrer a uma compenetração psicoterápica. Se isto ocorre, é obrigação do cientista não se encerrar, não se isolar em sua teoria peculiar nem em sua técnica mais ou menos bem estabelecida, senão, pelo contrário, deve tratar de observar o fenômeno como o clínico observa os fenômenos clínicos e comprovar a terapêutica como a comprova o experimentador clínico. Tudo é possível se não prejudica e se está baseado numa hipótese de trabalho elaborada sobre conhecimentos comprovados e comprováveis.

Os fenômenos contratransferenciais são, nesse sentido, possivelmente, os mais significativos para valorizar esta concepção. É assim que, baseado neles e seguindo a minha experiência como psicoterapeuta e psicanalista de crianças, tenho podido integrar uma técnica de trabalho, a qual aplico fundamentalmente em adolescentes, que agora estou aplicando também em adultos e que denominei a *interpretação lúdica adolescente*, baseado em conceitos em que o jogo, a dramatização, a compreensão psicodinâmica do processo terapêutico e da compreensão do aqui e agora unidos a uma capacidade expressiva e receptiva de paciente e terapeuta se exteriorizam de uma maneira categórica e firme facilitando assim a absoluta compenetração terapêutica (Knobel, 1983) e (Lieberman, 1971). Nesta interpretação lúdica adolescente, aceito que o indivíduo, adolescente ou adulto, chega, por momento, em seu relato ou em sua comunicação não verbal, a expressar uma quantidade de sentimentos que resumem sua concepção de seu mundo relacional fora da sessão. Captado, esse momento, em toda sua intensidade dramática, intervenho também dramatizando, mas com humor, até certo ponto ridicularizando no dramatismo a situação pessoa que se está desenrolando ante a mim, num cenário. Este *encontro cênico*, entre terapeuta e paciente, num dramatismo fora de contexto, serve como uma comunicação não-verbal que une e que facilita em última instância a verbalização esclarecedora e compreensiva.

Entendo que só assim se pode conseguir uma verdadeira ação terapêutica. Sem desmerecer nem um nem outro dos fenômenos que existem, mas sim, integrando-os produtivamente, a terapia adquire características cada vez mais científicas, mais valoráveis, mais adequadas talvez à índole do que o indivíduo se propõe conseguir neste contato conosco, quanto a nossa irrenunciável função de terapeutas.

ABSTRACT

A therapeutic relationship implies an encounter between a person who suffers and another one, adequately trained, who can or must intervene to allviate, better or eliminate the presenting pathological elements.

The main instrument is an interpretation, which is a verbally expressed working through of a whole psychodynamic conceptualization. Some verbal interventions formulated within other theoretical referential frameworks are also useful when confirmed by experience. The same can be said in regard to "actings", "dramatizations", and diverse non-verbal communication modalities.

Even an apparently verbal communication has also non-verbal elements which must be valued and utilized.

Transferential and counter-transferential phenomenae can be verbally or extraverbally expressed indicating the factibility of a possible therapeutic relationship.

The hysterical, fobic, obsessive, paranoid, melancholic, psychopathic, ambiguous and autistic relational modalities are generally expressed in a non-verbal way.

The different psychotherapeutic techniques must be evaluated without preconceptions in regard to its value as a referencial theoretical thought or its efficiency as a clinical instrument.

It is proposed that the concept of "playing adolescent interpretation" can be used as a verbal, dramatic, gestural and interpretative therapeutic model.

A conceptual integration is pursued, without theoretical dogmatism, valuing non-verbal techniques and the understanding of communication as the basic element in psychotherapy, without denying the hierarchic value of wording.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. — “*Psicanálise da Criança-Teoria e Técnica*”. — Artes Méd., Porto Alegre, 1981.
- BACK, K.W. — “*Beyond Words*”. Russell Sage Found., Nova Iorque, 1972.
- BERNE, E. — “*Juegos en que Participamos*”. 2.^a Ed. — Ed. Diana S.A., México, 1967.
- BLEGER, J. — “*Psicología de la Conducta*”. EUDEBA, Buenos Aires, 1963.
- BLEGER, J. — “*Simbiose e Ambigüidade*”. — F. Alves, Rio de Janeiro, 1977.
- DAVIS, F. — “*La Comunicación No Verbal*”. 5.^a Ed. — Alianza Ed., Madri, 1981.
- FAIRBAIRN, W.R.D. — “*Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*”. Hormé, Buenos Aires, 1962.
- FREUD, S. — “*Papers on Technique*”, em “*The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*”. Vol. XII. The Hogarth Press, Londres, 1958.
- GREENSON, R.R. — “*Técnica y Práctica del Psicoanálisis*”. 2.^a Ed., Siglo XXI Ed., México, 1978.
- HOFFMAN, B. — “*Terapia Hoffman da Quaternidade*”. Papirus, Campinas, SP., 1982.
- KLEIN, M. — “*Psicanálise da Criança*”. 2.^a Ed., Mestre Jou, São Paulo, 1975.
- KNOBEL, M. — Psicoterapia breve en la infancia. — Rev. Psiq. Psicol. Méd. Europa y Am. Lat. (Barcelona) 9(2):74-81; Abril/Junho, 1969.
- KNOBEL, M. — Factores estresantes y acontecimientos vitales en psiquiatria. — Actas Luso-Espanólas de Neurol., Psiq. y Ciencias Afines (Madri) 11(6):469-485, Nov./Dez., 1983.
- KNOBEL, M. — “*O Pensamento e a Temporalidade na Psicanálise da Adolescência*”, em A. Aberastury e cols. “*Adolescência*”, 2.^a Ed. Revista; Artes Méd., Porto Alegre, 1983.
- KNOBEL, M. — “*La Formación en Psiquiatria de Adolescentes*”, em S. Feinstein, E. Kalina, M. Knobel e B. Slaff (Eds.), “*Psicopatología y Psiquiatria del Adolescente*”, Paidós-ASAPPÍA, Buenos Aires, 1973.
- LEVIN, J.G. — Enfoque fonoaudiológico y psicodinámico de un caso de tartamudez. Invst. Psicosomática (Buenos Aires), I (1):56-68, 1971.
- LEVINE, M. — “*Psicoterapia en la Práctica Médica*”. El Ateneo, Buenos Aires, 1951.
- LIBERMAN, D. — “*Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*”. Tomo II. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
- LIBERMAN, D. — “*Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*”. Tomo I. Galerna, Buenos Aires, 1970.
- LIBERMAN, D. — “*Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*”. — Três tomos. Eds. Galerna/Nueva Visión, Buenos Aires, 1970/1972.

- MILLER, N.E. — "*Visceral Learning and Other Additional Facts Potentially Applicable to Psychotherapy*" em R. Porter, Ed. "*The Role of Learning in Psychoteherapy*", J. & Churchill Ltd., Londres, 1968.
- PAZ, C.A. — "*Analizabilidade*". Paidos, Buenos Aires, 1971.
- PLATONOV, K. — "*La Palabra como Factor Psicológico y Terapéutico*". — Edics. en Lenguas Extranjeras, Moscou, 1958.
- PORTER R. (Ed.) — "*The Role of Learning in Psychotherapy*". J. & A. Churchill Ltd., Londres.
- SMALL, L. — "*As Psicoterapias Breves*". Imago, Rio de Janeiro, 1974.
- SZPILKA, J.I. e KNOBEL, M. — Acerca de la psicoterapia breve. — Acta Psiq. Psicol. Am. Lat. (Buenos Aires), 14 (2):116-124; Junho 1968.
- WOLBERG, L.R. — "*The Technique of Psychotherapy*". Grune & Stratton, Nova Iorque, 1954.
- WOLBERG, L.R. — "*Psicoterapia Breve*". Ed. Gredos, Madri, 1968.

Maria Angélica Roqui

Maria Izabel Cesar Cardia

Psicologia Clínica

Rua Coelho Neto, 306 — Fone 8-0228

Campinas — São Paulo

P A P E L A R I A E L I V R A R I A
V A N R I C K

LIVROS E MATERIAL ESCOLAR

EM DOIS ENDEREÇOS PARA VOCÊ

Rua Cel Quirino, 532 — Fones 51-4866 e 51-4782

Rua Barão de Jaguara, 1331 — Fone 8-6450

Campinas — SP

PROCEDIMENTOS MULTIMODAIS NO USO DO TESTE DE BENDER

MIGUEL DE LA PUENTE *
JAYME MACIEL JR.**

RESUMO

O presente trabalho visa primordialmente a definição e ponderação dos critérios de avaliação quantitativa dos fatores do Teste de Bender como foram investigados pelos seus autores. Dá-se, inicialmente, notícia histórica das pesquisas dos autores que fundamentam esses dados. A seguir, são operacionalizadas as normas de aplicação para cada um dos quatro modos de avaliação: taquistoscópico, cópia, memória e exame de limites. Mediante a aplicação e avaliação multimodais, a contribuição dos autores na revisão de Hutt consiste na: a) introdução de novos fatores (margem, concretismo, retificação e perfeccionismo); b) agrupamento diferente dos mesmos (organização, configuração e execução); c) modificação de algumas definições (espaço I e II, fechamento e curvatura); d) ponderação de fatores, inspirados em Hain; e) operacionalização dos fatores da organização espacial e do comportamento nas respostas; f) discriminação entre um diagnóstico geral: normal e anormal, com base em dados quantitativos, e um diagnóstico específico (deficiência mental, impregnação ou intoxicação, psicose, etc.) com base em dados qualitativos.

* Depto. de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

** Depto. de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

O presente trabalho visa primordialmente a definição e ponderação de critérios de avaliação quantitativa dos fatores do teste de Bender, aplicados a adultos.

As pesquisas dos autores com o teste de Bender visam diagnosticar a patologia mental e orgânica de pacientes, inicialmente adultos (13 a 55 anos) e atualmente crianças (3 a 12 anos), através de um novo procedimento que eles vieram a chamar de *multimodal*. A aplicação e avaliação multimodal do teste de Bender (AAMTB) implica em vários modos de aplicação (cópia, taquistoscópico, memória e exame de limites) e de avaliação (índice de psicopatologia, organização espacial, análise configuracional e comportamento nas respostas). Esse procedimento é abrangente e, por conseguinte, mais sensível no trabalho de psicodiagnóstico. A análise quantitativa do teste é de tipo fatorial, revisando a proposta de Hutt (1975). A análise qualitativa é operacional, tentando superar os procedimentos descritivos de Bender (1938) e Hutt (1969) e inspirando-se nos critérios ponderativos de Hain (1964).

1. NOTÍCIA HISTÓRICA

Inicialmente, pretende-se oferecer informações acerca dos primeiros trabalhos dos autores deste estudo com o Teste Guestáltico Visomotor de Loretta Bender no diagnóstico psicológico.

Num primeiro estudo (Puente & Maciel, 1984-a), os autores, com base no método de cópia aplicado a 100 sujeitos adultos (13 a 55 anos), encontraram um índice médio de concordância da ordem de 81% entre os achados clínico-eletrencefalográficos e os do teste de Bender, verificando que havia quatro modos de avaliação: 1) um índice de psicopatologia com uma concordância de 82%; 2) a organização espacial, com uma concordância de 80%; 3) a análise configuracional, com uma concordância de 74%; e 4) o comportamento nas respostas, com uma concordância de 88%. Além da análise quantitativa, os autores apresentam sinais qualitativos capazes de fazer discriminação entre o grupo de orgânicos e o grupo de não orgânicos e complexos (por psicose, deficiência mental, impregnação ou intoxicação).

Esse trabalho seguiu a pesquisa exploratória com a "Adaptação Hutt do Teste Guestáltico de Bender" (Puente & al., 1983), onde os autores avaliam a referida adaptação de Hutt como instrumento de psicodiagnóstico da lesão cerebral orgânica, associada ou não à deficiência mental, em pacientes internados em hospital psiquiátrico.

Logo após o trabalho inicial (Puente & Maciel, 1984-a), os autores realizaram uma série de trabalhos complementares. Em primeiro lugar — na ordem de execução dos trabalhos a qual não

coincide com a data de publicação dos mesmos, a avaliação multimodal foi utilizada no psicodiagnóstico da epilepsia (Maciel & Puente, 1983). Neste trabalho foram estudados 60 pacientes: 30 epiléticos (11 com epilepsia focal com ou sem generalização secundária, 11 com epilepsia primariamente generalizada e 8 com epilepsia tardia) e 30 pacientes com patologias funcionais, 12 dos quais apresentavam um quadro de psicose. O índice de concordância média do teste de Bender com as provas neurológicas foi de 80%.

A seguir, os autores realizaram outros três trabalhos com adultos. No primeiro deles (Puente & Maciel, 1984-b), foi utilizado o método taquistoscópico a 100 sujeitos para o diagnóstico da lesão orgânica, estabelecendo comparação entre esses resultados e os obtidos pelo método de cópia. As conclusões do estudo confirmam as vantagens do método taquistoscópico para o diagnóstico da lesão orgânica.

A avaliação multimodal é submetida à validação estatística no que concerne ao seu valor preditivo da lesão orgânica (Puente & Maciel, 1984-c). Trabalhou-se com 94 sujeitos: 30 normais e 64 anormais. Não houve concordância entre as provas neurológicas e o teste de Bender em apenas 12 sujeitos. Aplicou-se discriminadamente a esses dados o Teste de Proporcionalidade, encontrando-se um $X^2 = 47,69$, $GL = 1$. Para se interpretar a intensidade desse dado, calculou-se o coeficiente de contingência quadrática média de Pearson, encontrando-se um "C" = 0.58 ("C" max. = 0.71), o que possibilita afirmar que a probabilidade de ocorrência das exceções é mínima e suportável estatisticamente. Em resumo, os critérios classificatórios do teste de Bender estão altamente associados aos critérios classificatórios dos exames neurológicos.

Enfim, a partir de um curso de treinamento do sistema de avaliação multimodal proposto oferecido a psicólogos em Campinas, verificou-se a fidedignidade nos procedimentos avaliativo-quantitativos do teste de Bender. Com base em apenas 2 juízes, encontrou-se índices próximos a 1, o que sugere uma provável covariância. Os autores estimam que a fidedignidade do teste necessita ainda ser estudada mais amplamente. Um estudo nesse sentido já está sendo realizado com a assistência dos autores deste trabalho.

A aplicação e avaliação multimodal do teste de Bender, na sua primeira etapa, não foi desenvolvida na faixa etária infantil (3 a 11 anos), dada a complexidade evolutiva do desenvolvimento psicomotor dessa idade. Atualmente, os autores deste trabalho estão empenhados na pesquisa do Bender Infantil, o que está implicando o exame neurológico evolutivo desses sujeitos, além de outros exames complementares, junto com a aplicação do teste de Bender. Notícia histórica do Bender Infantil, normas de avaliação e procedimentos avaliativos constituem o primeiro trabalho dos autores (Puente & Maciel, 1984-d).

2. APLICAÇÃO DO TESTE

Os diversos modos de aplicação do teste de Bender são: o de cópia, o taquistoscópico, o de memória e mais o exame de limites. O primeiro é o comum e consiste na reprodução dos 9 cartões, que o aplicador do teste vai expondo, um por um, ao examinando, o qual os copia numa folha de papel branco colocada diante dele na posição vertical. O examinando utiliza apenas lápis e borracha, não tendo tempo determinado para a realização da prova. Toda vez que o examinando modifica a colocação do cartão-estímulo ou da folha de respostas, ambos devem ser recolocados na posição *standard* pelo aplicador (horizontal para o cartão e vertical para a folha), o qual observará o número de vezes dessas ocorrências. Esse mesmo procedimento será observado na aplicação do método taquistoscópico, de memória e no exame de limites.

Eis, a seguir, a operacionalização da aplicação multimodal do teste. Essa deverá seguir a seguinte ordem: método taquistoscópico, método de cópia, método de memória e exame de limites.

(1) *Método Taquistoscópico*: (a) "Vou mostrar a você alguns cartões que têm desenhos, um de cada vez. Eu deixarei olhar os cartões só durante alguns segundos. Depois eu vou retirar cada cartão e vou pedir a você para reproduzir a figura de cor. Compreendeu?". (b) Após 5 segundos de exposição, o aplicador retira o cartão dizendo: "Reproduza esse cartão de cor", continuando a expor os outros cartões de modo semelhante. A primeira ordem (a) pode ser acompanhada pela seguinte explicação complementar. "Lembre-se, eu vou mostrar o cartão só durante alguns segundos e você o observará cuidadosamente de modo que possa reproduzi-lo de cor, quando eu o retirar da sua vista".

(2) *Método de Cópia*: (a) Indicando a pilha de cartões: "Vou mostrar a você estes cartões, um de cada vez. Cada cartão tem uma figura simples, que eu gostaria que você copiasse na folha de papel do melhor modo possível. Esta é uma prova de habilidade pessoal e você pode trabalhar depressa ou devagar, como quiser, mas tente copiar os desenhos da forma mais parecida ao modelo". (b) Passando o primeiro cartão: "Copie isto do jeito que está aí, tão bem quanto puder", continuando a expor os outros cartões segundo esse procedimento.

(3) *Método de Memória*: (a) "Vou mostrar a você estes cartões, um de cada vez. Cada cartão tem uma figura simples. Você deverá observar cada cartão durante alguns segundos. Depois de retirar o cartão da sua vista, vou pedir a você que feche os olhos, procurando se lembrar da figura durante alguns momentos. Depois, você abrirá os olhos e reproduzirá a figura da forma mais parecida ao modelo".

(b) Expondo o primeiro cartão: "Observe esta figura" e retirando-a após 5 segundos: "Feche os olhos e lembre-se dela". Após mais 10 segundos: "Abra os olhos e reproduza-a como estava no cartão da forma mais parecida possível". O mesmo procedimento será seguido para os outros oito cartões.

(4) *Exame de Limites*: (a) Mandando repetir alguns cartões em que são observados modificações mais importantes: "Vamos repetir alguns cartões da prova para ver se você pode aumentar o seu rendimento". Nível 1: "Copie isto do jeito que está aí tão bem quanto puder". Nível 2: se a reprodução não corresponder ao modelo: "Quer copiá-lo de novo como está aí?". Nível 3: havendo ainda modificações: "Parece que a sua cópia não é parecida à figura do cartão. Vamos tentar de novo?", indicando o cartão. (b) Mudando a posição dos cartões, para observar a real rotação das reproduções: "Copie a figura da forma como está aí", indicando o cartão (3 níveis).

Em qualquer desses métodos, toda vez que o examinando perguntar alguma coisa acerca da execução da prova, a resposta do aplicador pode ser semelhante a esta: "Faça como está no cartão". O examinando tem o direito de utilizar tantas folhas de resposta quantas desejar. O aplicador deve anotar as verbalizações do examinando, a seqüência da reprodução de cada uma das partes da figura e a direção do traçado. Deve ainda observar tudo o que se refere ao comportamento nas respostas do examinando: rotação do cartão e/ou da folha, aspectos referentes à retificação e perfeccionismo e tudo o que diz respeito ao exame de limites (*vide* itens 21 a 27 para a quantificação do teste).

3. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA

Os critérios de avaliação qualitativa do teste foram objeto de anterior estudo (Punkte & Maciel, 1984-a). A avaliação quantitativa implica na definição de cada um dos fatores do teste e na determinação dos critérios de ponderação para os mesmos. Trata-se de uma revisão da proposta de Hutt (1969), com base nos estudos dos autores nas pesquisas supracitadas. Deve-se observar que, uma vez efetuados os somatórios do Índice de Psicopatologia (IP), da Organização Espacial (OE), da Análise Configuracional (AC) e do Comportamento nas Respostas (CR), é estabelecido que é normal aquele resultado que não ultrapassar 70 no IP e até 4 pontos nos outros três modos de avaliação, e que é anormal quando o somatório do IP for superior a 70 ou o somatório dos outros modos for superior a quatro (*vide*: Punkte & Maciel, 1984-a).

Os 27 fatores da avaliação multimodal aglutinam-se em 3 grandes seções: fatores de organização (1 a 6), configuração (7 a 20) e

execução (21 a 27). Nem todos os fatores integram cada um dos quatro modos de avaliação. Uma adequada folha de registro terá basicamente 5 colunas: a primeira para os 27 fatores agrupados em três seções e as outras, para os quatro modos de avaliação (IP, OE, AV e CR). Na linha horizontal da base constarão os somatórios de quatro modos de avaliação.

A contribuição dos autores na revisão de Hutt consiste em: a) introduzir novos fatores (margem, concretismo, retificação e perfeccionismo); b) aglutinar os mesmos nas três seções acima citadas; c) modificar algumas definições (espaço I e II, fechamento e curvatura); d) ponderar os fatores, inspirados em Hain; e) operacionalizar os fatores da Organização Espacial e do Comportamento nas Respostas; f) discriminar entre um diagnóstico geral: normal e anormal, com base em dados quantitativos, e um diagnóstico específico (deficiência mental, impregnação/intoxicação, psicose etc). com base em dados qualitativos (*vide*: Puente & Maciel, 1984-a).

DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DE PONDERAÇÃO DOS FATORES DO TESTE DE BENDER

— Revisão dos critérios de Hutt —

- 01 **SEQUÊNCIA:** 1) número de variações na sucessão das figuras e/ou 2) número de execuções em folha à parte, computando-se: IP: 10 (confusa); 7 (2 ou mais vezes); 4 (nenhuma vez); 1 (apenas 1 vez)
OE: 1 (IP = 7-10 pontos); 0 (IP = 1-4 pontos)
- 02 **1.ª FIGURA:** 1) posição da fig. A dentro (normal) ou fora (anormal) da 1.ª terça parte da folha e/ou 2) a mais (normal) ou a menos (anormal) de 2.5 cm. da margem, computando-se: IP: 3.25 (anormal); 1 (normal)
OE: 1 (IP = 3.25); 0 (IP = 1)
- 03 **ESPAÇO I:** "espaço entre figuras", tanto no plano horizontal como no vertical, segundo o eixo principal da figura precedente mais próxima, podendo estar a mais da metade e menos de 1/4 desse eixo (anormal) ou entre um quarto e a metade dele (normal). Assim:

EIXO	0	1/4	1/2	3/4	1	N = Normal
	A	N	A	A		A = Anormal

IP: 10 (3 ou mais fig. anormais); 1 (0 a 2 fig. anormais)
OE: 2 (IP = 10 pontos); 0 (IP = 1 ponto)

- 04 **ESPAÇO II:** "espaço da figura" ou tamanho da figura completa (diferente da simplificação: *vide* fator 12), devido ao aumento

- ou à diminuição de suas partes (qualquer figura) ou ao espaço entre os elementos separados da mesma figura (fig. 1, 2, 3 e 5), o tamanho total da figura podendo ser aproximadamente como ao tamanho do modelo (normal) ou diferente dele: maior ou menor do que a metade dele (anormal), computando-se:
OE: 1 (3 ou mais fig. anormais); 0 (0 a 2 fig. anormais)
- 05 **COLISÃO**: 1) superposição entre figuras e/ou 2) penetração de uma figura no espaço aberto da outra (chamada na literatura "tendência à colisão"), computando-se:
IP: 10 (col. 3 ou mais v); 8.5 (col. 2 v); 7 (col. 1 v); 5.5 (tend. a col. 3 ou mais v); 4 (tend. a col. 2 v); 2.5 (tend. a col. 1 v); 1 nem col. nem tend. a col.)
OE: 2 (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)
- 06 **MARGEM**: distância das figuras da margem da folha a mais (normal) ou a menos (anormal) de 1.5 cm., computando-se:
OE: 3 (3 ou mais fig. anormais); 0 (menos de 3 fig. anormais)
- 07 **FECHAMENTO**: 1) não completar linhas (fig. A, 2, 4, 7 e 8), não podendo atribuir-se mais de 2 p por figura, sendo que na fig. 2 dois erros valem 1 p e 3 ou mais erros valem 2 p; 2) não conectar partes adjacentes das figuras A, 4, 5, 7 e 8, sendo essa separação inferior ao comprimento do eixo principal de qualquer uma de suas partes (diferente da fragmentação: *vide* fator 14), computando-se:
IP: 10 (9 ou mais p); 7.5 (6 a 8 p); 5.5 (3 a 5 p); 3.25 (1 a 2); 1 (0 p)
AC: (IP = 7.75-10 p); 0 (IP inferior a 7.75 p)
- 08 **CRUZAMENTO**: repasses, rabiscos, apagamentos ou intensidades nos cruzamentos das linhas das figs. 6 e 7, computando-se:
IP: 10 (3 ou mais v); 7 (2 v); 4 (1 v) e 1 (0 v)
AC: 1 (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)
- 09 **CURVATURA**: mudanças marcantes no tipo de curva, estas sendo alterações aproximadamente a metade a mais ou a menos na cresta, no cotovelo ou na abertura das figs. A, 4, 5 e 6 do modelo, computando-se:
IP: 10 (3 ou mais v); 7 (2 v); 4 (1 v); 1 (0 v)
AC: 1 (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)
- 10 **ACUMULAÇÃO**: aumento ou diminuição de 15 ou mais graus em qualquer das figuras menos na figura 1, assim: inclinação do quadrado da fig. A, inclinação das fileiras verticais da fig. 2, inclinação dos braços oblíquos com relação a um eixo central imaginário da fig. 3, vértice das duas partes da fig. 4, linha reta de pontos com relação a uma reta horizontal imaginária da fig. 5,

vértice da intersecção das duas curvas da fig. 6, ângulos externos do cruzamento das duas partes da fig. 7, e inclinação do losango da fig. 8, computando-se:

IP: 10 (5 figs); 8 (4 figs); 6 (3 figs); 4 (2 figs); 2 (1 fig);
1 (0 fig)

AC: 2 (IP = 8-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)

11 **ROTAÇÃO**: estando o cartão e a folha na posição standard, mudanças no eixo maior de qualquer figura, computando-se:

IP: 10 (80° a 180°); 7 (15° a 79°); 4 (5° a 14°); 1 (-4°)

AC: 3 (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)

12 **SIMPLIFICAÇÃO**: modificação oposta à elaboração (fator n.º 16), que consiste em dar formas arredondadas aos quadrados das figs. A e 4, diminuir 3 elementos das figs. 1, 2, 3 e 5, reduzir o número de curvas da fig. 6 e reproduzir as figs. 7 e 8 como retângulos ou elipses, computando-se:

IP: 10 (3 ou mais figs); 7 (2 figs); 4 (1 fig); 1 (0 fig)

AC: 1 (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)

13 **RETROGRESSÃO**: modificação que não se computa quando houver simplificação (fator n.º 12) e que consiste em trocar mais de duas vezes os pontos da fig. 1 por círculos, tildes, traços ou linhas; os pontos das figs. 3 e 5 por tildes, traços ou linhas; os círculos da fig. 2 por pontos ou cachos, e as curvas da fig. 6 por linhas retas, computando-se:

IP: 10 (3 ou mais figs); 7 (2 figs); 4 (1 fig); 1 (0 fig)

AC: 1 (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)

14 **FRAGMENTAÇÃO**: 1) destruição da figura mediante reprodução incompleta ou distorcida da mesma, e/ou 2) separação grosseira das partes adjacentes das figs. A, 4, 5 (seta e arco), 6, 7 e 8, sendo essa separação maior do que o eixo principal de qualquer uma das partes, computando-se:

IP: 10 (3 ou mais figs); 7 (2 figs); 4 (1 fig); 1 (0 fig)

AC: 3 (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)

15 **SUPERPOSIÇÃO**: superposição incompleta (se for completã, há fragmentação, *vide* fator n.º 14) entre partes da mesma figura nos modelos A, 4, 7 e 8, computando-se:

IP: 10 (2 ou mais figs); 5.5 (1 fig); 1 (0 fig)

AC: 2 (IP = 10 p); 0 (IP = menos de 10 p)

16 **ELABORAÇÃO**: modificação oposta à simplificação (fator n.º 12) e que consiste em acrescentar ponto, linhas ou curvas sem perseveração, computando-se:

IP: 10 (3 ou mais figs); 7 (2 figs); 4 (1 fig); 1 (0 fig)

AC: 2 (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)

- 17 **PERSEVERAÇÃO**: execução de elementos 1) da figura precedente e/ou 2) da parte precedente da mesma figura, sendo necessária a ocorrência de duas vezes ou mais em cada figura, computando-se:
IP: 10 (3 ou mais figs); 7 (2 figs); 4 (1 fig); 1 (0 fig)
AC: (IP = 7-10 p); 0 (IP = menos de 7 p)
- 18 **REPASSE**: ulteriores tentativas de reproduzir a figura sem apagá-la ou completá-la (difere da retificação, *vide* fator n.º 23), não se devendo atribuir mais de 2 p em cada figura, computando-se:
IP: 10 (5 ou mais v); 7.75 (3 v); 5.5 (2 v); 3.25 (1 v); 1 (0 v)
AC: 1 (IP = 7.75-10 p); 0 (IP = menos de 7.75 p)
- 19 **LINHA**: pesada, débil, intermitente ou delineada, computando-se:
AC: 2 (3 ou mais figs); 0 (menos de 3 figs)
- 20 **CONCRETISMO**: configuração de objetos reais, computando-se:
AC: 3 (3 ou mais figs); 0 (menos de 3 figs)
- 21 **FOLHA**: rotação da folha, computando-se:
IP: 10 (3 ou mais v); 7 (2 v); 4 (1 v); 1 (0 v)
CR: 1 (3 ou mais v); 0 menos de 3 v)
- 22 **CARTÃO**: não se computa quando ocorrer o fator n.º 21 folha, consistindo na rotação do cartão-estímulo, computando-se:
IP e CR: *vide* fator n.º 21 folha.
- 23 **RETIFICAÇÃO**: ulteriores tentativas de reproduzir a figura apagando parte ou toda a execução anterior (difere do fator n.º 18, repasse, computando-se:
CR: 2 (3 ou mais v); 0 (menos de 3 v)
- 24 **PERFECCIONISMO**: excessiva demora e meticulosidade na execução das figuras, utilizando ou não ponto de referência delineados ou gestuais, computando-se:
CR: 3 (3 ou mais v); 0 (menos de 3 v)
- 25 **EXAMES DE LIMITES I**: 1.ª repetição da figura a pedido do aplicador, computando-se:
CR: 1 (fig. anormal); 0 (fig. normal)
- 26 **EXAMES DE LIMITES II**: 2.ª repetição da figura a pedido do aplicador, computando-se:
CR: 1 (fig. anormal); 0 (fig. normal)
- 27 **EXAME DE LIMITES III**: 3.ª repetição da figura a pedido do aplicador, computando-se:
CR: 3 (fig. anormal); 0 (fig. normal)
Observação para o exame de limites: o aplicador só passará para o exame de limites II se a reprodução no exame de limites I for anormal, e só passará para o exame de limites III se a reprodução no exame de limites II for anormal.

ABSTRACT

The main objective of the present work is to offer criteria for the quantitative evaluation of the factors found in the Bender Test, as studied by the authors. It begins with a historical review of the research which served as the basis for the conclusions presented. Norms for applications of each of the four ways of evaluating the results are given. Through the use of a multimodal application and evaluation, the authors' contribution to Hutt's review consists of: (a) introduction of new factors; (b) different grouping of these factors; (c) modification of some definitions; (d) weighing of the factors based on Hain; (e) definition of spacial and answering behavior; (f) discrimination between the general diagnosis of normal or abnormal test results based on quantitative data, and of specific diagnosis based on qualitative data.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENDER, L. — A visual motor gestalt test and its clinical use. Am. Orthopsychiatric Assoc. Res. Monogr., 1938, n.º 3.
- HAIN, J.D. — The BGT: A scoring method for identifying brain damage. *Jor. Consult. Psychol.*, 28: 32-40, 1964.
- HUTT, M.L. — *La adaptación Hutt del Test Guestáltico de Bender*. B. Aires: Ed. Guadalupe, 2.ª ed., 1975.
- MACIEL Jr., J.R. & PUENTE, M. — De la Avaliação Multimodal do Teste de Bender no Psicodiagnóstico da Epilepsia. *Revista Brasileira de Neurologia*, 1983, 19 (2): 55-58.
- PUENTE M. de la; MOURA D.S.P.; QUAGLIATO M.A.B. — A "AHTGB" como instrumento de avaliação da lesão orgânica, associada ou não à deficiência mental, em pacientes adultos internados em hospital psiquiátrico. IN: MAURÍCIO KNOBEL & SÍLVIO SAIDENBERG; *Psiquiatria e Saúde Mental*. São Paulo: Ed. Autores Associados, 1983.
- PUENTE M. de la & MACIEL Jr. J.A. — Avaliação Multimodal da Patologia Mental e Orgânica de Adultos pelo Teste de Bender. Aceito pela *Revista Arquivos de Neuro-psiquiatria*, a ser publ. em 1984-a.
- _____ Diagnóstico diferencial da lesão orgânica em sujeitos adutos pelo método taquistoscópico de Hutt. Aceito pela *Revista Brasileira de Neurologia*, a ser publ. em 1984-b.
- _____ Validação preditiva da avaliação multimodal do teste de Bender proposta por Puente & Maciel no diagnóstico das lesões orgânicas. Aceito pela *Revista Brasileira de Neurologia*, a ser publ. em 1984-c.
- _____ Procedimentos operacionais na avaliação do teste de Bender aplicado a crianças de três a onze anos. Aceito pela *Revista Brasileira de Neurologia*, a ser publ. em 1984-d.

CAUSAS DA FARMACODEPENDÊNCIA: UM ESTUDO PRELIMINAR

SAULO MONTE SERRAT *
HELOISA S.C. PIERI **

RESUMO

Este estudo preliminar sobre as causas da farmacodependência iniciou-se com a análise de 97 prontuários existentes no arquivo morto de uma instituição destinada à recuperação de alcoolistas e farmacodependentes. Compararam-se as respostas dadas pelos integrantes de cada um dos grupos, discutindo-se os resultados. Os dados obtidos servirão de base para a elaboração de um questionário, que pretende explicitar melhor e hierarquizar as causas apontadas.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Melo (1972) diz que a história da dependência das drogas se confunde com a história da Humanidade. A dormideira era conhecida e cultivada pelos egípcios há 4 ou 5 milênios. O haxixe é utili-

* Professor do Mestrado em Psicologia da PUCCAMP.

** Psicóloga. Aluna do Mestrado em Psicologia da PUCCAMP.

zado na Índia desde épocas imemoriais. Povos pertencentes a civilizações remotas como a dos Maia, Astecas e Incas, utilizavam-se de cactos e cogumelos para atingir estados de exaltação dionísica.

Foi, porém, a partir dos primeiros decênios do Século XIX que as substâncias euforizantes invadiram a Europa. Longe de seu "habitat", onde eram utilizadas dentro de normas sociais ou religiosas, seu uso alastrou-se de modo descontrolado.

Ainda o mesmo autor lembra que, após a 2.^a Guerra Mundial, houve um espantoso aumento do consumo das drogas, com a vulgarização do uso das antigas e a entrada no mercado de novas drogas, como o L.S.D. e as anfetaminas.

Hoje, a farmacodependência está se tornando o grande problema social que devemos enfrentar.

São muitos os estudos que abordam as causas da farmacodependência, e eles convergem em vários pontos: desestruturação familiar, desejo de afirmação, procura do prazer, curiosidade, reação a frustrações, agressão, desejo de aceitação pelo grupo.

Há, porém, muitos pontos a aclarar. O combate à farmacodependência é de caráter urgente e não pode aguardar os resultados de debates e pesquisas.

Mas a verdade é que estes debates e pesquisas, à medida que forem trazendo novas luzes ao problema, irão tornando mais efetivo e preciso o combate a este flagelo social.

Assim, pareceu-nos interessante a elaboração de um questionário que procurasse precisar melhor algumas das causas comumente apontadas. Como trabalho preliminar, fizemos um levantamento no arquivo morto da Fazenda do Senhor Jesus, instituição que desde 1978 procura recuperar farmacodependentes e alcoolistas. Consultamos 97 prontuários referentes ao ano de 1982. Maiores informações sobre a Fazenda serão dadas no item : Características da população estudada.

2. CAUSAS DA FARMACODEPENDÊNCIA

Melo (1979), dá ênfase ao fato de o jovem procurar na droga algo que acalme sua angústia existencial. Knobel (1982) cita como uma das causas da farmacodependência a tentativa de elaboração do que ele denomina de "luto patológico". Jaffe (1981) ressalta a impor-

tância da conformidade aos padrões do grupo a que pertence o jovem, lembrando que isto se aplica quer ao consumo quer ao não consumo de drogas. Garza (1979), estudando crianças e adolescentes mexicanos viciados na inalação de cimento plástico e de tinta de sapato, indicou como fatores predisponentes: o choque cultural sofrido pelos camponeses ao enfrentarem a dura realidade dos grandes centros; o abandono pelos pais; a presença do alcoolismo e da farmacodependência na família. Blum e Richards (1979), fazendo uma comparação entre estudos recentes com outros realizados há já algum tempo, encontraram grande concordância entre eles.

Associação com a delinqüência, desemprego, baixo rendimento escolar, ego mal estruturado, baixo grau de auto-estima, dificuldade de adaptação, tendências regressivas, foram alguns dos fatores encontrados nos estudos analisados.

Ainda, segundo eles, os farmacodependentes, muitos anos antes de começarem a usar drogas, apresentam certas características que os diferem dos demais: são mais rebeldes, despertam menos confiança, são mais impulsivos, menos ambiciosos, pouco aceitos socialmente, apresentam maiores distúrbios emocionais, menos auto-confiança e pouco interesse pelos estudos. Nurco (1979) relaciona seis características do farmacodependentes: 1.^a) Pouca resistência à frustração, com um conseqüente comportamento agressivo; 2.^a) Severa privação, durante a primeira infância, de necessidades básicas, como alimento e proteção; 3.^a) Inabilidade para estabelecer uma adequada identificação sexual; 4.^a) Rejeição aos valores sociais vigentes, substituindo-os por outros, nem sempre aceitos pela sociedade; 5.^a) Necessidade de correr riscos desnecessários como um meio de provar, a si mesmo, sua adequação; 6.^a) Fuga ao tédio. O autor procura mostrar como cada uma dessas características reage ao uso de determinadas drogas, pretendendo proporcionar uma base para a compreensão da farmacodependência. Moura (1978) em seu trabalho: "Toxicomanias: A Sociedade no Tribunal", ao estudar as causas da farmacodependência, faz uma revisão bastante extensa, relacionando cerca de 60 fatores que podem aparecer associados aos problemas.

3. O PROBLEMA DA CURIOSIDADE

Chamou-nos a atenção o número elevado de jovens que indica a curiosidade como causa do seu primeiro contato com as drogas.

Referem-se eles apenas a esta característica do espírito humano, associada ao comportamento exploratório, que procura desvendar o desconhecido?

Haverá mais alguma coisa por traz da curiosidade alegada pelos adolescentes que procuram a droga?

O desejo de descobrir novas sensações? A procura de um prazer inaudito, do "flash" de que nos fala Ajuriaguerra (1980), capaz de provocar uma explosão interior, com sensações muito mais intensas que o orgasmo sexual?

Neste nosso estudo preliminar encontramos a curiosidade como uma das causas apontadas em 30,90% dos questionários analisados.

Separando as respostas dos alcoolistas das dos farmacodependentes, verificamos que 42,37% dos últimos apresentam a curiosidade como causa de seu primeiro contato com a droga, porcentagem que cai para 13,15% em relação aos alcoolistas. A possível significação dessa diferença será discutida na parte final deste trabalho.

4. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A Fazenda do Senhor Jesus foi fundada em 1978 pelo Padre Haroldo Rahn, presidente da Associação Promocional "Oração e Trabalho", que mantém outras obras de promoção humana. A Fazenda dista 30 kms do centro de Campinas e tem capacidade para atender, em regime de internato, 60 pessoas do sexo masculino. A equipe que trabalha na obra é constituída por duas Assistentes Sociais, três Psicólogos, uma Terapeuta Ocupacional e uma estagiária de Serviço Social.

O candidato à admissão passa por uma entrevista inicial e, caso aprovado, aguarda uma vaga por um prazo médio de 3 meses. Para ser admitido é preciso que ele não tenha moléstia infecto-contagiosa ou doença que necessite de assistência médica constante. Antes de vir para a Fazenda, ele passa pela Central de Recepção, uma chácara localizada em Souzas, onde permanece de 3 a 4 semanas, adaptando-se ao programa que irá cumprir.

Chegando à Fazenda, além dos momentos de reflexão e de oração, ele irá trabalhar com a terra e com os animais, realizar, sob a super-

visão da Terapeuta Ocupacional, trabalhos de cerâmica, macramé, pintura e marcenaria e ter sessões de orientação psicológica e social com a equipe técnica. A permanência prevista na Fazenda é de oito meses.

Em sua primeira fase, o lema: "Oração e Trabalho" refletia os fundamentos da ação da entidade.

Com o tempo, a obra, sem abandonar seu lema, tem procurado abrir um espaço cada vez mais amplo para a colaboração da Ciência, através da contratação de técnicos e do intercâmbio com instituições que se interessam pelo problema.

Hoje a equipe técnica coordena a rotina diária, efetua a triagem dos candidatos, proporciona atendimento individual e em grupo, do ponto de vista psicológico e social, e orienta a terapia ocupacional.

Além da Central de Recepção, a Fazenda está ligada ao Núcleo de Apoio a Toxicômanos e Alcoólatras (NATA) e ao Núcleo de Apoio a Ex-Dependentes (NAED).

O NATA realiza reuniões duas vezes por semana, nos moldes do A.A., e a elas comparecem alguns internos da Fazenda, que dão seus depoimentos às pessoas que procuram o núcleo.

O NAED destina-se a acolher os egressos da Fazenda que permanecem em Campinas.

Em média eles ficam 3 meses no Núcleo, período no qual procuram trabalho que lhes permita viver suas próprias vidas, uma vez que a maioria não deseja retornar ao convívio com a família.

5. RESULTADOS OBTIDOS *

Do estudo preliminar feito, levantamos os seguintes dados sobre a população da fazenda do Senhor Jesus:

Idade: O mais novo internado tinha 16 anos e o mais velho 63 anos. A maioria do pessoal situava-se na faixa de 25 a 30 anos.

* No levantamento de dados contamos com a colaboração do Psicólogo Antonio Carlos Mezêncio Dias.

QUADRO I

ESTADO CIVIL
(Porcentagem)

Solt.	Casados	Separados	Desquitados	Divorciados	Viúvos	Sem informação
59,79	19,58	5,15	3,09	1,03	1,03	8,24

QUADRO II

NÍVEL DE ESCOLARIDADE
(Porcentagem)

1.º Grau		2.º Grau		3.º Grau		
Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Sem inform.
44,32	12,37	10,30	7,21	2,06	5,15	18,55

Naturalidade: Os 97 internados eram originários de 57 cidades. São Paulo apresentava o maior contingente: 13,40%, seguindo por Campinas: 7,21%.

Eram provenientes de 15 estados brasileiros e de um país estrangeiro (Chile). Pertenciam ao Estado de São Paulo 43,29% dos internados. Minas Gerais vinha em segundo lugar, com 12,37%.

Profissão: Foram declaradas 39 profissões. A que apresentou maior incidência nas respostas foi a de Escriturário, com 8,24%, seguida da de Motorista, com 7,21% e da de Construção Civil, com 6,18%. 7,21% declararam não ter profissão e 14,42% deixaram de responder a este item.

Problemas com a Justiça: 29,89% declararam ter tido problemas com a Justiça (tráfico de drogas, assalto, furto de carro, roubo, embriaguez, estelionato, etc.). 57,76% declararam não ter tido tais problemas. 11,34% não responderam a este item.

Idade em que se iniciou no vício: Para este item e para o item seguinte: "Causas que o levaram ao vício", separamos o grupo em dois subgrupos: um com 38 alcoolistas e outro com 59 farmacodependentes.

QUADRO III

IDADE EM QUE SE INICIOU NO VICIO
(Porcentagem)

Faixa Etária	Farmacopendentes	Alcoolistas
até 11 anos	11,86	13,15
12/13 anos	20,36	13,15
14/15 anos	28,81	15,78
16/17 anos	23,72	21,05
18/19 anos	8,47	21,05
20/21 anos	0	0
22/23 anos	1,69	5,26
25/25 anos	1,69	2,63
26/27 anos	1,69	2,63
28 anos ou mais	1,69	5,26

QUADRO IV

RAZÕES QUE LEVARAM AO VÍCIO
(Porcentagem)

Razões apresentadas	Farmacopendentes	Alcoolistas
Curiosidade	42,37	13,15
Influência de Companheiros	20,33	23,68
Vencer a inibição	18,64	5,26
Sentir uma sensação boa	11,86	15,78
Para esquecer problemas	5,08	26,30
Como distração	5,08	—
Para me sentir outro	1,69	—
Em reuniões sociais	—	5,26
Fugir da solidão	—	2,63
Falta de divertimento	—	2,63
Aposta	—	2,63
Não sabe	6,77	15,78

Alguns deram mais de uma resposta. Assim, os 38 alcoolistas deram um total de 43 respostas e os 59 farmacodependentes deram 66 respostas ao todo. Como as respostas eram livres e os questioná-

rios foram preenchidos pelos próprios internos, nem sempre houve correspondência entre os grupos em relação às razões apresentadas.

6. DISCUSSÃO

Da comparação entre os dois grupos, sobressaem alguns aspectos:

a) *Idade em que se iniciou no vício*: Há uma tendência no grupo de farmacodependentes de se iniciar mais cedo no vício. Assim, se tomarmos como limite superior os 17 anos, 84,74% dos farmacodependentes já haviam usado drogas nesse período de sua vida. A porcentagem relativa ao mesmo período, cai para 63,15% entre os alcoolistas.

Entre os farmacodependentes a classe modal é 14-15 anos, com 28,81% de casos, enquanto que a mesma classe entre os alcoolistas apresenta uma incidência de 15,78%.

b) *Razões que levaram ao vício*: No grupo de farmacodependentes houve 42,37% de respostas "Curiosidade", enquanto que no grupo de alcoolistas a mesma resposta obteve apenas 13,15%. À primeira vista, há uma explicação óbvia: em nossa cultura os efeitos do álcool são muito mais conhecidos do que os das drogas, o que justificaria o fato de despertarem menor curiosidade. De qualquer modo, o alto índice da resposta indica a necessidade de se pesquisar mais a fundo o seu significado.

A fuga a problemas aparece mais nítida nos alcoolistas (26,30%) do que nos farmacodependentes (5,08%), possivelmente por razões culturais.

A influência de companheiros é grande em ambos os grupos: 23,68% nos alcoolistas e 20,33% nos farmacodependentes, o que confirma a importância que Jaffe (1981) dá à conformidade aos padrões do grupo.

"Vencer a inibição" aparece em 18,64% das respostas dos farmacodependentes, contra 5,26% das respostas dos alcoolistas, o que estaria a indicar que as drogas gozam de maior prestígio como libertadoras dos freios sociais.

É também grande a diferença entre os que responderam não saber a causa que os levou ao vício: 15,78% entre os alcoolistas, contra 6,77% entre os farmacodependentes. É possível que o modo mais gradual com que a pessoa se vicia no álcool seja responsável por tal diferença.

7. CONCLUSÃO

A partir dos dados acima, iniciaremos a elaboração de um questionário que, além de explicitar melhor e tentar hierarquizar as razões que levaram o entrevistado ao vício, possa responder também a outras indagações.

As sensações experimentadas pelo viciado, ao usar a droga pela primeira vez, são diversas. Olievenstein (1977) diz que alguns viciados durante o "flash" têm a sensação de se imortalizar e de se identificar com Deus. Diz também que o "flash" é um orgasmo, mais intenso que o orgasmo sexual e que essas sensações tão arrebatadoras são sentidas integralmente apenas na primeira vez. Quando o viciado passa a recorrer sucessivamente à droga, ele parece estar em busca de um paraíso perdido e que não será jamais reencontrado. Ao lado dessas informações, há depoimento de viciados que falam de sensações desagradáveis como náuseas, mal-estar, visões aterradoras, durante a primeira vez que experimentaram a droga.

Qual a relação entre a primeira sensação produzida pela droga e o prazo para a instalação da dependência?

Qual a explicação para o fato de persistirem no uso da droga aqueles que tiveram uma primeira experiência negativa?

No questionário que está sendo elaborado procuraremos, além de respostas às perguntas suscitadas especificamente por este trabalho, buscar dados sobre o relacionamento familiar e interpessoal, possíveis choques culturais, desajustamentos, frustrações escolares e sociais e vida sexual.

ABSTRACT

This preliminary study about the causes of drug dependency, started with the analysis of 97 existing files of ex-patients treated in an institution for the recovery of alcoholics and drug-addicts. The relationship between the two groups was established and the results were discussed. The obtained data will serve as the basis for the compilation of a questionnaire, wich has for objective to better explain the causes for addictive behaviors which were found in the groups.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. — *Psiquiatria Infantil*. Tradução de Paulo C. Geraldês e Sônia R.P. Alves. Rio de Janeiro, Ed. Masson do Brasil, 1980, 952 p.
- BLUM, R. & RICHARDS, L. — Youthful Drug Use. In: DUPONT, R.L. et alii ed. *Handbook on Drug Abuse*. Washington D.C., U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979. p. 257-269.
- GARZA, F. et alii — *Tóxicos e outros vícios*. Tradução de Jamir Martins. São Paulo, Ed. Harper & Row do Brasil Ltda., 1981, 128 p.
- KNOBEL, M. — Adição a drogas e o problema adolescente. In *Padrões de Saúde: A Farmacodependência em seus múltiplos aspectos — II volume*. São Paulo, Secretaria da Educação do Estado de S. Paulo, 1982. p. 17-25.
- MELO, A.L. Nobre de — *Psiquiatria-Volume II*, Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1979, 426 p.
- MOURA, R.S. Pinto de — Toxicomanias: A Sociedade no Tribunal. In: MORAIS, J.F. Régis de ed. *Construção Social da Enfermidade*, São Paulo, Ed. Cortez e Moraes, 1978, p. 109-138.
- NURCO, D.N. — Etiological Aspects of Drug Abuse. In: DUPOÏT, R.L. et alii ed. *Handbook on Drug Abuse*. Washington D.C., U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979. p. 315-324.
- OLIEVENSTEIN, C. — *Os drogados não são felizes*. Tradução de Marina Camargo Celidônio. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1977, 328 p.

ENCADERNADORA**Distribuidora WALTER FALSANELLA LTDA.**

ENCADERNAÇÕES

GRAVAÇÕES

RESTAURAÇÕES DE LIVROS

**Rua Barreto Leme, 1.246 - Fone 32-9209
Campinas - SP**

MOTIVOS DETERMINANTES DE DESAGREGAÇÃO FAMILIAR E ESQUIZOFRENIA*

Antônios I. Térzis **

RESUMO

O presente trabalho estuda: 1) a relação entre a idade da mãe e do pai na época do nascimento do paciente e a esquizofrenia; 2) a relação entre famílias desagregadas e esquizofrenia; e 3) a idade do paciente no momento em que ocorreu a desagregação familiar.

Para examinar o objetivo proposto, foram observados pacientes esquizofrênicos (201 do sexo masculino e 203 do sexo feminino), que estavam internados em hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo.

Os pais dos pacientes eram relativamente jovens quando do seu nascimento, pois era, em média, 28,4 anos a idade da mãe e 32,4 a do pai.

A desagregação familiar esteve presente em 55% dos casos estudados.

Quanto à idade dos pacientes, quando se deu a desagregação familiar, verificou-se que a maioria tinha entre zero a três anos de idade.

* Uma parte da Tese apresentada no Instituto de Psicologia da USP para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

** Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCCAMP.

INTRODUÇÃO

Sobre a esquizofrenia e sua etiologia existe um grande número de trabalhos, muitos já publicados, outros apresentados em Congressos e Simpósios.

Há controvérsia quanto a saber se as Psicoses Funcionais são devidas a causas físicas e constitucionais ainda não descobertas, ou se são doenças psicogênicas. Essa controvérsia é um dos temas que dividem as escolas orgânica e psicodinâmica de Psiquiatria. A esquizofrenia continua suscitando discussões polêmicas sobre a sua etiologia. Entretanto, pode-se afirmar que há, hoje, certo acordo sobre a pluridimensionalidade dos fatores etiogênicos, todos demonstrando sua importância na determinação da doença. A complexidade e a obscuridade desses fatores tornam difícil a interpretação dos mecanismos responsáveis pela estruturação do processo esquizofrênico.

Múltiplas têm sido, certamente, as tentativas de penetração na etiologia do processo esquizofrênico, onde podemos distinguir globalmente dois campos que recebem a preferência dos pesquisadores em função das premissas e interesses que de um lado se orientam mais em direção às ciências biológicas e, de outros, os que se orientam para as ciências humanas. As oposições entre estes dois tipos de abordagem não são mais da mesma intensidade e nem têm a mesma rigidez, como ocorria ainda alguns anos atrás: a impossibilidade de se chegar a uma definição causal limitada obrigou a uma ampliação dos horizontes de cada um dos campos.

Nas últimas décadas, diversos autores defendem o ponto de vista de que a esquizofrenia é uma doença produzida por mecanismos psicodinâmicos (Jimeno, 1980). Durante o século XX, a Psicanálise trouxe algum substrato teórico para explicar a doença mental. Ainda sem uma particularização nosográfica, Freud chamou a atenção sobre as experiências vividas nas relações pais-filhos. Podemos mencionar ainda o trabalho de Spitz (1960) em particular, que mostrou de modo científico e original as vicissitudes do primeiro ano de vida e a importância do relacionamento mãe-filho nessa época. Neste sentido, nas teorias do desenvolvimento da criança, a personagem da mãe destaca-se com particular importância. Desde os primeiros dias de vida, a relação mãe-filho adquire um valor fundamental, e a contribuição empírica da Psicanálise consiste em dar um papel etiopatogênico às perturbações desta relação.

Apesar de darmos ênfase às vicissitudes da relação mãe-filho como fator de saúde ou distúrbio mental, não devemos nos esquecer,

entretanto, que aquilo que ocorre ao nível desta relação diática não é somente produto das disposições biológicas e psíquicas da mãe e da criança, mas também produto do clima emocional básico da família, do modo como se estrutura o grupo e da rede de comunicação, tanto dentro da família como entre esta e o meio social (Miermont, 1979).

Cada família precisa capacitar a criança a adquirir os meios de comunicação de pensar e de realizar, além de protegê-la durante muitos anos. A criança precisa encontrar os caminhos para resolver as tarefas de cada fase do desenvolvimento, de modo a mover-se com segurança no próximo estágio com seus novos problemas. Até a maturação (física e mental) o processo se desenvolverá, para construir a sua identidade própria, somente quando os modelos de interação na família não forem patológicos: comunicação confusa, contradições, constante desconfiança, conflitos dissociativos e desagregação familiar (Lidz e Fleck, 1960).

A maioria dos estudos indica que os pacientes esquizofrênicos cresceram em famílias problemáticas e desagregadas. Os primeiros postulados parecem ter nascidos com From-Reichmann (1940) na descrição que fez da "mãe esquizofrenógena", que seria super protetora, agressiva, dominadora e que rejeita o filho. Gérard e Siegel (1950) notaram que ao lado da mãe, acima descrita, deve necessariamente aparecer um pai fraco, submisso, indiferente ou marcadamente inadequado, que passa a maior parte do tempo fora de casa. Além disso, a maioria dos pacientes tinha em seus antecedentes uma história de instabilidade familiar caracterizada por morte ou separação.

Estudos intensivos realizados posteriormente com pacientes esquizofrênicos confirmaram esses achados e pareciam oferecer caminhos coerentes em relação à etiologia do esquizofrênico. Esses estudos sugeriram investigações mais profundas de fatores específicos dentro do ambiente familiar, que tornavam confusa e irracional a comunicação entre membros de famílias de esquizofrênicos (Debbane, 1978). Prova disso é que observações clínicas realizadas, envolvendo também os membros de grupos familiares, permitiram algumas reflexões acerca da forma como a esquizofrenia se desenvolve nesse grupo. Bowen e al (1959), baseando-se em observações clínicas de famílias de esquizofrênicos internos, descreveram o conceito de *divórcio emocional* entre os pais desta família, mostrando que existe considerável variação nas formas em que eles se mantêm afetivamente distantes um do outro, sem compartilhar sentimentos, pensamentos e experiências pessoais. Por outro lado, encontraram também famílias cujos pais não podiam permanecer juntos durante muito tempo sem que manifes-

tassem discussões acompanhadas de ameaças. Wynne e al (1958) empregaram a expressão *pseudomutualidade* para explicar o modo como algumas famílias de esquizofrênicos apresentavam em suas relações aparência de mutualidade e concórdia, mas somente para encobrir uma intensa hostilidade, inflexibilidade e destrutibilidade mútua. Clinicamente, essas famílias se distinguem por sua impermeabilidade e por serem famílias em que não se manifesta nenhum desacordo de opinião, nenhuma discussão. Todos os membros têm sempre a mesma opinião e consideram isto como uma norma habitual. A individualidade de cada um deles está mergulhada na homogeneidade do bloqueio familiar. Outro conceito, resultante das investigações levadas a efeito com famílias de esquizofrênicos, é o *duplo vínculo*; refere-se ao sistema de comunicação, isto é, o modo pelo qual é organizado o intercâmbio de mensagens no seio da família. Lembramos aqui os trabalhos da escola de Palo-Alto (Bateson, Jackson, Haley e Weakland, 1956). Os autores concluíram que o "duplo-vínculo" ocorreria quando duas ou mais pessoas se encontram ligadas de uma forma muito intensa e têm entre si uma complexa rede de metacomunicações contraditórias de várias ordens. Tais modelos de comunicação buscam reduzir-se a um sistema "lógico da comunicação" que permite estabelecer uma "lógica da esquizofrenia". Por último, Ramadam (1979), em seu trabalho "psicoses vinculadas", localizou não somente o receptor (o indivíduo que apresenta claramente o comportamento psicótico) como também o emissor que é um indivíduo portador de distúrbios psíquicos que não são exteriorizados, uma vez que o emissor pode exteriorizá-los através de uma relação de duplo-vínculo. E quando o duplo-vínculo é rompido por algum motivo, a pessoa considerada sadia tende a se descompensar, apresentando os distúrbios psíquicos que até então se achavam ocultos. Vassiliou (1972) considera que as caracterizações da estrutura familiar dependem, em grande medida, das personalidades do pai e da mãe. Pode assinalar-se que em vários estudos foram descritos diferentes aspectos e graus de patologia dos pais. Em geral, sustenta-se que as histórias de vida familiar observadas impedem que a criança alcance uma identidade própria e capacidade para discernir comunicações de natureza emocional. Estudos mais recentes com pacientes esquizofrênicos confirmaram que a diminuta auto-estima dos pacientes esquizofrênicos está relacionada com a falta de identidade e ausência de sentido de si próprio. A confusão que o esquizofrênico faz a respeito de sua pessoa, de quem ele é, pode originar-se do fato de sua família ter-lhe atribuído um papel que não foi por ele escolhido (Mocher, 1978). Embora os dados acima tenham sido obtidos através de estudos de pacientes, de suas mães

ou da interação de todo o grupo familiar, trouxeram valiosas contribuições para uma melhor compreensão da etiologia da esquizofrenia.

É importante considerar, ainda, não somente a dinâmica interacional, mas também certas variáveis familiares objetivas que são passíveis até de quantificação, como por exemplo: a ordem de nascimento e tamanho da família do paciente (Térzis, 1983); o sexo do irmão que precede e a diferença de idade entre eles; o sexo do irmão que sucede (Bucher e Térzis, 1980); a idade dos pais quando o filho nasceu (Norton, 1952); a perda precoce ou tardia de um ou de ambos os pais e outros motivos determinantes da desagregação familiar (Hilgard e Fisk, 1960).

Portanto, achamos interessante estudar pelo método epidemiológico certas variáveis familiares objetivas numa população brasileira de esquizofrênicos. Tentamos, pois, investigar os tópicos seguintes: 1) qual a relação entre a idade do pai e da mãe na época do nascimento do paciente e a esquizofrenia? 2) Qual a relação entre famílias desagregadas e esquizofrenia? 3) Qual a idade do paciente quando ocorreu a desagregação de sua família?

Essas variáveis familiares objetivas serão examinadas não como causas da esquizofrenia, mas qual participação elas podem tomar na série de fatores complexos, atuando em reciprocidade de influências, em momentos ou circunstâncias significativas para o indivíduo.

MÉTODO E AMOSTRA

O presente trabalho incorpora-se na categoria de estudos considerados de natureza epidemiológica. Seria conveniente fazer algumas considerações a respeito desse método. O vocábulo epidemiológico é de origem grega e significa: epi(sobre) — demos(população) — logos(estudo), e serve para descrever a história natural das doenças e dos agravos à saúde, a descoberta das causas e dos meios adequados para afastá-las da população (Foratinni, 1976). A epidemiologia é um dos três caminhos básicos para se conhecer uma doença; os outros dois, mais antigos na história das ciências, seriam o estudo clínico de um caso particular, e a experimentação em laboratório (Gordon e al, 1952). A epidemiologia se vale de diagnósticos já bem firmados, e muitas vezes consegue, mediante o emprego de técnicas estatísticas adequadas, elucidar etiologias e a patogênese de muitas doenças. Entretanto, seu grande desenvolvimento se deu quando se passou ao estudo das moléstias crônicas, de longa duração, que é justamente o caso da esquizofrenia.

Foram levantadas informações sobre 404 pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, hospitalizados em cinco hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo.

A seleção dos casos que integram a amostra foi feita após estudo: a) do exame psiquiátrico feito pelo psiquiatra da instituição; b) dos resultados dos testes psicológicos aplicados, visando confirmar o diagnóstico clínico, ou seja, os resultados do exame psiquiátrico e c) dos resultados dos exames físicos a que todos os pacientes são submetidos com o objetivo de afastar a possibilidade de uma psicose orgânica.

Só foram aproveitados os pacientes cujos diagnósticos de esquizofrenia não deixaram nenhuma margem a dúvidas, isto é, que foram confirmados pelos três exames acima referidos.

Para a segunda etapa, a da coleta de dados propriamente dita, foi preenchido pelo próprio autor, para cada caso, um questionário especialmente elaborado para fins deste trabalho, do qual constavam dados objetivos relativos ao próprio sujeito e seus familiares.

Para o preenchimento dos questionários foram seguidos três passos: a) consulta ao prontuário-padrão, visando a confirmação do diagnóstico definitivo da esquizofrenia. Tais prontuários, em muitos casos, continham informações e relatórios dos pacientes; b) entrevista dirigida com o paciente feita com o objetivo de se obter alguns dados pessoais e familiares; c) contato com a família do paciente, através do qual se procurava uma confirmação daqueles dados fornecidos pelo próprio paciente, para garantir maior fidedignidade dos mesmos.

Muitos casos foram sumariamente rejeitados porque apresentavam diagnósticos duvidosos, ou porque os prontuários eram incompletos. Por essas razões, dos 618 prontuários consultados inicialmente, 214 foram rejeitados, restando 404 cujos dados serão analisados a seguir.

RESULTADOS

Apresentamos primeiro os dados relativos ao *sexo do paciente*.

Tal como no estudo realizado por Burton e Bird (1963), nossos dados mostram que a incidência da esquizofrenia está igualmente repartida entre os dois sexos.

A tabela I, a seguir, mostra a distribuição dos pacientes da amostra e da população do Estado de São Paulo de acordo com o sexo. Feito o levantamento do sexo dos pacientes, verificou-se que ambos os sexos estão representados praticamente em proporções iguais

na amostra (49,75% de pacientes do sexo masculino e 50,25% do sexo feminino). Comparamos estas proporções com as que se observam na população do Estado de São Paulo, segundo o Censo Demográfico de 1980, verifica-se que são muito semelhantes entre si (49,71% de homens e 50,29% de mulheres).

TABELA I

Composição da Amostra e da População Geral do Estado de São Paulo segundo o sexo

SEXO	Amostra		População do Estado de São Paulo (*)	
	Freq.	%	Freq.	%
Masculino	201	49,75	8.389.888	49,71
Feminino	203	50,25	8.486.111	50,29
Total	404	100,00	16.875.999	100,00

(*) Fonte: Tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil — 1980 (IBGE)

IDADE DO PAI E DA MÃE NA ÉPOCA DO NASCIMENTO DO PACIENTE

Com os dados colhidos, foram organizados os gráficos n.os 01 e 02. No gráfico n.º 01 está representando, em valores absolutos, o número de pais e de mães da amostra total (masculina e feminina) em cada faixa etária, por ocasião do nascimento do paciente. Observando o gráfico, verifica-se que na faixa de idade menor, ou seja, de 15 a 20 anos, e de maneira menos significativa nas faixas de 21 a 25, e também na faixa de 36 a 40 anos há maior número de mães do que de pais. Nas demais faixas, especialmente nas correspondentes às idades mais avançadas, acima de 41 anos, o número de pais é maior. A idade média dos genitores de cada sexo por ocasião do nascimento do paciente, foi 28,4 anos para as mães e 32,8 anos para os pais (as distribuições de frequência de idade dos pais e das mães, por ocasião do nascimento do paciente, podem ser vistas na Tabela II).

IDADE DO PAI E DA MÃE NA ÉPOCA DO NASCIMENTO DO PACIENTE

QUANTIDADE

120 —

105 —

90 —

75 —

60 —

45 —

30 —

15 —

0 —

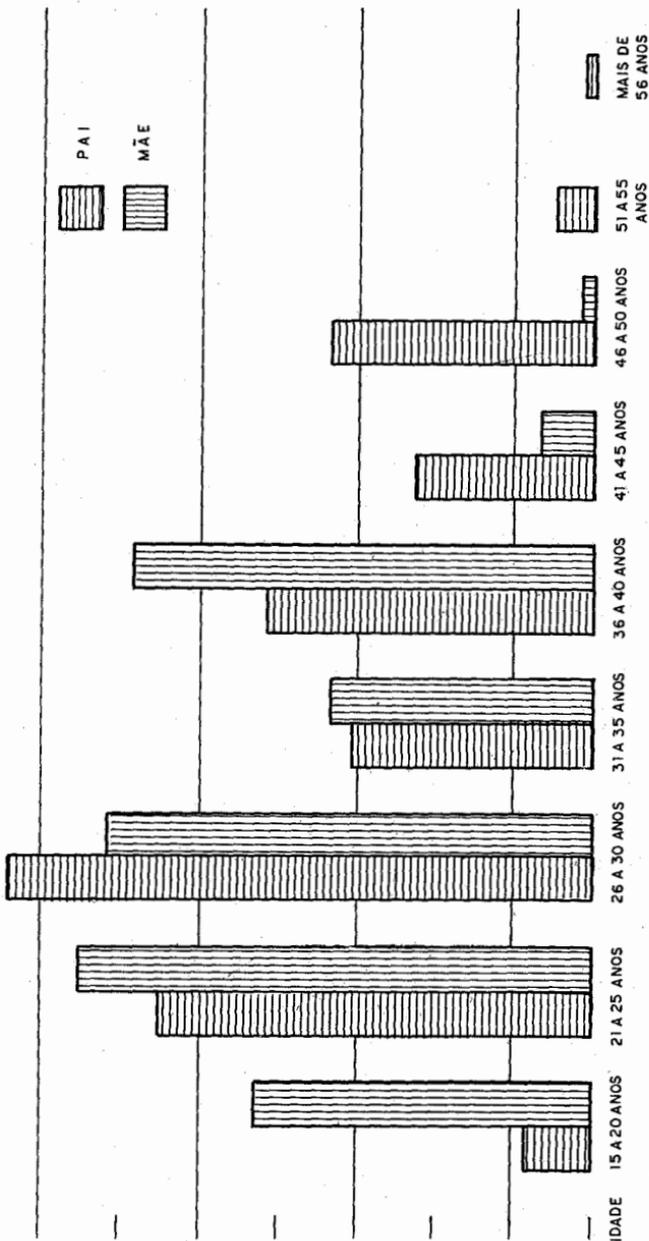


GRÁFICO N.º 01. IDADE DO PAI E DA MÃE POR OCASIÃO DO NASCIMENTO DO PACIENTE.

TABELA II
Idade do Pai e da Mãe na Época do Nascimento do Paciente

Idade do pai (em anos)	Idade da Mãe (em anos)							TOTAL	
	15 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 e mais(**)	N.A.	%
56 e mais(*)	—	—	—	—	—	1	—	1	0,2
51 a 55	—	—	—	—	5	1	—	6	1,5
46 a 50	—	—	—	1	41	6	—	48	11,9
41 a 45	—	—	2	8	20	2	1	33	8,2
36 a 40	—	—	11	29	21	1	—	62	15,3
31 a 35	—	3	32	10	1	—	—	46	11,4
26 a 30	8	57	45	1	—	—	—	111	27,5
21 a 25	44	38	2	—	—	—	—	84	20,8
15 a 20	12	1	—	—	—	—	—	13	3,2
N.A.	64	99	92	49	88	11	1	404	100,0
Total	15,8	24,6	22,8	12,1	21,8	2,7	0,2	100,0	—

Sexo Masculino (Pai) — M = 32,8 anos

Sexo Feminino (Mãe) — M = 28,4 anos

(*) A última classe, aberta, foi considerada como fechada, 56 a 60.

(**) A última classe, aberta, foi considerada como fechada, 46 a 50.

O Gráfico n.º 02 apresenta a participação porcentual de cada faixa de idade no total de progenitores masculinos e femininos separadamente. Nesse gráfico observa-se que tanto para os pais como para as mães, cerca da metade dos nascimentos de filhos esquizofrênicos (48% para os pais e 47% para as mães) deu-se quando os pais e/ou as mães tinham entre 21 e 30 anos. Nas demais faixas de idade, os números de filhos esquizofrênicos nascidos é bem menor, sendo mesmo inexpressivos para as idades acima de 51 anos para os pais e acima de 41 anos para as mães. Uma exceção a essa tendência é o número relativamente grande de mães (21%) que tiveram filhos quando se encontravam na faixa de 36 a 40 anos.

MOTIVOS DETERMINANTES DA DESAGREGAÇÃO FAMILIAR

Foram organizados o gráfico n.º 03 e a Tabela III a partir dos dados colhidos a respeito do motivo da desagregação da família à qual o paciente pertence. Para fins do presente estudo, foram consideradas tanto as desagregações permanentes, como as resultantes da "morte de um dos pais", quanto as temporárias, devidas ao "fato de o pai estar ausente por exercer sua ocupação em lugar distante", ou devidas a "separação consensual" ou ao "abandono do lar", seguidas, mais tarde, de uma reconciliação e conseqüente reconstituição da família.

O gráfico n.º 03 apresenta, percentualmente, a quantidade de casos em que houve e em que não houve desagregação. Entre os primeiros, que representam cerca de 55% dos pacientes, é significativa a ocorrência de "abandono do lar temporariamente" e "doença mental", com um pouco mais de 15% cada um, vindo em seguida, "separação consensual" e "morte de um dos pais" que, participando com quantidades quase idênticas, somam pouco mais de 16%. Aparecem com participação bastante modesta razões de desagregação representadas por "emprego da mãe em tempo integral", "doença física" e "ocupação do pai longe", com participações nunca superiores a 3% (a distribuição de frequência do motivo determinante da desagregação familiar pode também ser vista na Tabela III).

IDADE DO PAI E DA MÃE NA ÉPOCA DO NASCIMENTO DO PACIENTE

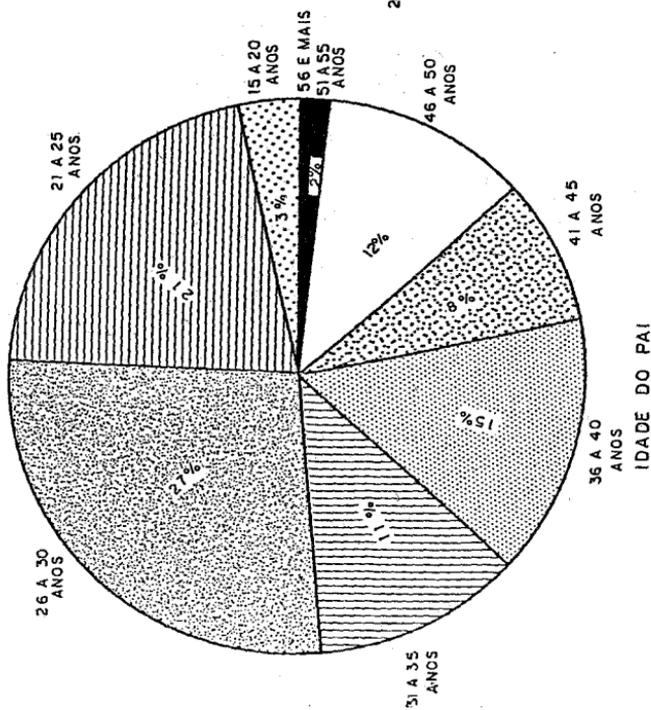
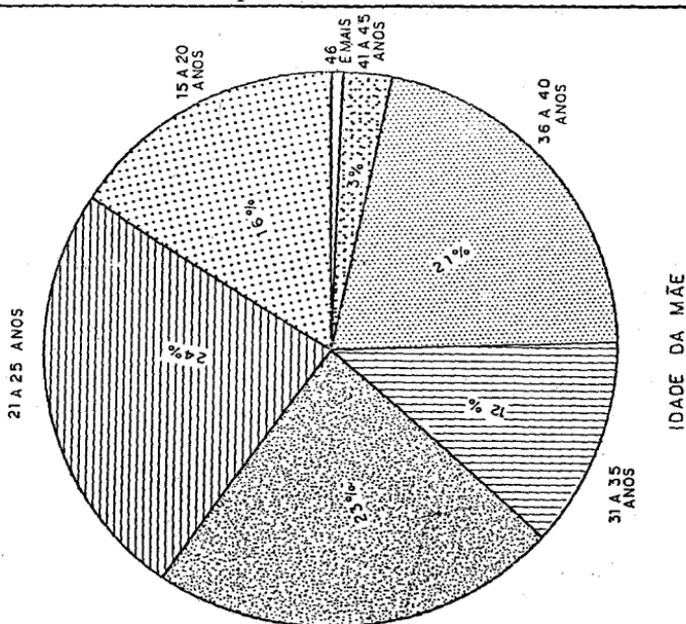


GRÁFICO N° 02 - PARTICIPAÇÃO PORCENTUAL DE CADA FAIXA DE IDADE NO TOTAL (POR SEXO).

MOTIVO DETERMINANTE DA DESAGREGAÇÃO FAMILIAR

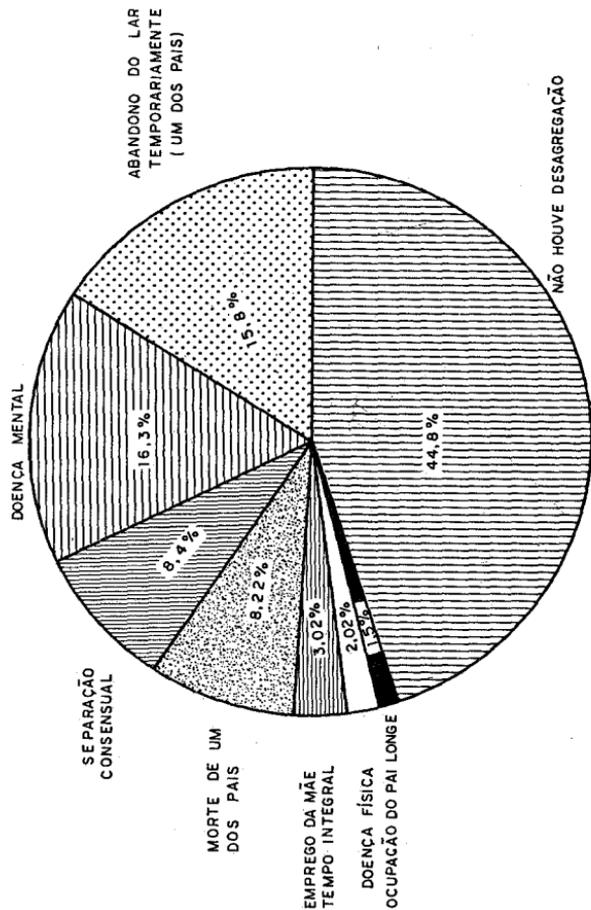


GRÁFICO N.º 03 PARTICIPAÇÃO PORCENTUAL DOS DIVERSOS MOTIVOS DE DESAGREGAÇÃO FAMILIAR (AMBOS OS SEXOS).

TABELA III

Motivo Determinante da Desagregação Familiar

Motivo Determinante	Quantidade de Desagregação	
	Frequência	Porcentagem sobre o total de pacientes
Morte de um dos pais	33	8,2
Doença física	8	2,0
Doença Mental	66	16,3
Separação consensual	34	8,4
Emprego da mãe em horário integral	12	3,0
Abandono do lar por um dos pais, temporariamente	64	15,8
Ocupação do pai longe	6	1,5
Sub-total	<u>223</u>	<u>55,2</u>
Não houve desagregação	<u>181</u>	<u>44,8</u>
Total	404	100,0

IDADE DO PACIENTE NO MOMENTO DA DESAGREGAÇÃO

No Gráfico n.º 04 estão representados, para a amostra como um todo, os diversos grupos de idade em que ocorreu desagregação da família dos pacientes. Para cada grupo de idade são apresentadas três colunas, cada uma delas mostrando a desagregação relacionada com o pai, ou com a mãe, ou com ambos simultaneamente e, envolvendo as colunas, um retângulo que apresenta o total de desagregações em cada grupo de idade. Analisando-se o gráfico, observa-se que o total de desagregações é maior no grupo de 0 a 3 anos, diminuindo à medida que a idade aumenta, até atingir um mínimo dos 13 aos 15 anos, voltando a crescer até 19 e mais anos. Considerando separadamente o sexo do genitor ao qual esteve relacionada a desagregação, verifica-se que o que ocorre com o grupo como um todo ocorre também com as desagregações relacionadas com o pai. No entanto, quando a desagregação esteve relacionada com a mãe, embora o comportamento seja semelhante, o mínimo se dá dos 10 aos 12 anos. Observa-se também que dos 0 aos 3 anos os motivos de desagregação familiar relacionados com a mãe são em bem maior número do que os relacionados com o pai, enquanto que no grupo de 19 e mais anos, o maior número de desagregação é por motivo relacionado com o pai (a distribuição de frequência das idades dos pacientes no momento em que ocorreu a desagregação familiar, considerada em função do sexo do genitor ao qual esteve relacionada a desagregação pode também ser vista na Tabela IV).

DISCUSSÃO

Que as relações familiares estão ligadas à psicopatologia dos seus membros, já foi proposto mesmo antes que Freud formalizasse isso em concepções com a do complexo de Édipo e outras. Em relação à desagregação familiar como possível causa determinante de psicoses e neuroses, tem havido um novo interesse, particularmente no que diz respeito à esquizofrenia. É óbvio que os nossos achados devem ser confirmados em amostras maiores e mais estratificadas.

Os resultados no caso da variável "idade da mãe e do pai na época do nascimento do paciente", não apoiam as hipóteses da relação entre esquizofrenia e da idade avançada aos pais e os danos biológicos. O mesmo tipo de resultados foi obtido por outros autores nos Estados Unidos e na Europa (Tsuang, 1966, Kelepouris, 1969 e Granville-Grossman, 1966).

Estamos, pois, inclinados a ver a importância patogênica das configurações familiares. Os nossos dados indicam que houve desagregação familiar em cerca de 55% dos pacientes esquizofrênicos.

IDADE DO PACIENTE NO MOMENTO DA DESAGREGAÇÃO

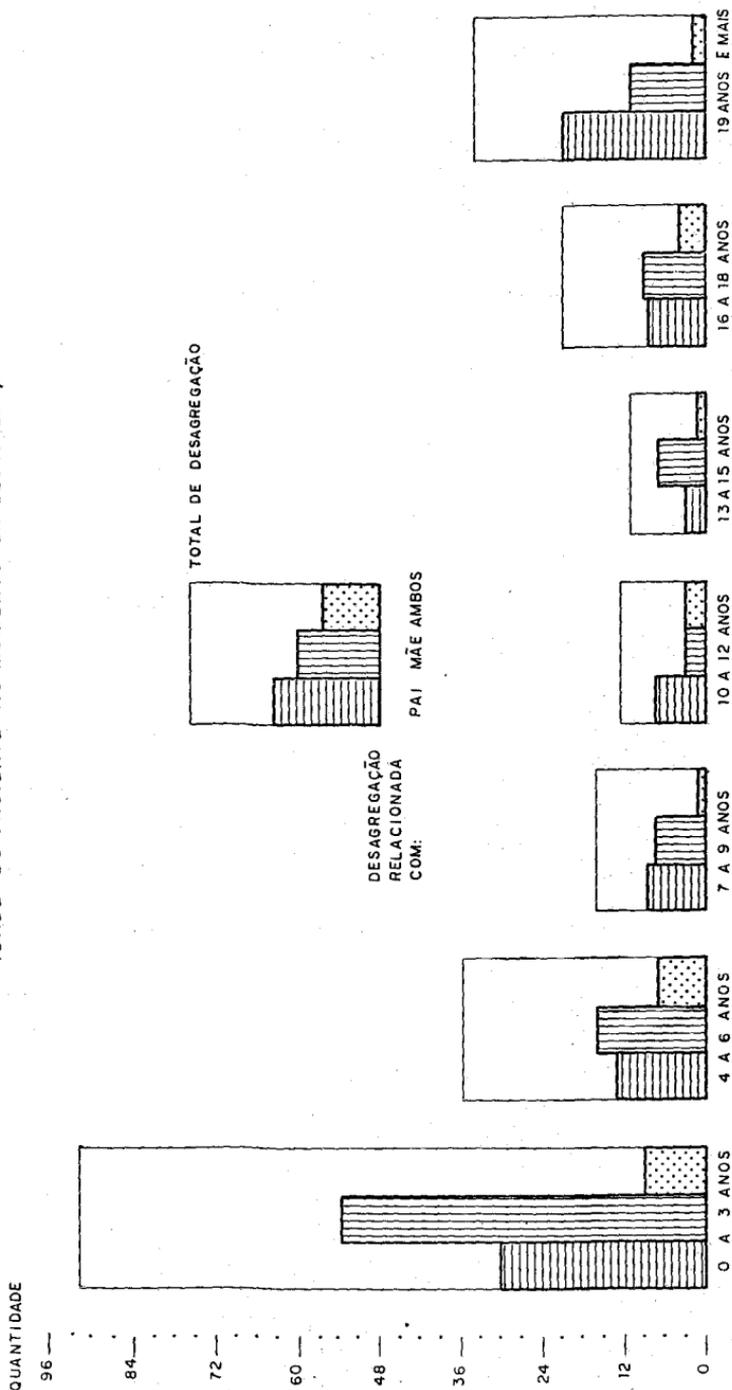


GRÁFICO N° 04 IDADE DO PACIENTE NO MOMENTO DA DESAGREGAÇÃO (AMBOS OS SEXOS).

Idade do Paciente no Momento da Desagregação Familiar

Idade do Paciente no momento (em anos)	Motivo Relacionado			Total
	Com o Pai	Com a Mãe	Com Ambos Simultaneamente	
0 a 3	30	53	9	92
4 a 6	13	16	7	36
7 a 9	8	7	1	16
10 a 12	7	3	3	13
13 a 15	3	7	1	11
16 a 18	8	9	4	21
19 ou mais	21	11	2	34
Total	90	106	27	223

A maioria das famílias era seriamente desorganizada ou aberrante. Foi significativa a ocorrência de "abandono do lar temporariamente", em relação à "doença mental", pelo menos um parente sofria de séria psicopatologia, em alguns casos ambos tinham distúrbios mentais. Vindo em seguida a "morte de um dos pais" e "separação consensual" por conflitos entre os pais que dividiam a família em duas facções hostis. Ainda, observamos que o total de desagregações era maior no grupo de 0 a 3 anos, diminuindo à medida que a idade aumentava. Quanto à desagregação relacionada com a mãe ou o pai, observa-se que dos 0 aos 3 anos os motivos de desagregação familiar com a mãe são em bem maior número do que com o pai.

Os resultados do presente estudo demonstram que os pacientes emergem de famílias marcadas por desagregação e conflitos. Daí pensamos que essas famílias não preencheram as necessidades maiores (Psico-Biológicas) da criança, nem coerentemente transmitiram os meios ou instrumentos culturais para o paciente no período da infância.

Entre a extensa literatura concernente à família, destaca-se a crescente e constante evidência de que a natureza dos cuidados proporcionados pelos pais aos filhos durante a sua primeira infância é de fundamental significação no futuro de sua saúde mental (Bowlby, 1959; Winnicott, 1980).

Em certo sentido, estes resultados e observações encontram respaldo na teoria psicanalítica (Spitz, 1960); e nas teorias dinâmicas da família (Lidz e Fleck, 1960; Wynne e al, 1958; Baxter, 1966; e Bateson e al, 1956), sendo aplicadas para explicar o mecanismo psicológico que leva a pessoa a ser esquizofrênico.

ABSTRACT

In order to examine the proposal, 404 schizophrenic patients (201 males and 203 females) from five Psychiatric hospitals in the Greater São Paulo were observed.

The parents of these patients were relatively young on the occasion of the patients birth. The average chronological ages were 28.4 and 32.4 years for the mother and father, respectively.

Regarding the family disruption in about 55 per cent of the cases this factor was present. As to the age of the patients at the breakup, the majority of the subjects studied ranged from 0 to 3 years of age.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATESON, G.; JACKSON, D.D.; HALEY, J. and WEAKLAND, J.H. — Toward a theory of Schizophrenia — *Behavioral Sci.*, 1: 251-264, 1956.
- BAXTER, J.C. — Family Relationship variables in Schizophrenia — *Acta Psych. Scand.*, 42:362 — 391, 1966.
- BOWEN, M.; DYSINGER, R.H. and BASAMANIA, B. — The role of the Father in Families with a Schizophrenic Patient. *Amer J. — Psychiat.*, 115: 1015 — 1020, 1959.
- BOWLBY, J. *Maternal care and Mental Health*. Genebra, World Health Organization, 1952.
- BUCHER, R. E. e TERZIS, A. — Ordem de Nascimento e Relacionamento Fraterno de Pacientes Esquizofrênicos. *Arquivos Neuro-Psiquiat.* (São Paulo), 38:53-64, 1980.
- BURTON, A. and BIRD, J.W. — Family Constellation and Schizophrenia, *Journal Psychology*, 55:329, 1963.
- DEBBANE, E.G. — Psiquiatria del Grupo Familiar: Uma Perspectiva. *Terapia Familiar*, 1(1): 21-32, 1978.
- FORATTINI, O.P. — *Epidemiologia Geral*. São Paulo, Ed. Edgard Blücher Ltda., 1976.
- FROMM-REICHMANN F. — Notes on the mother role in the Family, group *Bulletin Menninger Clinic*, 4: 139, 1940.
- GERARD, D. and SIEGEL — The Family Background of Schizophrenia. *Psychiatr. Quart.*, 25:46-73, 1950.
- GORDON, J.E.; ROURKE, E., RICHARDSON, F.L.W. and LINDEMANN, E. — The Biological and Social Sciences in an Epidemiology of Mental Disorder. *Amer. J. Med. Sci.*, 223: 316-346, 1952.
- GRANVILLE — GROSSMAN, K.L. — Parental age and Schizophrenia, *Brit. J. Psychiat.*, 122:899-905, 1966.
- HILGARD, J.R. and FISK, F. — Disruption of Adult ego identity as related to childhood loss of a mother through hospitalization for Psychosis. *J. Nerv. Ment. Dist.*, 131:47-57, 1960.
- IBGE — *Tabulações avançadas do Censo Demográfico: resultados preliminares/Fundação Instituto Brasileiro, de Geografia e Estatística*. Rio de Janeiro, IBGE, 1981.
- IBGE — *Sinopse Preliminar do Censo Demográfico: São Paulo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Rio de Janeiro, IBGE, 1981.
- JIMENO, A.L. — Intento de Síntese entre la Sociogenesis y el condicionamiento Biológico para uma nueva comprensión de la Esquizofrenia. *Informações Psiquiátricas (Barcelona)*, 80: 150-156, 1980.
- KELEPEPOURIS, M.B. — *Relação Ordem de Nascimento e Esquizofrenia* — Atenas, Tese (Doutoramento) — Hospital Psiquiátrico Público, 1969.
- LIDZ, T. and FLECK, S. "Schizophrenia, Human Integration, and the Role of the Family". In: JACKSON, D.D. — *Etiology of Schizophrenia*, New York, Edt. Publishers Basic Books, 1960.
- MIERMONT, J. — Schizophrénie et Sou Frane Familiale. *L'Evolution Psychiatrique*, 44: 525 — 535, 1979.
- MOSHER, L.R. — Implicancias de los estudios de la Família Para el tratamiento de la esquizofrenia. *Terapia Familiar*, 1:49-58, 1978.

- NORTON, A. — Incidence of Neurosis related to maternal age and birth order. *Brit. J. Soc. Med.*, 6: 253-258, 1952.
- RAMADAM, Z.B.A. — *Psicoses Vinculadas: Estruturas Psicopatológicas Inaparentes*. São Paulo, tese (concurso à livre-Docência) — clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da U.S.P.), 1979.
- SPITZ, R.A. — *Desenvolvimento Emocional do Recém-Nascido*. Trad. de Maria Manhães. São Paulo, Pioneira Edt., 1960.
- TERZIS, I.A. — Ordem de Nascimento, Tamanho da Prole e Esquizofrenia. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP)*, 1: 82-109, 1983.
- TSUANG, M. Birth Order and Maternal age of Psychiatric in-patients. *Brit. J. Psychiat.* 112, 1131-1141, 1966.
- VASSILIOU, G. — "Aspectos de las Relaciones entre Padres y Adolescentes en la Familia Griega". In: LIDZ e al. — *El Adolescente y Su Familia*. Buenos Aires, Edt. Paidós, 1972.
- WINNICOTT, D.W. — *A Família e o Desenvolvimento do Indivíduo*. Trad. por Jane Corrêa. Belo Horizonte, Interlivros, 1980.
- WYNNE, L.C.; PYCKOFF, I.M.; DAY, J. and HIRSCH, S.I. — Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics. *Psychiatry*, 21: 205-220, 1958.



MARELINHA

**BRINQUEDOS PEDAGÓGICOS
E ROUPAS INFANTIS**

**"DESCONTOS ESPECIAIS PARA
CLÍNICAS E ESCOLAS"**

Rua General Osório, 1969 - Fone 53-1532

Cambuí - Campinas - SP

DISFUNÇÕES SEXUAIS, SUA INCIDÊNCIA E MÉTODOS DE TRATAMENTO*

MARIA JOSÉ GOMES DA SILVA NERY

RESUMO

O campo da Sexualidade Humana sofreu notáveis progressos nas últimas décadas. Têm-se muitos estudos e trabalhos sobre disfunções sexuais e técnicas terapêuticas utilizadas por estudiosos estrangeiros. Sabe-se que no Brasil também ocorreram muitas modificações nos conceitos sexuais, sabe-se também que muitos indivíduos procuram terapia para problemas sexuais e que existem terapeutas que trabalham com estes problemas. Entretanto, não se tem dados objetivos de técnicas adotadas pelos terapeutas, índice de sucesso na área, tipos de disfunções sexuais mais freqüentes, faixa etária em que há maior procura de terapia, sexo dos clientes e outras informações. Assim sendo, este estudo fez um levantamento de dados sobre terapia sexual no Estado de São Paulo. Através de um questionário enviado a psicólogos, obteve-se dados que mostram alguns aspectos da realidade brasileira no campo das disfunções sexuais.

* Este estudo foi uma das partes de uma Tese de Mestrado em Psicologia apresentado na PUC-Campinas em 1982, intitulada: "Sexualidade Humana: Disfunções Sexuais, Conhecimento e Atitudes com Relação a Sexo. Esquema de Um Curso de Orientação Sexual".

INTRODUÇÃO

Coube a Freud o mérito de ser o iniciador de estudos sobre o comportamento sexual humano. Seu estudo teve muito impacto e foi importante pois incentivou pesquisas no campo.

Havelock Ellis (1936) foi um dos primeiros pesquisadores a desenvolver um inventário de pesquisa sexual; entretanto, foi Kinsey (1949, 1953) o precursor de observações mais objetivas do comportamento sexual humano.

No entanto, estes últimos vinte anos é que trouxeram notável progresso para o conhecimento da sexualidade humana.

A pesquisa na área da sexologia culminou com o trabalho de Masters e Johnson e suas investigações diretas do comportamento sexual humano. Com seu livro "A Conduta Sexual Humana" (1966) destruíram muitos conceitos errôneos que perduravam, originando angústias em homens e mulheres. E após a publicação de "A Incompetência Sexual" (1970), o campo da terapia sexual sofreu grande modificação.

Os problemas sexuais que, antes, eram sempre tratados como manifestações de psicopatologia séria, passaram a ser considerados em grande parte, por muitos terapeutas, como de etiologia mais simples, como: medo do fracasso, falta de informação adequada ou ignorância no assunto, tabus e mistificações com relação a sexo, medo de rejeição, idealização de desempenho, adoção de técnicas sexuais ineficientes, problemas de comunicação entre os parceiros e outros.

Com a maior compreensão da sexualidade Humana, apareceram também novos métodos no tratamento dos problemas sexuais. Nesta área destacam-se, entre outros, os procedimentos de Masters e Johnson (1976, 1979), Lo Piccolo e Lobitz (1972, 1973) e Kaplan (1974, 1983).

Sabemos que no Brasil também ocorreram muitas modificações nos conceitos sexuais após divulgações populares e científicas de artigos e livros que trazem novos conhecimentos relacionados a sexo. A escassez de estudos brasileiros na área levou a se fazer um estudo objetivo, incluindo um levantamento de dados que mostram a nossa realidade no campo das disfunções sexuais.

MÉTODO

a) *Sujeitos*

Duzentos e cinco psicólogos foram contatados, e a eles enviado o questionário: "Levantamento de dados sobre terapia sexual"; cento e quarenta e oito deles na cidade de Campinas e cinquenta e sete em outras cidades do Estado de São Paulo.

Estes profissionais foram selecionados junto às Clínicas de Psicologia de Campinas e de outras cidades, assim como através de profissionais daqui e de outras cidades. Procurou-se obter o maior número possível de psicólogos trabalhando em clínica ou outras instituições no atendimento de adolescentes e adultos.

b) *Material*

Através de dados bibliográficos e entrevistas com alguns profissionais, definiu-se quais seriam os aspectos mais relevantes a serem abordados no questionário a ser enviado aos psicólogos. Na sua elaboração, procurou-se incluir o maior número possível de questões que exigissem respostas curtas, como um xis (X), ou um dígito, para facilitar a resposta dos profissionais consultados.

No questionário, cobriu-se os seguintes aspectos: se o profissional trabalha ou não com problemas sexuais na clínica; se nunca atendeu um caso que apresentou problemas de ordem sexual, se gostaria de fazê-lo; tipo de terapia adotada para disfunções sexuais; número de clientes com problemas sexuais atendidos em terapia, sexo dos clientes, idade dos clientes atendidos, tipo de disfunção sexual apresentada por homens e mulheres, número de terapias feitas com o casal e individualmente (homens e mulheres); índice de sucesso nos tratamentos feitos com homens, mulheres e casais; causas atribuídas às desistências e/ou fracassos no tratamento, uma questão sobre se o terapeuta aceitaria ser identificado em caso de publicação do trabalho e sugestões e observações que os terapeutas julgassem importantes fazer sobre as questões do questionário ou sobre disfunção sexual ou terapia sexual em geral.

O questionário é composto de uma Introdução: onde se explica resumidamente a finalidade da pesquisa; quinze questões, 12 delas fechadas para serem respondidas com um xis (X) ou um dígito (n.º) e três questões abertas onde se requer respostas escritas. Há também um espaço final em branco para que os sujeitos possam colocar sugestões ou observações e um local destinado à identificação do sujeito, que é optativa, podendo ele se identificar ou não.

c) *Procedimento*

Com base em dados bibliográficos e entrevistas com psicólogos que trabalham com terapia de disfunções sexuais, levantou-se algumas questões importantes a se pesquisar na área, para servirem de ponto inicial a este trabalho, e então elaborou-se um questionário para ser enviado aos profissionais.

O questionário foi enviado a todos os psicólogos de que se teve conhecimento, que trabalham em clínica ou outras instituições em terapia de adolescentes e adultos, juntamente com um envelope endereçado e selado para facilitar a devolução. Estipulou-se também um tempo médio de quinze dias para que levantassem os dados requeridos e respondessem ao questionário.

Os profissionais poderiam colocar seu nome e endereço ou permanecer incógnitos, isto porque se pensou que este fator poderia ajudar para que respondessem o questionário e dessem dados reais, sem causar qualquer ansiedade ou constrangimento.

Os questionários foram colocados em envelopes, juntamente com outro envelope endereçado e selado para o retorno e entregues pessoalmente nas clínicas ou enviados pelo correio. À medida que chegaram de volta à Pós-Graduação de Psicologia Clínica da PUCCamp, à qual eram endereçados, iam sendo colocado numa caixa que ficava na secretaria para tal fim.

Após três ou quatro semanas do seu envio, telefonou-se por duas ou três vezes a diversas clínicas, reforçando o pedido para que os profissionais respondessem e remetessem de volta o questionário.

RESULTADOS

Foram enviados 205 questionários e recebidos de volta 50 (24%). Dos questionários respondidos, 30 (60%) eram de psicólogos que lidam com problemas sexuais na clínica e 20 (40%) eram de psicólogos que nunca trabalharam com terapia sexual.

Os questionários foram respondidos, em geral, com dados clínicos obtidos no último ano ou nos últimos dois anos de trabalho desses profissionais (1979-1980-1981).

O número de casos atendidos que apresentaram problemas sexuais foi de 467, incluindo terapias individuais de homens, mulheres e de casais, atendidos por 30 terapeutas.

TABELA I

Tipos de atendimento em terapia que lidam com problemas sexuais

Terapia comportamental	49%
Terapia analítica	42%
Outros tipos de terapia	9%

A análise das respostas revelou que dos psicólogos que trabalham com problemas sexuais, 49% o fazem numa abordagem comportamental, utilizando geralmente técnicas de modificação de comportamento tradicionais, técnicas de Masters e Johnson (1976) e técnicas cognitivas; 42% adotam uma abordagem analítica, trabalhando com causas intrapsíquicas e mais remotas e 9% utilizam-se de outras abordagens (Rogeriana e Lacaniana). Isto pode-se notar na Tabela I.

Como se vê na Tabela II, em 84% dos casos atendidos lidou-se com problemas sexuais e outros aspectos problemáticos e em 16% deles só com problemas sexuais.

TABELA II

Problemas sexuais x problemas mais globais

Terapias que:	
— trabalharam só com problemas sexuais	16%
— trabalharam com problemas sexuais e outros aspectos problemáticos	84%

Cinquenta e quatro por cento (54%) dos atendimentos foi feito individualmente com mulheres, 19% com homens e em 28% deles com o casal (Tabela III).

TABELA III

Tipos de Atendimento

Terapia de casal	28%
Terapia de homens	19%
Terapia de mulheres	54%

A Tabela IV mostra que os homens atendidos em terapia apresentaram os seguintes problemas na área sexual: falta de informação adequada sobre sexo — 41%, ejaculação precoce — 27%, impotência secundária — 18%, impotência primária — 5% e outros problemas — 9%. Os outros tipos de problemas encontrados em 9% dos casos foram designados pelos psicólogos como: homossexualismo, fantasias homossexuais, ejaculação retardada, ausência de coito, expectativas de desempenho fantasiosas e perda de desejo.

TABELA IV
Tipos de problemas levantados com os homens

Falta de informação adequada sobre sexo	41%
Ejaculação precoce	27%
Impotência secundária	18%
Impotência primária	5%
Dispareunia	0%
Outros tipos de problemas	9%

A Tabela V mostra que as mulheres atendidas apresentaram os seguintes tipos de problemas: falta de informação adequada sobre sexo — 33%, disfunção orgástica secundária — 31%, vaginismo — 17%, disfunção orgástica primária — 9%, dispareunia — 5% e outros problemas — 5%. Os outros tipos de problemas que as mulheres apresentaram (5%) foram classificados pelos psicólogos como: medos generalizados em relação a sexo, masturbação excessiva, vítimas de violência sexual, falta de interesse e/ou excitação sexual, dificuldade em aceitar e lidar com a sexualidade, problemas filosóficos-religiosos e perda de desejo.

TABELA V
Tipos de problemas levantados com as mulheres

Falta de informação adequada sobre sexo	33%
Disfunção orgástica secundária	31%
Disfunção orgástica primária	9%
Vaginismo	17%
Dispareunia	5%
Outros	5%

Como pode-se notar nas Tabelas IV e V, o aspecto mais significativo, tanto para homens como para mulheres, foi a falta de informação adequada sobre sexo. Isto mostra que, apesar de atualmente terem aumentado muito o número de informações sobre sexo através de livros, revistas, filmes, artigos, palestras e outros, a falta de informação adequada no assunto ainda é o principal fator que, sozinho ou aliado a outros pode causar problemas no relacionamento sexual.

TABELA VI

Faixa etária dos homens e mulheres que procuram terapia

De 15 a 20 anos	7%
De 20 a 30 anos	36%
De 30 a 40 anos	44%
De 40 a 50 anos	11%
Com mais de 50 anos	1%

Foram também levantadas as faixas etárias dos clientes. Como se vê na Tabela VI, incluindo-se homens e mulheres, encontrou-se o maior índice de procura de ajuda terapêutica na faixa etária entre 30 e 40 anos — 44%, vindo a seguir a faixa entre 20 a 30 anos — 36%, entre 40 e 50 anos — 11%, de 15 a 20 anos — 7% e com mais de 50 anos — 1%.

Como se mostra a Tabela VII, baseada no número de homens atendidos, verificou-se que na faixa entre 30 e 40 anos estavam 55% deles, na faixa entre 20 e 30 anos — 36%, de 15 a 20 anos — 4%, na de 40 a 50 anos — 4%, e com mais de 50 anos — 1%.

TABELA VII

Faixa etária dos homens atendidos

De 15 a 20 anos	4%
De 20 a 30 anos	36%
De 30 a 40 anos	55%
De 40 a 50 anos	4%
Mais de 50 anos	1%

Como se vê na Tabela VIII, o número de mulheres atendidas de acordo com a faixa etária, tem-se que a maior procura está entre 30 e 40 anos — 40%, depois entre 20 e 30 anos — 36%, seguindo da faixa entre 40 e 50 anos — 15%, a de 15 a 20 anos — 9% e com mais de 50 anos — 1%.

TABELA VIII

Faixa etária das mulheres atendidas

De 15 a 20 anos	9%
De 20 a 30 anos	36%
De 30 a 40 anos	40%
De 40 a 50 anos	15%
Mais de 50 anos	1%

Isto mostra que a maioria das pessoas (tanto homens como mulheres) procura ajuda para problemas sexuais na faixa etária de 30 a 40 anos, depois entre 20 e 30 anos, onde também há grande procura, e a porcentagem é baixa após os 50 anos (1%), como se observa nas Tabelas VII e VIII.

TABELA IX
Duração das terapias

De 0 a 6 meses	34%
De 6 meses a 1 ano	24%
De 1 ano a 2 anos	29%
Mais de 2 anos	13%

Quanto à duração das terapias, como se vê na Tabela IX, tem-se que a maioria delas durou de 0 a 6 meses — 34%, depois de 1 a 2 anos — 29%, de 6 meses a 1 ano — 24% e com duração de mais de 2 anos — 13%.

Foi feito também um levantamento sobre quantas terapias terminaram com sucesso e em quantas ocorreram desistências ou fracassos. Como mostra a Tabela X, levando em conta o tipo de atendimento, individual ou de casal, constatou-se que terapias feitas com a participação do casal obtiveram maior índice de sucesso — 77%, seguindo-se de terapia individual de homens — 63% e as feitas com mulheres — 63%. O fato de que a terapia obteve maior índice de sucesso quando feita com os dois membros do casal do que só com um dos membros individualmente é compatível com muitos estudos e pesquisas, como o de Kaplan, (1974) Lobits e Lo Piccolo, (1972) Masters e Johnson, (1970) e outros, que geralmente requerem a participação do casal na terapia, para que o programa estabelecido possa ser bem efetivado e a terapia tenha maior chance de sucesso.

TABELA X
Índices de sucesso x desistência ou fracasso nas terapias

	% de sucesso	% de desistência ou fracasso
Terapia de casal	77%	23%
Terapia de homens	63%	37%
Terapia de mulheres	63%	37%

DISCUSSÃO

Os psicólogos de formação comportamental relataram utilizar, principalmente, técnicas de modificação de comportamento tradicionais, técnicas de Masters e Johnson e técnicas cognitivas.

Utilizam-se, de maneira geral de: treino de discriminação; treino de assertividade; fornecimento de conhecimentos mais ricos e corretos sobre o comportamento sexual; desmistificação de tabus, medos e falsos conceitos; dessensibilização através de tarefas sexuais hierarquizadas; treinamento de comportamento sexual (exercícios sexuais); sugestão de abstinência sexual no início do tratamento; análise do material obtido através dos exercícios; treino de comunicação entre o casal, e outros.

A maioria dos terapeutas concorda que a abordagem de fatores circunstanciais e atuais é suficiente para a eliminação do problema, havendo a necessidade de abordar outros aspectos só em alguns casos.

Existem muitas semelhanças entre as técnicas adotadas pelos terapeutas. A explicação teórica do "porquê" do problema pode variar, mas as intervenções em si mesmas são parecidas ou têm muitos pontos em comum.

É notório que as técnicas comportamentais revolucionaram o campo da terapia sexual, com seus resultados superiores aos que se obtinha anteriormente.

Os terapeutas de orientação analítica relataram lidar com processos de transferência, regressão e resistência; problemas relacionados com complexo de Édipo; analisar conflitos psicológicos do cliente com relação a si próprio e/ou em relação ao ambiente social e familiar. Utilizam-se também de técnicas interpretativas e indicam leituras quando necessário.

Só um dos terapeutas de linha analítica disse utilizar-se também de técnicas de Masters e Johnson modificadas para uma orientação analítica mas não forneceu as demais informações pedidas no questionário.

Pensou-se, inicialmente, que os terapeutas de linha analítica, ao lidarem com problemas sexuais, fizessem uma síntese e lidassem com as causas remotas, assim como com as imediatas da disfunção sexual.

Para Kaplan (1974), estudiosa da área da sexualidade e que segue uma abordagem dinâmica, a alternativa mais satisfatória seria o clínico primeiro compreender e lidar com a ação imediata da etiologia do problema, e que, mesmo que em muitos casos isto seja tudo que se deva remover para que o problema desapareça, em outros, é necessário uma penetração às causas mais remotas e às estruturas mais profundas.

Lidar com as causas remotas e também imediatas não é incompatível nem constitui uma verdadeira dicotomia. As duas abordagens são importantes e a intervenção nos dois níveis parece ser o procedimento mais racional e que promete maior eficiência para a grande variedade de pacientes (Kaplan, 1974).

Como se pode observar pelos dados obtidos, na maioria dos atendimentos em terapia para problemas sexuais (84%) lidou-se também com outros aspectos problemáticos e não só com o aspecto sexual.

Em qualquer síndrome diagnóstica envolvendo problemas sexuais podem estar envolvidos desajustes conjugais e/ou problemas pessoais, e para que a terapia tenha melhor prognóstico é de suma importância que todos os fatores influentes sejam estudados e trabalhados. Sem dúvida, a escolha inicial por terapia individual, sexual, conjugal, ou ambas paralelamente, deve ser adotada de acordo com a sua prioridade em cada caso. É de suma importância que o terapeuta esteja preparado para perceber e trabalhar com estes problemas.

A maior procura de terapia para problemas sexuais feita por mulheres poderia sugerir algumas hipóteses: as mulheres, de maneira geral, procuram ajuda psicológica mais que os homens; as mulheres têm mais problemas sexuais que os homens; as mulheres têm mais consciência para perceber o problema; têm menos preconceito para enfrentar o problema e buscar ajuda; as mulheres crêem mais na efetividade de uma terapia psicológica para resolver o problema; muitas mulheres podem sentir-se culpadas ou serem culpadas pelos parceiros quando o relacionamento sexual não vai bem; muitos homens podem se negar a reconhecer que estão envolvidos e concorrem para o problema, e outras.

Uma destas hipóteses poderia ser correta, várias delas poderiam estar interferindo nos dados obtidos, ou as explicações poderiam ser outras. Não se tem dados objetivos para dar consistência a qualquer hipótese, e este aspecto seria um estudo relevante a ser feito, principalmente em nossa cultura, onde há muita repressão e discriminação quanto às mulheres, incluindo muitas outras áreas além do aspecto sexual.

O fato da terapia obter maior índice de sucesso quando feita com o casal do que com um só dos membros individualmente vai de encontro ao pensamento de muitos estudiosos da área, ou seja que, o relacionamento do casal com frequência desempenha um papel importante na etiologia do problema sexual de um ou de ambos e continua a reforçar esse problema. Se os dois membros do casal participam e colaboram na terapia, o prognóstico de sucesso será maior.

Também se constatou que a maior procura de ajuda para problemas sexuais está na faixa etária entre trinta e quarenta anos. Pode-se levantar muitas hipóteses sobre este dado, tais como: a maioria dos problemas surge nesta fase sofrendo influência de desajustes conjugais, ou nesta idade os problemas se tornam mais perceptíveis ou mais marcantes e insustentáveis, podendo talvez estar interferindo em outros aspectos do relacionamento.

Segundo Masters e Jonson (1976) no início dos casamentos onde existe disfunção sexual, a reação inicial seria a de tolerância e compreensão reforçados por sentimentos de confiança na superação do problema. Com a passagem dos anos e com a continuação ou piora do problema, as frustrações aumentam. Muitas vezes o problema é ignorado ou deixado de lado com o nascimento e preocupação com os filhos, mas, no momento em que a família já está completa e o filho mais jovem alcançou algum grau de independência, o casal e principalmente a mulher volta-se mais para si e então as frustrações sexuais podem atingir um ponto crucial. A partir daí iniciam-se as queixas, discussões, acusações, dificultando também o relacionamento conjugal. O estudo deste fator também se constituiria numa pesquisa relevante para a área da sexualidade humana.

Nos casos atendidos em terapia envolvendo problemas sexuais, destacou-se a falta de informação adequada sobre sexo, tanto para os clientes femininos como para masculinos.

A falta de informação foi incluída junto às disfunções sexuais, apesar de não ser uma delas, com o objetivo de se obter mais este dado. A falta de informação sobre sexo e/ou crença em falsos conceitos podem ser a etiologia de muitos casos de disfunção sexual, por si só, ou aliados a outros fatores desencadeantes. Isto demonstra que, apesar de atualmente se falar muito sobre sexo, com a maior quantidade de livros, revistas, filmes, artigos e palestras sobre o tema, a falta de informação adequada sobre o assunto ainda persiste e está muito associada a problemas na área sexual.

A ignorância sobre aspectos da área sexual é citada por muitos autores estrangeiros e brasileiros.

Segundo Masters e Johnson (1976) a maioria dos problemas sexuais têm como base etiológica a privação sócio-cultural e a ignorância da fisiologia e funções sexuais. Kaplan (1974) cita que há muita falta de conhecimento sobre a sexualidade, contribuindo para uma interação sexual limitada e ineficiente. Para muitos casais, os padrões inadequados de intercurso são apenas resultado de má informação e ignorância. Bittencourt (1980), num trabalho feito com uma população de condição sócio-econômica precária aqui no Brasil, diz que a terapia se reveste de aspectos educativos porque deve haver uma

contínua transmissão de informações de ordem biológica, psicológica ou sociológica. Desta forma, os comportamentos podem também ser alterados pela informação, quando esta é necessária a determinada pessoa.

Além da ignorância, existem ainda, interferindo, crenças absorvidas da cultura, com muitas informações erradas e destrutivas, que devem ser eliminadas para beneficiar o relacionamento sexual dos casais, como por exemplo: o mito do orgasmo simultâneo como meta, orgasmo clitoral versus vaginal, falhas ocasionais como indicadoras de impotência e outros.

É interessante ressaltar que a falta de conhecimento adequado sobre sexo existe não só na população leiga, mas também entre muitos profissionais. Torna-se evidente a necessidade de cursos de treinamento para profissionais que trabalham ou pretendem trabalhar na área de sexualidade ou áreas afins, assim como de cursos dirigidos à população, como uma maneira de prevenir problemas sexuais ou no sentido de desenvolver uma sexualidade sadia e plena.

ABSTRACT

The choice of the subject matter for this work was prompted by two factors: (1) the need to better understand Human Sexual Behavior and the Treatment of Sexual Disorders, and (2) the scarcity of Brazilian studies in this area.

It involves the study of Sexual Dysfunction, their incidence and treatment, which consists of a Survey about Sexual Dysfunctions made through therapists who work in several cities of São Paulo.

The survey was conducted by sending 205 questionnaires to psychologists. Twenty-four percent of them were returned, for a total of 50. Data for Part I was based on 30 of 50 questionnaires since the other 20 did not contain the information about sex therapy needed.

It was found that, (1) in a period of two years, 467 clients were treated for sexual problems, either by individual or couple therapy; (2) 49% of the therapists had made use of cognitive-behavior therapy; 42% used an analytical approach and 9% used other types of therapy; (3) in only 16% of the cases sexual problem were the only complaint, while in 84% of them problems in other areas were also treated; (4) the most common problems treated were premature ejaculation and secondary impotence for the men, and secondary orgasmic dysfunction and vaginism for the women; (5) the majority of the patients were women between the ages of 30 and 40 years; (6) couples therapy had the greatest success rate, 77%, with individual therapy having a success

rate of 63%; (7) the majority of the clients showed a marked lack of knowledge about sex. This last finding suggests that the lack of information about sex, together with other factors, is the basis for many of the sexual dysfunction seen.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BITTENCOURT, W.B.F. — *Descrição de uma metodologia de atendimento psicológico a casais com disfunção sexual em um Hospital Público*. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1980.
- ELLIS, H. — *Studies in psychology of sex*. N.Y. Random House, 1936.
- KAPLAN, H.S. — *A nova terapia do sexo*. Tradução de Oswaldo Barreto e Silva. Ed. Nova Fronteira, 1974.
- , *O desejo sexual*. Tradução de Aurea Weissenberg. Ed. Nova Fronteira, 1983.
- KINSEY, A.C.; POMEROY, W.B.; MARTIN, C.E. — *Sexual Behavior in the Human Male*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 9.^a ed., 1949.
- KINSEY, A.C.; POMEROY, W.B.; MARTIN, C.E.; GELHARD, P.H. — *Sexual Behavior in the Human Female*. W.B. Sanders Company, Philadelphia, 1953.
- LOBITZ, C.W. e LO PICCOLO, J. — New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3: 265-271, 1972.
- LO PICCOLO, J.; LOBITZ, W.C. — Behavior Therapy of sexual dysfunction. *Behavior Change — Methodology, Concepts and Practice*. Banff — Canadá, p. 343-357, 1973.
- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. — *A Incompetência Sexual — Suas causas, seu tratamento*. Trad. Edmound Jorge. Ed. Civilização Brasileira, 2.^a edição, 1976.
- , *A Conduta Sexual Humana*. Trad. Dr. Dane Costa. Ed. Civilização Brasileira, 3.^a edição. 1979.



LIVRARIA KOSMOS EDITORA LTDA.

Rua Bernardino de Campos 1049

☎ (0192) 23413

CEP 13100

CIÊNCIAS HUMANAS - ARTE - TÉCNICO

LITERATURA - MEDICINA

UTILIZE NOSSO CREDIÁRIO

3 PAGAMENTOS S/ ACRÉSCIMO

O SEGREDO DA SABEDORIA DO VELHO CONSISTE EM DESFRUTAR A VELHICE

ANITA LIBERALESSO NERI *

RESUMO

Este artigo resume e comenta a última publicação de Skinner, escrita para leigos, sobre a programação de contingências para o auto-governo na velhice, como forma de permitir que o velho tenha satisfação em viver essa etapa do seu desenvolvimento, a despeito de suas limitações. Ressalta o imperativo de se aprender a manter um equilíbrio entre suas vantagens e limitações. Os principais aspectos considerados são: a motivação para manter-se ocupado, o controle das limitações sensoriais, motoras, cognitivas e efetivas que afetam a interação do velho com o seu ambiente físico e social, por meio de um adequado controle de estímulos.

Uma circunstância feliz colocou-me no caminho de um artigo esboçado sobre os vieses de Gerontologia, a última publicação de Skinner que, em companhia de Vaughan, produziu um manual de auto-governo para idosos.¹

Sua leitura significou um apoio aos argumentos já alinhavados, contra o que me parece um verdadeiro complô armado contra o estudo

* Professora Titular do Depto. de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUCCAMP.

¹ Skinner, B.F., and Vaughan, M.E. — *Enjoy Old Age. A Program for Self-Management*. N. Y.: W.W. Norton & Co., 1983.

mais objetivo da velhice. Parte desses argumentos e reflexões foi passado para o que considero um preâmbulo deste texto, destinado a veicular resumidamente, o pensamento de Skinner sobre a velhice.

A VIDA COMEÇA AOS QUARENTA?

A tradição de que os vinhos envelhecidos são os melhores se aplica a seres humanos?

Ser velho compensa?

A velhice é desfrutável?

A velhice é a idade da gratificação?

Ou da solidão, isolamento e depressão, de perdas sensoriais e quanto ao funcionamento intelectual; do medo da morte e do afastamento dos mais jovens?

As respostas para todas essas questões podem ser sim ou não, o que significa que, como qualquer outra etapa do desenvolvimento, a velhice é marcada por ganhos e perdas, transição e adaptação, satisfação e insatisfação.

Ainda, os sentimentos e experiências individuais ou grupais referentes a eventos típicos da velhice, que podem representar ganhos e/ou perdas, dependem de aprendizagens anteriores e de repertórios funcionais à interação com esses eventos.

Nesse sentido, o curso de vida seria comparável a um contraponto em que os diferentes temas e vozes têm momentos definidos de apresentação, desenvolvimento e resolução; têm redundâncias, retomadas e repetições, e finalmente apresentam uma concomitância e um entrelaçamento característicos. No curso de vida das pessoas de cada geração, talvez os temas sejam até pouco numerosos: o que varia é seu entrelaçamento específico a cada contexto histórico, geográfico e sócio-cultural. Como disse Claude Lelouch, na abertura de seu filme "Bolero" ("Retratos da Vida"), de 1983 — *na verdade, existem apenas três ou quatro histórias (de vida) originais; o resto é repetição.*

Semelhantes associações parecem-me igualmente pareadas à idéia do curso de vida como um processo dialético de ganhos e perdas, qualquer que seja a etapa ou evento considerado.

Estou ciente que um posicionamento desse tipo pode parecer desconcertante, diante da noção vigente de que a velhice é necessariamente marcada por sentimentos e experiências penosos, ansiógenos e depressivos. Ou então, de que ela é, também necessariamente a dourada idade da gratificação.

No entanto, acredito que esta noção representa sobretudo uma visão alternativa ao que reconheço como um sério viés da Psicologia do Desenvolvimento Adulto e da Gerontologia, que consiste em enfatizar *ou* os ganhos *ou* as perdas da velhice, ao invés de focalizar o equilíbrio *entre* ganhos e perdas, como aliás é verdadeiro em relação a qualquer etapa do desenvolvimento humano.

Atitudes desse tipo, além de denotar miopia na observação da realidade, e mesmo um apego maior a crenças do que a dados, parecem conduzir a muitos estudiosos dessas áreas a desvios mais ou menos sérios nos modos de coletar e interpretar os seus dados.

De tal modo, isto se me afigura verdadeiro que, com freqüência, ao ler livros, artigos e teses sobre a velhice, julgo relevante perguntar sobre afinal — *quem está estereotipando ou marginalizando a quem?* — neste terreno minado que é o estudo da velhice.

O pesquisador refletindo a ideologia ou mesmo a visão vigente em determinados círculos intelectuais da sociedade de que faz parte? Ou o seu informante entrado em anos?

Creio que muitas vezes, ao não atentar para essas questões como deveria, o praticante de Psicologia do Adulto e de Gerontologia abandona uma de suas vertentes mais profícuas da indagação e crítica, talvez exatamente por não considerar, de saída, o quanto ele próprio, ao se debruçar sobre seu problema, estaria direcionando não só suas perguntas de pesquisa como também as respostas de seus sujeitos. Trocando em miúdos, com freqüência o praticante corre o risco de obter as respostas que deseja, principalmente por não ter claro para si que, na relação praticante-sujeito, qualquer que seja o contexto diádico montado para fins de obtenção de dados, ambos os membros da diáde são simultaneamente *partes* de um mesmo problema.

Não existe, na prática, a rigidez de papéis que o mito da neutralidade do cientista impõe a todos nós, mas sim uma situação plástica, móvel, fluida e intercambiável de papéis, que caracteriza este episódio verbal como um processo interativo.

A crença no falso mito da neutralidade do cientista, via de regra, obnubila os sentidos do observador, a ponto de induzi-lo a pensar que é possível obter dados puros, quando na verdade o que pode ter em mãos são apenas dados crus, ou sem tratamento, mas já mais ou menos orientados pelos seus vieses — alguns obrigatoriamente evitáveis, e outros dificilmente perceptíveis.

Retomando o ponto inicial desta argumentação, acho que isto acontece, com uma freqüência maior do que a desejável, com o gerontólogo.

E aqui, mais uma vez, o velho mestre Skinner nos oferece uma lição de parcimônia quando, ao 79 anos, escreve para leigos sobre práticas de controle ambiental e de auto-governo, funcionais às peculiaridades da velhice.

Este é o tema de "Enjoy Old Age — A Program of Self Management", cuja mensagem é que uma velhice satisfatória e desfrutável tem que ser preparada desde a mocidade. Ou seja, hábitos estáveis e regulares de auto-governo garantem maior possibilidade de controle sobre os ambientes físicos e social e sobre o próprio comportamento, a pessoas de quaisquer idades, e que, de todo modo, não é aconselhável deixar esses problemas para a última hora, quando pode ser demasiado tarde ou difícil a aquisição e o fortalecimento de novos repertórios.

Num texto curto (157 páginas), bem humorado, por vezes irônico, sempre sutil e bem elaborado, mas nunca amargo, ponteam aqui e ali citações literárias, descrições de gafes de velhos, piadas sobre a velhice e até relatos de velhas cenas de filmes de Laurel e Hardy. Sobre esse pano de fundo, os autores fazem desfilar aos olhos do leitor algumas regras de bem viver a velhice, aconselhando que, de preferência haja uma adesão a elas, antes que a velha idade se instale.

É um texto sem ilusões nem ilusionismos, em que a velhice é mostrada em sua grandeza e em suas misérias, mas sem as grandiloquências habituais do tipo "que realidade incômoda, oh que desgraça total", ou ainda "que maravilha são os anos dourados, ou a idade da gratificação".

Ao mesmo tempo em que assumem que ser velho é como estar muito e permanentemente cansado, mas de um tipo de cansaço que não cede com uma boa noite de sono, os autores apontam algumas vantagens quanto a poder invocar a própria condição de velho para esquivar-se de críticas e piadas.

Diante das alternativas que se apresentam ao velho, ao surpreender-se como tal, na presença de alguns marcadores biológicos e sociais, Skinner e Vaughan sugerem que se ataque a velhice como um problema a ser resolvido. Porém, há que se proceder gradualmente, passo a passo, para que possa "gostar desse outono, ao invés de deplorar-lhe as folhas caídas". Mais que isso, ao invés de acostumar-se abruptamente "ao amargo sabor da velhice é mais útil espremer a laranja da vida para extrair-lhe as últimas doçuras". (p. 24).

Portanto, a vida não começa aos 40, começa ao nascimento mesmo, pois o envelhecimento é um processo inexorável, inerente ao desenvolvimento. Dizer que começa, ou que a velhice é a "crème de

la crème" da existência parece a Skinner a Vaughan "uma grande bobagem" (p. 28), além de um óbvio indicativo de auto-consolo ou negação. Será porém uma auto-verbalização útil, se criar ocasião para o velho tentar desfrutar adequadamente a sua velhice.

Talvez a vantagem de se ter quarenta anos ou mais resida em se ter tido a oportunidade de adquirir repertórios mais numerosos e adaptativos a uma ampla gama de situações. Mas, como mostram os autores, isto não é natural, nem fruto do acaso: é necessário programar. Ou então não se programa, mas mesmo assim se prossegue aprendendo pelas conseqüências do comportamento.

As vantagens da experiência são apenas um lado da moeda, já que a observação do seu anverso mostra várias e óbvias desvantagens da velhice.

Por sua vez, os vinhos envelhecidos não são incondicional e necessariamente os melhores e mais apreciados: é preciso saber se a cor e o bouquet se mantiveram ou, como se diz na tradição italiana, se a velhice apurou o vinho. A analogia é válida para os velho que habitam em todos nós e, ao admitir esta verdade, seria útil que ao 30, 40 ou 50 já fôssemos tratando de estabelecer alguns repertórios que nos fossem valiosos aos 60, 70 e 80 anos.

Ser velho, enfim, compensa, desde que se possa desfrutar da velhice e do equilíbrio entre os ganhos e as perdas que ela representa e dos repertórios anteriormente adquiridos.

Mas como fruí-la, se os sentidos se tornam enfraquecidos, fornecendo falsas pistas a seus donos; a memória a curto prazo suficientemente matreira a ponto de causar-lhe contratempos; as lembranças mais antigas predominantes, muitas vezes impacientando os interlocutores; a atenção concentrada mais vacilante; o pensamento menos fluido e ágil; a disposição para o trabalho diminuída; as relações sociais menos saborosas e provocantes e os sentimentos de solidão, depressão e medo da morte, uma realidade presente?

É em torno dessas questões que se desenvolve o manual de auto-governo escrito por Skinner e Vaughan, para uma clientela potencial possivelmente representada pela classe média norte-americana, pragmática, e ao mesmo tempo possuidora de um senso elaborado de direitos e deveres. Os autores escrevem ainda para seus pares, como indicam os numerosos exemplos retirados da vida acadêmica e do ambiente científico. Porém não se trata de um livro técnico. Não há nele um único termo ou expressão provehientes da Análise Experimental do Comportamento — curiosamente, no glossário, os autores apresentam

versões técnicas para as expressões do senso comum adotadas no texto. O que passa, porém, inequivocamente ao leitor informado nessa área, é o compromisso com a objetividade a parcimônia, e a fidelidade ao princípio geral de que "o comportamento é controlado pelas suas consequências". Acredito que seja justamente por este motivo, e por seu caráter ameno, que ele possa ser aproveitado por uma ampla variedade de seres humanos, de todas as idades.

É assim que este livro oferece algumas pistas sobre como modificar o ambiente para nele viver melhor, desfrutando da velhice. O próprio manual é um exemplo do que prega: impresso em letras suficientemente grandes para olhos baços, pequeno e leve o suficiente para ser amparado por uma das mãos de um leitor idoso, que com os dedos da outra poderá seguir-lhe as linhas, segurar uma lente ou deslocar um cartão, como recurso de apoio à concentração de sua atenção visual, ele responde rigorosamente a princípios comportamentais e ergonômicos.

A seguir será apresentada uma descrição comentada sobre os capítulos 2 a 12 do livro, que veiculam o mencionado programa de auto-governo para idosos, a que aliás, os autores negam o status de receituário.

LIDANDO COM A VELHICE (Cap. 2)

Dentro dos limites impostos pelo envelhecimento fisiológico, as pessoas agem e se sentem como mais jovens ou mais velhas, em função das consequências de seus comportamentos sobre o ambiente externo e sobre si mesmos.

O importante é dispor condições que favoreçam o fazer coisas obrigatórias em função de suas consequências positivas, substituindo o "ter que fazer" pelo "gostar de fazer". Isto corresponde a tentar administrar as contingências da própria vida, de modo a poder dela desfrutar, não avidamente, esperando encontrar "tesouros a cada passo, mas devagar e pacientemente, garimpando aos poucos pequenos e valiosos grãos desse bem estar". (pág. 37).

O CONTATO COM O MUNDO (Cap. 3)

Faça de conta que "seus óculos estão embaçados, seus ouvidos tampados com algodão, seus pés calçados em sapatos demasiado grandes e pesados e suas mãos acomodadas em luvas grossas, mas que assim mesmo você tenta levar em frente suas atividades habi-

tuais”, diz o velho professor para exemplificar as limitações sensoriais típicas da velhice. (pág. 39).

Ao invés de chorar sobre as perdas, é possível planejar um novo ambiente físico adaptado a essas novas condições. Assim, por exemplo, em relação às limitações visuais é importante cuidar primeiramente da postura do tronco, mãos e cabeça, além de dispor eficientes condições de luminosidade e leitura, com um foco de luz fluorescente e lentes de aumento. Para poder ler cardápios em restaurantes escuros, bastaria o hábito de portar e usar uma pequena lanterna à pilha. Prescrições adicionais: trocar de óculos por ocasião de mudança do claro para o escuro e vice-versa; usar os outros como pistas visuais para atravessar a rua, apor marcas fluorescentes em objetos imprescindíveis e difíceis de serem achados em armários, gavetas ou prateleiras e habituar-se ao uso de utensílios mais simples.

O aumento exagerado do volume da TV ou do equipamento de som pode causar mais ou menos sérios empecilhos à convivência social. A alternativa seria o uso de fones de ouvido. No entanto, quando o usuário desse artefato fica só em casa, estará impedido de atender ao telefone e à campainha da porta, a menos que um sinal luminoso acoplado à campainha do telefone e um cão de estimação lhe forneçam pistas adicionais, visuais e/ou táteis, no caso. Por outro lado, a surdez traz ao velho a vantagem de poder desligar-se de coisas desagradáveis, quer deixando de esforçar-se para atentar auditivamente, quer simplesmente desligando ou abaixando o volume de seu aparelho para surdez.

A assertividade em dizer “sou velho, ou, não ouço bem, por isso por favor fale mais alto, e/ou mais devagar, e/ou olhando para mim”, ou “bata forte na porta antes de entrar” são recursos úteis para manipular o problema de não ouvir e não entender sequências auditivas mais longas... ou mesmo levar um susto. A mesma assertividade pode ser usada para fazer humor, quando a gafe for inevitável.

Quanto ao paladar e ao olfato, o uso de temperos mais fortes ou exóticos pode devolver o prazer de comer, mas é necessário também atentar para os odores das próprias roupas ou da casa que possam afetar as relações com os outros.

Utensílios maiores e menos sofisticados podem ajudar a evitar a frustração de quebrá-los ou de mal usá-los, além dos riscos inerentes a manuseios inadequados.

O importante é intentar todas essas pequenas mudanças quando se fizerem necessárias e não só algumas, e intermitentemente.

O CONTATO COM O PASSADO — AS LEMBRANÇAS (Cap. 4)

Por admitir que no velho com frequência associam-se deficiências na memória a curto prazo e um recrudescimento nas lembranças de um passado mais progressivo, os autores fornecem pistas (mnemônicas) para que o idoso possa, por exemplo, lembrar-se de nomes próprios, de como dizer e fazer coisas do jeito e na hora certas, de lembrar-se onde e como colocou as coisas, e de compromissos. Assim, há desde pistas relacionadas ao uso de normas de cortesia, como, “desculpe-me, mas fico tão ansioso quando quero me lembrar do nome de pessoas queridas ou importantes para mim, que acabo me esquecendo dele”, o qual sem dúvida corresponde à possibilidade de dispor estímulos discriminativos sociais para que as pessoas respondam de modo mais reforçador ao velho.

Saber “como dizer” significa também lidar adequadamente com digressões, perda de sequência do pensamento ou de fala e confusões sintáticas e semânticas. As soluções sugeridas são, por exemplo, não se deixar interromper ou usar anotações. Na posição de interlocutor, bastaria pedir ao outro que repetisse, ou mesmo interrompê-lo em momentos críticos de sua fala, e tomar notas.

Esquecer-se de fazer algo, ou onde se colocou alguma coisa, pode ser uma simples questão de dispor em lugares visíveis estímulos discriminativos que controlem uma cadeia de resposta apropriada, e não interrompê-la quando em curso.

Desfrutar de boas companhias ou de eventos agradáveis, em princípio exige que nos lembremos de comparecer a compromissos, no dia, local e hora marcados. A solução óbvia: lembrar de anotá-los em agendas e calendários, de preferência colocados em lugares visíveis e de passagem obrigatória e regular, para aumentar a probabilidade de que o velho veja suas anotações... e faça outras. Outros artefatos úteis mencionados são relógios, alarmes e marcadores de tempo.

Como consequências, duas coisas importantes podem acontecer: o velho aproveitará as coisas de que não se esquecer, e estará mais relaxado enquanto espera pelo momento de desfrutá-los.

PENSANDO COM CLAREZA (Cap. 5)

Neste capítulo, Skinner e Vaughan insistem novamente na necessidade de se proceder gradualmente, dispondo condições espaciais, temporais e topográficas para a reflexão, dentro de um espaço de tempo dosado para não gerar nem cansaço e ansiedade, nem tédio pela perda da sequência ou dos objetivos. Coletar idéias em cader-

nos, fichas ou fitas gravadas, idéias essas concebidas de preferência num mesmo espaço físico, destinado pela pessoa para tal, pode ser de tanta valia quanto a realização de ensaios comportamentais sobre conteúdos e formas de discurso, em pequenos grupos de iguais.

Sobretudo, o idoso é aconselhado a respeitar seus limites de fadiga e relaxar amiúde, dormindo, lendo amenidades ou mesmo assistindo a algum execrável programa de TV.

Segundo os preconceitos, a criatividade é rara na velhice, porque as pessoas tendem a temer ser ou parecer incoerentes nesta fase, o que as leva a repetir seus comportamentos positivamente reforçados no passado. No entanto, a literatura, a ciência e as artes contam em suas fileiras, com vários expoentes idosos, cujo segredo, segundo Skinner e Vaughan, é o de serem capazes de provocar deliberadamente mudanças no ambiente, de modo a torná-lo mais provocante, e a rejeitar variações discriminadas como irrelevantes.

MANTER-SE OCUPADO (Cap. 6)

A aposentadoria é um marco social importante do início da velhice. Para os autores, sua experiencição como evento negativo depende em larga medida, de como o indivíduo interagiu anteriormente com o seu trabalho: se este lhe era pesado a ponto de tornar penosos os períodos de descanso, pela expectativa da jornada seguinte, ou se a pessoa não gostava dele, a aposentadoria lhe significará uma fuga. De modo sagaz, Skinner e Vaughan, emparelham o velho aposentado às populações afluentes, aos desempregados e à pobreza, que sofrem igualmente as penalidades de não terem tido oportunidade de aprender a usar seu tempo livre, ou mesmo as decorrentes da falta de dinheiro e/ou de repertórios para fazê-lo.

Para os autores, o que incomoda e confunde na aposentadoria é a ausência das consequências que mantêm as pessoas ocupadas, leia-se motivadas, seja esta ocupação o trabalho ou o lazer. Além disso, há a questão de valores ligados à ética do trabalho, que pode variar de cultura para cultura e individualmente.

Nessa linha de raciocínio, a solução seria aprender a buscar novos motivos ou dar continuidade a antigos hábitos. E preconiza o velho mestre: "Deus ajuda quem se ajuda", ou, independa-se o mais possível, tenha desejos, aceite desafios, goste de fazer e faça, ao invés de simplesmente deixar-se descansar e esperar.

Das entrelinhas é possível pinçar a importância de programas formais e informais de pré-aposentadoria, cujo escopo é exatamente

o de permitir ao velho um afastamento gradual do trabalho e um despertar de novos motivos para ocupar-se.

À guisa de sugestões práticas, citam não só o trabalho voluntário e o filantrópico, como também o ativismo político, este sob a forma de participação em movimentos, iniciativas individuais e organizações que signifiquem força de pressão política em relação à órgãos de Seguridade Social, à inflação, à Saúde e à Segurança Públicas e à habitação, que afligem não só aos velhos como também a sociedade como um todo.

Entre parêntesis, que diferença de nossa realidade, em que é pouco eficaz sugerir tal coisa não só aos velhos como também aos jovens, visto que a esmagadora maioria dos cidadãos não tem a devida noção de seus direitos (e deveres), e nem mesmo do poder fogo de sua atuação organizadora. Que Deus nos ajude e ilumine!

O BEM ESTAR NA VIDA COTIDIANA (Cap. 7)

Premido por contingências biológicas e/ou econômicas, em geral o velho é forçado a mudar-se para espaços menores e/ou mais simplificados, onde via de regra se sente deprimido e desapontado.

Na ótica dos autores, as pessoas poderiam tentar tornar esses ambientes mais belos, mais funcionais, mais seguros ou mais parecidos com os anteriores, segundo suas motivações e necessidades, de modo a poder gostar de estar e viver bem neles.

Além disso, é importante estabelecer rotinas adequadas que excluam, por exemplo, ficar de pijama e chinelos o dia todo, em favor de ter horários para auto-cuidado, para meditar, ler, escrever cartas, fazer pequenos consertos, cuidar de plantas e dos animais de estimação, reviver antigos gostos e sucessos, comer, fazer exercícios, cozinhar, dedicar-se a jogos e passatempos, apreciar a boa música e a boa literatura, e sobretudo programar e reprogramar a própria vida.

A CONVIVÊNCIA SOCIAL (Cp. 8)

Ao apego dos velhos ao poder, Skinner e Vaughan oferecem uma explicação comportamental e uma advertência. A questão toda é que aprendemos essas relações com o poder — leia-se de controle sobre as coisas, pessoas e situações — quando jovens e bem sucedidos — leia-se reforçados. Entretanto, é imperativo admitir que não somos eternos, imprescindíveis e infalíveis, que mudamos, e por isto o mundo muda para nós.

Estas coisas são verdadeiras para as pequenas e grandes questões da convivência, incluindo a necessidade de conscientizar-se das próprias limitações e não pretender impor estilos ou receios aos semelhantes, o quê, por parecer-lhes desagradável, evocará respostas igualmente desagradáveis. Em lugar disso, os autores ressaltam as excelências do silêncio e da contemplação.

Evitar os embaraços que a vida social e a etiqueta impõem aos velhos, pode em parte ser resolvido mediante pensar previamente nas consequências de certas participações sociais, e limitar-se a fazer as coisas de que com certeza se poderá desfrutar, a despeito ou por causa da condição de velho.

A velhice costuma ser marcada pelo afastamento de amigos, seja por morte ou por outras circunstâncias da velhice. Programar ocasiões para renovar, restabelecer e estabelecer contatos pode ser uma saída, operacionalizável por meio do envio de cartas ou fitas gravadas, telefonemas, e mesmo procurar companhia para morar, no caso de se ser sozinho.

Quanto às relações com os jovens e crianças, é importante cultivar repertórios verbais e sociais adequados, o que quer dizer saber dispor antecedentes que aumentem a probabilidade de que aqueles respondam de modo reforçador ao velho. Para jovens e adultos pode ser "ter um bom papo". Para crianças, além do tomar conta propriamente dito, pode incluir: contar histórias, fazer pequenos truques, dobraduras, adivinhações, trocadilhos, versos, piadas e quando possível, sobretudo ensinar algo, como por exemplo poemas e canções. Há porém uma ressalva: "acima de tudo, saiba preservar seu repertório; quando eles (crianças e jovens) estiverem entretidos consigo próprios, deixe-os a sós" (p. 115).

LIDANDO MELHOR COM OS SENTIMENTOS (Cap. 9)

O domínio dos sentimentos em geral é mais complexo que o da ação, e isso é verdadeiro para velhos e jovens. Assim, sair da depressão não é uma questão de simplesmente seguir o conselho "anime-se", nem ter medo de avião, algo que se resolva pelo atendimento a um "ora, não se preocupe". Tomar remédios e drogas é uma solução paliativa.

Skinner e Vaughan aconselham então o uso de práticas voltadas para a intervenção no domínio dos sentimentos, por intermédio da intervenção no domínio da ação, ou ainda mudar o mundo "debaixo da pele", para citar Skinner de 1974², via mudar o ambiente acessível à observação e à manipulação.

2 Skinner, B.F. — *About Behaviorism*. N. Y.: Knopf, 1974.

Assim, ao invés de ter raiva dos privilégios da juventude, o velho deveria intentar a busca ativa de motivos para desfrutar a velhice. Ao invés de ter inveja do vigor e da intensidade do sexo jovem e de tentar compensar-se, via o cultivo frustrante da pornografia, deveria buscar novas e mais profundas formas de amor. Em lugar de ressentir-se pelo isolamento e sentir saudade ou nostalgia do que foi bom no passado, deveria tentar cultivar novas habilidades, visando a aproximação de pessoas de várias idades.

Itens especiais são abertos para os medos fundados e irracionais da doença e da pobreza e para a desconfiança e o desamparo aprendido. A resposta é sempre a mesma: programe-se e programe seu ambiente, de modo a poder senti-lo de forma mais confortável e agradável.

O FIM INEVITÁVEL — O MEDO DA MORTE (Cap. 10)

Este interessante item começa com uma citação de Shakespeare, em que Skinner se baseia para dizer que duvida da eficácia de se pensar que ser velho é melhor do que estar morto, ou por outra, que o medo da morte tem o condão de tornar a vida do velho mais suportável.

Na verdade, o principal problema com a morte é a incerteza, focalizada das mais diferentes maneiras pelas religiões e pela filosofia.

No entanto, “a morte é um fim necessário; chegará quando chegar”, e por certo “não há coisas melhores sob o Sol, do que comer beber e ser feliz”, afirma Skinner citando Júlio Cesar e o Ecclesiastes (p. 130). Em termos de estratégia para lidar com o medo da morte, aconselha que o velho viva a vida, evite temas ou convivências mórbidas, faça coisas interessantes, pois quanto mais tempo se prestar atenção à vida, mais curto ele será para se pensar na morte.

O PAPEL DE VELHO (Cap. 11)

Normas explícitas ou sutis definem o que se espera, permite ou proíbe ao velho, no desempenho do seu papel etário: ser distraído, esquecido, reivindicativo, implicante, repetitivo, desinteressante, hipocodríaco, desastrado, moralista, conservador e assim por diante. Prestando mais atenção, fica claro que esses rótulos podem ser a postos a pessoas de quaisquer idades. A questão é que, ao funcionarem como clichês, determinam importantes aspectos do auto-conceito dos velhos e das expectativas de velhos, e adultos, jovens e crianças, quanto aos desempenhos dos primeiros.

O velho pode optar por comportar-se conforme os rótulos ou por desafiá-los, sendo que em ambos os casos fica sujeito a consequências diferenciadas. Na prática, ele pode aprender a tirar partido de algumas situações em que corresponder aos clichês evita e afasta punições, e paralelamente tentar mudar o ambiente, para neutralizar os rótulos que podem ser-lhe adversos.

UMA GRANDE ATUAÇÃO — “A MAJESTADE E A PERFEIÇÃO DA VELHICE” (Cap. 12)

Cícero disse que “a vida é comparável a uma peça de teatro, com um último ato mal escrito”. E Skinner continua — provavelmente, é por isso que é tão difícil uma boa atuação nesse ato final, necessariamente associada à tranquilidade, à sabedoria, à liberdade e ao senso de humor (p. 141).

Um bom desempenho pode estar calcado em pacientes ensaios visando traduzir a assim chamada tranquilidade, numa frequência mais alta de lembranças felizes.

E o que existe de verdadeiro sobre a sabedoria? Para Skinner, por certo, o fato de ser uma das qualidades mais comumente apontadas e admiradas nos velhos, em grande parte pelo simples fato de serem velhos.

Esse, porém, não seria apenas mais um mito sobre a velhice, visto que o progresso tecnológico do mundo atual desafia qualquer conceito tradicional de sabedoria?

Sabidamente acredita Skinner que o domínio conspícuo da sabedoria dos velhos consiste em saber desfrutar a velhice, a despeito de suas imperfeições. E arremata, “as pessoas virão a você para aprender seu segredo, e você será avaro se não o revelar”. (p. 146).

À GUIA DE CONCLUSÃO

A leitura do Prefácio e do Capítulo I de “Enjoy Old Age” permite que se infira sem grande esforço ou medo de imparcimônia que o evento antecedente que terá controlado Skinner a escrever este livro terá sido exatamente esse, ou seja, o de atender ao compromisso ético de revelar a seus semelhantes o segredo de sua “joie de vivre”, longamente elaborada no decorrer de sua vida.

Acredito que ser controlado por esse tipo de antecedente é sobretudo uma questão de valor e, nesse sentido, por meio desta obra, Skinner terá revelado um fascinante aspecto de sua personalidade de cientista e filósofo, sem dúvida uma das mais iluminadas deste século.

ABSTRACT

This paper summarizes and comments the last Skinner's book, wrote for non-professionals, about a program of self-management in old age. Enjoy old age dependes of making environmental and behavioral changes appropriated to this age, in order to arrange a balance between their gains and losses. The program focuses mainly on stimulus control practices designed to improve the motivation to keep busy, the management of deficits on the sensorial, motor, cognitive, affective and social domains in aged person's behavior, which affect their interaction with their physical and social environment.

Dra. Alitta Guimarães Costa Reis Ribeiro da Silva

MEDICINA DO ADOLESCENTE - CLINICA MÉDICA GERAL

CRM 46.412-SP e CRM 16.946-MG

CONVÊNIO C/ BANCO DO BRASIL

Rua José Paulino, 2262 - Tel. (0192) 8-8233

Campinas - São Paulo

Informativo

As seguintes Dissertações de Mestrado, defendidas e aprovadas no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP, encontram-se à disposição dos interessados na biblioteca do Departamento.

- 22/12/75 WOLF, Sonia Maria Ribeiro
Orient. Dr. Miguel de La Puente
"Uma Experiência de Grupo de Encontro Básico com Jovens Sujeitos Farmacodependentes".
- 27/07/76 MONTE SERRAT, Saulo
Orient. Dr. Jefferson Morris Fish
"Aspectos Cognitivos e Educacionais de Crianças e Adolescentes Vítimas da Talidomida".
- 27/07/76 TORMENA, Maria Emília
Orient. Dr. Jefferson Morris Fish
"Desenvolvimento Motor em Pré-Adolescentes e Adolescentes Vítimas da Talidomida".
- 27/07/76 CARVALHO, Regina Maria Leme Lopes
Orient. Dr. Jefferson Morris Fish
"Psicodiagnóstico de Rorschach em Pré-Adolescentes e Adolescentes Vítimas da Talidomida".
- 22/06/77 ELYSEU Jr., Sebastião
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Mecanismos de Defesa do Ego na Formação do Sonho".
- 04/07/77 GREGORY Jr., Gerald
Orient. Dr. Gerardus Johannes Maria van den Aardweg
"Teoria da Autopiedade Compulsiva Infantil e Terapia Antiquieixa. Experiência em Clientes Brasileiros e Estudo Longitudinal do Tratamento de um Caso".

- 30/12/77 STACIESKI, Mariano
Orient. Dr. Gerardus Johannes Maria van den Aardweg
"Neuroticismo e Fatores Psicológicos na Infância do Delinquente".
- 30/12/77 GUEDES, Vicente de Paulo Moretti
Orient. Dr. Gerardus Johannes Maria van den Aardweg
"O Inventário de Campinas e Problemas Emocionais em uma População Colegial".
- 17/01/78 JAEHN, Sonia Moraes
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Estudo Comparativo das relações Afetivo-Emocionais entre crianças criadas em Família, através do Psicodiagnóstico de Rorschach".
- 17/01/78 CARIOLA, Teresa
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Avaliação da Diferença intelectual em Crianças Educadas em Instituições e Família Através do Psicodiagnóstico de Rorschach".
- 27/04/78 BUONOMANO, Judith
Orient. John Boren
"Mudança de Cultura, Depressão e a Dimensão Locus of Control".
- 21/06/78 NEPOTE, Ary
Orient. Dr. João Carlos Nogueira
"A Linguagem como Instrumento Regulador e Mediador da Identidade Humana".
- 22/06/78 JORDÃO, Maria Eliza Guimarães
Orient. Dr. John Jay Boren
"O Uso da Técnica de Fumar Rápido e Quatro Esquemas Diferentes de Auto-Registro de Segmento para Modificar o Comportamento de Fumar".
- 11/09/78 MORONI, Ilka da Veiga
Orient. Dra. Anita Liberalesso Neri
"Curso Programado em Escola Secundária: Análise de Duas Variáveis Internas".

- 30/03/79 POGETTI Filho, Sergio
Orient. Dra. Anita Liberalesso Neri
"Modificação do Comportamento Verbal (Gagueira) em Ambiente Natural: Dois Estudos de Caso".
- 28/06/79 CARRETONI Filho, Hipólito
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Biofeedback: Uma Revisão Monográfica".
- 30/08/79 MAZZARELLA, Myrian Lúcia
Orient. Dra. Raquel Rodrigues Kerbany
"Educação em Uma Escola Pública Municipal: Visão dos Alunos, Pais e Professores".
- 01/10/79 SBARDELINI, Elizabeth Tereza Brunini
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Um Estudo sobre Homossexualismo Femenino e Neuroticismo".
- 01/10/79 SBARDELINI Filho, Eduino
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Neuroticismo e Homossexualismo Masculino".
- 18/10/79 GALUPPO, Maria Silvia Prado
Orient. Dra. Anita Liberalesso Neri
"Aplicação do Procedimento de Azrin e Foxx (1974) para o Controle da Micção em Crianças Normais: alguns problemas e Implicações Práticas".
- 08/11/79 CAMARGO, Ana Maria Teresa Benevides Prestes de
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Uma Investigação da Personalidade de Estudantes de Psicologia Através do Método de Rorschach".
- 10/04/80 PAVAN, Martha Maria Cantatori Romano
Orient. Dra. Anita Liberalesso Neri
"Observação Versus Manipulação na Aquisição do Conceito de Número através da Técnica de Escolha de Acordo com o Modelo em Crianças Atrasadas".
- 18/04/80 CAPELATO, Ivan Roberto
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Uma Contribuição ao Estudo do Autismo Infantil — A Relação Pais e Filho".

- 20/06/80 ARANTES, Ana Maria
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Tentativa de Compreensão da Dinâmica Psicológica de Mulheres Obesas — Estudo Realizado Através da Prova de Rorschach".
- 25/09/80 BECERRA, Roman Lay
Orient. Dr. Miguel de La Puente
"Utilidade Clínica do 'Teste de Vida' em Crianças de 7 a 11 anos de Idade".
- 18/11/80 ALMEIDA, Osvaldo Brasil Silveira
Orient. Dr. Maurício Knobel
"A Função do Delírio Persecutório em Pacientes Psicóticos do tipo Esquizofrênico Paranóide".
- 11/12/80 FERRUA, Leila Heimburg
Orient. Dra. Antonieta Marília O. Andrade
"Educação Sexual: Análise Crítica de Uma Experiência".
- 23/12/80 AZEVEDO, Maria Alice Salvador B. de
Orient. Dr. Maurício Knobel
"A Aplicabilidade da Psicoterapia na Psicologia Clínica Comunitária Brasileira".
- 30/01/81 JORGE, Leila
Orient. Dr. José Carlos Simões
"Efeitos de Duas Drogas de Abuso Anfetamina e Cetamina no Comportamento de Pombos, sob um Procedimento de Aquisição Repetida".
- 27/02/81 VIOTTO, Maria Elizabeth B. Tavares
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Estabelecimento de Critérios para a Avaliação de Relatos Auto-biográficos Escritos de Pacientes sob Atendimento em Terapia Antiquieixa".
- 27/04/81 SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Desenvolvimento do Hábito de Leitura e Compreensão de Textos através da Aplicação de Fichas: Um Estudo com Adolescentes Carentes".
- 04/05/81 DI NUCCI, Sofia Helena P.
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Análise Interna de Uma Medida Comportamental de Assertividade".

- 07/05/81 GUARIDO, Elza Lauretti
Orient. Dra. Antonieta Marília de O. Andrade
"Percepção de Controle sobre o Trabalho em um Grupo de Ferroviários".
- 15/06/81 ROSSIM Sobrinho, Oscar
Orient. Dr. Maurício Knobel
"O Atraso Mental: Uma Abordagem Psicanalítica".
- 22/10/81 LEMOS, Daisy Inocência Margarida de
Orient. Dra. Walderez de Barros F. Bittencourt
"Aplicação e Avaliação de um Programa de Treino Assertivo a um Grupo de Menores Institucionalizados".
- 09/12/81 RODRIGUES ROSA, Cynthia Maria
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Utilização de Estratégias Cognitivas e Comportamentais para Tratamento de Ansiedade Verbal".
- 17/12/81 MORAES, Carmen Garcia de Almeida
"Vida de Casada: Descrição e Análise de Alguns Aspectos do Relacionamento Conjugal e Sexual de Um Grupo de Mulheres".
- 04/02/82 GOLDSTEIN, Lucila de Lurdes Lucchino
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Comparação de Três Modalidades de Aplicação de um Programa de Auto Controle do Peso a Adultos Obesos".
- 11/02/82 PESSAGNO, Vera Lúcia
Orient. Dr. Biguel de La Puente
"Psicodrama de Casais-Seis Estudos de Caso".
- 19/03/82 MANTOVANI, Maria Helena
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Utilização de Procedimentos de Modelação, Expansão e Imitação no Desenvolvimento de Conceitos em Oposição por Crianças de Quatro Anos".
- 22/03/82 DEL PRETTE, Almir
Orient. Dr. Álvaro Pacheco Duran
"Treinamento Comportamental junto a População não Clínica de baixa renda: Uma Análise descrita de procedimento".

- 31/03/82 GONGORA, Maura Alves Nunes
Orient. Dra. Marilda N. Lipp
"Depressão: Teorias da Aprendizagem e Construção de uma Escala Brasileira para Avaliá-la".
- 02/04/82 MAC-FADDEN, Maria Adélia Jorge
Orient. Dra. Marlida N. Lipp
"Estudo sobre a Personalidade de Pacientes Psoriáticos Através da Prova de Rorschach".
- 14/06/82 KEIRALLA, Dayse M. Borges
Orient. Dra. Anita L. Neri
"A Influência de Diferentes Condições de Pré-Treino na Aquisição de Respostas Textuais".
- 28/06/82 MORAIS, Lysete Forlenza Pescinelli
Orient. Dr. Miguel de La Puente
"Estudo de um Caso Clínico Submetido a Terapia Antiquieixa Proposta por G.J.M. van den Aardweg".
- 06/07/82 SALMONA, Hilda Ray
Orient. Dr. Miguel de La Puente
"O Processo Experimental da Terapia Antiquieixa — Proposta por Gerard G.J.M. van den Aardweg".
- 13/09/82 OLIVEIRA, Maria Isabel T.C.
Orient. Dra. Antonieta M. Oswald Andrade
"Terceira Idade e Aposentadoria: Sinônimos de Crise?".
- 20/09/82 SIEBURGER, Marcuns Vinicius
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Juventude e Sexo. Um Estudo do Comportamento, Atitudes e Conceitos Sexuais do Adolescente de Nossa Sociedade".
- 28/09/82 LEITE, Ruth Mattos de Cerqueira
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Relação entre Distúrbios da Menstruação e Fatores Emocionais na Adolescência".
- 14/10/82 NERY, Maria José Gomes da Silva
Orient. Dra. Marilda Novaes Lipp
"Sexualidade Humana: Disfunções Sexuais, Conhecimento e Atitudes com Relação a Sexo. Esquema de Um Curso de Orientação Sexual".

- 26/11/82 DUCATTI, Maria Ap. Gobby
Orient. Dr. Walter Trinca
"Um estudo sobre os Sentimentos dos Pais decorrentes da Adolescência dos Filhos".
- 07/03/83 TIOSSO Dr., Lúcia Helena
Orient. Miguel de La Puente
"O Humor na Terapia Antiquieixa".
- 25/04/83 BATISTA Dr., José Luiz do Amaral
Orient. Marilda N. Lipp
"Desenvolvimento e Teste de um Sistema para Medir a Latência Inicial de Sono, no Ambiente Natural do Sujeito".
- 19/05/83 FERREIRA Dr., Olimpia do Carmo
Orient. Marilda N. Lipp
"Prática Médica e Prática Umbandista: Duas formas de lidar com o doente mental".
- 20/05/83 BARRERA Dr., Gertrudis Garcia
Orient. Walter Trinca
"Repercussões no Psiquismo Infantil de Cirurgias Lábio-Palatais realizadas nos Primeiros Dezoito Meses de Vida".
- 01/10/83 GIMENEZ, Maria Teresa
Orient. Dr. Maurício Knobel
"Estudo Clínico da Fobia Escolar"
- 06/10/83 ZAKIR, Norma Sant'Ana
Orient. Dra. Marilda N. Lipp
"Efeitos da Liberação e Retirada de Fichas na Frequência de Comportamentos Pré-Sociais e Anti-Sociais".
- 19/12/83 CONTE, Fátima Cristina S.
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Encoprese-Estudos de Caso e Discussão sobre a Intersecção entre a Prática Clínica e a de Pesquisa".
- 27/12/83 BRANDÃO, Maria Zilah da S.
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Programação e Análise de Contingentes para a Alteração de Deficits e Excessos Comportamentais em uma Criança Autista".

- 27/12/83 EIRAS, Meyre os Santos
Orient. Dra. Anita L. Neri
*"A Gravidez como Etapa do Desenvolvimento da Mulher
Relatos de Grávidas sobre suas Experiências e Sentimen-
tos Ligados à Parentalidade"*.
- 28/12/83 MEDEIROS, Esmeralda Ap. C.
Orient. Dra. Marília de Andrade
*"Mulher na Terceira Idade: Uma Tentativa de Levanta-
mento de Determinantes da Solidão"*.

D. R. S.

SERVIÇOS DE DATILOGRAFIA ESCOLAR E PROFISSIONAL,
TESES DE MESTRADO E DOUTORADO COM REVISÃO E
CORREÇÃO GRAMATICAL

ELABORAÇÃO E MONTAGEM DE CURRÍCULOS
APOSTILAMENTO - ENCADERNAÇÃO - XEROX

RUA DR. QUIRINO, 1542 - TEL.: 31-2176

Horário: das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 h.

Maria José G. S. Nery

Marisa Rodrigues

Psicologia Clínica

Rua Tiradentes, 1.020 - Fone: 8-3360

Guanabara - Campinas - SP

II ENCONTRO DE PSICOLOGIA DA REGIÃO DE CAMPINAS

O Instituto de Psicologia da PUCCAMP e a Sociedade de Psicologia de Campinas estão patrocinando o II Encontro de Psicologia da Região de Campinas.

Objetivos Gerais:

Propiciar o encontro de Psicólogos, Professores e Estudantes de Psicologia e Profissionais e estudantes de áreas afins, procurando divulgar trabalhos científicos, de pesquisa e profissionais inéditos, evidenciando os diferentes tipos de atividades desenvolvidos em Psicologia.

Datas: 20, 21, 22 e 23 de junho de 1984.

Horário: Dia 20 às 20 horas — Abertura.
Dias 21, 22 e 23 das 8h30 às 17h30.

Local: Colégio São José.
Av. Almeida Garrett, 267 — Bairro Taquaral.

Informações: Tels.: (0192) — 2-7001 (ramais 39 e 40) e 8-6715.

Inscrições: Instituto de Psicologia — PUCCAMP.
Rua Marechal Deodoro, 1117 — Campinas — SP.

Taxas de Inscrição:

Data	Sócios Asp. da SPC e estud. do IP	Estudantes	Sócios Tit. da SPC e Profs. do IP-PUCC	Profissionais
de 2-5 a 12-6	6.000	7.000	11.000	15.000
após 12-6	8.000	10.000	15.000	20.000

PROGRAMA

Temas Fixos (manhãs) — A Prática no Ensino da Psicologia.
— Formação Pós-Acadêmica.
— Práticas Alternativas na Psicologia.

Temas Livres (tardes)

Apresentação de Trabalhos:

Os trabalhos deverão ser inscritos no Instituto de Psicologia, aos cuidados do "II ENCONTRO DE PSICOLOGIA DA REGIÃO DE CAMPINAS" — "COMISSÃO CIENTÍFICA".

- 1 — No período de 02 a 17 de maio.
- 2 — Sinopse datilografada, no máximo em 2 laudas (espaço 2).
- 3 — Os trabalhos só serão aceitos com a inscrição de todos os expositores.
- 4 — Conter, em anexo, o tipo de exposição e recursos audiovisuais necessários.

Obs.: Os trabalhos poderão ser apresentados na forma de mesa-redonda, painel, palestra e comunicação.

Importante:

Os colegas de outras cidades que desejarem se inscrever e não puderem comparecer aos locais acima citados poderão efetuar a inscrição via correio, mediante envio da ficha de inscrição e cheque cruzado em nome do II Encontro de Psicologia da Região de Campinas.

Os recibos deverão ser procurados na secretaria do II Encontro, durante a realização do mesmo.



A *Colecção Krisis* tem uma proposta ao mesmo tempo simples e grandiosa. Ela pretende agitar temas sociais ligados ao momento de crise em que vive o nosso mundo, veiculando reflexões de autores que se venham dedicando a pensar corajosamente o nosso tempo.

direção

e coordenação

J. F. Regis de Moraes
Carlos Rodrigues
Brandão

O PENSAMENTO SOCIAL EM UMA ÉPOCA DE CRISE

volumes desta coleção

ENTRE A EDUCAÇÃO E A BARBÁRIE

J. F. Regis de Moraes

CRISE CULTURAL E

SUBDESENVOLVIMENTO BRASILEIRO

Antônio Muniz de Rezende

MORAL REVOLUCIONÁRIA

Otaviano Pereira

LAZER E HUMANIZAÇÃO

Nelson C. Marcellino

O ARDIL DA ORDEM:

CAMINHOS E ARMADILHAS DA

EDUCAÇÃO POPULAR

Carlos Rodrigues Brandão

A EDUCAÇÃO FÍSICA CUIDA DO CORPO.

E "MENTE"

João Paulo Subirá Medina

A POLÍTICA DA LOUCURA.

(A ANTIPSIQUIATRIA)

João-Francisco Duarte Jr.

UMA FLOR PARA OS MALDITOS

(HOMOSSEXUALIDADE NA LITERATURA)

Mára Lúcia Faury

O CINEMA À MARGEM

Luiz Carlos Borges

O CENTRO POPULAR

DE CULTURA DA UNE

Manoel Tosta Berlinck

UMA PUBLICAÇÃO DA **PAPIRUS** Livraria - Editora

OS LIVROS ESTÃO NA

papirus
livraria - editora

Rua Sacramento, 202 - Fones: 8-6422 e 2-9438

Rua Bernardino de Campos, 1087 — Tel. 32-5753

Campinas - SP



Impressão e Acabamento
GRÁFICA E EDITORA FCA

Av. Humberto de A. C. Branco, 3972 - Fone: 452-1155
CEP: 09700 - S. B. do Campo - S. Paulo

