

estudos de Psicologia

Revista do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

VOL. 1

N^{OS} 3 e 4

AGOSTO/DEZEMBRO/1984

ÍNDICE

ARTIGOS:

- Stress e suas Implicações 5
Marilda Novaes Lipp
- Moral Judgment, Criminal Behavior and Personality 20
James E. Kantner
- Epidemiologia da Esquizofrenia e Certas Variáveis Demográficas 33
Antônios I. Têrzi
- Adolescência e Sexualidade 57
Maurício Knobel
- Procedimentos Operacionais na Avaliação do Teste de Bender Infantil 76
Miguel de La Puente e Jayme A. Maciel Jr.
- O Narcisista, Branca de Neve, e o Poder em nossa Sociedade — Uma Hipótese Psicanalítica 93
Roosevelt Moisés Smooke Cassorla

ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS

- Incompetência Ejaculatória e Impotência sob o Enfoque da Aprendizagem de Discriminação 101
José Tolentino Rosa

RESENHAS:

- Alcoolicismo: Os Mitos e a Realidade 109
Saulo Monte Serrat
- O que é o Suicídio 119
Luciana M. T. Castilhães
- Sexo para Deficientes Mentais 120
Maria José Gomes da Silva Nery
- Formas de Pensamentos Clínicos em Diagnóstico da Personalidade 121
Marilda Novaes Lipp
- Livros Estrangeiros 123
Maria José Gomes da Silva Nery



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

estudos de
Psicologia

estudos de **Psicologia**

Revista do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

VOL. 1	Nºs 3 e 4	AGOSTO/DEZEMBRO/1984
--------	-----------	----------------------

ÍNDICE

ARTIGOS:

Stress e suas Implicações	5
Marilda Novaes Lipp	
Moral Judgmente, Criminal Behavior and Personality	20
James E. Kantner	
Epidemiologia da Esquizofrenia e Certas Variáveis Demográficas	33
Antônjos I. Térzis	
Adolescência e Sexualidade	57
Maurício Knobel	
Procedimentos Operacionais na Avaliação do Teste de Bender Infantil	76
Miguel De La Puente e Jayme A. Maciel Jr.	
O Narcisista, Branca de Neve, e o Poder em nossa Sociedade— Uma Hipótese Psicanalítica	93
Roosevelt Moisés Smooke Cassorla	

ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS

Incompetência Ejaculatória e Impotência sob o Enfoque da Aprendizagem de Discriminação	101
José Tolentino Rosa	

RESENHAS:

Alcoolismo: Os Mitos e a Realidade	109
Saulo Monte Serrat	

ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Revista Quadrimestral do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

Diretora: Diana Tosello Laloni

Editora-Executiva: Marilda E. Novaes Lipp

Co-Editor: Roosevelt M. S. Cassorla

Conselho Editorial

Anita Liberalesso Neri

Antônios Térzis

Hélio J. Guilhardi

José Tolentino Rosa

Maurício Knobel

Regina M. L. L. de Carvalho

Saulo Monte Serrat

Walter Trinca

Conselho Consultivo

Marisa Gargantini

Miriam S. Hoff

Maria Ester Esteves

Gerald Gregory Junior

Maria Fernanda Barreto

Capa: João Daniel de Araujo

Redação:

A/c Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUCCAMP

R. Benjamim Constant, 1963 – Cambuí

13100 – Campinas – SP

O que é o Suicídio	119
Luciana M. T. Castilhães	
Sexo para Deficientes Mentais	120
Maria José Gomes da Silva Nery	
Formas de Pensamentos Clínicos em Diagnóstico da Personalidade	121
Marilda Novaes Lipp	
Livros Estrangeiros	123
Maria José Gomes da Silva Nery	

COMUNICAÇÕES

O Ensino das Psicoterapias Analíticas	127
Regina Maria Leme Lopes de Carvalho	

COMUNICAÇÕES BREVES

Resumos de Dissertações de Mestrado defendidas no 1º semestre de 1984 no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP,

27/04/1984	Sallum Al'osta Alfredo Jorge Orient. Dr. Walter Trinca "Validação do Procedimento de Desenhos-Estórias em Pacientes Psicóticos Maníaco Depressivos Hospitalizados"	134
3/05/1984	Ludmila Kloczak Orient. Dra. Anita Liberalesso Neri "Relações entre Auto-Conceito e Expectativas de Moças e Rapazes Quanto aos Atributos de um Parceiro Conjugal"	137

INFORMATIVO:

Lista de Dissertações de Mestrado Defendidas e Aprovadas no Depto. de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP, até o 1º Semestre de 1984.	139
O Curso de Mestrado em Psicologia da PUCCAMP	146

STRESS E SUAS IMPLICAÇÕES

Marilda E. Novaes Lipp *

RESUMO

O presente trabalho analisa um campo de desenvolvimento recente da terapia comportamental, que é o do controle do stress excessivo. A resposta de stress, em seus componentes somáticos e emocionais, é descrita em termos dos conceitos de preparo para "a luta ou a fuga" desenvolvido por Cannon e da "síndrome geral de adaptação", identificada por Hans Selye.

Os três estágios desta síndrome: alarme, resistência e exaustão, e suas possíveis conseqüências, são analisadas.

Um plano de tratamento que a autora vem utilizando há algum tempo é apresentado. Este plano visa a ensinar ao cliente a lidar com o stress excessivo em um período de tempo limitado. Os instrumentos utilizados e as várias etapas em que o tratamento se divide são apresentados.

Um dos campos, relativamente, novos de aplicação da terapia comportamental é o do controle de stress excessivo. Ainda que outros tipos de terapia sejam, extremamente, eficazes na resolução dos conflitos, que levam alguns indivíduos a reagirem de modo inadequado ao stress, seus efeitos requerem tempo, enquanto que a terapia comportamental requer apenas algumas sessões, em clientes motivados, para produzir efeitos. Isto é possível porque se ensina ao cliente procedimentos específicos para lidar com os estímulos estressantes, em vez de objetivar mudanças profundas na estrutura da sua personalidade.

O reconhecimento dos efeitos trágicos do stress exagerado e da necessidade de se lidar com ele, é tão recente, no Brasil, que não existe uma tradução específica para este termo. A palavra stress, derivada do latim, foi usada pela primeira vez no sentido psicológico no século XVIII (Spilberger, 1979), sendo que, antes era utilizado no sentido de pressão física. A tradução mais aproximada para o termo é "tensão". Independentemente da existência ou não de uma tradução perfeita, é inegável que o fenômeno existe e, necessariamente, os terapeutas precisam de se familiarizar com a síndrome do stress, pois ela exige o uso de um

* Depto. de Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCAMP.

número de procedimentos especiais para ser controlada adequadamente.

A RESPOSTA DE STRESS

Stress é uma reação psicológica, com componentes emocionais físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa. Note-se que qualquer mudança na vida de uma pessoa gera certo nível de stress, porém aqui se está referindo ao stress excessivo, conhecido também por "distress" já que certo nível de tensão é essencial para um bom desempenho do ser humano. Em 1908, Robert Yerkes e John Dodson descreveram os efeitos do "stress" no desempenho. Eles descobriram que, até certo nível, aumentos no grau de "stress" experimentado acarretam maior eficiência no desempenho. Quando, no entanto, o stress aumenta ou diminui, além de certo ponto, o desempenho começa a decair. Tal descoberta é hoje conhecida como a Lei Yerkes-Dodson. Note-se que há uma "área de conforto" onde a eficiência é bem maior, onde a pessoa é capaz de tomar decisões rápidas, produzir mais e ter mais energia. Esta "área de conforto" varia de indivíduo para indivíduo e, também, no decorrer da vida da mesma pessoa. Além disto, o mesmo evento pode produzir "distress" ou "stress" positivo (também chamado "eustress") em duas pessoas diferentes, dependendo da interpretação que cada uma lhe confere.

Assim sendo, um evento ou estímulo gera "distress" ou porque ele é intrinsecamente aversivo devido às suas características reais (Greden, 1974) ou devido à interpretação que o indivíduo dá ao mesmo (Ellis, 1973; Lazarus, 1976).

Os primeiros, denominados simpatomiméticos, (Everly e Rosenfeld, 1981), afetam o organismo através de um processo metabólico ou sensorial sem envolvimento de mecanismos cerebrais interpretativos (Selye, 1976). Outros estímulos, devido a um processo de condicionamento, adquirem o poder de eliciar uma reação de stress em certos indivíduos, ainda que pareçam inócuos a outras pessoas.

Everly e Rosenfeld (1981) sugerem que a grande maioria das respostas de stress excessivo são autoproduzidas, isto é, ocorrem somente devido à interpretação que o indivíduo dá a estímulos relativamente inócuos. Uma vez que o modo de reagir a estímulos é o produto de aprendizagem, postula-se que seja possível também se desaprender certas reações inadequadas a estressores em potencial, o que constitui mais uma razão por que a terapia comportamental é recomendada no tratamento do stress excessivo.

De modo geral, algumas reações fisiológicas refletem reações psicológicas e emocionais (Luborsky et alii, 1973), mas nenhuma reação provoca a união tão total entre fatores emocionais e fisiológicos, como a que se chama de "resposta de "stress".

Torna-se necessário definir, mais precisamente, o que constitui uma "resposta de stress". Seus componentes variam desde sintomas facilmente identificáveis, como ansiedade, medo, taquicardia, hiperacidez estomacal e enxaquecas, até outros mais sutis como sentimento de alienação e desinteresse por outros.

Assim sendo, a resposta de stress contém elementos emocionais (Quadro 1) e somáticos (Quadro 2) o que resulta do fato de que, quando a pessoa é exposta a determinados eventos estressantes, o cérebro através do hipotálamo, ao mesmo tempo que produz certas reações emocionais (tensão e preocupação, por exemplo), também ativa o sistema nervoso simpático e a glândula pituitária (Oken, 1974). Esta, por sua vez, aciona a descarga de adrenalina das glândulas supra-renais. Tal reação estimula o coração, os músculos e os pulmões o que aumenta o fluxo de sangue no organismo. Ao mesmo tempo, atividades vegetativas controladas pelo sistema nervoso parassimpático, tais como a digestão, são inibidas.

QUADRO I

Reações ao Stress: Possíveis efeitos psicológicos

- . ansiedade, pânico
- . tensão
- . angústia
- . insônia
- . alienação
- . dificuldades interpessoais
- . dúvida quanto a si próprio
- . preocupação excessiva
- . incapacidade de concentrar em outros assuntos que não o relacionado com o estressor
- . incapacidade de relaxar
- . tédio
- . ira
- . depressão
- . hipersensibilidade emotiva.

As sensações físicas resultantes (Quadro 2) formam parte do mecanismo de defesa do organismo pois são aquelas produzidas quando a pessoa se prepara para "lutar ou fugir". A resposta de "luta ou fuga" foi definida por Walter B. Cannon, em torno de 1920, como reações físicas internas e imediatas a eventos ameaçadores, as quais são indispensáveis à sobrevivência do organismo. Estas reações de preparo para a "luta ou fuga" são parte do estágio de alarme, proposto por Selye, como o primeiro dos três modos como o corpo reage ao stress .

Em 1963, após uma série de estudos experimentais, Hans Selye definiu a reação de stress como síndrome geral de adaptação que inclui 3 estágios: alarme, resistência e exaustão.

Assim, no primeiro estágio, o corpo reconhece o estressor e se prepara para ação através da mobilização de reações bioquímicas.

QUADRO 2

Reações ao Stress : algumas das possíveis sensações física experimentadas.

- . aumento de sudorose
- . nó no estômago, hiperacidez estomacal
- . tensão muscular
- . taquicardia
- . hiperventilação
- . aperto da mandíbula e ranger de dentes
- . hiperatividade
- . esfriar das mãos devido a constrição de vasos sanguíneos
- . náusea

No estágio de resistência, o corpo repara o dano feito pelo stress . No entanto, se este não desaparece, o corpo não tem chance de se recuperar e se mantém em estado de alerta. Quando esta situação é mantida por períodos de tempo muito prolongados, ou quando o organismo nem pode lutar nem fugir, o stress se torna maléfico. Neste caso, o organismo entra num terceiro estágio, o de exaustão, quando as reações se tornam altamente nocivas e podem conduzir a doenças graves (Mechanic, 1974).

Devido à seriedade dos problemas que o stress prolongado pode acarretar (enfarte, hipertensão, úlcera, psoríases, etc.), várias escalas foram elaboradas, como medida de valor profilático, para precisão da probabilidade de determinado indivíduo vir a sofrer efeitos sérios do

stress . O mais conhecido de todos os instrumentos usados é a Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (1967) constante do Quadro 3. Baseia-se na presunção de que a energia exigida para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas em sua vida, cria um desgaste que pode levar a doenças sérias.

De acordo com os autores, se durante o período de um ano, anterior ao contar do mês do início da avaliação, a pessoa sofreu entre 200 e 300 pontos de stress, há uma probabilidade de mais ou menos 50% de que ela venha a ficar doente devido ao excesso de stress. Com mais de 300 pontos a probabilidade parece aumentar para 70%. No entanto deve-se observar que a suscetibilidade das pessoas ao stress varia dependendo da sua habilidade de lidar com estressores. Tal habilidade, denominada por Kobasa et al (1979) de "hardiness" (resistência) envolve três fatores relacionados com atitudes, tomadas frente a vida: abertura para mudanças, sentimento de ter controle sobre os acontecimentos e envolvimento emocional com algo na vida (família, emprego, religião etc.).

A Escala de Avaliação de Reajustamento tem sido objeto de vários estudos, sem que, contudo, mudanças teóricas fossem elaboradas (Ross e Minowsky, 1979, Sarason et al, 1978) e permanece como o mais usado em pesquisas no campo.

Outro instrumento, a Escala de Dissabores Quotidianos, recentemente publicada (Kanner et alii, 1981), parte do pressuposto teórico sugerido por Coyne e Lazarus (1980) de que se tem que considerar o efeito cumulativo dos pequenos eventos estressantes da vida diária, na previsão da probabilidade de efeitos maléficos do stress. Já Mclean (1976) sugeriu que os pequenos eventos frustrantes do dia-a-dia (microestressores) podem agir de maneira cumulativa e se transformarem em grandes fontes de stress. Kanner et al (1981) sugerem que a Escala dos Dissabores Quotidianos tem valor preditivo maior que a Escala de Holmes e Rahe que leva em consideração só as grandes ocorrências da vida da pessoa.

Sem dúvida, tanto os eventos mais significativos, quanto os problemas quotidianos que, isoladamente, produzem mais irritação do que ansiedade, contribuem para maior suscetibilidade ao stress, provavelmente através de uma interação de efeitos.

TRATAMENTO

Devido à complexidade do fenômeno, o tratamento do stress excessivo, de acordo com Everly e Rosenfeld (1981), exige a utilização de três formas principais de intervenção psicoterápica:

1. Ajudar o cliente a desenvolver e implementar estratégias para modificar sua interpretação dos estressores (Ellis, 1973; Meichenbaum e Novaco, 1978);

QUADRO 3

ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL *

1. Morte do Cônjuge	(100)
2. Divórcio	(73)
3. Separação do Casal	(65)
4. Prisão	(63)
5. Morte de alguém da família	(63)
6. Acidente ou doenças	(53)
7. Casamento	(50)
8. Perda de emprego	(47)
9. Reconciliação com o cônjuge	(45)
10. Aposentadoria	(45)
11. Doença de alguém da família	(43)
12. Gravidez	(40)
13. Dificuldades Sexuais	(39)
14. Nascimento de criança na família	(39)
15. Mudança no trabalho (Ex.: você despediu alguém, aumentou s/negócio)	(39)
16. Mudança na sua condição financeira	(38)
17. Morte de amigo íntimo	(37)
18. Mudança na linha de trabalho	(36)
19. Mudança na freqüência de brigas com o cônjuge	(35)
20. Compra de casa de valor alto	(31)
21. Término de pagamento de empréstimo	(30)
22. Mudança de responsabilidades no trabalho	(29)
23. Saída de filho(a) de casa	(29)
24. Dificuldade com a polícia	(29)
25. Reconhecimento de feito profissional de realce	(28)
26. Cônjuge começou ou parou de trabalhar	(26)
27. Começo ou abandono dos estudos	(26)
28. Acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa	(25)
29. Mudança de hábitos pessoais (ex.: parar de fumar)	(24)
30. Dificuldade com o chefe	(23)
31. Mudança de horário de trabalho	(20)
32. Mudança de residência	(20)
33. Mudança de escolas	(20)
34. Mudança de atividades recreativas	(19)
35. Mudança de atividades religiosas	(19)
36. Mudança de atividades sociais	(18)
37. Compra a crédito de valor médio	(17)
38. Mudança nos hábitos de dormir	(16)
39. Mudança na freqüência de reuniões familiares	(13)
40. Mudança dos hábitos de alimentação	(15)
41. Férias	(13)
42. Natal	(12)
43. Recebimento de multas ao cometer pequenas infrações	(11)

* Traduzido de Holmes e Rahe (1967).

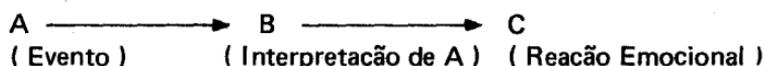
Nota obtida	Probabilidade de problemas de saúde ocorrerem
Moderada (150 – 199 pontos)	. 37
Média (200 – 299 pontos)	. 51
Severa (300 ou mais)	. 79

2. Ajudar o cliente a desenvolver e implementar táticas para reduzir a sua reação psicofisiológica excessiva (Jacobson, 1978);

3. Ajudar o cliente a desenvolver e implementar técnicas apropriadas de expressão e utilização da resposta de stress (Everly e Rosenfeld, 1981).

A presente autora segue um plano terapêutico que incluiu uma série de elementos ou fases. Em uma primeira etapa faz-se o levantamento dos sintomas presentes, incluindo o tipo, a intensidade e a freqüência dos mesmos. Isto é feito através do Inventário de Sintomas constante do Quadro 4. Este instrumento é especialmente útil porque inclui 7 sintomas mentais mais freqüentes e 7 físicos e possibilita avaliar, rapidamente, se os efeitos do stress se manifestam mais na mente ou no corpo. A estratégia do tratamento, em parte, depende dos resultados obtidos. Adicionalmente se utiliza o Inventário de Ansiedade, Traço e Estado, de Spielberger, Gorsuch e Lusheme (1970), que mede o nível habitual de ansiedade do cliente e o seu estado atual (Quadro 5).

Partindo do pressuposto de que o nível de stress experimentado pela pessoa depende em grande parte da interpretação que ela dá ao evento (Ellis, 1973), pode-se esquematizar a situação estressante nos seguintes moldes:



Desta maneira, procede-se ao levantamento de A, isto é, dos estressores presentes na vida cotidiana do cliente, bem como de eventos maiores que tenham ocorrido recentemente. Além da Escala de Reajustamento Social (Quadro 3), utiliza-se também um instrumento de auto-avaliação de estímulos desencadeantes da resposta de "stress". Este inventário levanta estressores presentes nas seguintes áreas da vida do cliente: (1) negócios (carreira, organização do local de trabalho, relacionamento interpessoal, interferência de assuntos familiares); (2) assuntos pessoais (família, relacionamento interpessoais, finanças, saúde) e (3) meio ambiente, onde vive.

A percepção que o cliente tem de certos eventos é analisada e um levantamento das idéias irracionais estudadas por Ellis (1973) é realizado (Ponto B no esquema).

Neste momento, procede-se a uma análise das verbalizações que a pessoa faz para si própria quanto aos estressores levantados.

Ainda dentro desta fase de avaliação, procede-se ao levantamento do modo habitual do cliente lidar com o stress através do instrumento apresentado no Quadro 6.

QUADRO 4

Inventário de Sintomas de Stress

Abaixo se encontra uma lista de 14 sintomas que as pessoas às vezes experimentam quando têm ansiedade. Leia cada item e avalie o grau no qual você o sente, pondo um círculo no número que corresponde a ele.

Nunca	1	Raramente	2		
Às vezes	3	Com freqüência	4		
Muito freqüentemente	5				

	Nunca	Raramente	Às vezes	Com freqüência	Muito	Freqüentemente
1. Meu coração bate rápido demais.	1	2	3	4	5	
2. Tenho dificuldade de concentração devido a pensamentos incontroláveis.	1	2	3	4	5	
3. Sinto tremor no corpo.	1	2	3	4	5	
4. Preocupo-me demais com coisas sem importância.	1	2	3	4	5	
5. Tenho diarreia.	1	2	3	4	5	
6. Imagino cenas amedrontadoras.	1	2	3	4	5	
7. Ando de um lado para outro nervosamente.	1	2	3	4	5	
8. Sinto-me paralisada.	1	2	3	4	5	
9. Pensamentos sem importância passam pela minha mente e me aborrecem.	1	2	3	4	5	
10. Transpiro muito.	1	2	3	4	5	
11. Sinto que estou sempre perdendo porque não me decido a tempo.	1	2	3	4	5	
12. Não consigo eliminar pensamentos ansiógenos da cabeça.	1	2	3	4	5	
13. Meu estômago fica tenso.	1	2	3	4	5	
14. Não consigo eliminar imagens ansiógenas da cabeça.	1	2	3	4	5	

Dos 14 sintomas no teste, 7 se referem à mente e 7 ao corpo, como se segue:

Mente (Cognitivos)

Itens

- 2 _____
- 4 _____
- 6 _____
- 9 _____
- 11 _____
- 12 _____
- 14 _____

Corpo (Somáticos)

Itens

- 1 _____
- 3 _____
- 5 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 10 _____
- 13 _____

Total

Ao lado dos números dos itens, à página anterior, escreva o número da sua resposta no teste. Por exemplo, se na pergunta número 1 do teste (meu coração bate rápido demais) você respondeu com um 3 ("às vezes"), ponha na coluna dos sintomas somáticos um 3 no item 1. Calcule os totais e veja a que categoria você pertence. A sua ansiedade se expressa mais através de sintomas cognitivos ou somáticos.

Dependendo da categoria em que a pessoa se enquadra, são feitas as seguintes recomendações:

Nota Alta em Cognitivos – Baixa em Somáticos:

Experimentem jogos que exijam concentração: xadrez, damas, palavras cruzadas, ou outros que têm a ver com palavras, ou jogos de cartas, ou jogos de mesa como, por ex.: Banco Imobiliário. Leia um livro (mistério, ficção científica), vá ao cinema ou veja à TV.

Baixa em Cognitivos-Alta em Somáticos:

Tente uma atividade física onde a mente não precise envolver-se muito. "Yoga", Cooper, pular corda, exercícios calistênicos, danças aeróbicas, natação, ciclismo ou ginástica são atividades recomendadas.

Igual em Ambos:

Experimente envolver-se em atividades que exijam alguma concentração, mas para as quais não seja necessário formular estratégias tais como: tênis, golfe e "volley". Esportes praticados em grupos como futebol, ou danças que exijam marcar o compasso são aconselhados.

QUADRO 5

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

IDATE – PARTE I

Nome: _____ Data: _____

INSTRUÇÕES: A seguir são dadas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não há respostas certas e erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

Muitíssimo	4	Um pouco	2	
Bastante	3	Absolutamente não	1	
				Não Absolutamente Um pouco Bastante Muitíssimo
01. Sinto-me calmo (a)				1 2 3 4
02. Sinto-me seguro (a)				1 2 3 4
03. Estou tenso(a)				1 2 3 4
04. Estou arrependido(a)				1 2 3 4
05. Sinto-me à vontade				1 2 3 4
06. Sinto-me perturbado (a)				1 2 3 4
07. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios				1 2 3 4
08. Sinto-me descansado (a)				1 2 3 4
09. Sinto-me ansioso (a)				1 2 3 4
10. Sinto-me em "casa"				1 2 3 4
11. Sinto-me confiante				1 2 3 4
12. Sinto-me nervoso(a)				1 2 3 4
13. Estou agitado (a)				1 2 3 4
14. Sinto-me uma pilha de nervos				1 2 3 4
15. Estou descontraido (a)				1 2 3 4
16. Sinto-me satisfeito (a)				1 2 3 4
17. Estou preocupado (a)				1 2 3 4
18. Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a)				1 2 3 4
19. Sinto-me alegre				1 2 3 4
20. Sinto-me bem				1 2 3 4

QUADRO 5

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO – IDATE – PARTE II

INSTRUÇÕES: A seguir são dadas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita, que melhor indicar como você **geralmente** se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você geralmente se sente.

	4	3	2	1
QUASE SEMPRE	4			
FREQÜENTEMENTE . . . 3		3		
ÀS VEZES			2	
QUASE NUNCA				1
	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
01. Sinto-me bem	1	2	3	4
02. Canso-me facilmente	1	2	3	4
03. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
07. Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)	1	2	3	4
08. Sinto que as dificuldades estão-se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
09. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a)	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso(a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

QUADRO 6

INVENTÁRIO DE CONTROLE DO "STRESS"

Consciente — ou inconscientemente as pessoas usam muitos comportamentos para lidar com o stress. Quais os comportamentos específicos sob as categorias seguintes que você usa para combater o "Stress" em sua vida? Não se esqueça de que essas tentativas de lidar com o "Stress" podem ser forças positivas ou negativas para o indivíduo.

Instruções para avaliação: Avalie cada item usando 1 (utilizado) desses números, 0 (neutro ou não utilizado)

I. Aspectos Fisiológicos	DESCRIÇÃO	PONTOS
A. Exercícios Físicos Frequência (nº de vezes/semana) Intensidade (velocidade, esforço) Duração (quanto tempo/evento) Tipo (s) (com que energia)		
B. Práticas gerais de nutrição e saúde Regime dietético seguido Suplemento vitamínico Bebidas (inclusive álcool), Caféina Fumo Drogas e medicamentos com ou sem receita médica, inclusive auxílios diges- tivos		
C. Formas de relaxamento Pequenas "sonecas" Relaxamento Ioga Meditação Transcendental Respiração profunda		
D. Outros ?		

Total aspectos fisiológicos _____

II. Aspectos Sociais, Psicológicos, Espirituais (sistemas de apoio)	DESCRIÇÃO	PONTOS
A. Terapia		
B. Igreja		
C. Amigos		
D. Grupos de apoio		
E. Família		
F. Solidão		
G. Outros		

Total Asp. Soc./ Psic./Esp. _____

III. Trabalho voluntário, Recreação, "Hobbies".		
A. "Hobbies" (p. ex.: colecionar selos)		
B. Recreações (p. ex.: pescar)		
C. Trabalho voluntário (p. ex.: juiz de futebol)		
D. Realizações		
E. Outros		

Total Asp. Recreacionais _____

IV. Habilidades interpessoais e de Controle		
A. Treinamentos de como controlar o Stress		
B. Conferências na organização em que trabalha		
C. Desenvolvimento de habilidades na escola.		
D. Experiências de crescimento pessoal		
E. Outros		

Total Habilidades Int. _____

TOTAL: _____

Numa segunda etapa, discute-se com o cliente o conceito de "stress", o da resposta de stress, em geral, e a influência de idéias irracionais.

Na 3ª fase, o tratamento propriamente dito se inicia, incluindo: (1) treino de relaxamento (Jacobson, 1978); (2) modificação de verbalizações inadequadas (Roskies, 1981); (3) reestruturação de crenças irracionais; (4) desenvolvimento de métodos de resolução de problemas; (5) programação de atividades físicas adequadas ao tipo de sintoma encontrado (Quadro 4) e (6) recomendação de dieta especial (Everly e Rosenfeld, 1981), que envolve pouco sal, café, chá ou coca-cola, e que fornece doses adequadas de vitaminas C e complexo B.

O plano terapêutico exposto aqui representa uma tentativa de lidar com o problema do stress excessivo dentro de um período de tempo limitado. Vários outros modelos são abordados por Everly e Rosenfeld (1981), tais como:

Tratamento Holístico	—	Everly e Rosenfeld (1981)
Terapia Autógena	—	Luthe (1969)
Imagem Mental	—	Lazarus (1977)
Terapia Comportamental	—	Leitenberg (1976)
Psicoterapia	—	Corsini (1973)

ABSTRACT

The present work analyzes a relatively new field of behavior therapy: the control of excessive stress. The stress response, in its multiple physical and emotional aspects, is described in terms of Cannon's concept of preparation for "fight or flight" and in terms of Hans Selye's general adaptation syndrom. Its 3 stages' alarm, resistance and exhaustion, are analysed, together with their possible harmful effects.

A treatment plan, used by the author, is presented. The plan's objective is to teach the client stress management, skills in a short period of time. The several phases of the treatment are described.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CORSIM, R. **Current psychotherapies**. Chicago: Peacock, 1973.
- COYNE, J. C. e R. S. LAZARUS. Cognitive style, stress perspective, and coping. In Kutash, I e Schlesinger, L. B. (eds) **Handbook on Stress and Anxiety**, Jossey — Bass, S. Francisco, 1980.
- ELLIS, A. **Humanistic Psychology; The Retional — emotive approach**. NY: Julian 1973.

- EVERLY, George e Robert ROSENFELD. **The Nature and Treatment of the Stress Response**. Plenum Press, N.Y. 1981.
- HOLMES, T.H. e RAHE, R. K. The social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.* 1967, 4, 189 – 194.
- JACOBSON, E. **You must relax**. N.Y. Macgraw-Hill, 1978.
- KANNER, Allen D., James C. COYNE, Catherine SCHAEFER e Richard LAZARUS. Comparison of two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts Versus Major Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1, 1981, 1 – 39.
- KOBASA, S. C., HILKER, R. e MADDI, S. R. **Who Stays Healthy Under Stress ?** *J. of Occupational Medicine*, 1979, 21, 9.
- LAZARUS, A. **In the mind's eye**. N.Y. Rawson, 1977.
- LAZARUS, R. S. **Patterns for Adjustment**. N.Y. Macgraw-Hill, 1976,
- LEITENBERG, H. (Ed.) **Handbook of behavior modification and behavior change**. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1976.
- LUTHE, W. (Ed.) **Autogenic Therapy**, N.Y. Grune e Stratton, 1969.
- LUBORSKY, L., DOCHERTY, J. P. e PENICK S. Onset conditions for psychosomatic symptoms. *Psychosom. Med.* 1973, 35, 187 – 204.
- MECHANIC, D. Discussion of research programs on relations between stressful life events and episodes of physical illness. In Dohrenwend, B. S. (ed.) **Stressful Life Events**. Wiley, N.Y. 1974, pp. 87 – 97.
- MCLEAN, P. Depression as a specific response to stress. In Sarason, I. G. and Spielberger, C. D. (eds.) **Stress and Anxiety**, 3, Hemisphere, Washington, DC. 1976, pp. 297 – 323.
- MEICHENBAUM D. e R. NOVACO, **Stress inoculation: A preventive approach**. In. C. Spielberger e I. Sarason (eds.) **Stress and Anxiety** (vol. 5) N.Y. Wiley, 1978.
- OKEN, Donald. Stress – Our Friend, Our Foe. **Stress**, 15, 1, 4, 12.
- ROSKIES, E. **Stress Management Through positive self-talk Stress Management: A Positive Strategy**. Time Life Films, Inc. 1981.
- ROSS, C. E. e J. MINOWSKY. A comparison of life-event-weighting schemes: Change, undesirability and effect-proportional indices. *J. Health Soc. Beh.* 1979, 20, 166 – 177.
- SARASON, I. G.; J. H. JOHNSON e J. M. SIEGEL. Assessing The impact of life changes. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1978, 46, 932 – 946.
- SELYE, H. **Stress Without distress**, Philadelphia: Lippincott 1974.
- SELYE, H. **Stress in health and disease**. Reading, Mass: Butterworth's, 1976.
- SPIELBERGER, Charles. **Understanding stress and Anxiety**; Harper e Row, Publishers. N.Y. 1979.

MORAL JUDGMENT, CRIMINAL BEHAVIOR AND PERSONALITY IN ADULT OFFENDERS *

James E. Kantner **

RESUMO

JULGAMENTO MORAL E PERSONALIDADE EM CRIMINOSOS ADULTOS

O presente trabalho investigou a relação entre os estágios de julgamento moral e as variáveis da personalidade de um grupo de presos adultos. Com base nas notas obtidas no "Rest's Defining Issues Test", que dá uma medida objetiva da teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento moral, 159 presos foram divididos em 5 grupos em relação ao julgamento moral. A variável dependente incluiu a escala multidimensional de Levenson quanto ao "locus" do controle e o "Psychological Screening Inventory."

Os resultados indicaram diferenças entre os grupos nos fatores: Internação, Risco, Alienação e Expressão. Além disto, verificou-se que o nível de julgamento moral dos presos era muito baixo. As implicações quanto à utilidade de se usar tratamentos para presos que se baseiam na teoria do desenvolvimento do julgamento moral são discutidas.

MORAL JUDGMENT AND PERSONALITY IN ADULT OFFENDERS

The need for a new look at the age-old problem of moral development has been met in recent years by the burgeoning growth of research interest in moral judgment; the cornerstone of much of this research was laid by Piaget (1932) and elaborated by Kohlberg (1969, 1975). Moral judgment involves the basic conceptual frameworks by which a person analyzes a social-moral problem and judges the proper course of action (Rest, 1979). Kohlberg has detailed both a theory and empirical support for the idea of moral judgment stages in the course of moral development, which will be presented in greater detail in the following section.

Extensive research has suggested that moral judgment is significantly related to a wide spectrum of dimensions (reviewed by Rest,

* An earlier version of this paper was presented at the annual meeting of the Ohio Academy of Sciences, Columbus, Ohio, 1982.

** Diocesan Consultation Center, Toledo, Ohio.

1979). Although cognitive-developmental theory would postulate that moral judgment is best conceptualized as a developmental variable, rather than a personality variable, recent challenges have arisen as to whether moral judgment stages are measuring personality types or differences rather than pure moral stages (Kurtines & Greif, 1974). Specifically, there seem to be some clear-cut personality differences between those at different levels of moral judgment, especially at the higher stages (Hogan, 1970). In addition, there are a few studies (Alker & Poppen, 1973; Arbuthot, 1971; Bloomberg, 1974) which have found moral judgment to be related to locus of control expectancies. This raises the question of whether or not specific personality and behavioral dimensions are predictable by moral judgment stages.

A behavioral correlate such as criminal behavior seems to make the leap from the theoretical realm of moral development to the real world of moral behavior. In fact, Kohlberg's initial work (1958 dissertation) compared the moral judgment of delinquent boys with normal adolescent males.

One way to approach this investigation is to look at individuals who have characteristically invoked immature moral judgments and have violated property and/or people rights. This population has drawn much public attention because of the inappropriate moral decisions it has made to a number of social stimuli, severe enough to require some sort of control over them. The most extreme measure of control imposed is that of incarceration in a correctional facility. While incarcerated, society assumes that there will be some sort of change in the moral development of the individual inmate. However, there has been scant research looking at the moral development levels of adult inmates and how it may relate to personality variables. Furthermore, it is deemed of great importance to investigate the above psychological parameters of inmates when they first come into the prison system and while treatment programming is being considered.

The present investigation was intended to fulfill several purposes. First, the interrelationship among moral judgment and personality variables was explored. Second, a pioneer investigation of the use of an objective measure of moral judgment (the Defining Issues Test) with adult prisoners was conducted, and its feasibility with such a sample explored. For the most extensive review of moral development research using the DIT, the reader is referred to Rest's book, **Development in Judging Moral Issues** (1979). A look at the relationship between moral judgment and offense patterns (crimes against people, property or self) was made. Perhaps most importantly, the research was undertaken with the intent of supplying some baseline moral judgment data on a sample of adult offenders, upon which follow-up research ideas can be fashioned.

It was hypothesized that on the Levenson scale there would be differences between the groups, reflecting a direct positive relationship between Moral Judgment Stage and Internality, and an inverse relationship between stage and Powerful Others and Chance.

It was also hypothesized that on the Psychological Screening Inventory there would be differences between the groups, reflecting inverse relationships between Moral Judgment Stage and personality scales of Alienation, Discomfort, and Expression.

METHOD

Participants. From a potential volunteer pool of 210 adult male inmates, incarcerated in the maximum security prisons in a Midwestern state, 159 adults comprised five groups¹: (a) A Moral Judgment "Stage 2" group (n = 16), (b) a Moral Judgment "Stage 3" group (n = 40), (c) a Moral Judgment "Stage 4" group (n = 54), (d) a Moral Judgment "Stage A" or anarchistic antiestablishment group (n = 28), (e) a Moral Judgment "Stage P" or principled morality group (n = 21).

Analyses of variance were computed comparing the five subject groups on age, race, IQ, education, and California Achievement Test reading scores. Only education yielded a significant difference between the groups ($F = 3.14$; $df = 1,149$; $p < .01$), with Stage P subjects showing the highest average grade completed (12.1).

Table I
Demographic Description of Groups (Means)

	Groups				
	Stage 2 (n = 16)	Stage 3 (n = 40)	Stage 4 (n = 54)	Stage A (n = 28)	Stage P (n = 21)
Age	22.25	24.13	24.73	27.57	27.74
IQ	98.03	93.26	92.96	91.28	98.06
Education	11.17	10.31	10.79	11.03	12.10
C.A.T.	9.26	8.94	9.66	9.37	11.30
Race (n)					
White	14	29	37	23	16
Black	2	11	17	5	5

(1) J. Rest's unpublished manual, "Revised Manual for the Defining Issues Test: an objective test of moral judgment development" (1979) gives criteria on designation of subjects by stage types and principled morality ("P") score.

While the groups did not differ, there was a difference between races on IQ ($F = 13.52$; $df = 1,149$; $p < .001$) and California Achievement Test reading scores ($F = 8.53$; $df = 1,149$; $p < .01$). The IQ and C.A.T. means for blacks and whites, respectively: IQ: 88.55, 100.89; CAT: 8.83, 10.58.

Instruments. The variables of interest in this study were assessed by the following scales:

1. Moral judgment was measured by Rest's (1974) Defining Issues Test.

2. Personality adjustment was measured by Lanyon's (1970, 1973) Psychological Screening Inventory (P.S.I.). The P.S.I. consists of five scales within a 130 item, forced-choice format. The scales of interest included **AI** (Alienation), **Di** (Discomfort) and **Ex** (Expression).

3. Locus of control was measured by Levenson's (1974) 24 item, Likert-type scale, a multidimensional locus-of-control test measuring Internality (I), Powerful Others (P), and Chance (C) expectancies.

Procedure. For several months, inmates who went through the Assessment and Evaluation centers of two Midwestern maximum security adult institutions were asked to voluntarily fill out the D.I.T. Participation was voluntary, and it was explained by the examiner that all information was confidential.

Out of the approximately 300 inmates who were interviewed, 210 completed the D.I.T. Other residents who did not fill out the D.I.T. did so for a variety of reasons: refusal, illiteracy, did not show up at all for the meetings, sickness, etc. The inmates were tested in groups ranging from 5 to 18. The author's previous prison testing experience suggested that greater cooperation was possible if smaller groups were presented with the option of "taking a test". Scheduling problems and other time parameters did not always allow for ideal (e.g. 5-8) group sizes for participation. Instructional set followed that of Rest (1974a), with added emphasis (see Rest, 1974a, Chapter 1) on the task of rating and ranking the items.

Of the 210 potential subjects who completed the D.I.T., 171 protocols were deemed complete and judged valid, following Rest's (1974a) consistency check. An additional 12 protocols (7 Latinos and 5 Native Americans) were excluded from final analysis, as the small number of non-white and non-black persons rendered quite small, and in some cases, nonexistent, cell sizes for analysis. Therefore, the sample for this research consisted of 159 participants (119 were white, 40 black). A summary of demographic descriptions of the groups is presented in Table 1.

Table 2

Analysis of Variance
for the Internality (I) Scores

Source	df	MS	F
MJ (groups)	4	233.28	4.51**
ED (education)	1	169.80	3.28
MJ ED	4	14.46	.27
SS MJ ED	149		

** p < .01

Table 3

Newman Keuls Tests for the Ordered Mean
Internality (I) Scores

Group	4	P	A	3	2
Mean	38.33	37.87	36.03	34.66	30.46

Table of Differences between Means

	2	3	A	P
4	9.87**	3.66	2.30	.45
P	7.41*	3.20	1.84	
A	5.57*	1.36		
3	4.20*			

* significant at .05 level

** significant at .01 level

RESULTS

Locus of Control. A significant ($p < .01$) difference was found in Internality among the groups, using an analysis of variance (Table 2). Newman Keuls procedure found stage 4, P, 3 and A groups significantly ($p < .05$) higher than stage 2 group, with no differences found between stages 3, 4, A and P. (Table 3).

No differences were found between the groups on their Powerful Others locus-of-control scores ($F = .23; 4, 149; df = p > .05$).

Differences were found between the groups on chance scores (Table 4) with stage P lower than stage 3 (Table 5).

Psychological Screening Inventory. A significant difference on Alienation scores was found between the groups (Table 6) with stage 3 subjects scoring higher than stage P ($p < .01$) and stage 4 ($p < .05$) (Table 7). Stage 2 subjects also scored higher ($p < .05$) than stage P subjects (Table 7).

The groups did not differ on their Discomfort scores ($F = 2.29; 4, 149, df; p > .05$).

In Expression, stage A scored higher than stage 2 ($p < .05$) with no differences observed between the other groups (Table 8).

Regression analyses. In research to date on the D.I.T., Rest (1979) suggests that the P (principled morality) score as a most useful score to use in correlating moral judgment with another variable. The P score is the sum of weighted ranks given to Stage 5 and 6 items. This score is interpreted to mean the relative importance a person gives to principled moral considerations in making a decision about moral dilemmas.

P score as criterion. Regression analyses were utilized to look at the correlation for predicting moral judgment as indicated by the P score from the dependent (personality) variables. Stepwise multiple regression procedures were employed to predict the criterion. The results of these analyses for the entire sample are presented in Table 9. The R (multiple R) presented in this and subsequent tables were selected from the following criterion. The value of R selected was that value associated with the last predictor entering the equation which increased the R^2 by at least .005 units.

This Table (9) shows that Chance, Internality, Social Desirability, Expression and Powerful Others' scores predicted P moral judgment. The multiple R for predicting moral judgment was .39, accounting for 15 per cent of the variance.

The overall correlations and intercorrelations between P scores and dependent variables are presented in Table 10. The P score was related

($p < .01$) and positively correlated with Expression ($r = .20$) and I ($r = .21$) and negatively correlated ($p < .01$) with Chance ($r = -.23$).

Table 4

Analysis of Variance
for the Chance (C) Scores

Source	df	MS	F
MJ	4	362.49	3.12**
ED	1	26.69	.23
MJ ED	4	90.13	.77
SS MJ ED	149	116.04	

** $p < .01$

Table 5

Newman-Keuls Tests for the
Ordered Mean Chance (C) Scores

Group	3	2	A	4	P
Mean	23.75	22.81	22.16	22.03	14.00

Table of Differences between Means

	P	4	A	2
3	9.74**	1.71	1.58	.93
2	8.81	.77	.65	
A	8.16	.12		
4	8.03			

** significant at .01 level

Table 6

Analysis of Variance
for the Alienation (AI) Scores

Source	df	MS	F
MJ (groups)	4	471.24	4.32**
ED (education)	1	290.06	2.66
MJ ED	4	85.59	.78
SS MJ ED	149	109.01	

** p < .01

Table 7

Newman-Keuls Test for the Ordered
Mean Alienation (AI) Scores

Group	3	2	A	4	P
Mean	62.51	60.61	56.85	55.86	50.93

Table of Differences between Means				
	P	4	A	2
3	11.57**	6.64*	5.65	1.89
2	9.68*	4.74	3.75	
A	5.92	.98		
4	4.93			

* significant at .05 level

** significant at .01 level

DISCUSSION

The overall locus-of-control data offer support for the notion that more advanced moral judgment reflects different locus-of-control expectancies, with the principled level utilizing greater Internality and less Chance.

The prediction that differences on Alienation scores would be observed between groups was confirmed. It appears that principled

Table 9

Summary Table of Stepwise Multiple Regression Analyses

Variables predicting Moral judgment (P)	R	R ²	R ² Chance	r	B	BETA
Chance	.23	.05	.05	-.23	-.2326	-.3285
Internality	.31	.09	.04	.21	.1830	.1772
Social Desirability	.35	.12	.02	-.07	-.1744	-.1286
Expression	.37	.14	.01	.20	.1183	.1348
Powerful Others	.39	.15	.01	.00	.1197	.1583
Alienation	.39	.15	.00	-.17	-.0356	-.0502
Discomfort	.39	.15	.00	-.13	.0356	.0475
Social Nonconformity	.39	.15	.00	.03	-.0307	-.0419
Defensiveness	.39	.15	.00	.03	-.0077	-.0111
(Constant)				12.1528		

Analysis of Variance				
Source	df	SS	MS	F
Regression	9	1497.33	166.37	3.05
Residual	149	8119.08	54.49	

Standard Deviation of Residuals = 7.38

morality is associated with better personality adjustment than the pre-conventional morality of stage 2 or the initial stage of conventional morality (stage 3). There is also an indication that more advanced conventional moral reasoning as measured by stage 4 responses expresses significantly more psychological adjustment than stage 2 responses. Further investigation would be necessary to see if increments in moral judgment would be related to less of the concomitants of high Alienation scores. Specifically, as moral maturity increased, one would look for the **absence of**: unusual thoughts, interpersonal difficulties, feelings of isolation and loneliness, suspicion, mistrust, denial of normal expression of affect and external locus of control.

Table 10

Overall Correlations and Intercorrelations, P scores and Personality Variables
(decimals omitted)

	AI	Di	Ex	Sn	De	I	O	C	SD
P	-17	-13	20**	03	03	21**	00	-23**	-07
AI		59**	-18	20**	-30**	-27**	26**	37**	-06
Di			-29**	35**	-45**	-30**	-19	32**	-23
Ex				00	07	13	01	14	-04
Sn					-53**	08	26**	14	-43
De						20**	-18	-19	39
I							14	-07	13
O								64**	-29
C									-22

** p < .01 A correlation \geq .20 is significant at .01, using a conservative n = 150.

p < .05 A correlation \geq .15 is significant at .05, using a conservative n = 150.

Only the p < .01 correlations are noted.

The mean AI scores for stage P ($\bar{X} = 50.93$) subjects is the same as the mean for Lanyon's (1970) normative sample. It appears that at the principled moral level, inmates seem much more "average" in their perception of an emotionally satisfactory life as measured by the AI scores. Longitudinal follow-up and moral judgment enhancement may find AI scores as a useful dependent variable in reflecting moral growth.

Discomfort. There was a failure to confirm the prediction that differences would be found between the groups on Di scores.

Expression. The analyses revealed a significant difference between groups in their Ex scores. However, only stage A group members were found to have significantly higher Ex scores than stage 2. No differences were found between any other groups.

The use of regression analyses show that if one wanted to predict moral judgment, the use of the Levenson C, I, PO scales coupled with the SD scale and Ex scale of the P.S.I. are correlated .37 with moral judgment. Caution should be observed, however, as this reflects that only about 15 percent of the variance of moral judgment P scores can be accounted for in terms of these predictors. Although statistically significant, the magnitude of the correlations found in this study appears to be small.

Finally, it is felt that the use of an objective measure of moral judgment (D.I.T.) can be utilized with an adult male inmate population. It is suggested that for pragmatic purposes future clinicians administer the shorter (3-story) version of the D.I.T. with correctional clients to alleviate the possibilities of boredom, shortness of attention span, and motivation to complete a measure which is dependent on verbal skills.

The mean P score for the present group is the lowest ever reported for any sample, lending credence to the general notion that offenders as a group certainly make scant use of principled moral thinking. The baseline data generated by the present study should be expanded to compare the moral judgment of institutionalized vs. noninstitutionalized (e.g., probation, half-way houses, parole) offenders. Are lower stage offenders more likely to recidivate? If so, should therapeutic experiences be devised during their incarceration to help raise their moral judgment? Are there sound empirical methods to incorporate moral judgment data with the decision-making process of setting up treatment progress for inmates?

ABSTRACT

MORAL JUDGMENT AND PERSONALITY IN ADULT OFFENDERS

This study investigated the relationship of moral judgment stages and personality variables in a group of incarcerated male offenders.

On the basis of their scores on Rest's Defining Issues Test, an objective measure of Kohlberg's moral development theory, a total of 159 inmates comprised five moral judgment groups. Dependent measure included Levenson's multidimensional locus-of-control scale and the Psychological Screening Inventory. Results indicated differences among the groups in Internality and Chance as well as Alienation and Expression. In addition, the moral judgment level of inmates was found to be exceedingly underdeveloped. Implications of the utility of basing treatment interventions of law violators on moral judgment theory are discussed.

REFERENCES

- ALKER, H. A. & Poppen, P. J. Personality and ideology in university students. **Journal of Personality**, 1973, **41**, 653 – 671.
- ARBUTHNOT, J. B. Field independence and maturity of moral judgment, critical distinctive feature analysis, and perceived locus of control. Unpublished doctoral dissertation, Cornell University, 1971.
- BLOOMBERG, M. On the relationship between internal-external control and morality. **Psychological Reports**, 1974, **35**, 1077 – 1078.
- HOGAN, R. A dimension of moral judgment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1970, **35**, 205 – 212.
- KOHLBERG, L. The development of modes of moral thinking and choice in the years 10 – 16. Unpublished doctoral dissertation. University of Chicago, 1958.
- KOHLBERG, L. The development of children's orientations toward a moral order: I sequence in the development of moral thought. **Vita Humana**, 1963, **6**, 11 – 33.
- KOHLBERG, L. The child as a moral philosopher. **Psychology Today**, 1968 (Sep.), **2**(4), 25 – 30.
- KOHLBERG, L. Stage and sequence: the cognitive-developmental approach to socialization. In D. Goslin (Ed.), **Handbook of socialization theory and research**. Chicago: Rand McNally, 1969, 347 – 480.
- KURTINES, W. & Greif, E. The development of moral thought review and evaluation of Kohlberg's approach. **Psychological Bulletin**, 1974, **81**(8), 453 – 470.
- LANYON, R. I. Development and validation of a psychological screening inventory. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1970, **35**(1, Part 2), 1 – 24.
- LANYON, R. I. **Psychological Screening Inventory: Manual**. Goshen, New York: Research Psychologists Press, 1973.

- LEVENSON, H. Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. **Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association**, 1972, 7, 259 – 260. (Summary)
- LEVENSON, H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1973, 41, 392 – 404.
- LEVENSON, H. Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. **Journal of Personality Assessment**, 1974, 38, 377 – 383.
- PIAGET, J. **The moral judgment of the child**. New York: The Free Press, 1965. Originally published, 1932.
- REST, J. R. The hierarchical nature of stages of moral judgment. **Journal of Personality**, 1973, 41(1), 86 – 109.
- REST, J. R. **Manual for the Defining Issues Test**. Unpublished manuscript, 1974.
- REST, J. R. **Revised Manual for the Defining Issues Test**. Unpublished manuscript, 1979.
- REST, J. R. **Development in Judging Moral Issues**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1979.

EPIDEMIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA E CERTAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

Antonios Térzis*

RESUMO

O presente estudo tenta mostrar, criticamente, contribuições da epidemiologia na compreensão da esquizofrenia, através de uma revisão analítica da dinâmica micro-macro-social envolvida.

Estuda o grau de associação entre certas variáveis demográficas e a esquizofrenia.

Para examinar o objetivo acima proposto, foram observados 404 pacientes esquizofrênicos (201 do sexo masculino e 203 do sexo feminino), que estavam internados em cinco hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo.

A amostra foi constituída de pacientes, cuja idade média, era pouco mais de 35 anos.

A proporção de solteiros e de desquitados e divorciados era, na amostra, bem maior que na população geral.

Pouco mais da metade dos pacientes pertencia a proles de quatro a oito irmãos e o número médio de filhos por mulher, entre as mães dos pacientes, foi bastante elevado, 6,60, enquanto este valor médio era 4,65 na população em geral.

INTRODUÇÃO

Os estudos epidemiológicos não deixam de ter interesse para orientar as pesquisas. Tem-se que reconhecer o grande interesse dos trabalhos epidemiológicos, não somente por causa do seu valor científico, para a verificação de hipóteses psicopatológicas, em relação a certas variáveis micro-macro sociais e a taxa de doença mental — mas também, pelo seu valor de previsão e, por conseguinte, de higiene mental aplicada às populações.

É amplamente reconhecida, a falta de pesquisas consideradas de natureza epidemiológica, que permitam orientar, da melhor forma, os programas de saúde pública e utilizar, com maior eficiência, os limitados

* Depto. de Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCAMP.

recursos que, no país, existem para esse fim. Diante dessa deficiência de dados e informações, destaca-se a necessidade de promover estudos e pesquisas epidemiológicas que possam proteger a população susceptível de transtornos mentais, diagnosticar e controlar os portadores de doenças mentais consideradas como prioritárias (Freitas, 1977). Ainda, possam elucidar os fatores etiológicos ou psicológicos mais freqüentes no decorrer das doenças mentais (Ey, 1981).

A Organização Mundial da Saúde considera como "valiosa a pesquisa orientada epidemiologicamente", tendo feito diversas recomendações nesse sentido (O.M.S., 1977).

A pesquisa epidemiológica da esquizofrenia trouxe importantes contribuições que são resumidas por Lemkau (1967): 1º A esquizofrenia é a mais freqüente das psicoses crônicas, sendo que os esquizofrênicos ocupam o primeiro lugar como causa de internação nos leitos psiquiátricos; 2º É uma doença que faz a maioria das suas vítimas nas faixas etárias de jovens na transição entre a adolescência e a maturidade; 3º Há alguma evidência de que aqueles que emigram para culturas radicalmente diferentes das suas são mais vulneráveis à doença; 4º Há evidência de que aqueles que vivem em áreas socialmente desorganizadas são mais vulneráveis à doença; 5º Há habituais distúrbios mentais em certas culturas que não existem em outras. Recentemente, uma série de estudos epidemiológicos vem ressaltando o impacto dos fatores sociais sobre o curso evolutivo da esquizofrenia, inicialmente, nos pacientes hospitalizados. Clausen e Kohn (1974) através de um estudo epidemiológico constataram que as porcentagens de primeiras internações em hospitais neuropsiquiátricos públicos e privados tendem a ser maiores nas zonas centrais de baixo nível econômico e em áreas urbanas desorganizadas, com alta mobilidade demográfica. No estudo recentemente realizado por nós (Bucher e Térzis, 1980), em clínicas psiquiátricas do Distrito Federal e arredores, apresentamos os resultados relativos às variáveis sócio-culturais mais importantes. Do conjunto destes dados ressalta um nível sócio-cultural nitidamente superior das mulheres neuróticas e, embora menos acentuado, das alcoólatras (escolaridade superior, condições habitacionais mais propícias, profissões mais qualificadas, rendas familiares e individuais mais elevadas). As diferenças são altamente significativas com relação aos esquizofrênicos também estudados, que dispõem de baixo status sócio-econômico e cultural. Com isso não pretendemos dizer que a esquizofrenia se encontra mais em pessoas pobres mas, apenas, que os membros da classe alta têm muito mais facilidade para receber tratamento a domicílio ou em clínicas privadas do que os membros da classe baixa; estes últimos não dispõem de outro recurso além do hospital público e, por isso, encontram-se mais doentes mentais nas classes desfavorecidas que nas outras. Ainda, acerca do predomínio da esquizofrenia em diferentes estratos sociais, revelam que a

falta de terapêutica adequada, ligada à noção tradicional de esquizofrenia como doença incurável, poderia refletir também na falta de possibilidade de recuperação social para os doentes mentais oriundos de classes sociais menos privilegiadas, enquanto que a possibilidade terapêutica representa precisamente um privilégio para os que pertencem às classes superiores.

Ainda, vários trabalhos de natureza epidemiológica foram consagrados a respeito do isolamento social e da mobilidade geográfica. Clausen e Kohn (1974), através de um estudo realizado na cidade de Hagerstown nos Estados Unidos, que é um centro industrial e comercial, cuja população é homogênea, verificaram, por meio de comparação das histórias dos pacientes esquizofrênicos, com as de um grupo de controle de pessoas normais da mesma origem, que os resultados não sustentam a hipótese de que o isolamento social seja um fator predisponente na esquizofrenia. Os autores julgam que as dificuldades interpessoais prévias, individuais, levam ao isolamento social, e não o contrário. Ou seja, o isolamento social é mais um efeito do que uma causa; seria, simplesmente, o sinal de que as dificuldades de relações com outrem se tornem tão grandes para o doente, que ele resolve viver só.

A imigração de uma sociedade para outra é também uma variável, que recebeu muita atenção por parte dos epidemiologistas. Os primeiros estudos epidemiológicos mostraram que as taxas de doenças mentais entre os grupos migrantes, em distintos países, eram mais altas do que as taxas das populações locais (Cooper, Morgan e Shepherd, 1973). A importância da imigração como causa associada a várias formas de patologia social — marginalidade, delinqüência juvenil, alcoolismo, uso de entorpecentes, esquizofrenia, por exemplo, foi ressaltada em nosso meio por Viana (1978). Nesse estudo o autor defende a idéia de que na migração, o indivíduo perde o que ele chama de "continente externo", que no imigrante se transforma num "conteúdo bloqueador" do desenvolvimento mental. Lembra ainda o autor que, mesmo quando se trata de migração interna, embora algumas condições possam ser semelhantes às do meio original, tem-se que levar em conta, em cada indivíduo, as características de nível cultural, econômico e estrutura psíquica. Madalena (s/d) enfocando o aspecto epidemiológico da esquizofrenia, afirma que há alguma evidência de que aqueles que imigram para culturas radicalmente diferentes ou aqueles que vivem em áreas socialmente desorganizadas são mais vulneráveis à doença. No seu estudo "Dinâmica sócio-cultural na epidemiologia da esquizofrenia" Sandler (1973) admite que a variável migração geográfica pode entrar nas discussões clínico-etiológicas da esquizofrenia, à medida que as sensações de perda de um ente querido e a falta de envolvimento com outras pessoas (isolamento) aparecem no esquizofrênico e no migrante. Em contraposição, acrescenta esse autor que, com relação à mudança de um país para outro, é lógico que um esquizofrênico, em alguma fase de sua

vida, possa ser classificado como pré-esquizofrênico; neste caso a migração pode ser um fator a mais no desencadeamento da doença. Concluindo, o autor diz que as migrações que um esquizofrênico faz são repentinas e não planejadas.

Outro enfoque epidemiológico importante é que certas variáveis familiares objetivas intervêm na etiologia da esquizofrenia. A ordem de nascimento é uma variável familiar que recebeu exames minuciosos por parte de investigadores interessados nas áreas de Psicologia e Psicopatologia. Sundararaj e Rao (1966) numa população indiana de pacientes esquizofrênicos, verificaram que, em ambos os sexos, os primogênitos foram afetados em extensão, significativamente maior do que os nascidos mais tarde. Sandler e Sandler (1978), em seu enfoque epidemiológico encontraram uma associação, estatisticamente significativa, entre esquizofrenia e ordem de nascimento de 1.016 brasileiros. Esta associação foi significativa para os homens esquizofrênicos, em relação aos que nasceram nas primeiras e nas últimas posições em suas proles. Lembramos que no estudo epidemiológico mais recentemente realizado por nós (Térzis, 1983), verificou-se uma relação consistente entre ordem de nascimento, tamanho da família e esquizofrenia. Os pacientes, tanto do sexo masculino como do feminino, foram mais sujeitos à doença quando primogênitos nas pequenas proles e, quando caçulas, nas grandes proles. Para explicar os resultados relativos aos primogênitos esquizofrênicos, pensamos que ocorreriam "Frustrações precoces" (Psicobiológicas) com o primeiro filho, que teriam sua origem: **1^o quanto à mãe:** a) inexperiência, insegurança e preocupação (Schachter, 1959); b) maior sensibilidade e uma predisposição aumentada para a angústia, durante o primeiro parto e no relacionamento com seu primeiro filho; c) o nascimento de um segundo filho, antes de o primogênito atingir a idade de três anos, a mãe pode tomar conta apenas do filho mais novo que tem maior necessidade, assim, o primogênito sente-se menos preferido e favorecido (Rollman — Branch, 1966). **2^o quanto ao primeiro filho, ao contrário dos demais irmãos:** a) o primogênito não tem irmãos mais velhos que lhe serviriam de objetos amorosos e auxiliares, funções essas que são desempenhadas por eles em relação aos irmãos menores (Térzis, 1983).

A epidemiologia trouxe então importantes subsídios informativos com respeito à incidência e à prevalência da esquizofrenia. Estas verificações com os eventuais achados de associações, estatisticamente significantes, cientificamente válidas, não possuem valor causal em si. A epidemiologia não pretende ter o poder de deslindar por completo complexas redes etiológicas multifatoriais, mas empresta validade científica, porque nos fornece os subsídios informativos para a construção de modelos teóricos a cargo do clínico.

Em nosso interesse em dar maior amplitude ao estudo epidemiológico da esquizofrenia, achamos importante estudar, no presente

trabalho pelo método epidemiológico, certas características demográficas numa população paulistana de esquizofrênicos, tais como: o sexo do paciente; idade atual do paciente; estado civil e o tamanho da prole à qual pertence o paciente. Isso após termos anteriormente realizado vários estudos de natureza epidemiológica, em certas variáveis macro-micro sociais objetivas, como por exemplo: relações sociais e esquizofrenia (Bucher e Térzis, 1980); ordem de nascimento, tamanho da família e esquizofrenia (Térzis, 1983); o sexo do irmão que precede; o sexo do irmão que sucede e a diferença de idade entre si (Térzis, 1980 e 1983); a relação entre a idade do pai e da mãe na época do nascimento do paciente; a relação entre famílias desagregadas e esquizofrenia e a idade do paciente quando ocorreu a desagregação de sua família (Térzis, 1984).

MÉTODO E AMOSTRA

Pensamos realizar um estudo eminentemente epidemiológico, dirigido a conhecer o grau de associação de algumas variáveis demográficas e a esquizofrenia.

Foram realizados cálculos estatísticos destinados a verificar a existência ou não de diferenças, estatisticamente significantes, entre: a amostra observada de pacientes esquizofrênicos, internados nos hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo, com um grupo controle que, de maneira ideal, é a população em geral (IBGE, 1 e 2) da qual os pacientes são provenientes.

Foram observados os pacientes, de ambos os sexos, internados com diagnóstico de esquizofrenia, em cinco hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo. A seleção dos pacientes baseou-se nos registros diagnosticados existentes nos hospitais estudados e estão de acordo com a classificação internacional que reserva o código: 295 — para as psicoses esquizofrênicas. A coleta dos dados para fins do presente estudo, foi realizada em duas etapas:

Numa primeira etapa foram selecionados os pacientes que comporiam a amostra, feita após estudo: 1) do exame psiquiátrico feito pelo psiquiatra da instituição; 2) dos resultados dos testes psicológicos (estudo de nível intelectual e da personalidade) aplicados, visando confirmar o diagnóstico clínico, ou seja, os resultados do exame psiquiátrico e 3) dos resultados dos exames físicos a que todos os pacientes são submetidos, com o objetivo de afastar a possibilidade de uma psicose orgânica. Estes diagnósticos de esquizofrenia não deixavam nenhuma

(1) IBGE — Sinótese preliminar do censo demográfico: São Paulo — Rio de Janeiro, IBGE, 1981.

(2) IBGE — Tabulações avançadas do censo demográfico: resultados preliminares. Rio de Janeiro, IBGE, 1981.

margem de dúvida, isto é, foram confirmados por três exames acima referidos. Para segunda etapa procedeu-se à coleta dos dados propriamente ditos, foi preenchido pelo próprio autor, para cada paciente, um questionário especialmente elaborado para fins deste trabalho, do qual constavam dados demográficos relativos ao próprio paciente.

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

Pacientes pertencentes a Família de todos os tamanhos foram estudados, os pacientes que não eram filhos legítimos foram excluídos. Sempre que possível foram também, colhidos dados relativos à ocorrência da natimortalidade e da mortalidade infantil no seio de uma unidade familiar.

RESULTADOS

Apresentamos de forma sistemática a amostra com base nos dados colhidos dos 404 pacientes, de ambos os sexos, que a compõe. Para essa análise foram elaborados gráficos e tabelas, bem como realizados cálculos estatísticos, destinados a verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes entre: a amostra observada de esquizofrênicos e a amostra teórica da população geral.

SEXO DO PACIENTE

Os dados do presente estudo revelam que a esquizofrenia não parece incidir, preferencialmente, em nenhum dos sexos. Feito o levantamento do sexo dos pacientes, verificou-se estarem ambos os sexos representados praticamente em proporções iguais na amostra (49,75% de pacientes do sexo masculino e 50,25% do sexo feminino). Comparadas estas proporções com as que se observam na população do Estado de São Paulo, segundo o Censo Demográfico para 1980, verifica-se que são muito semelhantes entre si (49,71% de homens e 50,29% de mulheres).

IDADE ATUAL DO PACIENTE

Um dos dados fornecidos pelo questionário era a idade dos pacientes no momento da coleta. Com essa informação foi possível organizar a pirâmide etária (Gráfico n^o 01), que permite visualizar a participação de cada faixa etária na amostra (a distribuição dos sujeitos da amostra por faixa etária, pode também ser vista na tabela I).

IDADE ATUAL DO PACIENTE POR SEXO

SEXO FEMININO

SEXO MASCULINO

MAIS DE 70 ANOS

66 A 70 ANOS

61 A 65 ANOS

56 A 60 ANOS

51 A 55 ANOS

46 A 50 ANOS

41 A 45 ANOS

36 A 40 ANOS

31 A 35 ANOS

26 A 30 ANOS

21 A 25 ANOS

15 A 20 ANOS

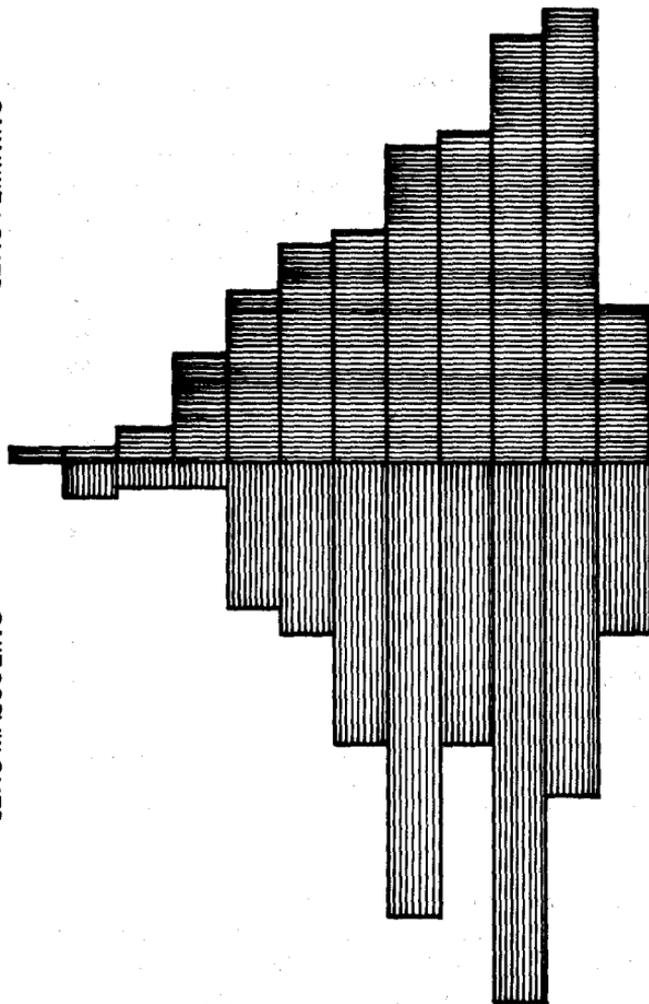


GRÁFICO Nº 01 – PIRÂMIDE ETÁRIA, POR SEXO, DOS PACIENTES.

ANEXO II

TABELA I

Distribuição de idade atual do paciente na amostra observada.

Idade Atual do Paciente	Sexo Masculino (em nº absoluto)	Sexo Feminino (em nº absoluto)
15 a 20	14	13
21 a 25	27	37
26 a 30	44	35
31 a 35	23	27
36 a 40	37	26
41 a 45	23	19
46 a 50	14	18
51 a 55	12	14
56 a 60	2	9
61 a 65	2	3
66 a 70	3	1
mais de 70	0	1
Total	201	203
Média	35,1	35,5

Estes dados foram comparados com os dados da amostra teórica retirada da população geral, uma amostra para cada sexo (a distribuição da população do Estado de São Paulo por faixa etária pode também ser vista na Tabela II. Estas amostras teóricas, baseadas no Censo Demográfico de 1980, seriam aquelas de igual tamanho das amostras observadas e em que cada faixa etária estaria representada com a mesma porcentagem do total, com que o estão na população geral. Foi considerada a população geral total do Estado de São Paulo, uma vez que a inexistência de hospitais psiquiátricos, na maioria das cidades do interior, faz com que muitos de seus doentes sejam internados em hospitais da área metropolitana.

Vê-se no Gráfico nº 02 que as primeiras faixas etárias, de 15 a 25 anos, para o sexo masculino e de 15 a 20 anos para o feminino e,

especialmente, as últimas faixas etárias, isto é, idade superior a 55 anos para o sexo masculino e superior a 60 anos para o feminino, estão sub-representadas na amostra observada. Por sua vez, em ambos os sexos as faixas etárias intermediárias estão super-representadas. Nota-se também que a super-representação das faixas etárias intermediárias é sensivelmente uniforme no caso do sexo feminino, sendo, no entanto, bastante variável no caso do sexo masculino, onde há grande excesso nas faixas de 25 a 30 anos e de 35 a 40 anos (as Tabelas I e III, permitem também comparar as distribuições de idade da amostra observada com a de uma amostra teórica baseada na população geral do Estado de São Paulo).

TABELA II

Distribuição de idade na população do Estado de São Paulo (Brasil)

Idade (anos)	Total	Homens	Mulheres
15 a 19*	2.714.541	1.335.559	1.378.982
20 a 24	2.653.393	1.326.462	1.326.931
25 a 29	2.336.849	1.173.953	1.162.896
30 a 34	1.908.937	977.458	931.479
35 a 39	1.520.759	748.185	772.574
40 a 44	1.339.642	703.429	636.213
45 a 49	1.100.627	533.468	567.159
50 a 54	979.308	484.842	494.466
55 a 59	756.163	359.225	396.938
60 a 64	547.380	262.108	285.272
65 a 69	440.915	219.419	221.496
70 e mais	577.485	265.780	311.705
Total	16.875.999	8.389.888	8.486.111

Fonte: Tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980 (IBGE).

* Embora haja pequenas diferenças entre os limites das faixas etárias da amostra observada (Tabela I e da amostra teórica, indicados na tabela acima, os limites desta, sendo um ano a menos que os daquela, parece que tal diferença não invalida as comparações feitas no presente estudo.

IDADE ATUAL DO PACIENTE POR SEXO

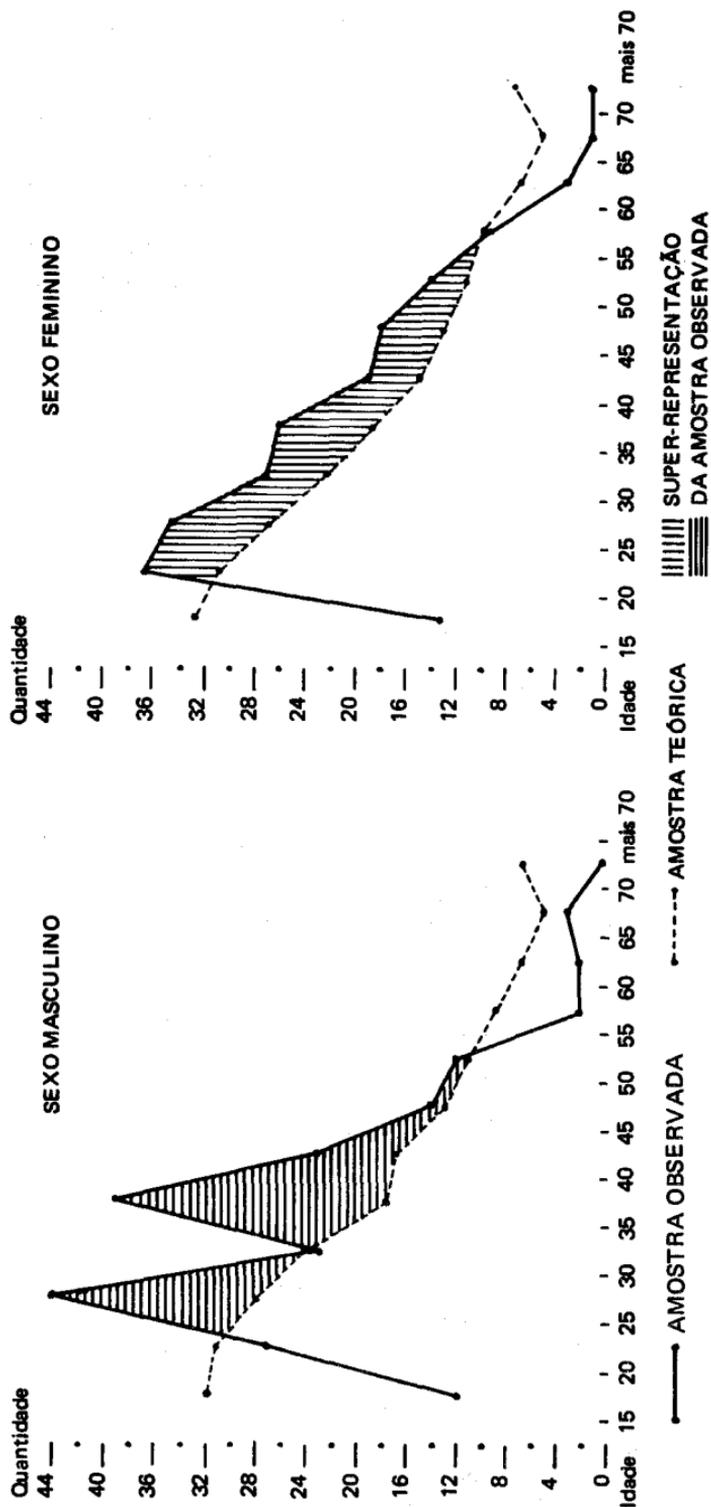


GRÁFICO Nº 02 — COMPARAÇÃO DE AMOSTRA OBSERVADA COM AMOSTRA TEÓRICA (POR SEXO)

TABELA III

Distribuição de idade numa amostra teórica baseada na população geral do Estado de São Paulo

Idade (anos)	Sexo masculino (em nº absoluto)	Sexo feminino (em nº absoluto)
15 a 20	32,00	32,99
21 a 25	31,78	31,74
26 a 30	28,12	27,82
31 a 35	23,42	22,28
36 a 40	17,92	18,48
41 a 45	16,85	15,22
46 a 50	12,78	13,57
51 a 55	11,62	11,83
56 a 60	8,61	9,50
61 a 65	6,30	6,82
66 a 70	5,26	5,30
mais de 70	6,37	7,46
Total	201,03	203,01
Média	35,8	36,2

Calculada a média de idade dos pacientes esquizofrênicos, verificou-se ser ela da ordem de 35 anos (35,1 anos para o sexo masculino e 35,5 para o feminino), enquanto que na amostra teórica esta média é um pouco maior — 0,7 anos — ou seja, da ordem de 36 anos (35,8 anos para o sexo masculino e 36,2 para o sexo feminino).

Estas diferenças, no entanto, não se revelaram, estatisticamente significantes, ao nível de 0,01, como mostram os dados contidos na Tabela IV, a seguir.

TABELA IV

Teste de Significância das Diferenças de Média
(Idade Atual do Paciente — Amostra Observada X Amostra Teórica)

Estatísticas calculadas a partir das idades dos sujeitos de cada tipo de amostra		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
		Amostra Observada	Amostra Teórica*	Amostra Observada	Amostra Teórica*
Média	M	35,10	35,80	35,50	36,20
Desvio padrão	S	10,88	15,34	12,11	15,70
Erro padrão da média	E_m	0,767	0,00	0,850	0,00
t de Student	t	0,9126		0,8235	

* Baseada nas Tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil — 1980 (IBGE).

ESTADO CIVIL DO PACIENTE

Na pesquisa procurou-se averiguar o estado civil do paciente, e os dados colhidos estão apresentados nos Gráficos nº 03 e nº 04.

No Gráfico nº 03 está representada, em números absolutos e por sexo, a quantidade de pacientes em cada estado civil, tanto na amostra observada como na amostra teórica obtida a partir do Censo Demográfico de 1980.

Observe-se que a predominância de solteiros na amostra não pode ser explicada pela predominância de pacientes jovens (15 a 20 anos), que representam apenas cerca de 7%, tanto dos pacientes masculinos, como dos femininos. Pelo contrário, na amostra observada de ambos os sexos há uma super-representação de sujeitos, cujas idades seriam compatíveis com o casamento entre pessoas psicologicamente normais.

No Gráfico nº 04 está representado, percentualmente, para ambos os sexos, a participação de cada estado civil no total das amostras, observadas e teóricas (as distribuições dos sujeitos de cada sexo e de cada amostra, bem como das amostras totais, conforme o estado civil, podem ser vistas, respectivamente, nas Tabelas V e VI). Observando-se o gráfico, nota-se que a participação de solteiros, de um lado, e de desquitados e de divorciados, de outro, no total da amostra de pacientes esquizofrênicos é,

ESTADO CIVIL DOS PACIENTES

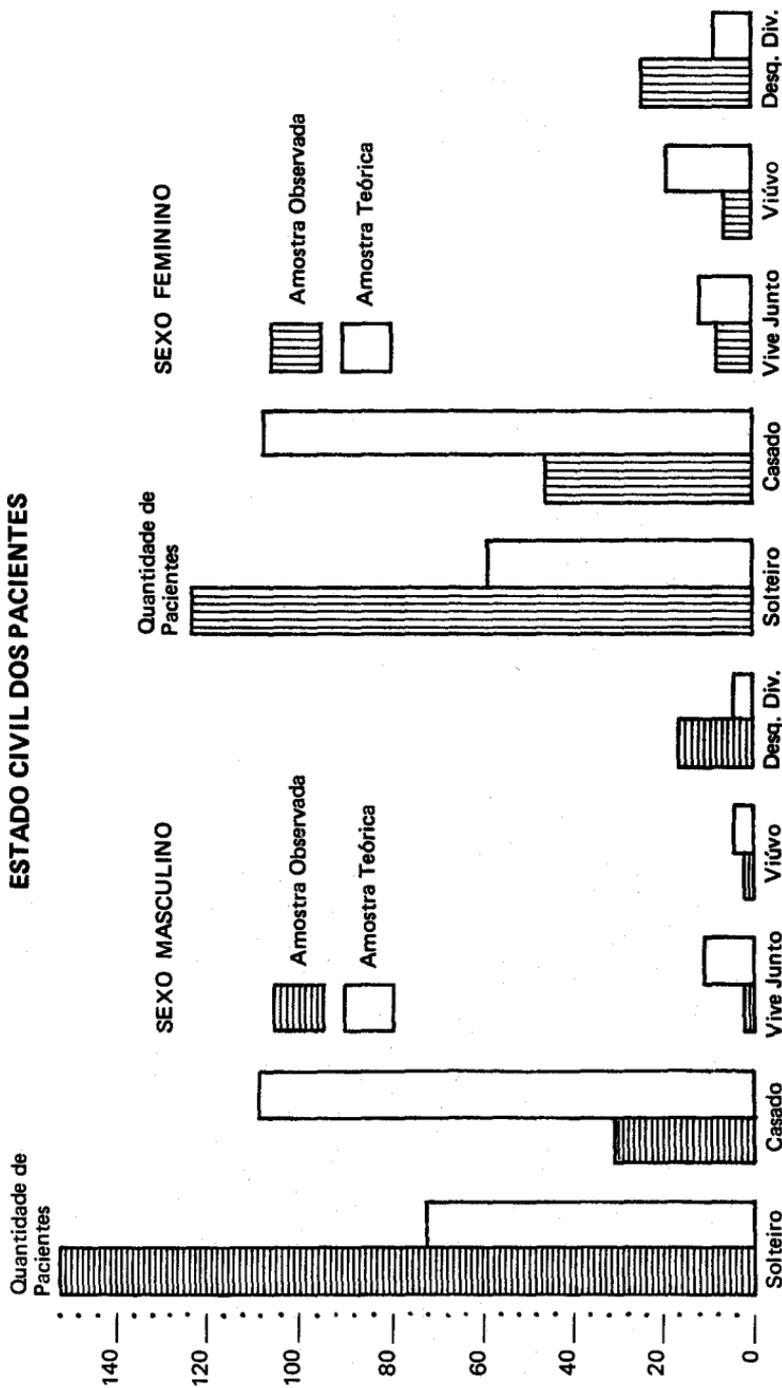
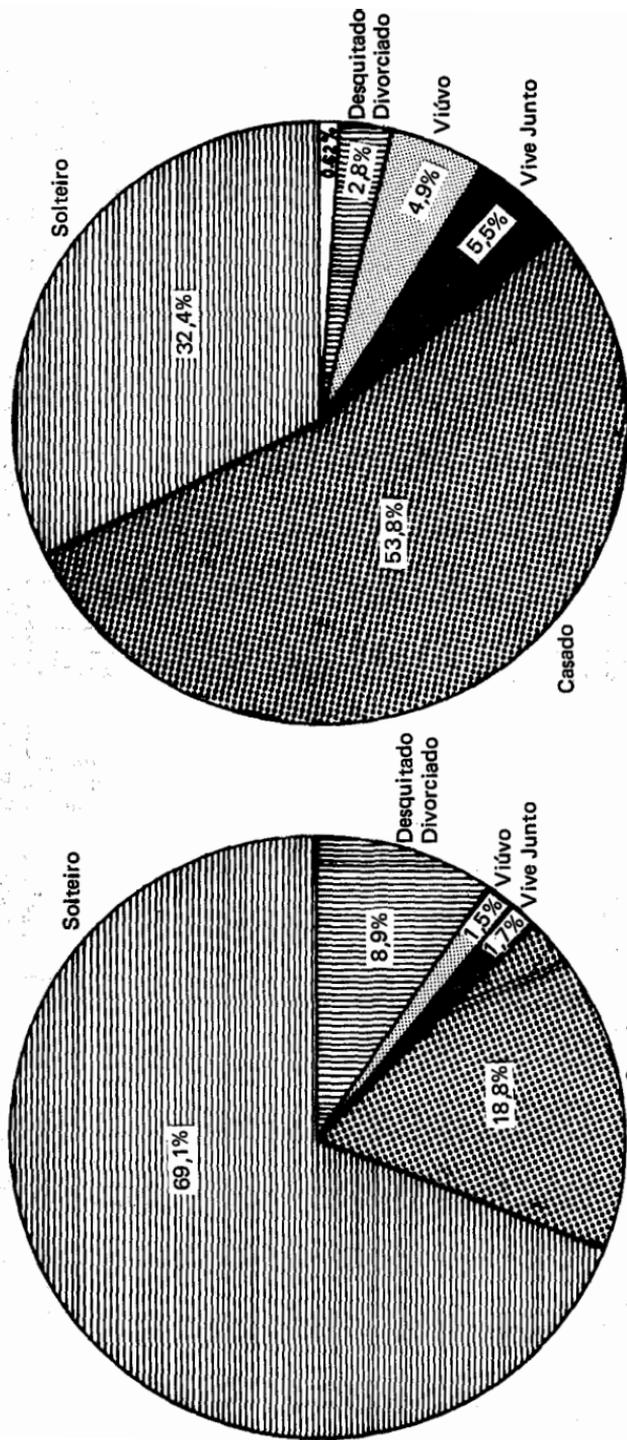


GRÁFICO Nº 3 — ESTADO CIVIL DOS PACIENTES, POR SEXO. COMPARAÇÃO DA AMOSTRA OBSERVADA COM A AMOSTRA TEÓRICA

ESTADO CIVIL DOS PACIENTES



AMOSTRA OBSERVADA

AMOSTRA TEÓRICA

GRÁFICO Nº 4 – PARTICIPAÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O ESTADO CIVIL NO TOTAL DA AMOSTRA

TABELA V

Estado Civil do Paciente

Estado Civil	SEXO MASCULINO				SEXO FEMININO			
	Amostra Observada		Amostra Teórica*		Amostra Observada		Amostra Teórica*	
	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%
Solteiro	152	75,6	72,39	36,1	127	62,5	58,38	28,9
Casado	31	15,4	108,49	54,1	45	22,1	108,74	53,5
Vive junto	1	0,5	11,00	5,5	6	3,0	11,02	5,4
Viúvo	1	0,5	3,55	1,8	5	2,5	16,24	8,0
Desquitado/divorciado	16	8,0	3,80	1,9	20	9,9	7,34	3,6
Sem declaração	—	—	1,34	0,6	—	—	1,12	0,6
Total	201	100,00	200,57	100,00	203	100,00	202,84	100,00

* Baseado nas tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil — 1980 (IBGE)

TABELA VI

Estado Civil do Paciente (Amostra Total)

Estado	Amostra Observada		Amostra Teórica*	
	Freqüência	%	Freqüência	%
Civil				
Solteiro	279	69,1	130,77	32,4
Casado	76	18,8	217,23	53,8
Vive junto	7	1,7	22,02	5,5
Viúvo	6	1,5	19,79	4,9
Desquitado/divorciado	36	8,9	11,14	2,8
Sem declaração	—	—	2,46	0,6
Total	404	100,0	403,41	100,0

* Baseado nas tabulações avançadas do Censo Demográfico IX Recenseamento Geral do Brasil — 1980 (IBGE)

respectivamente, pouco mais que o dobro (69,1%: 32,4%) e que o triplo (8,9%: 2,8%) da participação destes estados civis na população geral. Verifica-se, também, que a participação dos demais estados civis na amostra observada é, para cada caso, aproximadamente de um terço da participação na amostra teórica (casados 18,8%: 53,8%, vivem juntos 1,7%: 5,5% e viúvos 1,5%: 4,9%).

TAMANHO DA PROLE À QUAL PERTENCEM OS PACIENTES

Com as informações colhidas, foi organizado o Gráfico nº 05, no qual está representado o número de pacientes que pertenciam a proles de diversos tamanhos (a distribuição de freqüência relativa ao tamanho da prole, a qual pertencem os pacientes, pode ser também vista na Tabela VII). Verificam-se de pacientes masculinos e femininos que, a não ser no caso de proles com sete pessoas, as proles de tamanho médio, com 4 até 8 pessoas, são as mais freqüentes. O número médio de filhos foi 6,60 filhos, quando ambos os sexos foram considerados, sendo 6,43 para as proles às quais pertenciam os pacientes do sexo masculino e 6,76 para as proles, às quais pertenciam os de sexo feminino. Tal diferença não é estatisticamente significativa ao nível de 0,01.

TAMANHO DA PROLE A QUE PERTENCEM OS PACIENTES

Quantidade de Pacientes

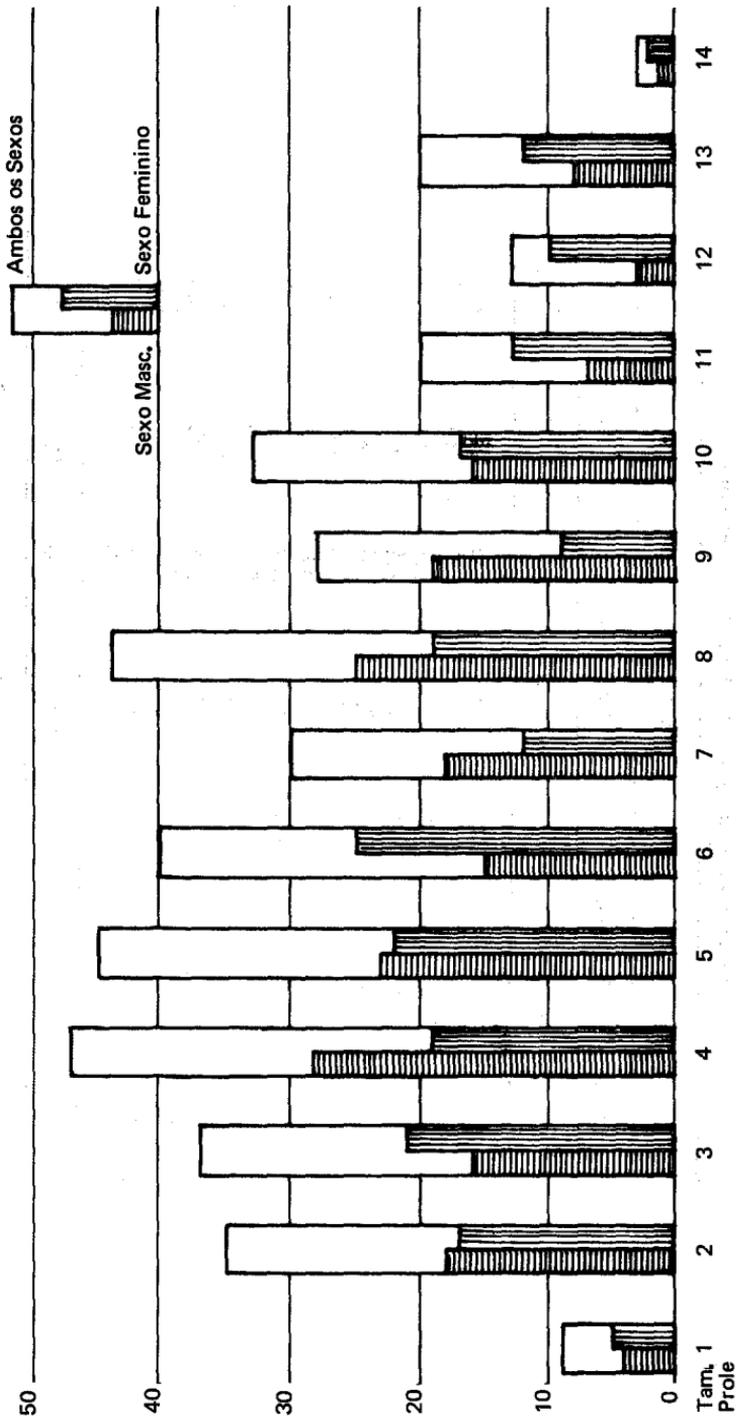


GRÁFICO Nº 05. TAMANHO DA PROLE A QUE PERTENCEM OS PACIENTES (POR SEXO)

TABELA VII

Tamanho da Prole à qual Pertencem os Pacientes

Tamanho da Prole	SEXO					
	Masculino		Feminino		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
1	4	2,0	5	2,5	9	2,2
2	18	9,0	17	8,4	35	8,7
3	16	8,0	21	10,3	37	9,2
4	28	13,8	19	9,4	47	11,6
5	23	11,4	22	10,8	45	11,1
6	15	7,5	25	12,3	40	9,9
7	18	9,0	12	5,9	30	7,4
8	25	12,3	19	9,4	44	10,9
9	19	9,5	9	4,4	28	6,9
10	16	8,0	17	8,4	33	8,2
11	7	3,5	13	6,4	20	5,0
12	3	1,5	10	4,9	13	3,2
13	8	4,0	12	5,9	20	5,0
14	1	0,5	2	1,0	3	0,7
Total	201	100,0	203	100,0	404	100,0
Média	6,43		6,76		6,60	

Comparando-se aquele valor médio, 6,60, com 4,65, que é o número médio de filhos por mulher com mais de 30 anos, conforme o Censo Demográfico de 1980 para o Estado de São Paulo, vê-se que a diferença entre essas médias é de pouco mais de 40%, ou seja, quase dois filhos (a Tabela VIII, em anexo, apresenta dados relativos à fecundidade de mulheres de 15 anos e mais, na população do Estado de São Paulo). Fez-se a comparação com o número médio de filhos de mulheres de mais de 30 anos da população do Estado de São Paulo, porque as mães dos pacientes tinham, no mínimo, 30 anos de idade, pois os pacientes tinham no mínimo 15 anos de idade e não houve caso de mãe ter gerado filho antes de 15 anos de idade, como se pode ver na Tabela X, em anexo.

Este valor é ainda significativamente maior, ao nível de 0,01, do que o número de filhos por mulher, tidos pelas que pertencem à faixa etária de 65 a 69 anos, o que bem mostra que os pacientes da amostra pertencem a proles bem maiores do que a prole da população geral do Estado de São Paulo.

TABELA VIII

FECUNDIDADE: Mulheres de 15 anos e mais; filhos tidos e filhos por mulher na população do Estado de São Paulo

Idade	Mulheres que tiveram filhos	Filhos tidos		Filhos nascidos vivos por mulher	Observação
		Total de filhos ¹	Filhos por mulher		
15 a 19	143 900	195 407	1,36(2)	1,31	Mães com mais de 30 anos
20 a 24	610 613	1 061 260	1,74(2)	1,61	4 019 991
25 a 29	822 369	1 926 909	2,34(2)	2,25	Total de filhos
30 a 34	751 867	2 335 039	3,11(2)	2,96	18 709 762
35 a 39	671 280	2 606 512	3,88(2)	3,69	Filhos por mulher 4,65
40 a 44	567 139	2 526 774	4,46(2)	4,26	
45 a 49	516 600	2 608 423	5,05(2)	4,77	
50 a 54	445 224	2 262 417	5,08(2)	4,75	
55 a 59	343 276	1 852 420	5,40	5,00	
60 a 64	254 099	1 527 352	6,01	5,65	
65 a 69	196 638	1 208 339	6,14	5,75	
mais de 70	273 868	1 782 486	6,51	6,07	
Total	5 596 873	21 893 338	3,91	3,70	

(1) Inclui filhos nascidos mortos.

(2) Tiveram filho no ano anterior à data do CENSO

FONTE: Tabulações avançadas do Censo Demográfico - IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980 (IBGE).

DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo consistiu em conhecer a relação entre alguns dados demográficos e a esquizofrenia. Comparamos os dados da amostra observada com os dados da amostra teórica, retirada da população geral do Estado de São Paulo. Estudamos não se esses dados são a causa da esquizofrenia, mas qual participação eles podem ter na série de fatores complexos, atuando em reciprocidade de influências em momentos ou em circunstâncias significativas para o indivíduo.

No que diz respeito à "idade dos pacientes no momento da coleta dos dados", a média nos pacientes esquizofrênicos, verificou-se ser de ordem de 35 anos (35,1 anos para o sexo masculino e 35,5 para o feminino). Resultados semelhantes ao deste estudo foram obtidos por nós (Bucher e Térzis, 1980), em clínicas psiquiátricas do Distrito Federal e arredores. Ao que diz respeito à idade, a média nos esquizofrênicos foi 34,8 anos para os homens e de 35,9 para as mulheres. Já Henry Ey (1981) expressa a opinião que a esquizofrenia aparece, quanto à idade, de maneira idêntica em ambos os sexos, o que corresponde aos nossos resultados. Todavia, não conhecemos a idade da primeira manifestação da doença em nossos pacientes, considerando-se que a maioria desses pacientes já estava internada, há pelo menos cinco anos e que a internação tende a ocorrer após a doença ter atingido um estágio avançado, pode-se afirmar que realmente a esquizofrenia é uma doença de jovens.

Em relação ao estado civil, a comparação entre os números de sujeitos de cada amostra — observada e teórica — conforme o estado civil, mostra um contingente, visivelmente maior, de sujeitos solteiros e, com menor evidência, de sujeitos desquitados e divorciados. Esta observação é aplicável à amostra feminina. Essa ocorrência pode ser explicada tanto por um fator interno psicológico — rejeição de responsabilidade e/ou participação, por uma impossibilidade de estabelecer relações; como por um fator externo social — pressões do meio ambiente, família e comunidade, como procedimento, por assim dizer profilático, que impede ou dificulta o casamento do esquizofrênico. Na mesma direção dos resultados aqui relatados, orientam-se os que foram obtidos por outros autores. Assim, por exemplo, Crowcroft (1971) entende que a condição de solteiro é, muitas vezes, já uma expressão da doença, sobretudo de dificuldades próprias ao indivíduo ter contato e comunicação. Além disso, esse autor encontrou nas hospitalizações psiquiátricas uma taxa elevada de pessoas desquitadas, o que levou a concluir que tanto a dificuldade para se casar, quanto o malogro no casamento são sintomas de um distúrbio básico.

Quanto ao "tamanho da prole à qual pertencem os pacientes", verifica-se que o número médio de filhos foi 6,60 filhos, quando ambos os sexos foram considerados. Este dado é confirmado por outros autores. Farina et alii (1963) mostraram que no caso de grandes famílias, a ocorrência de esquizofrenia é maior, especificamente, entre indivíduos que se situam em postos correspondentes à segunda metade dentro do grupo de irmãos. Wahl (1954) estudou um grupo de quatro subtipos de pacientes esquizofrênicos internados e notou uma grande fecundidade nas famílias de que provinham. O número médio de filhos foi 4,1, enquanto que em famílias norte-americanas que tiveram filhos, o número médio por família era 2,2. Convém aqui lembrar que no presente estudo o número médio de filhos foi 6,60.

O dado empírico, estatisticamente comprovado, é que aumenta o número de esquizofrênicos conforme aumenta o número de filhos (Térzis, 1983). Esse dado, no entanto, pode, de um lado, ser apreciado à luz de variáveis micro e macrosociais. Entre as primeiras, incluem-se aquelas ligadas ao meio familiar e sua influência sobre os filhos. Entre as variáveis macrosociais, destacam-se a classe social e cultura.

Estudos correlacionais têm permitido estabelecer uma verdadeira tipologia psicológica baseada na ordem de nascimento e esquizofrenia. De acordo com o nosso estudo (Térzis, 1983), que levou em consideração o tamanho da prole, encontramos uma relação consistente entre ordem de nascimento e esquizofrenia. Por exemplo, a análise dos dados de famílias grandes e pequenas forneceu uma clara evidência de que a distribuição dos esquizofrênicos por ordem de nascimento varia com o tamanho da família. Os pacientes, tanto do sexo masculino como do feminino, foram mais sujeitos à doença, quando primogênitos nas pequenas proles, e, quando caçulas, nas grandes proles. Os resultados referentes aos caçulas, foram considerados à luz de variáveis familiares e sócio-culturais, que descrevem o caçula como o filho que tende a enfrentar mais freqüentemente situações de maior dependência e geradoras de frustrações (Biopsicológicas). Também essas famílias com maior número de filhos, foram classificadas como pertencentes à classe social-econômica baixa, e verificou-se significativa a ocorrência de desagregação familiar ocorrida numa idade em que a criança era mais vulnerável a ela (Térzis, 1984). Provavelmente, a pobreza em que viveram e a ignorância dessas famílias a respeito das técnicas de controle de natalidade expliquem a tendência a terem grandes proles.

ABSTRACT

The purpose of the present study is to investigate the association between certain characteristics – Demographics and of schizophrenia.

In order to examine the above mentioned proposal the relation between birth order, in different family sizes, and schizophrenia – 404 schizophrenic patients (201 males and 203 females) from five psychiatric hospitals in the Greater São Paulo were observed.

The sample included patients whose age ranged from fifteen to seventy, their mean age being slightly above 35.

The proportion of unmarried, legally separated and divorced people was significantly larger in this sample than in the general population of the State of São Paulo, for the year of 1980.

Over half the patients came from families of 4 to 8 siblings, and the average number of children per mother in those families was significantly higher, e. (.6.60) in comparison with the average figure from the population, in general (4.65).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUCHER, R. E. e TÉRZIS, I. A. – Ordem de nascimento e relacionamento Fraternal de Pacientes esquizofrênicos. **Arquivos Neuropsíquicos** (São Paulo), **38**: 53 – 64, 1980.
- CLAUSEN, J. A. y KOHN, M. L. – “Relaciones Sociales y Esquizofrenia: un Informe de Investigación y la Manera de enfocar el Tema”. In: JACKSON, D.D. **Etiologia de la Esquizofrenia**. Version Castelhana, Buenos Aires, Amarrortu Edit., 1974.
- COOPER; MORGAN, H. G. y SHEPERD, M. – **Epidemiologia Psiquiátrica**. Madrid, Publicaciones del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1973.
- CROWCROFT, A. – **O Psicótico: Compreensão da Loucura**. Trad. de Marcelo Corção. Rio de Janeiro, Zahar Edit., 1971.
- EY, H. – **Tratado de Psiquiatria**. Barcelona, Toray-Masson, 1970.
- FARINA, A.; BARRY, H. and GARMEZY, N. – Birth order of Recovered and nonrecovered Schizophrenics. **Arch. Gen. Psychiat.**, **9**: 224 – 228, 1963.
- FREITAS, J. – **Diretrizes programáticas de Saúde Mental**. Trabalho apresentado na VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1977.
- MADALENA, J. C. – **A Epidemiologia das Doenças Mentais, Hospital das Clínicas, Departamento Psiquiatria (Biblioteca)**, S/D.
- O.M.S. – **La Schizophrenie: Etude Multinational: resumé de la phase d'évaluation initial de l'étude Pilote internationale sur la schzophrénie**. Genése, O.M.S., 1977.

- ROLLMAN – BRANCH, H. S. – The First born child, male vicissitudes of Preoedipal Problems. *Int. J. Psycho-Anal.*, **47**: 404 – 415, 1966.
- SANDLER, P. C. – Dinâmica Sócio – Cultural na Epidemiologia da esquizofrenia. *Bol. de Psiquiatria (São Paulo)*, **6**: 59 – 100, 1973.
- SANDLER, P. C. e SANDLER, E. H. – Esquizofrenia e ordem de nascimento. *Arq. Neur. – Psiquiat. (SP)*, **36**: 46 – 66, 1978.
- SCHACHTER, S. – *The psychology of affiliation*. Stanford – Califórnia, Stanford Univ. Press, 1959.
- SUNDARARAJ, N. and RAO, R. – Order of Birth and Schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.*, **112**: 1127 – 1129, 1961.
- TÉRZIS, I. A. – Ordem de nascimento, tamanho da Prole e Esquizofrenia. *Estudos de Psicologia (PUCAMP)*, **1**: 82 – 109, 1983.
- TÉRZIS, I. A. – Motivos Determinantes de Desagregação Familiar e Esquizofrenia. *Estudos de Psicologia. (PUCAMP)*, **2**: 85 – 102, 1984.
- WAHL, C. W. – Some Antecedent Factors in the Family Histories of 392 Schizophrenics. *Amer. Jour. Psychiat.*, **110**: 668 – 676, 1954.

ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

Maurício Knobel*

RESUMO

A sociedade limita a expressão da sexualidade adolescente, dificultando seu desenvolvimento. O luto pela bissexualidade perdida é um dos processos que caracterizam a adolescência. A evolução para a heterossexualidade se inicia anteriormente na vida, com a aparição da Fase Genital Prévia, dependendo do tipo de sua elaboração, o modelo de genitalidade adolescente primeiro e adulta posteriormente. Os aspectos edfípicos anteriores e sua peculiar elaboração são determinados na caracterização da situação edfílica adolescente, ou suas diferentes caracterfsticas no menino e na menina.

A **homossexualidade e masturbação** são processos normais da sexualidade adolescente. Estes aspectos são transitórios e preparatórios para uma sexualidade adulta. Os componentes manfacos de ambas as práticas e respectivas fantasias contribuem para a obtenção da identidade adulta, que implica o exercfcio de sua genitalidade adulta responsável e com fins procriativos, sempre que o meio social a facilite.

Os aspectos amorosos e criativos do indivíduo estão intimamente relacionados com a evolução de sua sexualidade. Durante a adolescência, estes aspectos encontram-se intensificados e o indivíduo adolescente, em virtude da capacidade do exercfcio genital, que alcançou nessa idade, pode também desenvolver suas melhores aptidões para conseguir o estabelecimento de vínculos humanos positivos, estáveis, tendentes a uma harmonia e boa relação entre os seres humanos, sempre e quando, a família e a sociedade assim o compreendam e o permitam.

Devemos levar muito em conta que a sociedade está apenas evoluindo para uma aceitação da sexualidade em geral e da genitalidade em particular, sendo esta última ainda muito restrita, apesar dos esforços que as abordagens científicas têm feito neste campo do convívio civilizado.

Do ponto de vista da teoria da aprendizagem, a sociedade se dedica, paradoxalmente, ao ensinamento no sentido de se evitar o contato sexual, com o objetivo de preparar o indivíduo para a época, em que realmente necessite de usar sua capacidade sexual num plano adulto. Isto poderia ser comparado com uma vasta e universal experiência de

* Depto. de Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCAMP.

Depto. de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM — UNICAMP.

condicionamento neurótico, em virtude do qual, leva-se o indivíduo a **não apreender** o que mais necessita para seu desenvolvimento posterior. Certamente, esta conduta social é a que nos leva a um exercício genital ansioso, temeroso e ineficaz e faz com que tenhamos de nos alarmar diante dos dados estatísticos, mostrando-nos que, de acordo com os códigos legais em vigência atualmente, 85% dos adolescentes varões foram, em algum momento, "transgressores sexuais" (Mussen e Conger, 1956).

Há, apesar de tudo, certa evolução favorável no sentido da aceitação da problemática sexual. Dos primeiros trabalhos de Freud e da preocupação assinalada por Stanley Hall em 1904 (Hall, 1916) sobre a importância da sexualidade no adolescente, temos que passar por quase 20 anos, nos quais há silêncio sobre este aspecto do problema até que aparece o trabalho de Jones, que em 1922, (Jones, 1922) destaca a importância desta idade, na conquista da maturidade sexual. Por último, devemos esperar outros 30 anos, como destaca Hemming, para que a conferência sobre educação e saúde mental da UNESCO, recomendasse melhor e mais real educação sexual dos jovens. (Hemming, 1960).

Fenomenologicamente, na evolução do autoerotismo à heterossexualidade que se observa no adolescente, vemos que há um oscilar permanente entre a atividade do tipo masturbatório e os começos do exercício genital, que tem características especiais nesta fase do desenvolvimento, onde há mais um **contato genital de tipo exploratório** e preparatório que a verdadeira genitalidade procriativa, que só se dá, com capacidade de assumir o papel correspondente, na vida adulta.

Ao ir aceitando sua genitalidade, o adolescente inicia a busca do par de forma tímida mas intensa. E o período em que começam os contatos superficiais, as carícias cada vez mais profundas e mais íntimas — que marcam a vida sexual do adolescente. Calcula-se que dos 13 aos 20 anos, 88% dos varões e 91% das meninas apresentam este tipo de atividade sexual e que, aos 21 anos, praticamente, 100% dos rapazes já tiveram esta experiência (Reevy, 1961).

O enamoramento apaixonado é também um fenômeno que adquire características singulares na adolescência e que apresenta todo o aspecto dos vínculos intensos, mas frágeis, da relação adolescente. O primeiro episódio de enamoramento ocorre na primeira adolescência — por volta dos 15 anos — e costuma ser de grande intensidade. Aparece aí esse amor a primeira vista que pode não somente não ser correspondido, mas que inclusive, pode ser totalmente ignorado pela parte amada do par (Hemming, 1960), como ocorre quando o ser amado é uma figura idealizada, ator de cinema, astro esportivo etc., que sabemos ser um claro substituto parental de tipo edípico. Este enamoramento absorve por completo os pensamentos e idéias, adquire em ocasiões um traço obsessivo e tem as características de uma verdadeira

canalização libidinal mono-objetal, de tonalidade depressiva, que permite ir elaborando a capacidade de amar, renunciando ao sexo oposto, perdido dentro de si mesmo, facilitando sua busca nesse ser amado.

O coito, na adolescência tardia, é um fenômeno muito mais freqüente do que se considera habitualmente, principalmente no mundo dos adultos, que quer negar a genitalidade habitual do adolescente. Calcula-se que de 40 a 60% dos adolescentes realizam o ato sexual completo, de características genitais (Reevy, 1961), que para nós, repetimos, tem mais um caráter exploratório, de aprendizagem da genitalidade, de que verdadeiro exercício genital adulto de tipo procriativo.

Já Freud (Freud, 1948) havia estabelecido a importância que têm os câmbios puberais para o estabelecimento da capacidade genital do sujeito. Assinalou ainda que os câmbios biológicos da puberdade são os que impõem o amadurecimento genital ao indivíduo, intensificando-se então todos os processos psicobiológicos que se vivem nesta idade. É importante destacar que Freud já havia falado de genitalidade na infância, e nós entendemos que este processo de aceitação da genitalidade, que se dá na adolescência, é o que impõe a urgência de elaborar o luto pelo corpo infantil perdido, que também significa a elaboração do luto pelo sexo oposto perdido neste processo, que se faz inevitável, porque a menstruação e a aparição do sêmen impõem o papel genital da procriação e a definição sexual correspondente (Aberastury et al., 1983, a; 1983, b).

A dentição marca o fim do vínculo oral com a mãe. O modelo de vínculo oral é o que se procurará restabelecer na segunda metade do primeiro ano de vida, quando aparece a Fase Genital Prévia (Aberastury, 1964; 1967). Aqui aparece a necessidade do terceiro e se estrutura o complexo do Édipo primário que tem para nós — seguindo a A. Aberastury — características genitais e não orais. É aqui que ocorre o descobrimento e a manipulação dos órgãos genitais e as fantasias de um vínculo a nível genital adquirem predomínio sobre o que significa a sexualidade no indivíduo. Estas fantasias de vínculo genital se dão com as características do **penetrante** para o masculino e do **penetrado** para o feminino. O vínculo deve restabelecer-se, portanto, ao nível destas funções e tanto para o homem como para a mulher, as primeiras fantasias de recuperação do vínculo perdido podem fazer-se, **caso se estabeleçam sobre um modelo genital**, utilizando então os órgãos genitais, não como instrumentos sádicos, como implicaria o seguir mantendo o vínculo oral após a aparição da dentição, mas sim, como uma possibilidade de vínculo afetivo e, portanto, possível de ser mantido. As fantasias de penetrar ou de ser penetrada são então o modelo de vínculo, que vai ser mantido durante toda a vida posterior do sujeito, como expressão do masculino e do feminino, para o qual as figuras da mãe e do pai são fundamentais e

essenciais. A ausência ou "déficit" da figura do pai vai ser a que vai determinar a fixação na mãe e, portanto, vai ser também a origem da homossexualidade, tanto do homem como da mulher, como veremos mais adiante.

A bissexualidade típica da infância é necessária, devido a dificuldade biológica do lactante e da criança no plano genital e mantém-se a seguir como defesa adolescente (Aberastury, 1983,b), diante do luto pela parte biológica, que não se tem nem se vai poder ter jamais no futuro.

As possibilidades de elaboração satisfatória no lactante da Fase Genital Prévia ocorrem se este pode masturbar-se de forma não compulsiva, se se identifica projetivamente com os pais num coito positivo e amoroso e se pode realizar atividades de jogo (Aberastury 1964; 1967).

Esta Fase Genital Prévia e sua elaboração ficam incluídas em todas as fases pré-genitais e vai se repetir no período fálico clássico, aos 4 ou 5 anos. Deve-se, portanto, tomar em conta as séries complementares, já que a evolução posterior da genitalidade se vai dar sobre o modelo da Fase Genital Prévia, e sua elaboração será dificultada, distorcida, impedida ou facilitada pelos pais ou substitutos parentais. A conduta dos pais diante da Fase Genital Prévia ou da genitalidade infantil influenciará de forma determinante, a evolução genital do sujeito.

Isto é o que vemos na adolescência, onde a instrumentação da genitalidade reacende a fantasia e experiência passada até esse momento. Assim, podemos ver o fenômeno da evolução do autoerotismo à heterossexualidade (masturbação primeiro, como Fase Genital Prévia; atividade lúdica que leva à aprendizagem — que é a aprendizagem lúdica do outro sexo através do tateio, bailes, jogos, esportes — o que é também uma forma de exploração). Aqui cabe também o problema da **curiosidade sexual**, expressada no interesse pelas revistas pornográficas que é tão típico do adolescente. O exibicionismo e o voyeurismo manifestam-se na vestimenta, o cabelo, o tipo de bailes, etc.

Neste período da vida, a importância das figuras dos pais reais aumenta. A cena primária é positiva ou negativa, segundo as experiências primeiras e a imagem psicológica que proporcionam os pais reais.

Os câmbios biológicos, que se operam na adolescência, produzem grande ansiedade e preocupação, porque o adolescente deve assistir a eles passiva e impotentemente. A tentativa de negar a perda do corpo e do papel infantil, especialmente, provocam modificações no esquema corporal que procura negar, na elaboração do processo normal de luto da adolescência (Aberastury et al. 1983,a). A conformidade com a própria identidade se projeta no aspecto físico do adolescente. Tanto entre nós, como nos outros países, como por exemplo nos EE.UU da América do Norte, (Mussen e Conger, 1956) se perguntarmos aos adolescentes de

ambos os sexos se desejariam uma modificação em seu aspecto físico, respondem em sua grande maioria, que sim. Não é que haja uma abdicação na realidade de seu papel sexual, mas que simplesmente está deslocado para o aspecto externo. Os deslocamentos costumam produzir-se para um detalhe do corpo. É o que Mira y López destacou como a "tricotilia" do varão e a "tricotofobia" da menina, na idade adolescente, (Mira y López, 1951). É o jovenzinho que começa a preocupar-se pela aparição da barba e do bigode, buscando sua aparição incessante e freqüentemente. A menina ao contrário, seguindo os cânones de nossa cultura, se horroriza se o busto aparece ou se seu rosto não está todo lisinho como corresponde a essa idade.

As mudanças de aspecto físico, as possibilidades de destreza muscular etc., são vividas como algo que produz, às vezes, estranhezas e insatisfação e que, unidas aos componentes psicológicos, aos quais já nos referimos, contribuem para criar esse sentimento típico de despersonalização que caracteriza, ocasionalmente, a adolescência.

As modificações percebidas não são, é claro, somente vividas no corpo ou como manifestações corporais, nem são também de tipo somente biológico, mas têm uma representação psicológica. Não devemos esquecer que as primeiras representações inconscientes têm uma repercussão corporal e, durante a adolescência, ocorre, exatamente, o mesmo. O que ocorre na fantasia inconsciente e o que ocorre no corpo marcam a interação psicofísica, que é importante ter, permanentemente, presente. Aqui aparecem sinais característicos do incômodo com que o adolescente vive estes câmbios biológicos, em virtude, precisamente, do que eles representam para eles psicologicamente. Aparece o **signal do curvar-se**, e da menina, quando caminha, ocultando seus seios crescentes, ou o **signal do requebrado**, que apresenta o jovem adolescente, que procura, desesperadamente, ocultar a imprevista e incômoda ereção de seu pênis.

O conflito também costuma exteriorizar-se na vestimenta, quando podemos ver adolescentes que buscam realçar sua maturidade ou negá-la. Vemos assim os jovens com barba e bigode, fumando cachimbo e deslocando-se com uma aparência de segurança e firmeza que costuma assombrar a seus contemporâneos; ou a menina que procura realçar seu busto, faz ostentação de seu corpo feminino e é ostensivamente sedutora. Em contraposição, estão os adolescentes que mantêm seu rosto liso, infantil, inclusive procurando dissimular com a roupa seu processo de amadurecimento, ou a menina que ostenta o sinal de curvar-se e veste-se de maneira perseverantemente infantil.

As mudanças atuais da moda mostram muito mais claramente a ambivalência de definição sexual, que vive, nestes momentos, a adolescência. Podemos dizer que, através da vestimenta do adolescente, pode-se ver como ele expressa seus conflitos de identificação sexual.

Anna Freud assinalou que a genitalidade determina modificações do ego que se vê em graves conflitos com o 'id', obrigando-o a recorrer a novos e mais específicos mecanismos de defesa (Freud, 1958).

Melanie Klein (Klein, 1948) afirma que o ressurgimento de libido que segue à latência, reforça as demandas do "id" ao mesmo tempo em que as exigências do superego se intensificam. O compromisso então, não só cobre o ego e o id, mas faz intervir ao superego muito ativamente. Se considerarmos que na configuração do superego, desde o primeiro momento, intervêm os pais, são estas lutas com as figuras parentais e logo mediante os processos de identificação com suas figuras, as que vão levar à cristalização final da identidade adolescente, preparando-a para ser uma identidade adulta.

Assim como durante a Fase Genital Prévia se estabelece o triângulo edípico, na adolescência este revive com toda intensidade, já que como a instrumentação da genitalidade se faz realidade, o indivíduo se vê obrigado a recorrer a mecanismos de defesa mais persistentes e enérgicos, que lhe permitam enfrentar-se com esta reedição da situação edípica, que adquire características angustiantes, porque pode levar a sua satisfação real, e, portanto, à **consumação do incesto**.

A consumação do **incesto** seria a realização da genitalidade primária com a perda absoluta da fonte de identificação sexual definitiva adulta. O indivíduo que realiza o incesto teria um impedimento no processo de **individuação**, já que permaneceria mantido em uma relação genital primária, sem definição sexual real. (A figura parental que permitiria o incesto atuaria ou ativaria a fantasia de impedir o desprendimento do filho). Manter-se-ia, assim, através da realização incestuosa, uma relação simbiótica (base da homossexualidade como estudamos com A. Aberastury).

Durante a adolescência, e como aspectos da elaboração da situação edípica, podemos ver aspectos **condutuais** femininos no varão e masculinos na menina, que são expressões de uma bissexualidade ainda não resolvida.

Ao ir elaborando na adolescência o complexo de Édipo, no varão aparecem idealizações do pai, que adquire então as características de um ser bom e poderoso, que permite visualizar os sentimentos que têm os adolescentes pelo seu pai real e que vai poder manejar na relação adulta com seu pai. Pode identificar-se então com os aspectos positivos do mesmo, superar o temor à castração, por meio de realizações e conquistas, completar seus estudos, aceitar seus progressos, que são os que lhe mostram que é na realidade ele mesmo, o próprio adolescente, o que tem também potência e capacidade criativa (embora haja passado por manipulações femininas das relações familiares, que, em ocasiões, se

ocultam sob os aspectos de atividades de tipo artístico ou intelectual, onde a modalidade passivo-receptiva denuncia sua verdadeira essência).

Na menina ocorre algo semelhante, já que, ao elaborar sua situação edípica, pode aceitar a beleza de seus atributos femininos e também realizar-se em um trabalho ou no estudo de uma maneira francamente feminina, aceitando que seu corpo não foi nem destruído nem esvaziado — que é a fantasia de castração na menina (Klein, 1948) — e que pode então — identificar-se também com os aspectos positivos de sua mãe (embora também tenha tido que passar por uma manipulação — condutivos de tipo masculino). É importante destacar que há uma situação muito especial na mulher, que se refere à aparição da menstruação, que costuma ser vivida de forma dramática em nosso meio em especial, na medida em que há uma maior restrição e negação, por parte dos pais e do mundo adulto, da genitalidade, que continua sendo menos tolerada ainda na mulher que no homem.

Em um inquérito que fizemos a respeito (Knobel e Scáziga, 1965), podemos ver como ainda, em nosso meio cultural, o fenômeno da manarca exige repressões, é vivida como algo perigoso e daninho, e, como todo o fenômeno ambiental familiar, determina este tipo de atitude cultural, que se repete em muitos outros lugares. O fluxo menstrual pareceria confirmar que o corpo da menina fora danificado por sua mãe, como uma vingança por seus desejos edípicos, com as fantasias de que não vai poder ter mais filhos, porque a privou disto e que não tem e nem terá pênis, com o agravante de que, para ela a conduta sexual então terá sempre caráter sádico e agressivo (Klein, 1948). Devemos destacar que este tipo de fantasia não ocorre **sempre** embora em uma grande proporção de meninas, se observa ainda este fenômeno em nossa cultura. Quando as fases genitais primárias, e a sexualidade em geral são mais aceitas pelos pais e, quando estes mantêm uma relação harmoniosa, oferecendo então uma imagem externa de cena primária positiva, a aparição da menstruação pode ser vivida como uma confirmação da sexualidade feminina e iniciar então, na menina, uma verdadeira etapa de satisfações e realizações genitais muito positivas.

É normal que na adolescência apareçam períodos de predomínio de aspectos femininos no varão e masculinos na menina. Devemos sempre ter presente o conceito de bissexualidade e aceitar que a posição heterossexual adulta exige um processo de flutuações e aprendizagem em ambos os papéis.

É este interjogo da vivência da bissexualidade, com as características que, culturalmente, se atribuem aos fenômenos relacionados com a definição sexual, que vai permitir as possibilidades de uma elaboração afetiva do complexo de Édipo.

A situação edípica persiste na realidade durante toda a vida. Deixa de ser um complexo patógeno, quando o homem ou a mulher, que chegam à maturidade, podem por em seu par os atributos positivos maternos e paternos sem negá-los. Supera-se então o aspecto de "complexo psíquico" e patógeno do conflito edípico. A dissociação entre **situação edípica e complexo edípico** faz-se possível com a maturidade genital que se elabora na adolescência (Knobel, 1979).

Estas estruturações edípicas levam implícitas modalidades relacionais edípicas, que é o que me permito chamar "situações edípicas", que são ao "complexo de Édipo", o que os mecanismos adaptativos (defesas) do Ego são à estrutura egóica.

Se na latência, o complexo de Édipo era fundamentalmente **ilusório** e se pode elaborar, ao estrito nível de fantasias, que levam a satisfação alucinatória do desejo edípico da atividade masturbatória, na adolescência os primeiros vislumbres discriminativos e a intensa vivência do corporal converte a fantasia edípica em **fálica ou real** (sem perder o ilusório), com o que se intensifica a repressão e onde a masturbação se torna angustiada e culposa.

A definição sexual, ou seja, o assumir uma "identidade sexual" se converte em uma **exigência**, que se torna veementemente estimulante. O nível de **ambigüidade** na conduta, tão observável como descritível, desde diversas perspectivas — é necessário como âmbito para elaborar processos de luto, identificações perdidas, aceitação de novas possibilidades egóicas e novas figuras de identificação.

A **situação edípica adolescente** se faz visível através da **negação** das figuras parentais — questionáveis e questionadas — que vão tomando cada vez mais lugar no não-ego do adolescente. A necessidade do grupo afasta também as figuras edípicas e os escarcéus com a homo e a heterossexualidade impedem os contatos mais concretos com aspectos discriminados do mundo externo. As mudanças constantes de humor, a intelectualização, o ascetismo, permitem o controle de objetos edípicos, mediante mecanismos fóbicos, obsessivos e fundamentalmente psicopáticos.

Naturalmente, que este manejar-se na ambigüidade, implica um risco de permanente desorganização psíquica. No adolescente, a possibilidade da irrupção predominante do sincretismo é constante. Creio que aqui é onde podemos encontrar, pelo menos, uma explicação dessa atitude paranóide do adolescente, que, ademais, lhe permite e obriga-o a tomar conveniente distância do mundo adulto (que parcialmente é sempre edípico ou compreende uma fantasia edípica).

Como, entre as configurações psicopatológicas polares da adolescência, encontramos com relativa freqüência o "acting-out"

psicopático de francas características sado-masoquistas ou o autismo — como entidade em si ou como prelúdio de uma hebefrenia — podemos compreendê-las como diferentes modalidades de elaboração da identidade adolescente. É dizer, que poderiam tratar-se de modalidades psíquicas, nas que o sincretismo persiste, através das chamadas estruturas psicóticas, nas que a situação edípica fica excluída (ou o sujeito defendido psicoticamente da fantasia edípica adolescente). Assinalei que se trata de configurações psicopatológicas polares, porque o sujeito passa de uma a outra de forma fugaz, rápida e com certa intensidade. Às vezes, o faz diretamente e, outras, através de modalidades neuróticas, psicopáticas ou de algumas formas de psicoses.

É preciso ter em conta que o exercício genital procriativo, sem assumir a responsabilidade conseqüente, não é um índice de maturidade genital, mas ao contrário, sinal de sérias perturbações neste nível. Portanto, não se pode aceitar como índice ou conquista de "genitalidade" o fato de que um adolescente, em tratamento psicoterápico ou psicanalítico, tenha conseguido estabelecer uma relação heterossexual ou iniciar contatos genitais procriativos. Observamos, inclusive, matrimônios consumados por adolescentes ou por pessoas jovens, com características francamente adolescentes, que mostram uma total incapacidade para assumir os papéis adultos correspondentes e que, portanto, estão condenados a um fracasso irremediável, que se evidenciará mais tarde ou mais cedo.

Nesta elaboração da situação edípica adolescente e na prática de tipo genital que pode implicar, há circunstâncias tais como as do orgasmo, a amizade intensa ou a luta física, que como diz Erikson (Erikson, 1960) requerem um afrouxamento egóico temporário. Isto facilita a aquisição de um exercício positivo de mecanismos de identificação projetiva, já que nestas circunstâncias e, em virtude dos processos elaborativos que estão se efetuando, o adolescente pode fazer este afrouxamento egóico, identificando-se, projetivamente, com o par, com o amigo ou com o inimigo ou oponente circunstancial, mas, recuperando-se rapidamente. São indícios de que vai aceitando diferentes identificações, que vão conduzir a sua identificação final (Erikson, 1956).

Todo este processo se realiza, passando por situações críticas e conflitivas. Spiegel (Spiegel, 1961) disse muito bem que a sexualidade parece atuar como uma força, que irrompe sobre o indivíduo em vez de ser vivida pelo adolescente, como uma força que desponta em seu corpo e que o obriga a separá-la de sua personalidade, mediante um mecanismo esquizóide, por meio do qual, o corpo é algo externo e alheio a si mesmo. Observamos adolescentes que nos falam de suas relações sexuais, como de algo necessário não para eles, mas para seu pênis ou para sua vagina, ou ainda para sua saúde corporal. É por isso que recorrem uma e mil vezes à negação de sua genitalidade. Ao tratar de recuperar maniacamente a

bissexualidade, tem que optar pela masturbação. Esta é, fundamentalmente, uma tentativa maníaca de manter a bissexualidade, que por vezes, se exterioriza através da prática homossexual.

A homossexualidade no adolescente:

Segundo Fenichel (Fenichel, 1960) a homossexualidade surge por causa de fatores sociais e a necessidade de evitar estar só, buscando a companhia do companheiro do mesmo sexo, para fugir, assim, da presença excitante do sexo oposto. O iniciado, como um simples contato sexual, logo se converteria então em relações objetivas sexuais pela volta do originalmente reprimido. Nós cremos que o problema é mais complexo e que são os processos de identificação iniciais, os que facilitam a experiência de tipo homossexual, sem negar que o espírito de grupo, o contato intenso, a comunidade de aspirações e as fantasias sexuais inconscientes da adolescência determinam aproximações homossexuais cada vez mais intensas.

Calcula-se que aproximadamente 3% das meninas e uns 27% dos meninos, em idade adolescente, chegam a ter orgasmo como resultado de contatos homossexuais, geralmente de tipo masturbatório (Mussen e Conger, 1956). Devemos destacar que "as experiências" homossexuais ocasionais entre adolescentes não devem ser consideradas patológicas, enquanto tenham o aspecto de fenômeno temporário de adaptação e não desemboquem em fixações definitivas" (Fenichel, 1960).

Na busca de definição genital, não há dúvida que o adolescente tem que passar por períodos de homossexualidade que, segundo nossa experiência, podem ser a projeção da bissexualidade perdida e fantasiada, em outro indivíduo do mesmo sexo. Isto permitiria, em fantasia, ao adolescente recuperar o sexo que se está perdendo neste processo de identificação genital.

Não nos devem alarmar as situações fugazes de homossexualidade que apresente o adolescente, sobretudo aqueles, onde a homossexualidade aparece mascarada, através dos contatos mútuos entre adolescentes do mesmo sexo, suas saídas, etc. É muito freqüente ver o contato de tipo homossexual, tipo pele a pele, entre as adolescentes, o que é inclusive tolerado pela sociedade. Em troca, há também uma manifestação francamente homossexual entre as "turminhas" dos adolescentes, onde este tipo de contato carinhoso das meninas se transforma em golpes, empurrões, hostilidades, que tem todas as características de reações contrafóbicas ao contato homossexual.

Tudo isso devemos interpretar como um processo normal da adolescência que tende, fundamentalmente, à conquista da definição genital Mas sabemos também que a evolução à heterossexualidade estará

seriamente perturbada se a figura do pai não aparece com suas características e papéis bem definidos.

A falta da figura paterna faz com que tanto o rapaz como a mulher se fixem na mãe. O rapaz ao não ter uma figura masculina com quem se identificar por "déficit" ou ausência da figura paterna, tratará de buscá-la toda sua vida (busca do pênis que dá potência e masculinidade). A menina fica fixada à relação oral com a mãe e no contato pele a pele, "ignorando", reprimindo as possibilidades de uma relação com um pênis pela inexistência do mesmo.

Daf que para nós (seguindo idéias e estudos realizados com A. Aberastury), a raiz da homossexualidade, que costuma dar-se, transitoriamente, como uma manifestação típica da adolescência, devemos buscá-la na circunstância de que o pai não assume seus papéis ou está ausente. Então tanto o rapaz quanto a menina vão à homossexualidade, porque ambos ficam assim obrigados a manter a bissexualidade como defesa diante do incesto.

A masturbação na adolescência:

O fenômeno masturbatório é de uma importância extraordinária na sexualidade da adolescência.

A. Aberastury considerou (Aberastury, 1964; 1967; 1978) que o fracasso da união oral com a mãe obriga à busca de outra forma de união, que permite reestabelecer o vínculo perdido, sendo os genitais os únicos aptos para este destino, configurando a Fase Genital Prévia a que já nos referimos.

O luto pelo seio exige do menino uma elaboração dolorosa que se desenvolve, cumprindo os mesmos passos que Freud e seus continuadores — em especial Melanie Klein — estudaram no trabalho de luto no adulto.

Este desprendimento, que se anuncia com a posição depressiva, culmina na desmama, um de cujos mais agudos sofrimentos é a perda de um objeto concreto, externo, real — o seio — e o ver-se obrigado no nível genital a renunciar a ele até chegar à maturidade sexual. Ao declinar a organização oral, o bebê dispõe — como no momento de nascer — de impulsos orais, anais e genitais, mas que, desta vez, o conduzirão a uma organização genital.

Ao produzir-se o desprendimento e prévio à atividade masturbatória, existe uma manipulação dos genitais com finalidade exploratória. Pelas diferenças anatômicas, a manipulação dos genitais foi mais observada em meninos, nos quais a capacidade erétil do pênis o põe em evidência. Através da observação de lactantes e dos dados obtidos pelos

grupos de pais e mães, chega-se à conclusão de que este mesmo período na menina se expressa com uma busca tendente a reconhecer e explorar sua vagina.

A atividade masturbatória na primeira infância tem uma finalidade exploratória e preparatória para a futura aceitação da genitalidade (Aberastury e Knobel, 1966).

Estas experiências reais de exploração, que tem por finalidade encontrar órgãos capazes de reproduzir a relação perdida, vão configurar no esquema corporal, a imagem do aparelho genital e levam o bebê ao juízo da realidade de que seu corpo dispõe de um só dos termos da relação perdida: a menina encontra a vagina e o menino o pênis. O descobrimento e exploração do próprio sexo forçam o bebê a abandonar a fantasia de bissexualidade e a reconhecer que o outro sexo, imprescindível para conseguir a união, tem que buscá-lo fora de seu próprio corpo. A atividade masturbatória que aparece neste período tem, para nós, a característica de uma negação onipotente da diferença de sexo, que obriga ao abandono da fantasia de bissexualidade, que ainda nesta tenra idade é insatisfatória (Aberastury e Knobel, 1966).

Quando a menina ou o menino se masturbam reconstruem com a parte de seu próprio corpo o sexo que não tem; isto explica porque as técnicas masturbatórias são diferentes no menino e na menina, já tão cedo na evolução.

Com a bipedestação, a marcha e a linguagem o menino tem novas fontes de satisfação e se amplia seu relacionamento com o mundo. A atividade masturbatória diminui então e se faz cada vez mais crescente a atividade lúdica e as múltiplas sublimações que surgem nesta idade (Aberastury, 1958).

Nos distintos períodos da vida, antes de chegar à vida adulta, se mantêm a atividade masturbatória com estas características de negação maníaca.

Encontramos que, além das fantasias da cena primária que se descreveram como típicas da masturbação, também existe uma verdadeira dissociação mente-corpo, na qual o indivíduo aparece como espectador de uma cena primária, que se está realizando, em seu próprio corpo. Crianças e adolescentes costumam associar com o relato de suas experiências masturbatórias, cenas onde o coito dos pais está sendo visualizado por eles.

A masturbação, de acordo com o que estamos expondo, é primeiro uma experiência lúdica na qual as fantasias edípicas são manejadas solitariamente, intentando descarregar a agressividade misturada com erotismo, através da mesma e aceitando a condição de terceiro excluído. É também como assinalamos, uma tentativa maníaca de negar a perda da bissexualidade o que por outro lado, é parte do processo de luto

normal da adolescência. Durante o ato masturbatório, na adolescência haveria assim uma espécie de triunfo maníaco, pelo qual se procura retardar o trabalho de luto que significa a perda da bissexualidade que já havia começado no nascimento.

As defesas obsessivas, maníacas, paranóides e fóbicas, normais no processo de desenvolvimento, se mostram muito claramente durante o período masturbatório da segunda infância e da latência, já que é aqui quando aparecem freqüentemente os jogos de tipo obsessivo-compulsivo, detalhados e solitários que representam a elaboração destes conflitos através dos mecanismos habituais a disposição da criança, que contribuem à atuação motora através do jogo. A atividade lúdica, característica fundamental da infância, permite também a elaboração dos conflitos com relação às atividades genitais e as fantasias edípicas concomitantes, mediante a atuação motora.

A masturbação se converte em uma forma de elaboração do conflito edípico e se relaciona diretamente com a cena primária. Winnicott, (Winnicott, 1965) ao estudar a capacidade de estar só, diz: "pode-se dizer que a capacidade do indivíduo para estar só, depende de sua habilidade para manejar os sentimentos que se despertam pela cena primária. Na cena primária há uma relação excitada entre os pais, que é percebida ou imaginada e que é aceita pela criança sadia e capaz de dominar seu ódio, pondo-o a serviço da masturbação. Na masturbação, toda a responsabilidade pela fantasia consciente e inconsciente é aceita pela criança individual, que é a terceira pessoa nesta relação triangular ou tricorporal. O poder estar só nestas circunstâncias implica uma maturidade de desenvolvimento erótico, uma potência genital ou a aceitação feminina correspondente; implica a fusão dos impulsos e idéias agressivas e eróticas e também implica uma tolerância da ambivalência; junto com tudo isto haveria, naturalmente, uma capacidade, por parte do indivíduo, de identificar-se com cada um de seus pais".

As inibições, na atividade masturbatória na criança pequena, se acompanham de inibições no jogo e isto, no período de latência, toma a forma de inibição ou dificuldade na aprendizagem.

Na puberdade, a maturidade genital, ao dar ao sujeito a capacidade de união genital e ao outorgar-lhe sua capacidade procriativa, faz com que as fantasias incestuosas se incrementem do mesmo modo que sua frustração, posto que o indivíduo já possui o instrumento efector da genitalidade, o qual no entanto não pode usar. Pensamos que este é um dos motivos pelo qual as fantasias masturbatórias na puberdade são muito mais destrutivas e carregadas de culpa e, nesta época, tomam características distintas, porque neste momento a maturidade genital exige um novo luto ao definir a participação de cada um dos sexos na procriação (Aberastury e Knobel, 1966). Este luto se soma aos que constituem o substrato

dinâmico da adolescência (Aberastury et al, 1983a; 1983b; Rosenthal e Knobel, 1983).

Este tema tem sido focado de forma similar, ainda que enfatizando especialmente o luto pelas fantasias incestuosas, por Kalina, mostrando exaustiva e profundamente as características do complexo de Édipo adolescente (Kalina, 1973; Kalina e Rascovsky, 1972).

Para este autor existe, no desenvolvimento de processo adolescente, junto aos lutos pelo corpo infantil, e papel infantil, os pais da infância e a bissexualidade perdidos — dos que já nos temos ocupado — outros processos de luto. Estes são: a) o luto pelo renascimento, que tem seu substituto nas mudanças biopsíquicas, que levam o indivíduo a viver um "renascer" mas, para a vida adulta e b) um luto pela endogamia, ou seja, pelos desejos incestuosos aos quais se deve renunciar (Kalina, 1973).

Ao luto pela parêntese oral perdida na primeira infância soma-se agora o da parêntese genital, que também ocorreu já na segunda metade do primeiro ano de vida e a masturbação surge como uma atividade maníaca onipotente, na qual se procura negar a necessidade de objeto, recriando-o em seu próprio corpo (Aberastury e Knobel, 1966).

No entanto, é necessário destacar que a diferença da masturbação na primeira infância e na criança, que tem caráter exploratório e lúdico e deixa um remanescente importante de satisfação, na adolescência porém a masturbação deixa sempre uma sensação de ansiedade e inconformidade, porque o que se consegue é uma relativa descarga tensional, que não é o suficientemente gratificante.

É que, diante da definição da necessidade da satisfação genital, se reativa e intensifica a atividade masturbatória, iniciada na primeira infância, como um **desesperado intento** de manter o sujeito na bissexualidade.

A intensidade do conflito criado pela metamorfose corporal e o incremento da libido genital (pelo processo de maturação) explica a intensidade dessa atividade e suas características mais angustiantes na adolescência.

Tem também a masturbação, neste período da vida, a finalidade exploratória, de aprendizagem e preparatória para a futura genitalidade procriativa. Há um desejo aqui de aprender a manejar o uso dos órgãos genitais, sem a angústia procriativa que cria a união heterossexual. Isto se vê muito claramente, quando a tendência a manter a bissexualidade expressa, não só na atividade masturbatória, mas na atividade homossexual, que a sua vez na adolescência tem francos aspectos masturbatórios.

Isto nós podemos ver muito bem num caso, onde um adolescente homossexual referia a angústia, que se despertava nele, cada vez que sua companhia homossexual lhe relatava contatos heterossexuais que havia tido anteriormente. Nestes momentos da sessão, o adolescente perguntava com angústia se, na realidade, se podia chegar a ter práticas de introdução na relação homossexual, que neste caso se mantinha no plano de contatos e masturbação mútua sem penetração.

Devemos acrescentar que há outros aspectos a destacar no processo masturbatório durante a adolescência. Por exemplo, mediante a masturbação também o adolescente nega a passagem do tempo e nega também sua mudança morfológica. A masturbação que havia sido em parte só atenuada pela proibição familiar ou social, se reacende com grandes sentimentos de culpa que, além dos fenômenos já assinalados, se devem a que as fantasias edíficas incrementam a culpa persecutória do sujeito. Aqui também podemos ver as características de tipo esquizo-paranóides pelas quais se busca separar o corpo, o pênis ou a vagina, da personalidade total e se pode então viver, dar vida ao órgão genital como o perseguidor, culpando-o da ansiedade e impondo-lhe castigos severos que podem chegar, inclusive, até pequenas automutilações, ou a uma vida ascético-mística. Em determinados casos se pode chegar também a uma depressão elaborativa que possa permitir mais adiante ressurgir e aceitar a genitalidade adulta correspondente.

Temos tido oportunidade de observar (com A. Aberastury) alguns adolescentes de ambos os sexos, que se inflingiram pequenas mutilações, quer mediante normas mutilatórias, nas quais a mutilação ou o dano contra os genitais aparecia, como um fenômeno inconsciente, que se liberava nestas circunstâncias, quer num critério puramente punitivo externo, por meio do qual se podia eliminar a culpa, que se sentia diante da masturbação. Impunha-se assim mediante um processo ativo direto, castigo sobre os órgãos genitais. Temos casos de meninas que, por exemplo, introduziram em si objetos cortantes na vulva e na vagina e adolescentes meninos que diretamente inflingiram cortes em seus órgãos genitais por meio de instrumentos cortantes.

Entendemos que uma grande parte da patologia orgânica do aparelho genital masculino ou feminino, que podem observar os urologistas e ginecologistas durante a adolescência, tem uma raiz de tipo psicológica que, seguindo o anotado até aqui, permite explicar psicossomaticamente muitas destas afecções.

De acordo com algumas investigações (Reevy, 1961), a incidência da masturbação entre os rapazes, na idade de 20 anos, é de 92%, sendo a percentagem nas moças algo menor. Nesta prática sexual, se observa, principalmente no rapaz, como procura este realizar o progresso

para a heterossexualidade, conforme o que assinalamos, para poder obter uma verdadeira genitalidade e uma capacidade de gozo, embora a angústia continue dominando o quadro, em virtude da insatisfação que produz o propósito maníaco, que significa o exercício masturbatório, conforme o que, reiteradamente, mencionamos aqui.

No entanto, devemos admitir que, em certa medida, no adolescente, haveria primeiro na prática genital, uma necessidade de exercício masturbatório que é preparatório para a sexualidade genital posterior que se manifesta primeiro como uma emissão, como descarga, e que logo apareceria o orgasmo, permitindo-se então considerar seus genitais incorporando-se a si mesmo. Isto é o que, por outro lado, busca finalmente o adolescente.

É dizer, que a masturbação como fenômeno normal da adolescência, permite ao indivíduo nessa idade de sua vida, passar pela etapa esquizo-paranoide de sua personalidade, considerar seus genitais como alheios a si mesmo, procurar recuperá-los e integrá-los e, finalmente, realizar o processo depressivo, através de uma angústia primeiro persecutória e depois depressiva e integrar seus genitais a todo conceito de si mesmo, formando realmente uma identidade genital adulta, com capacidade procriativa, independência real e capacidade de formar um casal estável em seu próprio espaço e em seu próprio mundo.

É neste momento que podemos concluir que o indivíduo terá chegado à genitalidade procriativa.

Neste sentido e, seguindo em parte a Erikson (Erikson, 1956), podemos definir a genitalidade adulta como já fizemos em outra oportunidade (Knobel, 1962); como o pleno exercício da capacidade libidínica de um sujeito, mediante a colocação em jogo dos elementos remanescentes de todas as etapas de amadurecimento psicosssexual, com a culminação no nível genital com outro sujeito do sexo oposto e com a aceitação implícita da capacidade de procriar, sempre que as condições econômicas da realidade externa o permitam, integrando assim uma constelação familiar, com os papéis adultos correspondentes.

Não é fácil chegar a ter uma identidade sexual.

A aquisição da identidade sexual se dá através de elaborações que podem levar a diversas condutas: a) mediante mecanismos maníacos e psicopáticos através dos quais se nega onipotentemente o conflito, experimentando verdadeiras vivências pseudogenitais que dão a aparência de uma clara definição sexual; b) através de organizações fóbicas e obsessivas, nas quais reprime-se a genitalidade, hierarquizando-se os clássicos mecanismos de "intelectualização" e "ascetismo"; c) mediante organizações psicóticas que se expressam somaticamente através da puberdade retardada que implica em clivagem da parte indiscriminada da

personalidade, colocada totalmente no corpo; d) com mecanismos históricos de somatização, nos quais a ambigüidade se erotiza no corpo, que cresce com alternâncias de diversos sofrimentos somáticos que, em última instância, permitem deslocar a genitalidade; e) mediante uma organização melancólica que obriga a vivenciar a definição sexual, como algo perigoso e destrutivo, permitindo a saída, às vezes, somente através da homossexualidade; f) através de uma elaboração depressiva dos processos de luto pelo corpo e bissexualidade infantis perdidas, que permite a masturbação, a exploração heterossexual paulatinamente crescente e discriminada até a aceitação do próprio corpo unissexual e o corpo de outro, também unissexual, que pode constituir o par complementar (Knobel, 1981; Knobel, Perestrello e Uchôa, 1981).

ABSTRACT

Society limits the externalization of sexuality during adolescence, hindering this developmental period of life. Mourning for a lost bisexuality is one of the processes characteristics of adolescence. Development towards heterosexuality starts very early, during the so called Previous Genital Phase, and from there on Adolescent genitality first and later on adult genitality will be modelled according to the way the Previous Genital Phase will be worked through. Early Oedipical aspects and the peculiar way of working them through, are determinants in the characterization of the adolescent's oedipic situation, or its different characteristics in boys and in girls.

Homosexuality and masturbation are normal processes of sexuality during adolescence. Those aspects are transient and preparatory for an adult sexuality. Manic components of both practices and their respective phantasies do contribute to reaching an adult identity, which implies in the exercise of a responsible adult genitality, and tending towards procreating aims, whenever social environment will facilitate this crucial life objective.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. (1958) La dentición, la marcha y el language en relación con la posición depressiva. Rev. Psicoanál., Buenos Aires, 15(1/2):41.
- ABERASTURY, A. (1964) La Fase Genital Prévia. Rev. Psicoanál. Buenos Aires, 21(3):203.
- ABERASTURY, A. (1967) La Existencia de La Organización Genital en el Lactante. Rev. Bras. de Psicanálise, São Paulo, 1(1):18.

- ABERASTURY, A. (1978) **"Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños"**, 6ª ed., Paidós, Buenos Aires.
- ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. (1966) La masturbación y los mecanismos maníacos. **Rev. Uruguay de Psicoanálisis**, Montevideo VIII (3):209.
- ABERASTURY, A. et al (1983) **"Adolescência e Psicopatía. Luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais infantis"** Em: **"Adolescência Normal"**; A. Aberastury e M. Knobel, 2ª Ed. Artes Médicas, Porto Alegre.
- ABERASTURY, A. et al (1983) **"Adolescencia y Psicopatía com especial referência às Defesas"**. Em: **"Adolescência Normal"**; A. Aberastury e M. Knobel, 2ª Ed. Artes Médicas, Porto Alegre.
- ERIKSON, E. H. (1956) The Problem of Ego Identity. **J. Am. Psychoanalytic Assn.** 4:56.
- ERIKSON, E. H. (1960) **"Infancia y Sociedad"**. Hormé, Buenos Aires.
- FENICHEL, O. (1960) **"Teoría Psicoanalítica de las Neurosis"**, Nova, Buenos Aires.
- FREUD, A. (1958) **"Adolescence"**. Em: **"The Psychoanalytic Study of the Child"**. Vol. XIII, R. Eissler et al (Eds.), Int. Univ. Press, New York.
- FREUD, S. (1948) **"Una Teoría Sexual"**. (Obras Completas, v. 1), Biblioteca Nueva, Madrid.
- HALL, G. S. (1916) **"Adolescence"** 2 vols. Appleton, New York.
- HEMMING, J. (1960) **Problems of Adolescent Girls**. W. Heinemann Ltda., London.
- JONES, E. (1922) Some Problems of Adolescence. **British J. Psychology**, 13:31.
- KALINA, E. (1973) **Psiquiatría de la Adolescencia**. RAPPÍA, Buenos Aires, 4(1):141.
- KALINA, E. e RASCOVSKY, A. (1972) Replanteos sobre el psicoanálisis de adolescentes. Aspectos teórico-técnicos. **RAPPÍA**, Buenos Aires, 3(2):239.
- KLEIN, M. (1948) **"El Psicoanálisis de Niños"**. El Ateneo, Buenos Aires.
- KNOBEL, M. (1962) **Psicología de La Adolescencia**. **Rev. Univ. de La Plata**, La Plata, nº 16:55.

- KNOBEL, M. (1979) O Complexo de Édipo na Adolescência. Arq. Clin. Pinel. Porto Alegre, V(1):23-26.
- KNOBEL, M. (1981) O adolescente como indivíduo; normalidade e psicopatologia. *Notícias Psiquiátricas*. Rio de Janeiro, nº 106:1-4.
- KNOBEL, M.; PERESTRELLO, M. e UCHÔA, D. M. (1981) "A adolescência e a Família Atual: visão psicanalítica". Atheneu, Rio de Janeiro.
- KNOBEL, M. e SCÁZIGA, B. (1965) Actitudes de preadolescentes acerca de la menstruación. *Rev. de Psicología*, La Plata, nº 2 pp. 75-79.
- MIRA Y LOPEZ, E. (1951) "Psicología Evolutiva del Niño y el Adolescente". 5ª Ed., El Ateneo, Buenos Aires.
- MUSSEN, P. H e JANEWAY CONGER J. J. (1956) *Child Development and Personality*. Harper & Brothers. New York.
- REEVY, W. A. (1960) Adolescent Sexuality, Em: "The Encyclopedia of Sexual Behavior"; A. Ellis & A. Abarbanel, v. 1, Hawthorn Books, Inc., New York.
- ROSENTHAL, G. e KNOBEL, M. (1983) "O pensamento no adolescente e no adolescente psicopático", Em: *Adolescência Normal*", A. Aberastury e M. Knobel, 2ª Ed. Artes Médicas, Porto Alegre.
- SPIEGEL, L. A. (1961) "Identity and Adolescence" Em: "Adolescents" Lorand & Schneer, Eds. Paul B. Hoeber, Inc. New York.
- WINNICOTT, D. W. (1965) "The Capacity to be Alone ", em "The Maturation Processes and the Facilitating Environment" The Hogarth Press, London.

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS NA AVALIAÇÃO DO TESTE DE BENDER INFANTIL

Miguel de La Puente* e Jayme A. Maciel Jr.**

RESUMO

Após discussão crítica da literatura mais recente (1963 — 1983) sobre o teste de Bender aplicado a crianças de 3 a 12 anos, os autores submetem a um critério fatorial as observações clínicas da autora do teste, com vistas a possibilitar uma avaliação quantitativa e qualitativa mais rica e consistente. São evidenciadas as conclusões das pesquisas de Bender para o diagnóstico da maturação infantil, onde os autores apresentam os indicadores quantitativos para cada idade e estabelecem categorias etárias com limite de pontuação inferior e superior. A essa avaliação quantitativa são acrescidos os indicadores fatoriais próprios para cada idade, viabilizando o exame qualitativo dos resultados obtidos. Após apreciação da evidência clínica e científica do teste, informa-se sobre os procedimentos avaliativos e sobre a utilidade do teste no exame neuropsicológico da criança. O trabalho é enriquecido com a apresentação da primeira tradução para o português dos critérios avaliativos de Bender.

O Teste Guestáltico Visomotor de Lauretta Bender foi estandardizado, para fins do diagnóstico da maturação infantil, pela sua autora com a ajuda da psicóloga Anita Ruben com base num estudo com oitocentas crianças de 3 a 12 anos da cidade de Nova York.

A estandardização da prova seguiu uma metodologia clínica (não estatística) da qual só podia emergir um procedimento avaliativo que Poppovic (1981) qualificou de **globalista**. Com efeito, a autora do teste prende-se a uma análise totalizante, abrangendo todos os aspectos clinicamente possíveis (aspectos psicológicos, psicopatológicos e neurológicos) que ela codificou e interpretou quantitativa e qualitativamente. No período evolutivo infantil, Bender interessou-se pelo nível maturacional dessa idade, objetivando o diagnóstico do estado psicomotor da criança.

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

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

1. SISTEMAS DE AVALIAÇÃO

Apesar das queixas da sua autora (Tolor & Schulberg, 1963: vide Prefácio; Bender, 1965), a tendência geral dos pesquisadores, durante as últimas décadas, tem sido a de enquadrar o teste dentro dos padrões rígidos da psicometria, sem, por outro lado, aceitar as perdas no que diz respeito à sua capacidade diagnóstica.

Os resultados do estudo de Buckley (1978), que analisa os trabalhos com o teste de Bender, aplicado a crianças e publicados entre 1966 e 1977, chegam às mesmas conclusões de Hutt (1969), a saber: o poder diagnóstico do teste de Bender é consistente apenas em termos de média grupal, da qual não se pode solidamente inferir critérios para um diagnóstico individual. Na sua maior parte, essas pesquisas prendem-se a um tratamento metodológico estatístico e são muito pretensiosas quanto ao alcance da avaliação quantitativa da prova.

Com adultos, os estudos de Puente & Maciel (1983) demonstraram que uma avaliação quantitativa do teste apenas revela normalidade ou anormalidade, e que esse diagnóstico, dificilmente, pode ser ulteriormente especificado, sem uma análise qualitativa dos dados. Por outro lado, é possível estabelecer, observam esses autores, diretrizes para uma avaliação qualitativa do teste, que permita o diagnóstico diferenciado da patologia mental e/ou orgânica.

Do estudo de Buckley (1978), conclui-se que o teste de Bender Infantil (e o mesmo poder-se-ia dizer do teste de Bender para adultos) tem-se desviado de sua inspiração originária. As pesquisas, de modo geral, não levam em consideração a psicopatologia do indivíduo, privilegiam aspectos isolados (a aprendizagem, a prontidão, a maturação, a organicidade etc.) e se restringem à análise quantitativa dos dados, chegando a resultados inexpressivos. Sente-se que o teste perdeu a sua riqueza originária, tão útil para fins de clínica médica e psicológica.

O sistema de avaliação de Koppitz (1969), o mais utilizado com a população infantil, além de ter sido elaborado sem levar em consideração os aspectos psicopatológicos do examinando, é de um discutível poder diagnóstico dos aspectos neurológicos, sendo o seu valor restrito à área dos problemas escolares e da aprendizagem. O sistema de Santucci, que é também bastante conhecido, só utiliza alguns cartões-estímulo do teste (Santucci & Pêcheux, 1981).

Outros sistemas de avaliação recentes, exceto os que se baseiam nos procedimentos de Canter (Adams & Canter, 1969; Adams, Kenny & Canter, 1973) e de Clawson (1980), privilegiam também aspectos específicos. Assim, entre outros, os de Lambert (1971) para avaliar problemas de aprendizagem; Flint (1966) para o diagnóstico da

personalidade; Lambert (1970) e Rimmer e Weiss (1972) para a avaliação da maturação infantil.

Retornando a propostas originárias de Bender, os autores deste trabalho utilizam a análise quantitativa dos dados apenas para o diagnóstico do **continuum** normal-anormal. Sem uma análise qualitativa do teste (resultados e execução), dificilmente se pode chegar a conclusões diagnósticas mais específicas. O psicodiagnóstico diferenciado da anormalidade, em se tratando da criança, além do índice de patologia mental e/ou orgânica, inclui basicamente a avaliação do nível de maturação infantil.

2. CRITÉRIOS AVALIATIVOS DE L. BENDER

Rico em sua concepção, o tipo de avaliação de L. Bender para o diagnóstico da maturação infantil, com ou sem outras anomalias, é susceptível de ser melhorado, tanto em termos operacionais, como no que diz respeito à possível descoberta de novos critérios de diferenciação diagnóstica.

Na proposta inicial de Bender, é enfatizado o poder diagnóstico do teste para a patologia grave, mental ou orgânica. Para a autora do teste não há perturbações da função giestáltica visomotora nas psiconeuroses, embora o teste seja sensível para registrar alterações emocionais e desvios de personalidade. Entretanto, a experiência dos autores do presente trabalho vem confirmar os experimentos recentes com o Bender Infantil no sentido de que até rotações — e não somente aspectos no traçado da linha ou no tamanho das figuras — podem ser efetuadas por sujeitos ditos normais. Por isso, uma correta aplicação do teste exige, por via de regra, o exame de limites proposto por Hutt (1969).

Bender discrimina **globalmente** cada uma das figuras do teste, executadas pelo examinando, mediante diferentes valores que se estendem de 1 ponto até 5, 6 ou 7 pontos máximos. Restringe-se — na sua análise — aos fenômenos configuracionais, observando cada uma das figuras do teste em separado, mas minimizando os aspectos de organização espacial do conjunto de figuras e de execução da prova. Daí, a inexistência na avaliação de Bender de observações acerca dos fatores: seqüência, colocação da 1ª figura, espaço l e margem, os quais pertencem à área da organização espacial e de alguns fatores de execução, como retificação e perfeccionismo, Clawson (1981) assinala que repasse, retificação e perfeccionismo, que a autora denomina com terminologia própria, são fenômenos comuns em crianças normais.

A seguir, são apresentados os critérios de pontuação de Bender na sua primeira versão para o português. Para fins de avaliação qualitativa (item nº 3) é introduzida, entre parêntese, na versão do texto original, a

correspondente denominação fatorial, utilizada por Puente & Maciel (1984) para os diversos aspectos apontados por Bender. Leia-se Figura por F, Ponto(s) por P e Anos por A.

F A 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos, ou seja de tamanho reduzido (espaço II), semelhantes aos rabiscos das outras figuras (fragmentação).

F A 2 P 4 A:

Rabiscos inibidos (espaço II), podendo se assemelhar ao seguinte modelo: dois círculos (fragmentação) orientados de esquerda à direita, geralmente não fechados completamente (fechamento). Esses círculos não estão geralmente em contato (fechamento), embora possam estar; podem estar sobrepostos (superposição) ou muito afastados (fragmentação). Frequentemente estão unidos por uma linha (elaboração), mas a cópia não ultrapassa dois elementos.

F A 3 P 5 A:

Dois círculos fechados (fragmentação) em plano horizontal, orientados para a direita; o segundo é diferente e parece ser menos redondo, tendendo a se assemelhar a um quadrado (retrogressão). A sobreposição é freqüente (superposição).

F A 4 P 5 A:

Um círculo bastante correto e, à direita, um quadrado igualmente quase correto. Podem estar em contato ou não (fechamento). O quadrado não está orientado em direção diagonal (angulação).

F A 5 P 6 A:

A primeira forma é um círculo bastante bem traçado, e a segunda forma, à direita, é um quadrado bastante correto. O quadrado está orientado em diagonal. Podem estar em contato ou não (fechamento).

F A 6 P 6 a 10 A:

Um círculo e um quadrado em orientação diagonal geral. Estão em contato.

F A 7 P 11 A:

Cópia perfeita, no que respeita à execução do círculo e do quadrado, que está colocado em diagonal; as linhas diagonais do quadrado são quase iguais.

F 1 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos, como na fig. A (espaço II e fragmentação)

F 1 2 P 4 A:

Resposta horizontal e orientada para a direita mediante qualquer símbolo (fragmentação).

F 1 3 P 4 A:

Série de círculos (retrogressão) na horizontal, orientados para a direita; às vezes com perseveração indefinida (perseveração). O número, tamanho e distância (espaço II) é variável. Pode haver reduplicação de fileiras (perseveração), que podem estar dispostas na vertical ou com acréscimos impróprios (elaboração).

F 1 4 P 5 A:

Círculos controlados (retrogressão). Círculos muito pequenos (retrogressão) ou verdadeiros pontos.

F 1 5 P 6 a 9 A:

Círculos muito pequenos (retrogressão) ou pontos; o comprimento da série é semelhante ao do modelo, não o sendo a distância entre os pontos (espaço II).

F 1 6 P 10 a 11 A:

Pontos corretos e em linha reta; o comprimento da série e a distância entre os pontos são semelhantes ao modelo.

F 1 7 P 12 A:

Como no item anterior, mais a presença de pares de pontos. Não é necessário que a linha de pontos comece ou acabe com pontos sem pares.

F 2 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos como na Fig. A (espaço II e fragmentação).

F 2 2 P 4 A:

Única série horizontal ou vertical (simplificação) de círculos ou um amontoado de círculos (fragmentação).

F 2 3 P 5 A:

Círculos bastante pequenos (espaço II) numa série horizontal (simplificação); perseveração das séries (perseveração) três ou mais vezes na direção vertical (angulação), podendo cobrir toda a página.

F 2 4 P 6 a 8 A:

Fileiras verticais (angulação) de três pequenos círculos; perseveração (perseveração) das fileiras duas ou mais vezes na direção horizontal; a figura é freqüentemente desigual; não se observa uma tendência a dispor as fileiras segundo a obliquidade do modelo (angulação e rotação).

F 2 5 P 9 e 10 A:

Círculos pequenos (espaço II), reproduzidos corretamente numa série horizontal de fileiras verticais (angulação) de três elementos cada uma; há tendência a inclinar a primeira fileira e de acrescentar as seguintes, de forma que toda a figura fique inclinada (rotação).

F 2 6 P 11 A:

Inclinação bem definida e correta de cada fileira vertical, conservando-se horizontal a totalidade da figura.

F 2 7 P 12 A:

Cópia perfeita no que respeita ao tamanho, aproximadamente, adequado dos círculos, distância correta e relação recíproca; o número de círculos ou é aproximado ao do modelo ou é suficiente para se ter uma figura semelhante.

F 3 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos (espaço II e fragmentação) como na fig. A. Círculo único ou figura que se assemelha a um cometa (fragmentação).

F 3 2 P 4 A:

Amontoado de círculos ou pontos (fragmentação). Figura percebida em duas partes: um ponto à esquerda e série de arcos ou ângulos formados por pontos ou círculos (fragmentação).

F 3 3 P 5 A:

Série (fragmentação) de círculos (retrogressão), orientados para a direita.

F 3 4 P 5 A:

Um só ponto e uma série de linhas de pontos (angulação), orientados para a direita; às vezes, pequenos círculos (retrogressão) em lugar de pontos; o número de linhas de pontos é variável, mas não aparece uma perseveração indefinida. A distância (espaço II) entre as linhas é variável. As séries estão orientadas apenas para a direita.

F 3 5 P 6 a 9 A:

Um só ponto e uma série de arcos (angulação) orientados para a direita, constituídos por pontos progressivamente mais compridos (retrogressão) e um maior número de pontos (perseveração). Os dois primeiros arcos da série têm um número de pontos correto; o número dos dois últimos é apenas aproximado. Os dois últimos arcos têm tendência a transformar-se em linhas retas (angulação). Em alguns casos aparecem pequenos círculos em lugar de pontos (retrogressão). O número de arcos é igual ao do modelo.

F 3 6 P 10 e 11 A:

Um só ponto e uma série de ângulos (angulação), orientados para a direita, constituídos de pontos em número e tamanho, progressivamente, crescente (espaço II). O último ângulo tende a se transformar num arco (angulação).

F 3 7 P 12 A:

Cópia perfeita, ou seja execução motora cuidadosa, com pontos corretos, espaçados adequadamente, angulações exatas, e distâncias entre os ângulos aproximadamente como as do modelo.

F 4 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos (espaço II e fragmentação) como na fig. A.

F 4 2 P 4 A:

Dois círculos (fragmentação) orientados para a direita; podem estar fechados ou parcialmente abertos, podem estar sobrepostos, adjacentes ou separados (superposição).

F 4 3 P 5 A:

Dois círculos abertos (fragmentação), colocados da esquerda para direita; pode haver uma tendência a colocar o segundo mais abaixo que o primeiro (rotação). Notam-se diferenças entre as duas partes da figura, pois a primeira é mais quadrada e a segunda tem uma abertura maior. Em alguns casos, a primeira está fechada. As duas partes são adjacentes ou estão a alguma distância (fechamento).

F 4 4 P 6 a 9 A:

A primeira parte é uma figura quadrangular correta. Há sinais de uma verdadeira relação oblíqua.

F 4 5 P 10 e 11 A:

Cópia perfeita: coordenação motora no que respeita ao tamanho, forma e relação.

F 5 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos (espaço II e fragmentação) como na fig. A.

F 5 2 P 4 A:

Amontoados ou séries de círculos ou pontos (fragmentação).

F 5 3 P 4 A:

Arco muito aberto com uma reta; geralmente a figura está formada por círculos (retrogressão), mas pode estar formada por linhas (retrogressão); pode haver separação das partes da figura (fechamento), sem orientação das partes (angulação).

F 5 4 P 5 A:

Arco com uma linha em cima de círculos muito pequenos (retrogressão) ou, menos freqüentemente, de pontos; às vezes, estão combinados círculos e pontos (retrogressão). Também, um arco de apenas três pontos (simplificação) e uma linha (retrogressão) a partir do centro. Existe um começo de orientação (angulação e rotação).

F 5 5 P 6 a 9 A:

Arco de pontos tendo estes tamanho do modelo. A linha de pontos está também dirigida para a direita (angulação) e para cima (rotação). Eventualmente, pode haver alguma má orientação da linha de pontos no sentido dos ponteiros do relógio (angulação).

F 5 6 P 10 e 11 A:

Cópia perfeita: arco de pontos semelhante à figura (metade ou algo mais da metade de um círculo) e colocação da linha de pontos com aproximada correção e, geralmente, um pouco inclinada no sentido dos ponteiros do relógio. O número de pontos é aproximadamente o do modelo.

F 6 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos (espaço II e fragmentação) como na fig. A.

F 6 2 P 4 A:

O desenho é reproduzido mais na horizontal e orientado mais para a direita. As linhas são onduladas ou retas (curvatura), a segunda pode ser paralela à primeira (fragmentação) ou estar colocada à sua direita (fragmentação).

F 6 3 P 4 A:

Linha mais ou menos reta ou horizontal cruzada por outra (retrogressão), geralmente em ângulo reto (angulação).

F 6 4 P 5 a 10 A:

Duas linhas onduladas que se cruzam em ângulo reto (angulação).

F 6 5 P 11 A:

Angulação oblíqua de linhas de um comprimento semelhante ao do modelo. Curvas uniformes. O ângulo oblíquo é mais ou menos exato.

F 6 6 P 12 A:

Cópia perfeita, ou seja, além do conseguido anteriormente, o tamanho das curvas de uma linha é diferente do da outra; a reprodução é bastante fiel ao modelo.

F 7 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos (espaço II e fragmentação) como na fig. A.

F 7 2 P 4 A:

Dois círculos (fragmentação) que se sobrepõem (superposição), tocam-se ou estão separados (fechamento), colocados geralmente no plano horizontal, podendo, ocasionalmente, estar um embaixo do outro (rotação). Não devem ser concêntricos.

F 7 3 P 5 A:

Duas figuras semelhantes a círculos (fragmentação); tendência marcante a insistir nos cantos das figuras (repasse), os quais, às vezes, são quadrados (simplificação). Não se sobrepõem.

F 7 4 P 6 a 9 A:

Formas hexagonais mais ou menos corretas. Há geralmente desigualdade no tamanho e na forma das duas partes da figura total (espaço II e angulação).

F 7 5 P 10 A:

Formas hexagonais mais ou menos corretas, podendo uma delas ser maior e diferente da outra. Há uma verdadeira sobreposição oblíqua das duas partes.

F 7 6 P 10 e 11 A:

Cópia perfeita, ou seja boa execução de cada um dos hexágonos, com um

extremo mais em ponta que o outro. Há uma verdadeira sobreposição oblíqua, mas pode haver desigualdade no tamanho das duas partes.

F 8 1 P 3 A:

Rabiscos inibidos (espaço II e fragmentação) como na fig. A.

F 8 2 P 4 A:

Dois círculos concêntricos (fragmentação), que podem ser como os da figura 7, diferindo apenas em que são concêntricos.

F 8 3 P 5 A:

Tendência a executar a figura maior em forma elipsóide (simplificação) e a colocar a outra menor no centro da primeira (simplificação).

F 8 4 P 6 A:

Um círculo achatado (simplificação) com os extremos mais ou menos agudos; ou dois arcos cruzados e fechados em ponta nos extremos (simplificação), ou uma espécie de polígono de 4, 5 ou 6 vértices (simplificação). A figura interna pode ser um simples círculo ou outra forma do tipo do modelo (simplificação).

F 8 5 P 6 a 11 A:

Hexágono mais ou menos correto; o losango bastante bem realizado.

F 8 6 P 11 A:

Coordenação motora na execução de um hexágono correto e de um losango bem realizado. Tamanho e posições relativas semelhantes ao modelo.

3. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA

Examinando os resultados obtidos por Bender, conclui-se que: com 3 anos de idade, a pontuação é 1 para todas as figuras e o somatório é 9; com 4 anos de idade, a pontuação é 2 para as figuras A, 2, 3, 4, 7 e 8 e a pontuação é 2 ou 3 para as outras figuras; com 5 anos, a pontuação é 3 para as figuras 2, 4, 7 e 8 e a pontuação é 3 ou 4 para as figuras A e 3, sendo a pontuação 4 para as outras figuras; com 6 anos, a pontuação é 4 para as figuras 2, 4, 6 e 7, é 4 ou 5 para a figura 8 e é 5 para as outras figuras; com 7, 8 e 9 anos, as pontuações são semelhantes, e assim também são semelhantes as pontuações das crianças de 10 e 11 anos de idade.

Às conclusões de Bender faltam procedimentos operacionais. Com base nos somatórios de pontos respectivos a cada idade, podem-se formar categorias contínuas de pontuação.

Para a formação de categorias, adotou-se o critério de aglutinação de número de pontos. À parte as categorias dos 3 aos 12 anos, inexpressivas para o diagnóstico da maturação, observam-se quatro categorias: 4 anos (18 a 21 pontos); 5 anos (30 a 32 pontos); 6 a 9 anos (40 a 43 pontos); 10 e 11 anos (48 a 52 pontos).

Com a finalidade de transformar essas categorias descontínuas em categorias contínuas, partiu-se do critério de divisão equitativa dos somatórios dos pontos dos intervalos existentes entre as categorias descontínuas. Dessa feita, obtiveram-se seis categorias contínuas, incluindo a primeira e a última, as quais têm, respectivamente, a pontuação mínima (9 pontos) e máxima (57 pontos).

Os procedimentos operacionais acima descritos são tabulados no QUADRO I. Cada uma das categorias contínuas representam a faixa de pontuação normal para cada idade. Esta é entendida em anos de 12 meses, sendo o seu ponto médio o ano exato. Assim, uma criança de 3 anos é aquela que se encontra na faixa etária que está entre dois anos e meio e três anos e meio, sendo seu ponto médio três anos justos. Então, uma criança de oito anos e três meses que obtiver 41 pontos é considerada normal do ponto de vista evolutivo, pois ela se encontra na categoria contínua que se estende dos 37 aos 45 pontos. Se outra criança da mesma idade obtiver apenas 32 pontos, isso está a demonstrar um desenvolvimento anormal. O exame qualitativo da prova poderá revelar se isso se deve a um retardo evolutivo simples ou de natureza mais complexa em razão de deficiência mental ou de alguma patologia mental (por exemplo, psicose) e/ou orgânica (por exemplo, epilepsia).

4. AVALIAÇÃO QUALITATIVA

A análise qualitativa da prova pode ser efetuada de dois modos: o primeiro é proposto pela própria autora. Pode ser denominado de **avaliação global**, pois ela é feita com base no exame dos conjuntos totais realizados e é obtida por Bender junto com a avaliação quantitativa. A autora do teste observa o desempenho geral do examinando na prova e resume, graficamente, o tipo de resposta média de cada idade, mediante reproduções aproximativas num quadro sinóptico. Este é reproduzido no QUADRO II do presente trabalho, de acordo com a tradução de Clawson (1980).

No QUADRO II, observa-se que a criança aos 6 anos é capaz de reproduzir as figuras A, 1, 4 e 5; aos 7 anos, a figura 8; aos 8 anos, a figura 6; aos 10 anos, as figuras 2 e 7; e aos 11 anos, a figura 3. Integram a avaliação global de Bender as observações dessa autora acerca da patologia mental e/ou orgânica com base na execução da prova.

A outra maneira de avaliação qualitativa, essa proposta pelos autores deste estudo, é de tipo fatorial e pode ser chamada **avaliação fatorial**. Mediante auxílio do sistema avaliativo de Hutt (1969) podem ser destacados os fatores normais em cada idade. A definição e os critérios de ponderação desses fatores foram recentemente revisados e apresentados por Puente & Maciel (1984). No item 2 do presente trabalho esses fatores

QUADRO I

	A	1	2	3	4	5	6	7	8	SOMATÓRIO	CATEGORIAS DESCONTÍNUAS	CATEGORIAS CONTÍNUAS
3 anos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	9 - 13
4 anos	2	2/3	2	2	2	2/3	2/3	2	2	18 - 21	18 - 21	14 - 25
5 anos	3/4	4	3	3/4	3	4	4	3	3	30 - 32	30 - 32	26 - 36
6 anos	5/6	5	4	5	4	5	4	4	4/5	40 - 42		
7 anos	6	5	4	5	4	5	4	4	5	42	40 - 43	37 - 45
8 anos	6	5	4	5	4	5	4	4	5	42		
9 anos	6	5	5	5	4	5	4	4	5	43		
10 anos	6	6	5	6	5	6	4	5/6	5	48 - 49	48 - 52	46 - 54
11 anos	7	6	6	6	5	6	5	5/6	6	51 - 52		
12 anos	7	7	7	7	5	6	6	6	6	57	57	55 - 57

QUADRO II

	Figura A	Figura 1	Figura 2	Figura 3	Figura 4	Figura 5	Figura 6	Figura 7	Figura 8
Adultos	100%	25%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11 anos	95%	95%	65%	60% 	95%	90%	70% 	75% 	90%
10 anos	90%	90%	60% 	60% 	80% 	80%	60% 	60% 	90%
9 anos	80%	75%	60% 	70%	80%	70%	80%	65%	70%
8 anos	75%	75%	75%	60%	80%	65%	70% 	65%	65%
7 anos	75% 	75%	70%	60% 	75%	65% 	60% 	65%	60% 
6 anos	75% 	75%	60% 	80% 	75% 	60% 	60% 	60% 	75% 
5 anos	85% 	85% OOOOOO	60% 	80% 	70% 	60% 	60% +	60% OO	75% 
4 anos	90% 	85% OOOO	75% 	80% 	70% 	60% 	65% =	60% OO	60% 
3 anos	-----		Garatuja	-----					

são apontados — entre parênteses — no texto da própria Bender.

Nos primeiros anos predominam, principalmente, a fragmentação, a retrogressão e a simplificação e nos últimos anos, a perseveração, as dificuldades na angulação e o fenômeno da rotação em algumas figuras. Outros fatores secundários estão também presentes ao longo de toda a faixa etária infantil: dificuldades no fechamento e no espaço II (tamanho) e o fenômeno da superposição das partes da figura, principalmente.

No QUADRO III é apontada, em primeiro lugar, a presença marcante de cada um dos fatores para cada idade; em segundo lugar, a presença leve desses fatores ou a faixa etária em que o desenvolvimento infantil é imperfeito (assinalado no Quadro com linhas) e, finalmente, a faixa etária em que esse desenvolvimento chega a um estágio maduro (assinalado no Quadro com cruzes).

Cada uma das faixas etárias contém expressões gráficas configuracionais que são normais para cada idade. A faixa etária é entendida como já foi explicado anteriormente (item 3). Portanto, o quadro abrange a faixa etária total que se estende dos dois anos e meio até os doze anos e meio. Um exemplo: uma criança que efetua fragmentações aos 4 anos em todas as figuras é inteiramente normal do ponto de vista evolutivo, mas esse fenômeno é anormal depois dos seis anos de idade.

Os critérios que Puente & Maciel (1983) estabelecem para o diagnóstico diferencial da anormalidade adulta em termos de patologia mental ou orgânica, aplicam-se também para a população infantil de 3 a 12 anos. Esses critérios diferenciadores são, pois, qualitativos. Uma vez caracterizado o estado evolutivo da criança, podem ser examinados os indicadores das diferentes patologias.

Na análise configuracional da prova, eis os seguintes sinais indicadores:

- Organicidade em geral: sinais de angulação, rotação e perseveração não seguidos de outros sinais indicando patologia mental.
- Lesões traumáticas: regressão e elaboração.
- Demência parálitica: fragmentação e elaboração.
- Deficiência mental: empobrecimento geral do conjunto notadamente pela simplificação e retrogressão.
- Impregnação e/ou intoxicação: tipicamente, dificuldades gerais na linha, com ou sem repasse, chegando até a destruição da figura (fragmentação).
- Psicose: alteração do conjunto pela destruição (esquizofrenia), elaboração (paranóia, mania) ou pela perfeição exagerada (paranóia ou depressão).

O exame da organização espacial e do comportamento nas respostas, durante a prova no Bender Infantil, não tem o mesmo valor do teste aplicado a adultos. Entretanto, mediante o exame de limites, segundo Hutt, podem ser verificadas tanto hipóteses evolutivas como patológicas. A técnica comum de repetição de cartões-estímulo, pode-se acrescentar, nos casos de rotações duvidosas, a da rotação variada pelo examinador do cartão-estímulo.

5. EVIDÊNCIAS

Os resultados do teste de Bender Infantil, obtidos pelos procedimentos avaliativos da própria autora do teste, progredem firmemente com a idade. Porém, de largo uso clínico, esses procedimentos não são utilizados nos trabalhos de pesquisa. Considerando-se o período de 1966 a 1977, observa-se que nem um só autor utiliza as normas avaliativas propostas por Lauretta Bender. Koppitz é a autora mais utilizada, apesar do sistema avaliativo dela ter sido elaborado com base em estudos de âmbito e objetivos educacionais, com pouca sensibilidade para avaliar patologia mental e orgânica. Dentre os 23 estudos em que é utilizado o teste para avaliar aspectos neurológicos, apenas quatro deles demonstram consistência, sendo que nenhum destes utiliza o sistema avaliativo de Koppitz.

Apesar de limitados, os resultados da avaliação de Koppitz (1969) com crianças de 5 a 10 anos acompanham de modo geral a idade, havendo também correlações de moderadas para elevadas com os Q.I. do Stanford-Binet. Koppitz conclui ainda pela validade da avaliação do teste de Bender da prontidão e da predição do aproveitamento escolar. Furr (1970) elaborou um sistema estandarizado de avaliação para as categorias de Koppitz, que Obrzut e outros (1972) submeteram a reexame.

Entretanto, faltam estudos sistemáticos com população infantil que evidenciem afirmativa ou negativamente uma associação significativa entre os escores do teste de Bender e os das provas psiquiátricas e neuropsicológicas padronizadas. Ampla pesquisa está sendo conduzida pelos autores deste estudo no Hospital das Clínicas da UNICAMP, com crianças pre-escolares e escolares, às quais estão sendo aplicados testes de nível mental, provas neuropsicológicas e psiquiátricas e o teste de Bender. Objetiva-se demonstrar a correlação existente nessa faixa etária entre esse conjunto de exames e o teste visomotor, segundo as normas de Bender, do modo como são operacionalizadas no presente trabalho.

Os autores deste estudo enfatizam o valor diagnóstico do teste de Bender com base numa avaliação quantitativa e qualitativa, a primeira

para o diagnóstico normal-anormal e a segunda para um diagnóstico específico. Pretende-se, assim, superar o impasse a que se chegou, durante cinquenta anos de vãs tentativas, no sentido de se obter um diagnóstico diferencial, apenas com a avaliação quantitativa. Muito embora o critério quantitativo justifique o diagnóstico normal ou anormal, esse diagnóstico só será confiável se houver aplicação adequada desse instrumento de psicodiagnóstico e condições mínimas por parte do examinando no que se refere, principalmente, à acuidade visual e às suas condições emocionais durante a execução da prova.

ABSTRACT

Just after the most recent review on the Bender test, applied to children from 3 to 12 years old, the authors have utilized a factorial approach to Bender's clinical observations. This was done to make possible to conduct a quantitative and qualitative evaluation which should be as rich and consistent as the original. The conclusions of Bender's research referring to children's maturation diagnostic are emphasized. The authors list the quantitative signals per age and establish different categories accordingly. The factorial personal signals to every age are added to that evaluation enabling the qualitative study of the outcomes. Right after the review of clinical and scientific test, the authors state the evaluation terms and test usage relating to the neural-psychological data of the children. The study becomes more significant due the fact that it contains the first portuguese version of the Bender's evaluation criteria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, J., & CANTER, A. Performance characteristics of school children on the BIP Bender test. **J. of Consulting and Clinical Psychology**, 1969, 33, 508.
- ADAMS, J.; KENNY, T. J. & CANTER, A. The efficacy of the Canter Background Interference Procedure in identifying children with cerebral dysfunction. **J. of Consulting and Clinical Psychology**, 1973, 40, 489.
- BENDER, L. **Test Gestáltico Visomotor. Usos y Aplicaciones Clínicas**. Paidós: Buenos Aires, 1982.
- BENDER, L. On the proper use of the Bender Gestalt Test. **Percept. Motor Skills**, 1965, 20 (1): 189 – 190.
- BUCKLEY, P. D. The Bender Gestalt Test: a Review of Reported Research with School-age subjects, 1966 – 1977. **Psychology in the Schools**, July, 1978, v. 15, nº 3, 327 – 338.

- CLAWSON, A. **Bender Infantil – Manual de Diagnóstico Clínico**. Ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1980.
- FURR, K. D. Standard scores for the Koppitz developmental scoring system. **Journal of Clinical Psychology**, 1970, 26 (1), 78 – 9.
- FLINT, F. S. A validation and developmental study of some interpretations of the Bender Gestalt Test. *Dissertation Abstracts International*, 1966, 27, 608 A (Abstract).
- KOPPITZ, E. M. **El test gúestáltico visomotor para niños**. Ed. Guadalupe: Buenos Aires, 1969.
- HUTT, M. L. **La adaptación Hutt dél test gúestáltico de Bender**. Ed. Guadalupe: Buenos Aires, 1969.
- LAMBERT, N. M. An evaluation of scoring categories applicable to children's performance on the Bender Visual Motor Gestalt Test. **Psychology in the Schools**, 1970, 7, 275 – 287.
- LAMBERT, N. M. An item analysis and validity investigation of the Bender Visual Motor Gestalt Test score items, **Psychology in the Schools**, 1971, 8, 78 – 85.
- RIMMER, A. & WEISS, A. A. A model of conceptual development for the Bender-Gestalt Test. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines**, 1972, 10, 188 – 196.
- OBRZUT, J. E.; TAYLOR, H. D.; THWEAT, R. C. Reexamination of Koppitz Developmental Bender Scoring System. **Percep. Motor Skills**, 1972, 34, nº 1.
- POPOVIC, A. M. **Alfabetização – Disfunções Psiconeurológicas**. Ed. Vetor, 3ª ed.: São Paulo, 1981.
- PUENTE, M. de la; MACIEL, J. A. Jr. Avaliação Multimodal da Patologia Mental e Orgânica de Adultos pelo Teste de Bender. **Arquivos de Neuropsiquiatria** (aceito para publicação em 1983).
- PUENTE, M. de la; MACIEL, J. A. Jr. Procedimentos Multimodais no Uso do Teste de Bender. **Estudos de Psicologia**, 1984, 1 (2): 65 – 74.
- SANTUCCI, H. e PÊCHEUX M – G. Prova gráfica de organização perceptiva para crianças de 6 a 14 anos. IN: René ZAZZO. **Manual para o Exame Psicológico da Criança**. Ed. Mestre Jou: São Paulo, 1981.
- TOLOR A. e SCHULBERG, H. C. **An evaluation of Bender-Gestalt Test**. Charles C. Thomas Publ.: Springfield, 1963.

O NARCISISTA, BRANCA DE NEVE, E O PODER EM NOSSA SOCIEDADE – UMA HIPÓTESE PSICANALÍTICA

Roosevelt M. S. Cassorla*

RESUMO

O autor levanta hipóteses sobre aspectos relacionados à busca do poder em nossa sociedade e sua interação com características narcísicas patológicas dos indivíduos.

A versão mais corrente do mito de Narciso (URTUBEY, 71-72) nos diz que o adivinho Tirésias havia predito aos pais de Narciso que ele viveria muito desde que não se olhasse. Quando jovem, Narciso despertou paixões em várias mulheres e ninfas, mas permaneceu sempre insensível. Enamorou-se dele, então, a ninfa Eco, que tinha sido condenada a não poder falar e somente podia repetir as últimas palavras ditas por outro – mas, Narciso também a rejeitou.

As mulheres e ninfas desprezadas pediram vingança a Nêmesis, a divindade que personificava a vingança divina e estava encarregada, ora de castigar o crime, ora de nivelar qualquer “desmedida” humana, como o excesso de felicidade ou de orgulho. Esta atendeu ao pedido e fez com que Narciso se aproximasse de uma fonte para beber água e visse sua imagem refletida. Narciso se apaixonou de si mesmo e então, insensível ao mundo, se inclinou sobre sua imagem e se deixou morrer, enquanto Eco o chamava sem resultado (e talvez Narciso confundisse a voz com um chamado de seu próprio reflexo). Até no Stix, o rio dos infernos, já morto, Narciso continuava agarrado a sua imagem. No lugar onde morreu cresceu a flor que leva seu nome, enquanto Eco, desesperada, retirou-se para viver nas grutas, transformou-se em pedra e não restou dela senão voz.

O termo narcisismo foi usado inicialmente por Havelock Ellis para designar uma perversão sexual em que o indivíduo acariciava e tomava seu próprio corpo como objeto sexual. FREUD (1914) aproveitou o termo que passou a constituir-se num elemento fundamental de sua teoria

* Depto. de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUCCAMP.
Depto. Psicologia Médica e Psiquiatria – UNICAMP.

da libido, levando a ricos desenvolvimentos posteriores e permitindo uma melhor compreensão das psicoses e dos transtornos de personalidade. Atualmente existem várias linhas de pesquisas em psicanálise girando em torno desse conceito básico, proporcionando cada vez mais o entendimento e o tratamento desses quadros (KOHUT, 1977; PRADO, 1978; ROSENFELD, 1971-72; ROSENFELD, 1978; URTUBEY, 1971-72).

Na verdade, Freud não acreditava que as psicoses (que ele chamava de neuroses narcísicas) fossem acessíveis à terapia psicanalítica, porque esses pacientes não teriam condições de efetuarem transferência. Nesse momento de sua teoria, ele já diferenciava a libido objetal, isto é, aquela que catexizava objetos externos da libido narcísica, ou a que se dirigia para próprio ego – (O conceito de objeto interno é posterior a Freud). Existiria um narcisismo primário, a partir do qual, “como pseudópodos” a libido se dirigiria aos objetos. Se se retraísse destes, voltando ao ego, teríamos um narcisismo secundário. Nas neuroses narcísicas o indivíduo retiraria sua libido objetal, reinvestindo seu ego. O resultado passa a ser um desligamento da realidade externa (às vezes até uma sensação de “fim de mundo”) e o “inchamento” do ego, levando a megalomania. Outras vezes, essa libido tenta de alguma forma reinstalar-se no mundo externo, levando a processos restitutivos patológicos como os delírios e alucinações. Sabemos, porém, que esses delírios e alucinações são o resultado de processos projetivos e correspondem a aspectos narcísicos do paciente.

Atualmente, conhecem-se melhor, quadros em que existe predominância de elementos e defesas narcísicas e que não se apresentam clinicamente como psicoses. São pessoas que, a despeito de sua dificuldade em efetuarem ligações emocionais com objetos externos e de sua megalomania e investimento em si mesmos, aparentam normalidade. Esses indivíduos, que podemos chamar de personalidades narcísicas, não raro, se salientam em nossa sociedade.

É sobre a interação entre as características das personalidades narcísicas e aspectos da sociedade atual, que me proponho a refletir neste trabalho. Os elementos que utilizarei para esta reflexão derivam de minha experiência clínica, de minha vivência em instituições e de minha percepção de aspectos da sociedade. A despeito de já vir pensando no assunto, o trabalho de LASCH (1980) me estimulou a colocar estas idéias no papel e me abriu os olhos para alguns pontos.

Alerto o leitor que minhas proposições serão hipotéticas e não tenho a pretensão de que não existam outras abordagens, sociológicas ou mesmo psicanalíticas, que talvez expliquem melhor os pontos a serem discutidos. Neste trabalho evitarei propositalmente pormenorizadas

descrições clínicas, que podem ser encontradas em vários outros autores (KOHUT, 1977; PRADO, 1978; ROSENFELD, 71-72; URTUBEY, 71-72).

O NARCISISMO NORMAL E O PATOLÓGICO

Existe um preconceito, entre os leigos, em relação ao termo narcisista. São assim chamadas as pessoas que gostam de aparecer, de salientar-se, falam só de si mesmas e querem ou pensam que o mundo gira em torno delas. Como veremos adiante, estas pessoas sofrem, na verdade, de um transtorno de sua libido narcísica.

De qualquer forma, essa visão, por vezes, faz com que nos esqueçamos que o narcisismo não só é normal, como indispensável para a própria sobrevivência. O problema é o narcisismo doentio, que impede ou dificulta a relação objetal.

O narcisismo é necessário porque ele está ligado à auto-estima. O "ama ao próximo como a ti mesmo" implica que só posso realmente amar a outro se eu me amo. Se eu não me amo e "amo" o outro, na verdade eu me submeto, ou, em outras palavras: se minha libido objetal se desenvolve exageradamente às custas de minha libido narcísica, terei uma relação caracterizada pela dominação do outro sobre mim, pela perda da minha individualidade. O outro passa a ser tudo e eu nada. Na verdade, na paixão isso ocorre em parte: a supervalorização do outro e certo grau de humildade no apaixonado. Mas, o comum é que o outro também corresponda, e sentir-se amado, elevará a auto-estima do apaixonado. É uma troca de amor. É trágico quando se ama (se catexiza alguém) e não se é amado — principalmente se a auto-estima é baixa. E, infelizmente, são justamente as pessoas com menor auto-estima (menos libido narcisista) que se apaixonam por figuras inacessíveis ou que não as amam, provavelmente porque o amante se desvaloriza tanto que não consegue inspirar amor a alguém que se auto-estima. Aliás, se o amante (que não se auto-estima) for amado, ele não acreditará e acabará por colocar tudo a perder. Ocorre como na anedota de um dos irmãos Marx que se recusou a entrar num clube porque este o aceitou como sócio. Se o aceitou é porque o clube não podia ser grande coisa...

Estes aspectos, de autodesvalorização e supervalorização do objeto, são comumente encontrados, em nossa sociedade, em moças adolescentes que tentam suicídio, tema que venho estudando. São jovens inseguras, extremamente vorazes que, também por autodesvalorização, se tornam possessivas e ciumentas, não acreditando que possam ser amadas. Sobre estas moças remeto o leitor a outros trabalhos (CASSORLA, 1980, 1983, 1984).

O indivíduo, portanto, idealmente, deveria ter certa quantidade de libido narcísica, que o tornasse capaz de auto-estimar-se em certo grau. Uma deficiência dessa libido levará a quadros similares aos descritos acima. Ou, o sujeito não dará atenção a si mesmo: por exemplo, não cuidará de si se ficar doente, não se poupará de desgastes desnecessários (e até mesmo necessários, conforme o caso) e viverá tanto cuidando dos demais que terminará se sacrificando, ou até se destruindo. Mas, muitas vezes, estes comportamentos são maneiras de o indivíduo poder estimar-se um pouco, obedecendo a exigências superegóicas rígidas, como veremos adiante. O oposto, o excesso de libido narcísica, em detrimento da objetal, levará o sujeito, tal como no mito, a um desligamento do mundo externo e à psicose, morte em vida, em que o mundo é o próprio ego. Narciso morreu ao debruçar-se sobre seu reflexo, mas poderia morrer de fome (pois não tinha sequer libido para procurar alimento, libido que tem que ser objetal) ou "derreter-se sob os raios do sol", como ocorre em outra versão do mito (URTUBEY, 1971-72), pois não tinha condições de perceber e defender-se dos estímulos externos.

No caso das personalidades narcísicas, em que ainda não se chegou à psicose, pode instalar-se uma megalomania e, com a penúria da libido objetal, constituírem-se relações objetais limitadas, sem afetos.

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO NARCISISMO PATOLÓGICO

Neste trabalho, quero prender-me às características do indivíduo com perturbações narcísicas, não necessariamente psicóticas do ponto de vista fenomenológico e que, com freqüência, vive, aparentemente, adaptado à sociedade. Muitos sequer supõem ou admitem que suas características causem sofrimento a si e aos outros.

Uma primeira característica é a dificuldade de criar e manter laços emocionais com as outras pessoas. São indivíduos cuja capacidade de amar está restringida. Isso, associado a outros fatores, faz com que se tornem não raro insatisfeitos com o mundo, e o sintam como vazio, frustrante. São pessoas que vivem sem prazer e cuja vida, às vezes, lhes parece fútil e sem objetivo.

Por outro lado, necessitam muito da valorização a partir dos outros, mas, na verdade, os outros não interessam como pessoas, mas sim como reflexos (espelho) de suas qualidades. Sentem-se grandiosos, supercapazes, inteligentes e os melhores em suas áreas de atuação. Na verdade, são pessoas que têm um ideal de ego exacerbado e que, se por um lado se idealizam; por outro necessitam, a todo momento, de se verem refletidos no outro para poderem se auto-avaliar e essa auto-avaliação leva

a duas possibilidades: o "espelho" confirma que "não há ninguém mais belo do que eu", como ocorre com a madrasta da Branca de Neve, (mas, que necessita à todo momento olhar-se no espelho, para tirar a dúvida); ou, a outra possibilidade, o "espelho" mostra que sim, que existe alguém "mais belo" que o narcísico. Neste caso, podem ocorrer também várias possibilidades: pode negar-se o que se vê no "espelho", o indivíduo nega a realidade e continua sentindo-se e comportando-se megalomaniacamente, sem possibilidade de tomar consciência de suas limitações — isso o levará não só a não poder aprender da experiência, como à exposição a situações em que acabará por destruir-se, por não ser realmente capaz de lidar com elas. Assim como Narciso, apaixonado por si mesmo, terminará mal, pois a realidade externa é negada. Nesse momento o narcísico poderá estar psicótico, com delírio de grandeza manifesto, ou então viverá aparentemente normal, mas terá que explicar seu fracasso pela perseguição e inveja dos outros. O narcísico nunca poderá admitir suas falhas: os culpados sempre serão os outros.

É também o que ocorrerá se o "espelho" mostrar que ele não é o melhor e ele não puder negar as evidências: só pode ter ocorrido isso, em sua mente, porque alguém o está prejudicando, ou o outro está usando de influências ou falcaturas para superá-lo. Outra possibilidade está no indivíduo menos doente, será a depressão, a sensação de inferioridade, de ferida narcísica, que, às vezes, permite ao paciente procurar tratamento (o que é mais difícil nos outros casos).

Em casos mais graves o narcísico, não suportando que outro tenha mais sucesso, querará destruí-lo, assim como a madrasta tentará fazer com Branca de Neve. A inveja exacerbada é, portanto, uma característica importante destas personalidades. O ódio e a inveja poderão levar a perseguições, difamações, e o uso de armas desonestas para prejudicar o outro. E, comumente esse outro, ou outros, são apenas bodes expiatórios, de quem se sente inveja, mas que na realidade nada fizeram ao indivíduo, a não ser defrontá-lo com seu ideal de ego exigente e sádico.

Mas, mesmo que o "espelho" mostre suas qualidades, o narcísico nunca estará satisfeito. Sempre terá que olhar seu reflexo e comparar-se com os outros (e com seu ideal de ego). Sua vida será, portanto, uma tortura: ao mesmo tempo que se sente gratificado, "inchado", por seus sucessos, estará sempre exigindo mais de si e inseguro e invejoso dos outros, que potencialmente são todos rivais.

A onipotência é uma conseqüência do quadro descrito acima. São indivíduos que acreditam que podem tudo e, realmente, em face de suas características de personalidade, sentem-se os donos do mundo, que deve girar a seus pés. Graças a sua megalomania, exigências e déficit de libido objetal, transformam as outras pessoas em coisas para seu benefício. A falta de capacidade de amar e o ódio os tornam indivíduos

manipuladores dos demais, que passam a servir a seus objetivos de autograndiosidade. Aqui gostaria de introduzir a relação entre as características desses indivíduos e da nossa sociedade.

NARCISISMO PATOLÓGICO E A SOCIEDADE ATUAL

É evidente que o narcisista descrito acima sofre. Sofre muito porque está sempre insatisfeito e perseguido por suas exigências. Sofre também porque o mundo lhe parece vazio e para combater esse vazio precisa estar sempre voltado para seu ego engrandecido. Mas, às vezes, a pessoa se cansa de tantas exigências e energia gasta em autopromoção que nunca a preenche. Estes casos terão melhor prognóstico e comumente procuram terapia.

Mas, outros narcísicos não têm consciência de seu sofrimento. Negam-no e como bons "auto-suficientes" têm pavor de depender dos outros, o que seria uma humilhação a seu ego grandioso. Estes não procuram terapia e causam muito sofrimento aos outros, pois que os outros foram coisificados.

Permitam-me descrever-lhes agora alguns aspectos da sociedade atual, como eu a vejo. O que mais chama a atenção é a desumanização. Não vou entrar em detalhes sobre suas causas, ligadas à revolução tecnológica, à competição, à procura de prazer, etc., e cujas raízes não me sinto em condições de discutir. Mas, é evidente como o indivíduo está sujeito, cada vez mais, a estruturas impessoais, a que não tem nem acesso nem compreensão e às quais deve submeter-se, num processo kafkiano. O modelo dessa estrutura é a burocracia (e a tecnocracia) e ele se reproduz nas relações humanas em geral, nas fábricas, nas escolas, nas famílias e, em nível mais amplo, nas relações governantes-governados.

São relações impessoais em que, comumente, como uma aspiração, a que a sociedade impele, procura-se o poder, o prestígio, o "status" social ou equivalentes. Para a consecução dessas "necessidades" espera-se e estimula-se, com freqüência, que as pessoas não se envolvam afetivamente, que sejam capazes de trair ou "pisar" seus semelhantes, de manipulá-los para seu próprio benefício. Premia-se o bom desempenho e a figura do "vencedor", isto é, aquele indivíduo que, não importa se por mérito ou por influências e falcatruas, alcança postos elevados. Atualmente existe uma tendência, inclusive, a se admirar a pessoa amoral, que tranqüila e cinicamente usa os demais, muda as regras do jogo quando interessa e vence qualquer obstáculo para atingir seu objetivo. Creio que a admiração decorre, em parte, da impossibilidade que a maioria das pessoas têm de usar esses métodos e o indivíduo fascina os outros como se fica fascinado frente a um incêndio ou a um leão devorando a presa. É claro que, junto com a admiração, existe revolta e raiva, mas quanto mais o sujeito

continua sua escalada, indiferente à reprovação dos demais, maior é a fascinação por sua obstinação e frieza.

Em nossa sociedade, portanto, tende a valorizar-se cada vez mais o narcisismo patológico. As pessoas devem aparecer, salientar-se, serem conhecidas, citadas, se possível também nos jornais e na TV. Isso alimenta ainda mais o narcisista. (Os colunistas sociais vivem disso). Por outro lado, as pessoas que trabalham e produzem em silêncio não são reconhecidas. Isso leva às vezes, numa inversão, a que indivíduos mais sérios cheguem a esconder-se do público (num narcisismo ao contrário), temendo ser confundidos com outros de popularidade fácil.

Numa sociedade assim estruturada, o narcisista patológico comumente tem sucesso. Galgará altos cargos, "pisando" nos outros e usando de corrupção. Uma vez alçado a esses cargos continuará querendo mais, não importando realmente sua função e seus semelhantes, mas como poderá beneficiar-se deles para subir mais. Evidentemente terá que perseguir os rivais e, com facilidade, será obrigado a tornar-se um miniditador ou um ditador maior, onipotente, que reprimirá, violentamente, quem possa invejar, não importando se há ou não motivos para tal. Infelizmente, essas pessoas invejam, principalmente, a felicidade, a capacidade de amar, que os outros têm e que a eles lhes falta. Portanto, como ocorre no romance 1984, de George Orwell (o ano em que estamos !), proíbe-se o amor e prega-se a manipulação, o ódio e a morte.

Felizmente, o amor não pode ser extinto, nem a vida. Ela persiste na sociedade e esta tem que estar alerta para os germes de sua destruição. O narcisista também sofre (mesmo que ele não o perceba) e nossa ajuda, às vezes muito difícil, poderá torná-lo capaz de amar e se sentir mais feliz.

Gostaria, ainda, de deixar claro, que as características de personalidade, descritas acima, nem sempre se encontram de forma tão pura — enfatizei aqui os aspectos que me pareceram mais importantes, em face dos meus objetivos. Com frequência, portanto, existem também outros mecanismos mentais que, ora complicam o quadro, ora protegem melhor o indivíduo não só da psicose como de outras manifestações mentais. Comumente, o paciente procura a terapia por outras motivações e o terapeuta se defronta com uma estrutura narcísica patológica subjacente, que agora, felizmente, poderá ser conhecida e talvez desfeita.

Apenas mais um ponto, para concluir: é evidente que muitas pessoas conseguem prestígio e poder, em nossa sociedade, às custas de seus méritos e por meios dignos. E, estas pessoas, na verdade, acabam por ser muito mais respeitadas e admiradas, o que pode causar também mais inveja. O que lamento, no entanto, é que essas pessoas dignas, justamente por isso, nem sempre conseguem defender-se quando os meios usados por

seus adversários são escusos. Creio que este é um desafio de nossa sociedade, que deve descobrir como proteger-se de sua autodestruição, preservando a liberdade e o respeito de seus membros.

ABSTRACT

The author hypothesizes about the relations between aspects of the search of authority in our society and the characteristics of pathological narcissism.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASSORLA, R. M. S. — Contribuição ao estudo de comportamentos suicidas em crianças e jovens in ABENEPI (ed) — **A criança e o adolescente brasileiro da década de 80**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.
- CASSORLA, R. M. S. — Uma provável história natural da tentativa de suicídio em jovens in Knobel, M. & Saidemberg S. (org.) — **Psiquiatria e Saúde Mental**, S. Paulo, Ed. Autores Assoc., 1983.
- CASSORLA, R. M. S. — **O que é suicídio?**, S. Paulo, Ed. Brasiliense, 1984.
- FREUD, S. — Introdução ao narcisismo (1914), in **Obras Completas**, Imago Editora, vol. XIV.
- KOHUT, H. — **Análisis del self — el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad**, B. Aires, Amorrortu ed., 1977.
- LASCH, C. — The culture of narcissism, **Bull Menn. Clin.** 44: 426 — 440, 1980.
- PRADO, M. P. de Almeida — **Narcisismo e estados de entranhamento** (editado pelo autor), Rio de Janeiro, 1978.
- ROSENFELD, H. — Da psicopatologia do narcisismo: uma aproximação clínica in **Os estados psicóticos**, SP — Zahar, 1978.
- ROSENFELD, H. — Aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de los instintos de vida y muerte: una investigación de los aspectos agresivos del narcisismo. **Rev. Urug. Psicoanal**, 13: 227 — 245, 1971-72.
- URTUBEY, L. — Sobre el narcisismo y una de sus formas de expresion: el autismo transferencial "frente el espejo". **Rev. Urug. Psicoanal.**, 13: 149 — 86, 1971-72.

ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS

INCOMPETÊNCIA EJACULATÓRIA E IMPOTÊNCIA SOB O ENFOQUE DA APRENDIZAGEM DE DISCRIMINAÇÃO

José Tolentino Rosa*

RESUMO

Este artigo apresenta um estudo de caso que fornece evidência a respeito da hipótese da aprendizagem discriminativa sobre a incompetência ejaculatória. Por outro lado, discute-se o processo psicoterapêutico em suas diferentes fases, com pacientes que apresentam esta disfunção sexual. O tratamento foi elaborado para ampliar e diversificar o controle de estímulos sobre a resposta ejaculatória. Os resultados estão de acordo com outros artigos clínicos sobre o assunto.

Os casos de disfunção sexual masculina, segundo Kaplan (1979), podem ser divididos em três categorias: distúrbios da ereção, da ejaculação e do desejo. Embora a ejaculação e o orgasmo no homem ocorram simultaneamente, sabe-se a partir de estudos que são fenômenos psicológicos diferentes da resposta sexual com pacientes portadores de lesão medular, (Higgins, 1979). Dentro dos limites deste artigo, vamos considerar apenas os **distúrbios da ejaculação** uma vez que pessoas cujo sistema nervoso esteja íntegro, dificilmente, apresentam o fenômeno psicologicamente dissociado.

Caracteriza a ejaculação retardada a dificuldade de ejacular, durante o coito, apesar da presença das fases de desejo, ereção e "plateau" e da estimulação sexual. Esses pacientes podem apresentar: facilidade de conseguir ejaculação fora do coito; dificuldade de ejacular com estimulação pela parceira, mas sem problemas através da automasturbação; ou, ainda, nenhuma experiência de ejaculação sob condições de estimulação deliberada (são pacientes que ejaculam sob a forma de poluição noturna em sonhos não eróticos).

Segundo Libman, Brender, Burstein e Hodgins (1984), há três hipóteses na literatura psicológica: (1) a da **inibição involuntária**, onde a

* Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, do Instituto Metodista de Ensino Superior (IMS) de São Bernardo do Campo.
Depto. de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUCCAMP.

incompetência ejaculatória é vista como manifestações inconscientes de medo, raiva, ansiedade, hostilidade e ressentimento; (2) a **orientação auto-sexual**, onde o indivíduo dá maior valor excitante à experiência de auto-estimulação, do que a estimulação pela parceira; e a (3) da **falha de aprendizagem de discriminação**, onde o indivíduo falha em transferir a resposta sexual da situação solitária para a interpessoal, devido a um S^D masturbatório incompatível com a situação heterossexual.

Este artigo visa mostrar que as três explicações acima se referem a diferentes níveis de repertório comportamental de pacientes (Schover et al., 1982) e são hipóteses adequadas para orientar o plano de tratamento.

O modelo da inibição involuntária pressupõe a existência de um distúrbio emocional subjacente ao sintoma da incompetência ejaculatória. Masters e Johnson (1974) consideram esta síndrome como a inibição, involuntária e inconsciente, do reflexo ejaculatório associada a sentimentos de culpa, conflitos religiosos. O indivíduo também teria dificuldades de assertividade, tais como exprimir sentimentos negativos como raiva, defender seus direitos e expressar impulsos agressivos.

A incompetência ejaculatória, dentro deste modelo, pode ser vista como reação de depressão narcisista, de depressão culposa ou de depressão por perda simples (Bleichmar, 1983). Se esta hipótese for correta, haverá casos, onde seria suficiente para o alívio sintomático, o tratamento da depressão (através do treino assertivo e do treino de comunicação afetiva e relação interpessoal), sem alusão direta ao problema da incompetência ejaculatória.

Em casos de depressão narcisista, a experiência de auto-estimulação (ou automasturbação) é muito mais excitante do que a da parceira. Nesses casos, o indivíduo, além de ter as dificuldades de comunicação, teria também uma orientação auto-sexual. O manejo da relação interpessoal no tratamento de pacientes narcisistas é difícil e exige cuidado especial mesmo de terapeutas experientes (Pereira, 1984; Sauberman 1984).

A hipótese da tendência auto-sexual (Apfelbaum, 1980) considera a síndrome de incompetência ejaculatória ou ejaculação retardada como exemplo da discrepância entre duas dimensões de ativação (a filosófica e a cognitiva) e enfatiza a necessidade de se conhecer melhor as relações entre os **afetos** (sentimentos conscientes), sua inibição (inconsciente) e as **cognições** e concepções sobre a sexualidade. Segundo Bleichmar (1983) há uma relação estrutural e biunívoca entre a estrutura dos afetos e das idéias.

O modelo da aprendizagem de discriminação para a incompetência ejaculatória, apresentado na literatura por Lo Piccolo,

Stewart e Watkins (1972) parece combinar as duas hipóteses anteriores. O gradiente de generalização se achata com o aumento da angústia, dificultando assim a aprendizagem de discriminação. Dentro desse modelo, a ejaculação está associada a eventos negativos ou assim interpretados pelo paciente; a auto-estimulação é a atividade preferida; o orgasmo está sob controle de estímulos muito específicos, dificultando a generalização e ampliação da resposta. Portanto, o modelo de aprendizagem de discriminação pressupõe uma falha em generalizar e transferir a resposta sexual da situação solitária para o contexto diádico, devido a um estilo ou padrão de masturbação incompatível com a situação heterossexual.

No tratamento de pacientes com incompetência ejaculatória há alguns procedimentos que podem ser derivados de qualquer das três hipóteses acima: (1) encorajar a fantasia erótica como maneira de lidar com as condições que provocam ansiedade; (2) aproximar os níveis de ativação cognitivo e fisiológico e (3) ampliar as condições de estímulo na masturbação, e assim facilitar a transferência de resposta para o contexto interpessoal, com a parceira. É próprio do modelo de aprendizagem de discriminação, enfatizar a transferência gradual da responsividade orgásmica da situação de automasturbação para o contexto interpessoal diádico com a parceira. Cabe ao terapeuta, dentro desse modelo, planejar junto com seu paciente as etapas e as condições que facilitam essa transferência.

O caso a seguir fornece evidência em favor da hipótese da aprendizagem discriminação na compreensão da etiologia da síndrome da incompetência ejaculatória. Por outro lado, também ilustra o modo como manejar as diferentes fases da psicoterapia com pacientes que apresentam disfunção sexual.

CASO 1

"K" tinha 26 anos e sua queixa principal era não poder "ejacular durante o ato sexual". Morava com sua esposa "A", de 25 anos, e estavam casados há dois anos e meio. Tinham uma criança de 4 (quatro) meses produto de "artificialidades" e ambos queriam um segundo filho concebido mais naturalmente. Os exames de laboratório, bem como o exame médico foram negativos, nada revelando de patológico.

À época da primeira consulta a sra. "A" era orgásmica tanto manualmente como no intercurso, mas o Sr. "K" nunca tivera orgasmo com qualquer forma de estimulação genital por parte da esposa. Segundo "K" era seu costume lavar-se após as relações, pois ficava preocupado em pensar que os genitais e as secreções vaginais de sua mulher fossem sujos e pudessem contaminá-lo. Conseguia acariciar os genitais da Sra. "A" para agradá-la, mas nunca conseguiu ejacular intravaginalmente nem por outros

meios de estimulação sexual pela esposa. Masturba-se desde os 13 anos de idade, atualmente numa frequência de três a quatro vezes por mês.

QUADRO I

ESTREITO CONTROLE DE ESTÍMULOS (com aprendizagem de discriminação limitada)

S_1^D — auto-estimulação

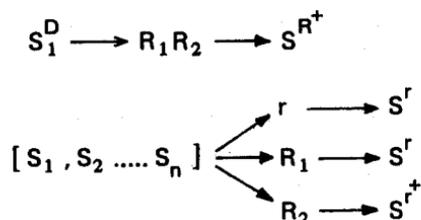
r — outras respostas

R_1 — ereção; Pe_2 ejaculação/orgasmo

S^r — outros reforçadores

S^{R^+} — orgasmo e sensação de prazer

[S_1, S_2, \dots, S_n] — outras situações de estimulação sexual.



Seu casamento, avaliado pela Escala de Satisfação Conjugal (ESC) de Nathan, Azrin e Jones (Picelli et alli, 1983), estava comprometido na área de comunicação devido a padrões destrutivos de interação social.

A análise do TAT abreviado revelou fastio, tendência a depressão e ego relativamente integrado.

Procedimento

O tratamento seguiu em linhas gerais as indicações de Minuchin (1982), Pincus e Dare (1981) e Groisman (1983) para lidar com as deficiências de comunicação: padrões destrutivos de relacionamento interpessoal e disputa de poder. Para a **disfunção sexual**, foram usadas estratégias derivadas do modelo de aprendizagem de discriminação, recomendadas por Lo Piccolo et alli (1972).

Inicialmente, foram sugeridas leituras eróticas ao casal e ao Sr. "K" para que "concentrassem sua atenção" nas sensações corpóreas e passassem a considerar o prazer genital e não-genital como relaxamento. À Sra. "A" foi solicitado que apoiasse o marido, encorajando-o a se relaxar através do prazer genital.

Na 7ª sessão o casal relatou que o Sr. "K" tinha ejaculado num encontro sexual com a esposa, na posição que ele usava para a masturbação (esfregar o pênis com as mãos, com movimentos circulares, nada semelhantes aos dos intercursos.).

Entre a 8ª a 11ª sessões foi desenvolvido o processo de "modelagem" para associar movimentos semelhantes aos do coito com a ejaculação. Os passos dessa modelagem foram:

a) passar as condições de controle da resposta orgásmica para a estimulação táctil fornecida pela esposa;

b) passagem da estimulação táctil da esposa, semelhante à auto-estimulação do Sr. "K", para estimulação masturbatória da esposa com movimentos semelhantes aos realizados no coito — i.e, a estimulação da parceira simula o intercurso sexual;

c) iniciar o intercurso com a esposa na posição superior, tal como a descrita por Masters e Johnson (1974) no tratamento da impotência ou ejaculação precoce;

d) ejacular intravaginalmente com a mulher na posição superior.

Por ocasião da 10ª e 11ª sessões o Sr. "K" conseguiu ejacular intravaginalmente, embora não acreditasse que suas melhoras iriam se manter. Esta situação de desesperança e de medo do êxito é comum em pacientes depressivos, conforme a literatura sobre depressão (Beck, 1979; Bleichmar, 1983; Malan, 1982).

Durante a 20ª sessão, foi encerrada esta etapa da psicoterapia, denominada breve ou focal e feito um novo contrato para psicoterapia individual, de orientação psicodinâmica (Malan, 1981; 1982), com duas sessões semanais. Nessa ocasião o paciente se apresentava sem falha ejaculatória, embora houvesse uma latência (sic) entre a ejaculação e a sensação de orgasmo. Isso sugere a existência de, pelo menos, dois mecanismos no sistema nervoso: um central, que controlaria a sensação de orgasmo, e outro periférico, que controlaria a ejaculação. Pesquisas com pessoas portadoras de lesão medular, principalmente em segmentos inferiores a L-2, poderiam esclarecer melhor esse ponto.

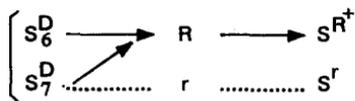
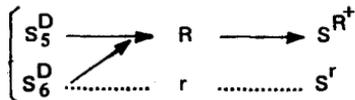
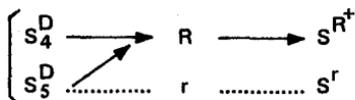
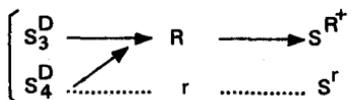
O Sr. "K", nessa ocasião, passara a se masturbar de acordo com o novo padrão aprendido, onde os movimentos de auto-estimulação eram mais semelhantes aos realizados durante o coito.

QUADRO II

PARADIGMAS DA DIVERSIFICAÇÃO DO CONTROLE DE ESTÍMULOS

- S_1^D — auto-estimulação
- S_2^D — leituras eróticas
- S_3^D — carícias da parceira (concentração de atenção em sensações corpóreas)
- S_4^D — estimulação masturbatória pela esposa simulando o coito
- S_5^D — esposa na posição superior iniciando o coito
- S_6^D — movimentos de coito com a mulher na posição superior
- S_7^D — movimentos de coito em outras posições

- R — ereção e ejaculação/orgasmo
- S^{R+} — sensação de prazer e orgasmo
- r — outras respostas
- S^R — outros reforçadores



Decorridos 6 meses após o tratamento do casal, a Sra. "A" estava grávida e o casal se achava bastante satisfeito com a vida conjugal. Enfrentaram, relativamente bem, as dificuldades da realidade sócio-econômica: desemprego do Sr. "K", arrocho salarial e a baixa remuneração da Sra. "A", professora de 1º grau.

O Sr. "K", em psicoterapia de orientação psicodinâmica, está tratando de sua depressão, conscientizando-se de outros aspectos de sua personalidade: angústia, culpa, raiva, depressão, hipomania e descobrindo aspectos positivos de relação afetiva com seus amigos e familiares. É importante ressaltar aqui a relevância da cooperação da Sra. "A", sem a qual o programa de modelagem não poderia ser executado. Esta colaboração não é comum ser encontrada num casal cuja comunicação se acha prejudicada por padrões destrutivos e agressivos. Sua disposição para mudança, para melhorar a compreensão de si mesma e do seu marido, a redescoberta de sua capacidade de amar foram a principal fonte de êxito no tratamento e recuperação do Sr. "K", cuja depressão estava em alto grau, comprometendo sua capacidade de discernimento e de estabelecer relações afetivo-relacionais.

ABSTRACT

This paper presents a case study providing evidence and understanding about the discriminative learning hypothesis on the ejaculatory incompetence syndrome. The psychotherapeutic process of this sexual dysfunction is discussed, at its different phases. The treatment procedure was elaborated in order to diversify stimulus control over the ejaculatory response. The results were comparable to other clinical papers on this matter.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APFELBAUM, B., The diagnosis and treatment of retarded ejaculation. In **Principles and Practice of Sex Therapy** (Ed. by Leiblum and Pervin). New York: Guildord Press, 1980.
- BECK, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; and Emery, G., **Cognitive Therapy of Depression**. NY: The Guilford Press, 1979 (Tradução do original norte-americano de Vera Ribeiro publicada pela Zahar Ed. RJ, 1982).
- BLEICHMAR, H., **Depressão: um estudo psicanalítico**. RS: Artes Médicas, 1983.
- GROISMAN, M.; Bastos, A. B. P.; Barreto, A. B. Sobre a psicoterapia de grupo breve em adolescentes numa instituição psiquiátrica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1983, vol. 22, (6).

- HIGGINS, Glenn E., Sexual Response in Spinal Cord Injured Adults: A Review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, 1979, vol. 8 (2): 174-196.
- KAPLAN, H. S., *Distúrbios do Desejo Sexual*. São Paulo: Nova Fronteira, 1979.
- LIBMAN, E., Brender, W., Burstein, R. and Hodgins, S., Ejaculatory incompetence: a theoretical formulation and case illustration. *J. of Beh. Ther. and Exp. Psychiatry*, 1984, 15:(2), 127-139.
- LO PICCOLO, J., Stewart, R. and Watkins, B. Treatment of erectile failure and ejaculatory incompetence of homosexual etiology. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, 233-236.
- MALAN, D., *Fronteiras da Psicoterapia Breve*. Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 1981.
- MALAN, D., *Psicoterapia Individual e a Ciência Psicodinâmica*. Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 1982.
- MASTERS, W. H., Johnson, V. E., *A Incompetência Sexual Humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974. (Tradução do original norte-americano de 1970).
- MINUCHIN, Salvador, *Famílias: Funcionamento & Tratamento*, Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 1982. (Tradução do original norte-americano por Jurema A. Cunha).
- PEREIRA, C. A. Garrido, Transferência nas Neuroses. *Rev. Brasileira de Psicanálise*, 1984, vol. XVIII, nº 2, 185-195.
- PICELLI, S. T., Silva, A. C., Gagliardi, M., Orioli, R. C. e Silva, M. S. O., Uma experiência de ensino no manejo de disfunções sexuais a estudantes de graduação em Psicologia. *Cadernos de Pós-Graduação nº 4 – Psicologia da Saúde*. S. B. do Campo – SP: Instituto Metodista de Ensino Superior, 1983.
- PINCUS, L. and Dare, C., *Psicodinâmica da Família*. Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 1981. Tradução do original inglês por Clara Rotenberg e Shirley Kleinke.)
- SAUBERMAN, P. R., Problemas da Transferência Psicanalítica com ênfase especial na transferência narcísica. *Rev. Brasileira de Psicanálise*, 1984, vol. XVIII, nº 2, 207-220.
- SCHOVER, L. R., Friedman, J. M., Weiler, S. J., Heiman, J. R., and Lo Piccolo, J., Multi axial problem oriented system for sexual dysfunctions: An alternative to DSM III. *Archs. Gen. Psychiat.*, 1982, 39: 614-19.

RESENHAS

ALCOOLISMO: OS MITOS E A REALIDADE*

Saulo Monte Serrat**

Considerações iniciais — O crescente consumo de bebidas alcoólicas, nas duas últimas décadas, em países desenvolvidos ou não, tem alarmado a todos que se preocupam com a saúde do Homem.

Em 1979, a 32ª Assembléia Mundial de Saúde, recomendou que fossem adotadas medidas que pudessem reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, particularmente em relação aos jovens e às gestantes.

Nos "Subsídios para uma política do uso de bebidas alcoólicas em Saúde Pública", publicação da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (D.N.S.M. — M.S., 1981), enfatiza-se que o estudo dos males, advindos do uso imoderado de bebidas alcoólicas, não deve centrar-se apenas no Alcoolismo ou Síndrome de Dependência do Álcool, mas preocupar-se também com "... conseqüências outras; tais como acidentes de trânsito e de trabalho, incidência de criminalidade, queda de produtividade dos trabalhadores, desorganização familiar, mudanças de comportamento, distúrbios no desenvolvimento fetal, efeitos que incidem no indivíduo, na família e na comunidade, importando em vultosos gastos nos setores de tratamento e na reabilitação".

De acordo com Milan e Ketchan (1981), há mais de 10 milhões de alcoolistas nos Estados Unidos, dos quais morrem, por ano, centenas de milhares, por causas relacionadas ao consumo do álcool.

No Brasil, onde os dados epidemiológicos são precários, segundo os "Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo" — D.N.S.M.-M.S. (1981), em relação a hospitais psiquiátricos: "O somatório do alcoolismo e psicose alcoólica nas primeiras admissões hospitalares vem ocupando o primeiro ou o segundo lugar, sendo que em 1977 ocupou o primeiro lugar nos registros das internações hospitalares".

As causas de um problema, cuja importância é reconhecida universalmente, são ainda hoje objeto de acirradas polêmicas. Doença provocada por uma suscetibilidade específica ao álcool, conseqüência de

* MILAN, J. R. e KETCHAN, K. — *Alcoolismo: Os mitos e a realidade*. Tradução de Auriphebo B. Simões, São Paulo, Ed., Fundo Educativo Brasileiro Ltda., 1983, 218 p.

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

fuga a problemas psicológicos, conseqüência da ingestão imoderada e constante de bebidas alcoólicas, são algumas das explicações dadas, muitas vezes, de maneira exclusiva das demais.

A existência de posições conflitantes está a indicar a necessidade de estudos mais aprofundados dos fatores etiológicos do alcoolismo, uma vez que as terapias propostas são necessariamente baseadas neles.

E dentro desse quadro é publicado o livro de Milan e Ketchan, que já começou a provocar polêmicas pela posição unilateral que toma em relação ao problema.

"Alcoolismo: os mitos e a realidade" — Para os autores, que neste ponto concordam com os Alcoólicos Anônimos, o alcoolista é aquele que, por características fisiológicas, tem uma suscetibilidade particular ao álcool, que o leva, inexoravelmente, à dependência, a menos que se abstenha totalmente do consumo de bebidas alcoólicas. Nisto ele diferencia-se de outros bebedores, inclusive dos que ingerem habitualmente e em grande quantidade bebidas alcoólicas. Haveria, pois, uma analogia entre o problema do alcoolista e o do diabético.

O capítulo 1º inicia-se com a enumeração de atitudes preconceituosas em relação ao alcoolismo, desde a antigüidade até nossos dias.

O alcoolista tem sempre sido visto como degenerado moral que, por falta de autodisciplina, se degrada e causa profundos sofrimentos a si e aos outros.

"Sabe-se que o alcoolismo é, na verdade, uma moléstia fisiológica que transforma suas vítimas, deixando-as com pouco ou nenhum controle sobre seu comportamento. No entanto, a maioria das pessoas neste país, tanto profissionais como não profissionais, se agarra à crença de que o alcoolismo é uma "fraqueza emocional" e um mal moral suscetível de destruir a sociedade".

Milan e Ketcham relacionam 16 idéias difundidas sobre o alcoolismo, que consideram mitos, e opõem a elas o que seria realidade a seu ver.

Eis as oposições mais relevantes e polêmicas, que serão desenvolvidas nos capítulos seguintes:

— **Mito:** O álcool é uma droga que cria dependência e qualquer pessoa que o beba por tempo suficiente e, em grande quantidade, tornar-se-á dependente.

— **Realidade:** O álcool é uma droga seletivamente viciante. Cria dependência em apenas uma minoria de seus usuários, os alcoólatras. A maioria das pessoas pode beber ocasionalmente, diariamente e até em

grandes quantidades, sem criar dependência, enquanto que os alcoólatras se tornarão dependentes, não importando a quantidade que bebam.

— **Mito:** A dependência do álcool muitas vezes é psicológica.

— **Realidade:** A dependência do álcool é principalmente fisiológica. Os alcoólatras se tornam dependentes porque seu organismo é incapaz de assimilar normalmente o álcool.

— **Mito:** As pessoas se tornam alcoólatras porque têm problemas psicológicos e emocionais que procuram aliviar através da bebida.

Realidade: Os alcoólatras têm os mesmos problemas psicológicos e emocionais como todas as pessoas, antes de começarem a beber. Estes problemas são agravados, no entanto, por sua dependência. O alcoolismo corrói e enfraquece a capacidade do alcoólatra de enfrentar os problemas normais da vida. Além disso, as emoções do alcoólatra se tornam inflamadas, tanto quando ele bebe excessivamente, como quando pára de beber. Assim, quer beba quer se abstenha, sentir-se-á irado, temeroso e deprimido, em grau exagerado.

— **Mito:** O fato de que os alcoólatras continuam a sentir-se deprimidos, ansiosos, irritáveis e infelizes depois que param de beber, é evidência de que sua doença é causada por problemas psicológicos.

Realidade: Os alcoólatras que continuam a sentir-se deprimidos, ansiosos, irritáveis e infelizes, depois que param de beber, na realidade estão sofrendo de "Síndrome de abstinência prolongada". Os danos causados por beber de modo excessivo durante anos, não foram ainda reparados e eles necessitam de terapia mais efetiva.

— **Mito:** Se as pessoas bebessem somente de maneira controlada, não se tornariam alcoólatras.

Realidade: Muitos bebedores inicialmente controlados tornam-se alcoólatras. O descontrole posterior é uma característica da doença.

— **Mito:** O alcoólatra precisa de querer ajuda, para ser ajudado.

Realidade: A maioria dos alcoólatras não deseja auxílio. São pessoas doentes, incapazes de pensar racionalmente e de abandonar o álcool por si próprias. A maioria dos alcoólatras recuperados foi forçada a tratamento contra sua vontade. A automotivação geralmente ocorre durante o tratamento, não antes.

— **Mito:** A psicoterapia pode ajudar muitos alcoólatras a conseguir a sobriedade, por meio do autoconhecimento.

Realidade: A psicoterapia desvia a atenção das causas físicas da doença, aumenta o sentimento de culpa e de vergonha dos alcoólatras e mais agrava do que alivia seus problemas.

— **Mito:** A ansiedade por álcool pode ser aliviada pela ingestão de alimentos com alto teor de açúcar.

Realidade: Os alimentos com alto teor de açúcar aumentam a depressão, irritabilidade e tensão do alcoólatra e intensificam seu desejo de beber para aliviar os sintomas.

— **Mito:** Às vezes os tranqüilizantes e sedativos são úteis no tratamento de alcoólatras.

Realidade: Os tranqüilizantes e sedativos são úteis somente durante o período agudo de desintoxicação. Após esse período, estas drogas são destrutivas e, em muitos casos, mortais para os alcoólatras.

O Capítulo 2º trata especificamente do álcool: suas características químicas, os fenômenos fisiológicos relacionados com sua ingestão, o álcool como estimulante e sedativo, o álcool como droga que cria dependência de modo seletivo e o álcool como fonte de energia.

É descrito o processo de eliminação do álcool assim que a droga atinge o fígado. Uma enzima, a desidrogenase do álcool (A.D.H.) atua em sua molécula, removendo dois átomos de hidrogênio e dando lugar à formação do acetaldeído. Como é ele um agente tóxico, que pode produzir náuseas, aumento do batimento cardíaco, tontura, dor de cabeça e confusão mental, o fígado, imediatamente, inicia a segunda fase do processo de eliminação: a transformação do acetaldeído em acetato. O acetato é, posteriormente, convertido em dióxido de carbono e água, que são eliminados do organismo.

Neste capítulo é mostrada a função estimulante do álcool, quando tomado em pequenas doses e os resultados maléficos causados, quando as doses são grandes e ingeridas de maneira contínua.

O Capítulo 3º trata dos fatores predisponentes ao alcoolismo. Começa, informando que nos Estados Unidos, mais de 100 milhões de pessoas ingerem bebidas alcoólicas das quais, aproximadamente, 10 milhões são alcoólatras. São feitas duas indagações: "o que torna um alcoólatra diferente de um não-alcoólatra?"; "O alcoólatra bebe em demasia por apresentar problemas orgânicos ou apresenta problemas orgânicos por beber em demasia?"

A resposta dada é que o alcoólatra começa a beber do mesmo modo e pelas mesmas razões que o não-alcoólatra. Bebe para sentir-se eufórico, estimulado, relaxado ou embriagado. Algumas vezes bebe para compensar suas frustrações; outras para ficar de bom humor, ou adquirir confiança, ou porque gosta da companhia de outros bebedores.

Os alcoólatras, como os não-alcoólatras, podem mudar seu comportamento em relação à bebida, por causa da morte de uma pessoa

amada, de separação, de perda de emprego, de solidão, de depressão, de temores e de insegurança.

Embora as causas que levam as pessoas a beber possam ser as mesmas, uns se tornarão alcoólatras e outros não.

A explicação dada pelos autores é que há diferenças fisiológicas entre alcoólatras e não-alcoólatras. Para eles, os fatores psicológicos, culturais e sociais influenciam apenas nos padrões de beber e o comportamento do bebedor. Mas, será a fisiologia e não a psicologia que determinará quem, entre os bebedores, irá ou não se tornar alcoólatra.

São enumerados a seguir os fatores básicos predisponentes ao alcoolismo: metabolismo anormal, preferência, hereditariedade, influências pré-natais e suscetibilidades étnicas.

Em relação ao metabolismo anormal, é dito que Lieber, do Bronx Veterans Administration Hospital, constatou que a mesma quantidade de álcool produzia níveis de acetaldéido no sangue, muito diferentes em alcoólatras e não-alcoólatras. Lieber concluiu que o acúmulo incomum de acetaldéido era causado em parte pelo mau funcionamento das enzimas do fígado.

Schuckit, da Universidade da Califórnia, deu mais um passo ao verificar que a decomposição do acetaldéido em acetato, o segundo passo no metabolismo do álcool, é realizada nos alcoólatras numa taxa 50% menor que nos não alcoólatras.

É esta diminuição de ritmo no metabolismo que, aparentemente, causa o acúmulo de acetaldéido.

O problema crucial era o de se saber se o mau funcionamento das enzimas era causado pelo excesso de bebida ou se o precedia.

Lieber constatou que as mitocôndrias das células hepáticas dos alcoólatras são anormais e incapazes de transformar o acetaldéido em acetato, numa taxa igual à dos não-alcoólatras. Esta baixa capacidade foi evidenciada nos estágios iniciais do consumo do álcool, indicando uma alteração celular que não poderia ser atribuída ao consumo intenso e contínuo do álcool.

Os estudos de Schuckit com descendentes de alcoólatras, também indicaram que a anormalidade metabólica preexiste ao uso da bebida. Filhos de alcoólatras que antes do experimento nunca haviam tomado álcool, foram incapazes de converter acetaldéido em acetato à velocidade normal.

A presença do acetaldéido no fígado, em grande quantidade e por longos períodos de tempo, segundo Lieber, pode danificar de modo irreversível as células hepáticas.

Mas, os efeitos nocivos do acetaldeído não se confinam ao fígado. Altos níveis de acetaldeído podem inibir a síntese de proteína no músculo cardíaco, prejudicando o funcionamento do coração.

No encéfalo, o acúmulo de acetaldeído tem conseqüências significativas. Disputando com vantagem com as aminas encefálicas (ou neurotransmissores) a atenção de certas enzimas, impede que elas cumpram seu papel de inibidor das atividades das aminas.

As aminas encefálicas livres interagem com o acetaldeído formando as isoquinolinas, que são muito parecidas com os opiatos. Os pesquisadores sugerem que as isoquinolinas podem atuar nos receptores de opiatos existentes no encéfalo, contribuindo, deste modo, para a dependência ao álcool.

O Capítulo 4º trata do estágio inicial do alcoolismo, quando há uma adaptação do organismo à droga.

Este estágio é reforçador do comportamento de beber, pois o alcoólatra adquire uma capacidade acima do normal para tolerar o álcool e desfrutar de seus efeitos estimuladores e euforizantes.

O alcoolismo é difícil de ser reconhecido e diagnosticado em seus estágios iniciais, porque os sintomas são sutis e facilmente confundidos com as reações normais ao álcool.

As reações e adaptações orgânicas permanecem despercebidas, embora estejam ocorrendo.

Há adaptações no fígado e no sistema nervoso central, que provocam maior tolerância ao álcool e melhor desempenho sob o efeito da bebida.

Graças à entrada em ação de um sistema adicional para processar o álcool, denominado por Lieber de sistema microsômico de oxidação do etanol, aumenta a capacidade do alcoólatra de converter álcool em acetaldeído.

Como não é aumentada a capacidade de transformação do acetaldeído, o alcoólatra é levado a beber mais, para manter um nível de álcool suficiente para vencer e bloquear os efeitos devastadores do acúmulo de acetaldeído. Esta seria a base do "imperativo fisiológico" que impele o alcoólatra a beber continuamente.

O álcool contém um suprimento de energia maior do que a maioria dos alimentos, com a vantagem de ser energia facilmente liberável.

Nos alcoólatras, as mitocôndrias, aparentemente, procuram suprir-se ao máximo dessa rica fonte de energia, mudando sua estrutura, de modo que aumente sua capacidade de armazenamento. As mitocôndrias normais são redondas, com paredes externas e estruturas internas claramente definidas.

Nos alcoólatras, elas tornam-se aumentadas e malformadas, mudando também sua arquitetura interna.

São descritas também adaptações que ocorrem nas membranas celulares do sistema nervoso central.

As adaptações ocorridas fazem com que, no estágio inicial, a diferença mais visível entre o alcoólatra e o não-alcoólatra é que o primeiro melhora seu desempenho quando bebe e o piora quando pára de beber.

Desde que as doses de bebida alcoólica estejam dentro dos limites de tolerância do alcoólatra, ele sente-se bem, pensa claramente e age normalmente.

Para obter efeito terapêutico, ele precisa manter constante seu nível de álcool no sangue. Se parar de beber, o nível cai e seu desempenho tanto físico como psicológico será afetado sensivelmente.

Assim, a maioria dos alcoólatras, cedo, descobre sua "dose de manutenção" e aprende a se proteger contra os efeitos da queda de nível do álcool no sangue.

Infelizmente, a capacidade de beber de modo controlado é apenas temporária. A extensão de tempo entre as fases de adaptação e declínio varia de um alcoólatra para outro mas, ao longo dos anos, vai aumentando sua necessidade de ingerir álcool.

Em relação a este capítulo, julgamos que a descrição do mecanismo que produz o "imperativo fisiológico", não está suficientemente clara.

O Capítulo 5º trata do que os autores denominam de estágio intermediário do alcoolismo, que seria caracterizado por três pontos básicos: dependência física, sentida em síndromes agudas ou prolongadas de abstinência, desejo imperioso de beber e perda de controle em relação à bebida.

Depois de algum tempo, as células do alcoólatra se tornam incapazes de funcionar sem o álcool.

Quando isto acontece, aparecem os vários sintomas conhecidos como "Síndrome de abstinência", que pode ser aguda ou prolongada. Ambas são caracterizadas pelo fato de o alcoólatra se sentir mais doente quando pára de beber.

Seu organismo adaptou-se à presença constante do álcool, suas células ficaram acostumadas a funcionar tendo o álcool como principal fonte de energia e estimulação e como antídoto para a toxicidade sempre presente. Assim, quando ele deixa de beber, os vasos sanguíneos se contraem, diminuindo o fluxo de sangue e de oxigênio para as células. Os níveis de glicose no sangue baixam acentadamente e permanecem instáveis.

As aminas do encéfalo, serotonina e norepinefrina, decrescem de modo impressionante. Os hormônios, as enzimas e os níveis de fluído do organismo sofrem também influência com a ausência do álcool.

Estas modificações provocam perturbações fundamentais na atividade química e elétrica do cérebro e o resultado é um quadro de confusão mental, problemas de memória, falta de coordenação muscular, convulsões, alucinações, paranóia, comportamento violento ou atemorizado, todos associados à síndrome de abstinência aguda.

A síndrome de abstinência aguda varia de acordo com a quantidade de bebida ingerida habitualmente e com o intervalo de tempo, em que o alcoólatra bebeu de modo contínuo. Nos casos mais severos ocorrem convulsões, alucinações e o "delirium tremens".

A síndrome de abstinência prolongada caracteriza-se por insônia, depressão, agitação, mudança de ânimo e desejo acentuado pelo álcool, meses ou anos depois dele ter sido abandonado.

Isso faz com que o alcoólatra e as pessoas que o cercam, inclusive especialistas, pensem que o problema é de ordem psicológica.

No entanto, a depressão e a ansiedade são sintomas de uma abstinência prolongada e indicam que as células ainda não se recuperaram dos danos causados pelo álcool.

As causas principais da síndrome de abstinência prolongada são: desnutrição, hipoglicemia, disfunções do sistema nervoso autônomo, atrofia cortical e diminuição de aminas encefálicas.

Os programas de recuperação de alcoólatras, comumente, não levam em conta os itens acima referidos, razão pela qual raramente logram êxito.

O Capítulo 6^o trata do estágio final do alcoolismo, caracterizado pelo aumento da toxicidade do álcool e pelos danos crescentes nos órgãos e sistemas do corpo.

Cardiomiopatia alcoólica, hepatite alcoólica, cirrose hepática, perturbações gastrintestinais, moléstias do trato respiratório, pancreatite, desnutrição, polineuropatia, encefalopatia de Wernicke, Psicose de Korsakoff, são algumas das moléstias provocadas pelo alcoolismo ou a ele associadas e que acabam provocando a morte do alcoólatra, ou pelo menos a acelerando.

No Capítulo 7^o, é relatado o caso de um alcoólatra que percorre todos os estágios do alcoolismo.

O Capítulo 8^o trata de como levar o alcoólatra ao tratamento pois, em geral, ele oferece grande resistência à idéia de deixar a bebida.

Os autores são contrários à idéia de se deixar o alcoólatra "chegar ao fundo do poço", pois então ele poderá estar tão arrasado física e psicologicamente, que terá dificuldade em encontrar forças para reagir.

Sugerem também às pessoas que pretendam auxiliar um alcoólatra, que procurem: **1.** saber o que é alcoolismo; **2.** evitar julgamentos de ordem moral ou atitudes condescendentes, que tornam o alcoólatra defensivo e hostil, afastando-o do tratamento; **3.** escolher um programa de tratamento integral que inclua: **a.** desintoxicação com supervisão médica; **b.** um mínimo de quatro semanas de assistência com internação; **c.** programas educacionais que salientem a base orgânica da doença e suas conseqüências sociais e psicológicas; **d.** terapia e educação nutricional intensiva; **e.** ênfase ao programa dos Alcoólicos Anônimos, visando a manutenção da sobriedade a longo prazo; **f.** assistência cuidadosa após a desinternação; **4.** procurar auxílio de agências e de pessoal especializado a enfrentar o problema.

Neste capítulo, são também relacionados os auxílios que poderão ser prestados pela família, pelo empregador, por amigos, pelos alcoólicos anônimos e por diferentes profissionais.

O Capítulo 9º é um guia para o tratamento. Nele se diz que os Alcoólicos Anônimos, apesar de sua fundamentação moralista, apresentam o melhor programa de recuperação do alcoolismo, particularmente, em relação à manutenção da sobriedade a longo prazo. Fazendo reparos às colocações de ordem moral dos Alcoólicos Anônimos, reconhece que eles têm sido a força mais poderosa atuando sobre a sociedade, no sentido de que ela aceite o alcoolismo como doença que pode ser tratada.

Faz uma comparação entre os inúmeros programas de recuperação existentes nos E.E.U.U., apontando os pontos fracos de muitos deles.

Desaconselha qualquer programa que não preconize a total abstinência ao álcool ou que prescreva drogas substitutas, além do período agudo da desintoxicação.

Dá, a seguir, o modelo de tratamento que considera adequado e que é posto em prática, há 11 anos, pelo Hospital Alcenar.

O capítulo 10 trata dos problemas gerados pela associação do álcool com drogas.

O último capítulo fala dos preconceitos e das concepções errôneas que existem sobre o alcoolismo, da necessidade de serem aprofundadas as pesquisas sobre o assunto e do estabelecimento de programas educacionais, preventivos e de treinamento. Termina com informações sobre instituições que se preocupam com o alcoolismo.

Conclusão: Apesar de ser destinado ao grande público, o livro de Milan e Ketchan, pela relevância do tema que aborda, deveria merecer a atenção dos especialistas que lidam com o problema.

É uma obra polêmica e chega a ser provocadora, quando critica o papel da psicoterapia e dos psiquiatras, no tratamento do alcoolismo.

Mesmo discordando da abordagem unilateral feita e da pouca importância dada aos aspectos psicológicos envolvidos no problema, julgamos que os autores apresentam fatos que podem ser contestados ou confirmados pelos especialistas das diversas áreas a que eles dizem respeito.

Jandira Masur adverte que diferentes modalidades de alcoolismo pedem diferentes modalidades terapêuticas, que podem ser os programas dos Alcoólicos Anônimos, as técnicas psicoterápicas, as terapias medicamentosas. Alerta contra o perigo de se submeter o alcoólatra a vários tipos de tratamento concomitantemente, pois eles, como já advertiu Mc Guire, podem atuar não sinérgica mas antagonicamente.

A verdade é que ainda pouco sabemos sobre o alcoolismo. As explicações conflitantes que são dadas e o baixo índice de recuperação obtido pelos diversos tipos de tratamento, comprovam isto.

O livro de Milan e Ketchan, apesar de sua tendenciosidade e de seu dogmatismo, está a exigir respostas mais objetivas e menos emocionais do que as que tem provocado.

Afinal, ele trata de um problema que afeta profundamente o ser humano, e cuja resolução deve estar bem acima do prestígio das profissões ou da luta pelo mercado de trabalho.

O QUE É SUICÍDIO ? *

Luciana M. T. Castrillon**

Atendendo à linha didático-introdutória da coleção "Primeiros Passos", o autor pretendeu, ao abordar o tema maldito do suicídio, desencadear reflexão e discussões a partir da apresentação de diferentes referenciais de análise, a nível compreensível para o leigo. Nesta sucessão de abordagens, psicológica, sócio-cultural, econômico-política..., desvenda-se o perfil sombrio do suicídio, tornado pessoa na relação possível entre autor e leitor. É considerado por inteiro, sob o referencial analítico (na descrição dos processos intrapsíquicos subjacentes ao ato auto-agressivo), ou como peça desgastada na engrenagem social (que foge da força desumanizada, da miséria ou da personalização).

Reconhecerno-nos nas fantasias, sentimentos ou vivências relatadas, pode ser o caminho para atenuar a força do nosso preconceito, enquanto técnicos ou familiares, ao lidar com o suicida e seu problema. Pelo menos, assim espera o autor que, no entanto, tem o cuidado de prevenir contra generalizações equivocadas das interpretações do texto ! Pretende apenas apresentar a possibilidade do auxílio técnico especializado reverter o processo de auto-aniquilamento. Fica revelada, no texto, a força dos instintos vitais do suicida, pois é vida que ele busca, de forma intensa e tão desesperada que vê na morte apenas um necessário rito de passagem.

O autor se estende ainda, sobre as tentativas de suicídio, que, julgadas pelo senso comum como forma de doença de manipulação, ou birra, são colocadas como forma última de contato de denúncia e de pedido de auxílio.

Em nosso tempo, onde já se anuncia o apocalipse nuclear, a autodestruição da Humanidade, é vital discutir a morte, para ver resgatada a enorme força de renovação do ser humano.

* CASSORLA, Roosevelt M.S. *O que é o Suicídio*, Ed. Brasiliense, 1984.

** Psicóloga — pós-graduada. Fac. Educação — UNICAMP

SEXO PARA DEFICIENTES MENTAIS*

Maria José Nery

“Sexo para Deficientes Mentais” é um livro essencialmente prático que inclui sugestões objetivas sobre como lidar com os vários aspectos da sexualidade dos excepcionais. Destina-se a pais, professores e qualquer profissional que lide com deficientes mentais. Destina-se, também aos próprios deficientes mentais, pois contém uma lista de respostas às perguntas mais freqüentemente formuladas por eles, bem como esclarecimentos sobre outras, as quais eles têm, muitas vezes, inibição de formular.

O livro reúne três trabalhos distintos que têm por objetivo principal o ensino da educação sexual a deficientes mentais. A parte I, escrita por Marilda Novaes Lipp, focaliza o problema do sexo enfrentado pela população de deficientes mentais; assim como os tabus, mitos e conflitos que existem a este respeito no Brasil. A análise é clara e objetiva.

A Parte II, escrita por Sol Gordon especifica os direitos sexuais das pessoas com deficiência mental. Esclarece dúvidas sobre a sexualidade desta população, pondo-a no mesmo nível da de qualquer cidadão não-deficiente. Oferece também uma lista do que é vital em qualquer programa de educação sexual.

A Parte III, escrita por W. Kempton, M. Bass e Sol Gordon, constitui-se de um “guia para pais” sobre amor, sexo e controle da natalidade no deficiente mental.

“Sexo para Deficientes Mentais” foi escrito de modo que reflita um profundo respeito ao Deficiente Mental como ser humano e objetiva esclarecer os problemas enfrentados por esta camada da população. Mostra como pais e profissionais podem iniciar uma educação sexual dos deficientes mentais, como devem lidar e trabalhar com os seguintes aspectos: puberdade, masturbação, namoro, casamento, doenças venéreas e métodos de controle de natalidade.

O trabalho não se detém em complexos princípios teóricos, mas, sim, apresenta normas práticas que podem ser seguidas por todos os que se preocupam com o bem-estar dos deficientes mentais. É o primeiro livro publicado no Brasil abordando a educação sexual de pessoas com deficiência mental.

* LIPP, Marilda Novaes. **Sexo para Deficientes Mentais**, Cortez Editora e Editora Autores Associados, 1983, 2ª edição.

O PENSAMENTO CLÍNICO EM DIAGNÓSTICO DA PERSONALIDADE *

Marilda Novaes Lipp**

O diagnóstico psicológico assume, neste livro, uma dimensão original e inovativa que é a da avaliação do pensamento clínico, utilizado pelo psicólogo no atendimento individual de seus clientes. Assim sendo, o diagnóstico da personalidade, em termos de seus processos, estruturas e interações, é estudado em função dos pensamentos diagnósticos que ocorrem nas atividades clínicas do psicólogo. Quinze formas de pensamentos clínicos são identificadas e descritas com o objetivo de caracterizar, ilustrar e discutir as modalidades de pensamento mais comumente utilizadas, como se segue:

1. **Apreensão de objeto (dado) presente:** Esta modalidade de pensamento se manifesta como conclusão diagnóstica e representa uma síntese perceptiva dos dados existentes;

2. **Identificação de objetos semelhantes aos da experiência anterior:** Envolve uma conclusão sobre o que está presente na experiência do momento, do psicólogo com o cliente, baseada na comparação feita com experiências prévias com outros clientes;

3. **Analogia entre partes constituintes de um mesmo objeto:** Nesta forma de pensamento, uma inferência é feita com relação às partes do diagnóstico, que são desconhecidas, com base naquelas já conhecidas;

4. **Pensamento classificatório:** É a atividade de separar e agrupar os dados de acordo com alguns critérios de classificação;

5. **Recorrência à teoria:** Teorias psicológicas explícitas são utilizadas para facilitar a compreensão de dados que se encaixem nos seus postulados;

6. **Dedução:** Dados clínicos são interpretados através de um processo dedutivo, com base em premissas cujo significado é conhecido;

7. **Prova de hipótese:** Hipóteses são levantadas com relação ao diagnóstico e, através de procedimentos práticos, são elas testadas e, conseqüentemente, rejeitadas ou não;

* Trinca, Walter. *O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade*. Petrópolis, Vozes, 1983.

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

8. Denominador comum: É a identificação de características de valor idêntico que se repetem, ao longo do processo de diagnóstico;

9. Pistas indicativas da solução: É a inferência feita com base na identificação de pistas e sinais indicativos da solução;

10. Articulação das partes entre si: A conclusão diagnóstica é elaborada através de uma síntese progressiva da análise de partes separadas do material clínico, bem como de sua interação;

11. Exclusão das alternativas menos verossímeis em um processo de tentativas: Através da eliminação de hipóteses menos verossímeis, há um gradual afunilamento em termos de soluções mais prováveis;

12. Visão simultânea de conjunto: É a visão global dos dados clínicos que leva cada dado clínico a ser visto como parte de um todo significativo;

13. Fechamento: É o processo pelo qual elementos, até então encobertos, são identificados possibilitando uma reavaliação dos dados como um todo;

14. Imagens intuitivas: Determinados aspectos não-verbais da comunicação cliente-psicólogo, dão margem ao aparecimento de imagens intuitivas que, uma vez interpretadas, conduzem à conclusão diagnóstica;

15. O sentir, em contexto mais abrangente: O profissional utiliza o seu sentir para chegar à conclusão diagnóstica através da transformação do sentir em conhecimento.

O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade é um livro pioneiro na abordagem que dá à metodologia que o psicólogo clínico utiliza para chegar à conclusão diagnóstica, em termos das modalidades de pensamentos empregados. Destina-se a auxiliar no ensino e contribuir para a prática do diagnóstico psicológico, quer em termos clínicos, quer de pesquisa.

LIVROS ESTRANGEIROS

Maria José G. S. Nery*

OBSERVAÇÃO PRELIMINAR

Os livros mencionados a seguir foram editados pela John Wiley e Sons, Inc., cujo endereço é One Wiley Drive, Somerset, NH, USA, 08873.

O ano de publicação e o preço de cada livro podem ser encontrados ao término de cada resenha.

THE REAL MENSTRUAL CYCLE

Doreen Asso

Documento completo contém considerável número de informações sobre os componentes fisiológicos e comportamentais do ciclo menstrual. Este livro discute as várias mudanças que ocorrem durante todo o ciclo, não somente a menstruação e as causas possíveis dessas mudanças. Explica como o ciclo reprodutivo influencia os sentimentos e comportamentos da mulher.

Avalia implicações fisiológicas e terapêuticas, aborda mecanismos biológicos e aprendidos, incidência, diferenças individuais e o que ocorre no final da menarca. Explicita as mudanças na atividade do sistema nervoso, níveis hormonais, sensações sexuais, tendências suicidas, níveis de "stress" e explora sentimentos anti-sociais que ocorrem.

1983 (US\$ 15,95)

*

* Psicóloga Clínica com Mestrado pela PUCAMP.

DICHOTOMIES OF THE MIND**A Systems Science Model of the Mind and Personality****Walter Lowen**

Dicotomia da mente é um tipo de trabalho que abre novos caminhos teóricos, novos rumos para a pesquisa. Também deve ser lido e aplicado por pessoas que não se detêm muito sobre as implicações teóricas e de pesquisa.

Lowen examina a distinção entre cérebro e mente como entidades funcionais dos tipos "hardware" e "software". O cérebro representa a fisiologia do órgão: como ele é "ligado" e organizado, como suas várias partes são conectadas com inputs e outputs. Os atos mentais são analisados como programas que o cérebro usa para processar informação. O modelo de Lowen identifica dezesseis tipos diferentes de personalidade, cada uma tendo preferências definidas para processar certos tipos de informações.

1982 (US\$33,95)

*

ADOLESCENT SEXUALITY IN A CHANGING AMERICAN SOCIETY, 2nd. Ed.

Catherine S. Chilman, contém contribuições de Margaret Feldman, Lewayne D. Gilchrist, Lorraine V. Klerman, James F. Jeckel, Peter Scales e Steven Paul Schinke.

Aborda orientação para vários serviços profissionais e delinea um extenso campo de teoria e pesquisas recentes. Este volume interdisciplinar oferece uma revisão compreensível de muitos aspectos sociais e psicológicos da sexualidade do adolescente. A ênfase de todo o trabalho é uma visão humanista ampla dos jovens e suas famílias, num contexto de complexa sociedade em mutação.

Os tópicos discutidos incluem o desenvolvimento do adolescente e como a tendência social atual afeta as atitudes e comportamentos sexuais do adolescente. A 2ª ed. traz material de aconselhamento e educação sexual, serviços de planejamento familiar e implicações para as normas sociais vigentes.

1983 (US\$29.95)

*

PERSONALITY AND THE BEHAVIORAL DISORDERS,**2 vols. 2nd. End.****Editado por Norman S. Endler e J. McVicker Hunt**

A edição revista deste trabalho clássico apresenta novidades empíricas, clínicas e teóricas de todos os aspectos da personalidade e desordens do comportamento, focalizando assuntos importantes e controvertidos. Originalmente publicado em 1944, o trabalho atualmente é composto de 38 novos capítulos escritos por 49 cientistas do campo.

A coleção aborda teorias da personalidade, avaliação de personalidade, dinâmicas comportamentais, psicologia do desenvolvimento, psicopatologia, tratamento e prevenção. Os dois volumes incorporam todos os avanços feitos na área desde a publicação da 1ª ed. e se utiliza das ciências biológicas e sociais.

1984 (US\$80,00)

*

SOCIAL SKILLS TRAINING MANUAL**Assessment, Program Design, and Management****Jill Wilkinson e Sandra Canter**

É um manual prático destinado a colocar o leitor a par, em detalhes, dos vários estágios do treino de habilidades sociais. Mostra passo a passo, como avaliar habilidades sociais do cliente em potencial na intervenção comportamental e descreve o modelo, execução e avaliação de programas de treinamento.

Destina-se a psicólogos, psiquiatras, terapêutas ocupacionais e cientistas sociais; para ser utilizado em hospitais, escolas e instituições penais: com clientes psiquiátricos, prisioneiros, gags, deficientes físicos e mentais.

1982 (US\$ 14,95)

*

SCHOOL PSYCHOLOGY: Essentials of Theory and Practice**Cecil R. Reynolds, Terry B. Gutkin, Stephen N. Elliott e Joseph C. Witt.**

Este volume oferece uma visão extensa e integrada da arte e ciência da psicologia escolar. Aborda o desenvolvimento da disciplina até o presente momento, colocando a par de tratamentos profundos,

das áreas mais importantes da prática psicológica diária: consultas, avaliação e intervenção.

Os autores integraram trabalhos teóricos com os quais a prática da psicologia escolar pode ser melhor entendida e aprimorada. É dada ênfase a modelos de prestação de serviços, como veículo para conceitualização da prática atual e para planejamento do desenvolvimento futuro da psicologia escolar. Inclui 10 apêndices úteis, que cobrem diretrizes, quanto às maiores associações e jornais do campo.

1984 (US\$ 25,95)

*

COMUNICAÇÕES

O ENSINO DAS PSICOTERAPIAS ANALÍTICAS

Regina Maria Leme Lopes Carvalho*

O ensino das psicoterapias é um assunto que, há vários anos, vem sendo ventilado em nosso meio. Temos tido a oportunidade de participar de debates e discussões em Congressos e Encontros de Psicologia e Psiquiatria e de conversas informais entre colegas. É um tema que se prende a vários outros ligados à teoria e à prática da psicologia e que aponta para a eterna discussão, sobre se Psicoterapia se ensina ou não na Universidade. Não pretendo, nesse momento, entrar nesse tipo de discussão, bastante pertinente a meu ver, mas que nos levaria a outros caminhos. Procuro apenas relatar a experiência de alguns anos de ensino teórico — na cadeira de Teorias e Técnicas Psicoterápicas — e prático com a supervisão dos trabalhos dos alunos estagiários da Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da PUCCAMP, que possibilitou a organização de algumas idéias que gostaria de discutir aqui.

A idéia central, na qual são baseadas proposições a seguir, é a de que a Psicoterapia é um processo dinâmico que se dá na interação única entre terapeuta e cliente. Portanto não se ensina, tomando-se "ensinar" como a transmissão de uma pessoa para outra, de algo já feito, pronto, mas vive-se e sofre-se. O processo de aprendizagem das Psicoterapias é, portanto, de um teor diferente de outros processos de aprendizagem acadêmica, podemos ler muitas obras técnico-terapêutica, conhecer muito bem as idéias de vários autores sobre o assunto e, nem por isso, estarmos aptos para a tarefa terapêutica. Wolberg (1967), na sua obra "The technique of Psychotherapy" inicia o primeiro capítulo com uma conceituação de psicoterapia, onde deixa claro que o processo terapêutico se dá entre entre uma pessoa treinada que estabelece com a outra, deliberadamente, uma relação profissional.¹

O meu interesse focaliza-se diretamente nessas duas proposições:

"uma pessoa treinada" e "uma relação profissional". Não há como fazer psicoterapia sem termos um terapeuta competente que consiga estabelecer com o seu cliente uma relação "profissional" e isso, nós todos sabemos, só se consegue obter, após longos anos de prática e de psicoterapia pessoal. O tema de nosso trabalho, que é o ensino das Psicoterapias Analíticas, então coloca como pré-requisito para discussão, a idéia de que o psicoterapeuta deva ser uma pessoa treinada, principalmente, através da sua própria análise.

* Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCCAMP

(1) Tradução da autora.

Não há como lidar com o inconsciente dos outros sem antes ter tido a experiência de "descobrir" aspectos do seu próprio inconsciente. Freud (1912), ao dar as suas "Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise", diz: "... ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente." Esse movimento de "escuta" só se aprende com a experiência de ter sido escutado. Poderia continuar apresentando inúmeros argumentos nessa linha da necessidade de ter sido cliente para poder ser terapeuta. Junto com Freud, vários outros autores apóiam esse ponto de vista. Entretanto, se observamos o que acontece no dia-a-dia do trabalho universitário, vamos encontrar uma realidade diferente daquela que acabamos de colocar, como sendo a necessária para o ensino das psicoterapias. Embora encorajemos nossos alunos, desde os primeiros anos, a iniciarem um processo terapêutico pessoal, isso nem sempre é possível por várias razões. Uns não têm interesse, outros não têm meios e a Universidade também não dispõe de recursos para atender a esse pedido e, nem sei se, no momento atual, teria sensibilidade para perceber uma situação dessas. Então, nos vemos frente a uma situação real que é a de aceitarmos alunos para estágio em psicoterapias, cuja primeira experiência clínica será como terapeuta. Embora não seja essa a melhor forma de atuação, é uma situação bastante comum em nosso meio, quer o estagiário em psicoterapia venha de escolas de psicologia, quer venha de escolas médicas. Isto porque a grande maioria dos nossos alunos não dispõem de recursos para financiar a própria análise, parte fundamental da sua formação, antes de algum tempo de exercício profissional.

Como lidar com essa situação ?

Refletindo sobre esse assunto e usando os frutos colhidos nas experiências didáticas com os alunos, pude perceber vários aspectos a respeito desse processo "sui generis" de aprendizagem. A experiência que mais se destaca é a de que o processo de aprendizagem, se quisermos chamar assim o que se passa no interior dos grupos de supervisão, dá-se num duplo sentido: do supervisor para o aluno e do aluno para o supervisor. É uma tarefa que se faz a dois ou com todo o grupo. Não me lembro de ter tido experiências. A cada ano, com a renovação dos grupos de estagiários, vivemos e aprendemos novos aspectos da psicologia clínica e da psicoterapia. Sempre se aprende algo de novo, é só estar atento. Existem, no entanto, alguns pontos comuns nessas experiências, algumas observações feitas em repetidas ocasiões, que levaram a desenvolver as idéias que por ora exponho.

Outro aspecto, que se destaca, é o de quê, esse momento vivido na supervisão em grupo, embora seja uma tarefa acadêmica, pode vir a ser também um momento de experiências terapêuticas para todos, na medida em que se pode chegar, dentro do grupo, a momentos de refle-

xão e mudança. Percebo que certas colocações feitas por mim, ou surgidas nos momentos de discussão, sobre aspectos da teoria e da técnica psicanalítica, despertam nos alunos fragmentos de suas próprias fantasias, desejos e/ou conflitos, que, quando passíveis de serem lidados no grupo, promovem crescimento e mudança, possibilitando melhor contato do estagiário com o seu cliente e com a sua própria realidade.

Como chegar a essa situação, a meu ver tão importante, com um grupo que tem 'a priori', a proposição de realizar mais uma tarefa acadêmica, por via de regra, bastante desconhecida e, muitas vezes, temida? Essa é uma indagação que me tem acompanhado sempre. Noto que, ao longo dos anos, a minha atuação como supervisora foi mudando, as experiências se foram fazendo, levando a transformações de percepção e técnica de ensino. No início do trabalho, estava mais presa ao papel de professora (modelo acadêmico) que lidava com dados teóricos e técnicos, que deveria passar para os alunos. Preocupava-me em apresentar vários autores, discutíamos escolas e enfoques diferentes e estava voltada mais para a quantidade, por assim dizer, de novos conceitos que pudesse fazê-los aprender e pôr em prática. A seguir, novas preocupações me assaltaram.

O cliente que atendíamos passou a ser o foco do meu interesse. Preocupava-me com um bom diagnóstico e um tratamento que fossem adequados àquela pessoa específica e que eu só conhecia através do relato do aluno. Dúvidas quanto à metodologia da supervisão, quanto à possibilidade de trabalho adequado em clínicas universitárias com alunos inexperientes e quanto à minha própria clínica, de compreensão dos fenômenos mentais, assaltavam-me freqüentemente. Este foi um momento em que, no nosso Departamento de Psicologia Clínica, responsável pelo Estágio Supervisionado em Clínica, muitas vezes discutimos esses assuntos do trabalho em Clínica Universitárias: qual seria o tipo mais adequado de atendimento às populações mais carentes que nos procuravam e como adequar o ensino da psicologia às necessidades reais do nosso trabalho cotidiano. Embora não tenha abandonado tais interesses, atualmente encontro-me mais voltada para a pessoa do aluno-estagiário. Percebo que da forma como os recebemos quer na Graduação (5º ano de psicologia), quer nos cursos de Especialização e, face à tarefa proposta, o melhor que posso fazer é lidar, primordialmente, com eles e com a sua experiência. Isto quer dizer, desenvolver junto com eles certas capacidades e habilidades que os possibilitem a iniciar a tarefa terapêutica. O processo de desenvolvimento dessas capacidades é o que pretendo expor a seguir.

Percebi que se torna necessário percorrer, junto com os alunos, um caminho feito de passos progressivos de aprendizagem. A esses passos chamo aqui "exercícios". Esses exercícios, que no início são mais simples, vão-se tornando mais complexos a medida em que avançamos no processo e visam desenvolver nos alunos as condições necessárias para o

exercício da psicologia clínica e da psicoterapia. Esses exercícios vão sendo feitos nos momentos em que o grupo se reúne para a supervisão e se desenrolam, naturalmente, durante as nossas conversas. Aqui neste artigo, pode parecer que estou propondo um método ou um esquema de trabalho sistemático, com etapas discriminadas e que devem ser seguidas uma após a outra. Na prática do nosso trabalho, entretanto, esses passos se misturam: às vezes, um aluno está num nível e outros percebem aspectos mais avançados; outras vezes, descobrimos que o grupo deu vários passos a partir de um dado momento. É um processo dinâmico que, para e feito de ser descrito, passa aqui a ser esquematizado.

O primeiro exercício que precisamos fazer é o de **OUVIR**, ou seja, levar cada aluno a poder prestar **atenção** ao que está falando, seja outro colega, seja a supervisora. Convocá-lo a estar presente ao que se passa no grupo. É tarefa bastante complexa porque os alunos parecem estar bastante acostumados a apenas **escutar**, sem registrar e sem serem capazes de repetir o que ouviram. Parece haver em todos um dispositivo de "desligamento" da realidade ali vivida com o qual é necessário lidarmos. Mais adiante, tecerei comentários mais abrangentes sobre a natureza e a finalidade de cada exercício.

O segundo exercício seria o de **OBSERVAR**, ou seja, pôr em ação toda a sua capacidade de perceber o que se passa dentro e fora de si mesmo, usando, não só as faculdades senso-perceptivas, mas também as da memória.

O terceiro exercício seria o de **PENSAR** sobre o que se percebeu, usando as capacidades autônomas de juízo e raciocínio integradas às emoções, para poder desenvolver as observações em idéias e poder, e então, **QUESTIONAR** quarto exercício, e aquilo que observou e pensou. É impressionante como esses jovens chegam ao fim de um curso de psicologia tão pouco habituados a observar, pensar e questionar a realidade que estão vivendo. Parecem ter apenas desenvolvido a capacidade de armazenar conhecimentos esparsos que são repetidos com muita insegurança, quando solicitados. Questionar passa a ser algo muito complicado porque implicaria uma postura pessoal do aluno, frente à realidade percebida, postura esta que lhes parece ser uma novidade.

Chego a perceber atitudes defensivas, provavelmente, ligadas a fantasias persecutórias, quando tentamos obter respostas a colocações como: "O que você acha disso", "o que teria levado a tal situação?", etc.

O quinto exercício seria o de **FALAR**: comunicar oralmente o que observou, pensou e questionou. Lidamos aí com a grande dificuldade de expressão oral que, normalmente, acompanha as novas situações, quando nos vemos frente a vivências ainda não muito bem elaboradas.

Numa fase posterior do trabalho, quando já iniciou o atendimento clínico e teve a experiência de realizar algumas entrevistas com os seus clientes, continuamos os nossos exercícios, levando os alunos a "**pensar hipoteticamente**", ou seja, formular hipóteses de trabalho clínico — sexto exercício — que possam orientar as suas pesquisas e o seu atendimento, assim como os seus estudos teóricos.

O sétimo exercício seria o de **desenvolver essas hipóteses** e se constituiria no próprio exercício do atendimento clínico. É claro que, no desenrolar do atendimento vamos encontrar comprovações, mas também refutações às nossas hipóteses iniciais e é necessário ficarmos atentos para novas observações e idéias, que possam surgir e que sejam diferentes das iniciais. Esperamos que, a essa altura do processo de aprendizagem, o aluno já esteja mais apto a observar e perceber as modificações que estão ocorrendo nele e no cliente através da relação terapêutica.

Finalmente, a nossa aprendizagem se completaria com mais três exercícios. O oitavo seria o de **poder descrever**, oralmente ou por escrito, o que se passou desde as primeiras observações até os momentos finais do processo terapêutico. O próximo exercício — nono — seria o de **poder relacionar aspectos teóricos** com a prática vivida no atendimento. Percebo que é um momento muito feliz na aprendizagem do aluno, quando ele consegue juntar aqueles conhecimentos de psicopatologia, psicologia do desenvolvimento, teoria e técnica psicanalítica etc., numa figura significativa, cheia de vida, que foi o seu trabalho com o cliente e com a supervisão. Este é o momento de correlacionar, interligar os "insights" havidos ao longo do processo de aprendizagem, formando um todo perceptível para o aluno terapeuta. Quando isso é uma percepção adequada do que se trata, quando falamos em psicoterapia e em relação terapêutica. A partir desse momento, podemos realizar o nosso décimo e último exercício que é o **fazer sínteses compreensivas**, ou seja, transmitir, por escrito, o que foi percebido, durante o processo terapêutico.

Esses passos aqui descritos com o nome de exercícios, constituem um dos aspectos, o principal a meu ver, do processo de aprendizagem das Psicoterapias Analíticas. Junto com eles, desenvolvemos temas teóricos sob a forma de seminários. Abordamos de forma mais sucinta na graduação e mais aprofundadamente na Especialização, temas sobre: a entrevista Psicológica, o contrato, o estabelecimento e preservação do "Setting", os fenômenos da transferência, modalidades de intervenção, a interpretação, como terminar uma psicoterapia. Além disso, discutimos a existência de vários tipos de psicoterapia e sua utilização mais adequada.

É necessário salientar aqui, que essa experiência descrita da forma acima se dá no âmbito de uma Instituição cujas normas definem, "lato sensu", as possibilidades de terapeutas e clientes. Os alunos-estagiários permanecem no estágio clínico, durante um ano letivo, o que dá

em média, de seis a oito meses de processo terapêutico. Por isso, achamos mais adequado darmos prioridade à discussão de certas modalidades terapêuticas como a Psicoterapia Breve, sendo que as idéias de Blaya (1978) sobre o seu trabalho em Porto Alegre com uma população, até certo ponto semelhante à nossa, tem-nos ajudado muito a levar os alunos a refletir sobre as realidades encontradas, em uma clínica institucional, com uma clientela de baixa renda.

Para finalizar, acho importante apresentar um aspecto da minha experiência vivida nos cursos de Especialização, que vem corroborar a necessidade de desenvolver, junto aos alunos iniciantes na prática psicoterapêutica, os exercícios acima descritos.

A população que tem procurado os cursos de Especialização no nosso Departamento tem sido muito heterogênea. Temos recebido alunos de vários pontos do estado e do país, com uma formação básica muito diversa e a maioria sem experiência clínica. Há exceções, as quais não se aplicam ao que vou dizer. Mas, a grande maioria vem de tal forma despreparada, que se torna então necessário desenvolver o processo de aprendizagem, segundo os passos acima descritos. Isso faz apenas pensar nas dificuldades realmente inerentes ao desenrolar do processo de aprendizagem das psicoterapias analíticas. Mas ao mesmo tempo não posso deixar de fazer um paralelo entre esse processo de aprendizagem e o próprio processo de desenvolvimento do pensamento humano. As idéias aqui descritas, sob a forma de um relato de experiências vividas, tem, evidentemente, um referencial teórico que as embasa e que é o da Psicanálise. Em cada um dos exercícios aqui propostos, o leitor experiente poderá identificar aspectos apontados por Freud e seguidores do desenvolvimento do psiquismo humano, na sua evolução da forma de funcionar do processo primário para a do processo secundário, que corresponde à forma plenamente amadurecida do psiquismo.

Em outra ocasião, gostaria de discutir mais detalhadamente esses postulados teóricos, já que, nesse momento, a minha pretensão é apenas a de apresentar uma experiência didática. Na Bibliografia assinalarei alguns trabalhos que poderão servir de guia para o desenvolvimento do assunto.

BIBLIOGRAFIA

BLAYA M — Psicoterapis com paciente das classes sociais menos favorecidas Arquivo de Clínica.

Pnel — Porto Alegre n^o IV n^{os} 11213 p. 3122 — Set. 1978.

FREUD S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911) Ed. Standar Brasil das Obras Completas de S. Freud. Imago Ed. Ltda. Rio de Janeiro — 1969, Vol. XII.

SEGAL, H — "Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise"
(1911). Ed. Standar Brasileira das Obras completas de S. Freud
Vol. II.

A obra Harma Segal — capts. 3, 4, e 18 Frad de Evanick, Imago
Edif. Ltda. — Rio de Janeiro — 1983.

WOLBERG R. L. "The techumique of Psychokherapy" Part one Grune
E. Straton, New York — 1967.

COMUNICAÇÕES BREVES

VALIDAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE DESENHOS – ESTÓRIAS EM PACIENTES PSICÓTICOS MANÍACO-DEPRESSIVOS HOSPITALIZADOS

(Resumo da dissertação apresentada ao
Departamento de Pós-Graduação do Ins-
tituto de Psicologia da PUCCAMP 1984.)

Alfredo Jorge Sallum Al'Osta

Esta dissertação nasceu da proposta de utilizar um instrumento denominado Procedimento de Desenhos-Estórias (D – E) para validá-lo em pacientes psicóticos maníaco-depressivos, seguindo o trabalho iniciado com o autor do instrumento, Prof. Dr. Walter Trinca (1972) na sua obra **Investigação Clínica da Personalidade: o desenho livre como estímulo de Apercepção Temática**, onde o autor investiga a nível de crianças e adolescentes, e também com Sônia Mestriner (1982) que trabalhou na mesma linha com pacientes adultos esquizofrênicos hospitalizados.

Apresentei esta investigação da seguinte maneira: no primeiro capítulo, uma breve introdução que compreende a análise do significado de projeção, bem como das técnicas projetivas, incluindo os gráficos e as temáticas e sua relevância para o trabalho; apresento também o desenho livre com estímulo de Apercepção temática que compreende algumas considerações sobre o procedimento de D – E e sua utilização no diagnóstico psicológico e, por último, o histórico e a conceituação de P.M.D.

No restante, tratei da pesquisa, propriamente dita, abrangendo os aspectos metodológicos, os resultados, a discussão e as conclusões obtidas na pesquisa.

O objetivo foi o de apresentar um estudo experimental em termos quantificados. Desta forma, procurei controlar algumas variáveis importantes na comparação entre o grupo controle (normal) e o grupo experimental (maníaco-depressivo). As variáveis segundo as quais os grupos foram emparelhados destaco: sexo, idade, nível intelectual e nível sócio-econômico.

Para a efetivação dessa pesquisa, utilizei 60 sujeitos adultos, femininos de nível sócio-econômico-cultural baixo. Trinta eram psicóticos maníaco-depressivos hospitalizados há 2 meses ou mais, em

3 hospitais de duas cidades do Estado do Paraná, que constituíram o Grupo I e trinta outros, pertencentes a cursos de 1º grau para adultos no Município de Londrina, que constituíram o Grupo II (estes deveriam não apresentar história de internação em hospital psiquiátrico ou de qualquer diagnóstico anterior de doença mental). Os dois grupos foram emparelhados quanto à faixa etária e ao nível intelectual. Utilizei apenas os sujeitos com 24 pontos ou mais no teste de inteligência não-verbal, INV-C, de Pierre Weil.

A escolha e a classificação dos sujeitos, bem como a aplicação do instrumento foi realizada entre março de 1982 e outubro de 1983.

Após o término da aplicação dos instrumentos, os 60 protocolos foram entregues a três juízes, todos psicólogos com experiência clínica, que receberam apenas a nível de informação, o sexo, a idade, o nível sócio-econômico-cultural e intelectual de cada sujeito. Cada um deles classificou os protocolos em 5 alternativas: N_1 ("normal" sem convicção), N_2 ("normal" com convicção), PMD_1 (Psicótico maníaco-depressivo sem convicção), PMD_2 (Psicótico maníaco-depressivo com convicção) e NS (não sei).

Com relação aos juízes, procedeu-se da seguinte forma: cada alternativa recebeu um escore (0 a 4), relacionado, respectivamente, à condição de cada sujeito, a cada um deles separadamente foram entregues os 60 protocolos do D - E, todos numerados ao acaso, como também folhas de instrução, onde constavam as alternativas possíveis de serem escolhidas. O julgamento foi feito "às cegas", isto é, os juízes tiveram, como já disse anteriormente, um conhecimento limitado das condições dos sujeitos, não tendo nenhuma informação sobre a condição de sujeito "normal" ou de sujeito "maníaco-depressivo".

Foi observado durante a aplicação do instrumento que o D - E, nas mãos de um profissional treinado possui condições, dentre as quais podemos citar: o valor diagnóstico, um meio de entrevista psicológica, um recurso de planejamento psicoterapêutico e instrumento de facilitação da psicoterapia.

Desde que um profissional possua pré-requisitos básicos de conhecimentos psicanalíticos, pode-se treiná-lo de forma hábil, na utilização do D - E, pois, sendo uma técnica com a função de recursos gráficos e temáticos, propicia, ao clínico uma compreensão mais global, e de forma a mais apurada sobre as características da personalidade do sujeito em estudo. Quando o sujeito possui nível intelectual médio e uma inibição gráfica expressiva, na fase de "inquérito", obtém-se informações preciosas a respeito da problemática em estudo, sendo o inverso verdadeiro. Não se quer afirmar que o D - E não possa ser utilizado com sujeitos de nível intelectual inferior, entretanto, nossos dados per-

mitem concluir, apenas, a validade de sua utilização com sujeitos a partir desta faixa de nível intelectual.

Outro ponto, a utilização adequada do D - E, traduz-se em economia de tempo e desgaste emocional para o sujeito, pois dados que, muitas vezes, levariam algumas entrevistas para serem obtidos, serão através de uma unidade de produção, ou até mesmo, em protocolos isolados, como foi observado durante o nosso processo de coleta de dados.

Quero enfatizar ainda, a importância científica do Procedimento Desenhos-Estórias, dado que ele é um instrumento criado e validado com a população brasileira, levando novas pesquisas a serem dirigidas no sentido de ampliar a sua validação pois esta é possível com populações de grupos diferenciados.

Conclusão : Como hipótese parti da questão que o D - E não discriminaria o psicótico maníaco-depressivo do normal, no entanto a classificação dos juízes, muito embora tenha-se percebido que o padrão de julgamento entre eles com referência aos protocolos, foi em algumas vezes discordante, mesmo assim, comprovou a possibilidade de se diferenciar os dois grupos, e ainda que esta classificação se mostrou de maneira tão clara, podendo ser feita, inclusive, independente da participação dos mesmos juízes.

Mediante os resultados pode-se afirmar que o uso do D - E passa a possuir validade de diagnóstico com sujeitos adultos femininos portadores de psicose maníaco-depressiva, ficando, claramente, demonstrado o valor de diagnóstico do D - E com adultos. Não pretendo afirmar com isso que o D - E possibilita a discriminação de sujeitos maníaco-depressivos de outras psicopatologias, entretanto, estudos posteriores devem ser efetuados com o D - E para outros quadros psicopatológicos, de forma que amplie a utilização dele com os diversos quadros, dado seu valor diagnóstico.

RELAÇÕES ENTRE AUTOCONCEITO E EXPECTATIVAS DE MOÇAS E RAPAZES QUANTO AOS ATRIBUTOS DE UM PARCEIRO CONJUGAL

Ludmila Kloczak

Este trabalho teve por objetivo analisar as relações entre o autoconceito e as expectativas de moças e rapazes quanto à escolha de um parceiro conjugal.

Constituiu-se de dois estudos distintos e complementares.

O Estudo I contém o relato da construção de um instrumento nos moldes da Diferencial Semântica de OSGOOD, especialmente voltado para os objetivos deste trabalho. Os pares de adjetivos que seriam utilizados na avaliação dos conceitos especificados pelos objetivos do Estudo II, foram retirados de nove entrevistas clínicas realizadas com universitários de ambos os sexos, de 20 a 22 anos, os quais foram confrontados com outros pares de adjetivos relacionados aos conceitos de masculino e feminino e parceiro ideal, constantes de uma amostra selecionada da literatura psicológica e de ficção. O material assim obtido foi submetido sucessivamente à avaliação por três psicólogos e três lingüistas e, finalmente testado em uma amostra-piloto de vinte jovens de 18 a 20 anos, sendo metade homens e metade mulheres.

No Estudo II o instrumento foi aplicado coletivamente em cem sujeitos voluntários, divididos por sexo, em grupos de cinquenta sujeitos cada grupo, entre 18 a 20 anos. Foi utilizado um caderno contendo as instruções e escalas de sete pontos contendo quarenta pares de atributos, para medir os seguintes conceitos: **Esposa que eu gostaria de ser** e **Marido que eu gostaria de ter**, para as moças e **Marido que eu gostaria de ser** e **Esposa que eu gostaria de ter**, para os rapazes.

Os resultados obtidos foram:

1. As comparações intra e intergrupos quanto aos perfis dos conceitos analisados revelaram uma sobreposição nas avaliações das moças e dos rapazes quanto aos quatro conceitos analisados. Isto sugere a confirmação da noção de complementaridade entre o autoconceito e a expectativa do parceiro conjugal.

2. Uma análise mais pormenorizada por sexo e por conceito considerado, quanto aos atributos, como por exemplo: "dinâmico/pacato", "protetor/não protetor", "humilde/arrogante", "dócil/indócil", "auto suficiente/dependente", "chora/não chora", revelaram a não-existência de

polarizações extremas quanto às dimensões de papéis masculinos e femininos. Este dado sugere que existe uma interdependência entre os atributos que caracterizam os conceitos masculino e feminino, contrapondo-se à noção estereotipada dos papéis sexuais compartimentados em pólos opostos.

3. Houve preponderância de avaliações positivas quanto a todos os conceitos considerados, independentemente do sexo dos sujeitos. Isto sugere uma tendência a não incluir nas idealizações, especialmente de figuras abstratas, características de conotação negativa.

4. Ocorreram algumas ambigüidades quanto às avaliações dos pares: "chora/não chora", "caseiro/rueiro", "não ciumento/ciumento", "aparência erótica/aparência não erótica", "possessivo/não possessivo", "maleável/rígido", "experimentado/virgem", "não autoritário/autoritário" para todos os conceitos analisados, independentemente de sexo. Talvez a escolha destes atributos estejam revelando certa dificuldade em aceitar, na estrutura da própria identidade, aspectos que, presumivelmente, deveriam integrar os estereótipos do papel sexual do sexo oposto.

Os resultados foram discutidos à luz dos conceitos ligados ao desenvolvimento da identidade, do processo de separação-individuação, do narcisismo, da auto-estima e dos efeitos dos estereótipos sociais sobre os papéis sexuais, sobre a construção da identidade e sobre a idealização de um parceiro heterossexual estável.

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 Anti-queixa. 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 Delinqüente".
- 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, Sônia 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. Dr. 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 Sérgio
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 Feminino e Neuroticismo".
- 01-10-79 SBARDELINI Filho, Eduíno
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 Aplicação 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 Autobiográficos Escritos de Pacientes sob Atendimento em Terapia Antiqueixa".
- 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 Laretti
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
Orient. Dra. Anita L. Neri
"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 Lucchio
Orient. Dra. Anita L. Neri
"Comparação de Três Modalidades de Aplicação de um Programa de Autocontrole do Peso a Adultos Obesos".
- 11-02-82 PESSAGNO, Vera Lúcia
Orient. Dr. Miguel 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 à 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. Marilda 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 Antiqueixa 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 Antiqueixa – 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, Lúcia Helena
Orient. Dr. Miguel de La Puente
"O Humor na Terapia Antiqueixa".
- 25-04-83 BATISTA, José Luiz do Amaral
Orient. Dra. 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, Olímpia do Carmo
Orient. Dra. Marilda N. Lipp
"Prática Médica e Prática Umbandista: Duas formas de lidar com o doente mental."

- 20-05-83 BARRERA, Gertrudis Garcia
Orient. Dr. 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 Déficits e Excessos Comportamentais em uma Criança Autista".
- 27-12-83 EIRAS, Meyre dos Santos
Orient. Dra. Anita L. Neri
"A Gravidez como Etapa do Desenvolvimento da Mulher. Relatos de Grávidas sobre suas Experiências e Sentimentos Ligados à Parentalidade".
- 28-12-83 MEDEIROS, Esmeralda Ap. C.
Orient. Dra. Marília de Andrade
"Mulher na Terceira Idade: Uma Tentativa de Levantamento de Determinantes da Solidão".
- 27-04-84 AL'OSTA, Salfredo Jorge Sallum
Orient. Dr. Walter Trinca
"Validação do Procedimento de Desenhos-Estórias em Pacientes Psicóticos Maníaco Depressivos Hospitalizados".
- 03-05-84 KLOCZAK, Ludmila
Orient. Dra. Anita Liberalesso Neri
"Relações entre Autoconceito e Expectativas de Moças e Rapazes Quanto aos Atributos de Um Parceiro Conjugal".

MESTRADO EM PSICOLOGIA

a) Organização do Curso

O Mestrado em Psicologia tem como área de concentração a Psicologia Clínica. Podendo ser cursado integralmente apenas por Psicólogos, oferece disciplinas de caráter obrigatório e optativo.

São disciplinas obrigatórias:

1 ^o Semestre	Créditos
Metodologia de Pesquisa em Psicologia	03
Psicologia Comunitária e Institucional	03
Seminários Interdisciplinares de Pós-Graduação	01
2^o Semestre	
Ensino, Pesquisa e Supervisão em Avaliação Clínica (Linhas Analítica e Comportamental.)	03
Pesquisa e Prática em Ensino de Psicologia	03
3^o Semestre	
Ensino, Pesquisa e Supervisão em Processos Psicoterápicos I (Linhas Analítica e Comportamental.)	03
4^o Semestre	
Ensino, Pesquisa e Supervisão em Processos Psicoterápicos II (Linhas Analítica e Comportamental)	03

Além das sete disciplinas obrigatórias, o programa prevê ainda um Curso de Estudos de Problemas Brasileiros, valendo 01 crédito.

As disciplinas optativas são oferecidas semestralmente, de acordo com critérios internos do Departamento, após ouvidos professores e alunos. Em cada semestre são possíveis novas ofertas, dependendo desses critérios. Cada disciplina optativa vale 2 créditos.

No momento, é o seguinte o elenco de disciplinas optativas:

- a) Ens. Pesq. e Superv. em Avaliação Clínica II
- b) Desenvolvimento Adulto
- c) Estrutura Familiar e Doença Mental I e II

Pesquisa Supervisionada

Temas em Desenvolvimento Adulto

Procedimentos em Terapia Sexual

Psicofarmacodependência

Levantamento de Casos atendidos na Clínica de Pós-graduação.

Além disso, os alunos podem freqüentar disciplinas oferecidas em outros cursos de Pós-Graduação da PUCCAMP, ou mesmo em outras Universidades, obedecidos os seguintes critérios:

— inter-relação do conteúdo dessa(s) disciplina(s) com o do Mestrado em Psicologia Clínica da PUCAMP.

— compatibilidade de carga-horária com disciplinas optativas oferecidas pelo mesmo Departamento. Por outro lado, as disciplinas freqüentadas fora do Departamento não podem exceder o limite de 8 (oito) créditos.

b) Coordenador do curso

Profa. Dra. Marilda Novaes Lipp.

c) Corpo Docente

Mestrado

- a) Alice Maria de Carvalho Delitti (Mestre)
- b) Anita Liberalesso Neri (Dra.)
- c) Hélio José Guilhardi (Mestre)
- d) José Tolentino Rosa (Dr.)
- e) Marilda Novaes Lipp (Dra.)
- f) Maurício Knobel (Dr.)
- g) Regina Maria Leme Lopes Carvalho (Mestre)
- h) Roosevelt Cassorla (Dr.)
- i) Saulo Monte Serrat (Mestre)
- j) Antonio Terzis (Dr.)
- k) Walter Trinca (Dr.)

CALENDÁRIO

a. Inscrição: 07-01-85 a 06-02-85

Seleção: 06-02-85 a 08-02-85

Divulgação dos Resultados: 11-02-85

Matrícula (Pagamento da 1ª Parcela) : 25-02-85 a 28-02-85.

Início das aulas: 04-03-85.

b. Endereço do Curso:

Rua Benjamin Constant, 1963 — Cambuí — Campinas — SP — Brasil
13100 — tels.: 51-3277 e 52-9858 — DDD 0192.

ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Revista quadrimestral do Instituto de Psicologia da PUCCAMP

Estudos aceita colaborações que lhe forem espontaneamente enviadas, reservando-se o direito de publicá-las ou não, conforme avaliação dos Editores. Os temas abordados serão os relacionados com as várias áreas da Psicologia e Ciências afins dando-se preferência aos trabalhos resultantes de pesquisas originais. Os originais devem conter no máximo 30 laudas datilografadas, 21,5 x 31,5cm, de 30 linhas cada uma, em espaço duplo, e remetidos em 3 vias, seguindo o formato dos artigos aqui publicados, e obrigatoriamente acompanhados de um resumo em português e outro em inglês de 10 linhas. Os nomes dos autores, bem como sua vinculação profissional, devem aparecer em folha separada do texto a fim de possibilitar a revisão cega do material. **Estudos** fará uso de dois editores por artigo. Tanto os editores, como os autores, permanecerão em anonimato para fins de avaliação dos trabalhos. Gráficos e tabelas devem ser batidos separadamente e do modo exato como os autores gostariam que aparecessem, assinalando-se no texto o local aproximado de sua colocação. As colaborações não serão devolvidas. Pelos trabalhos publicados em **Estudos de Psicologia** respondem exclusivamente os respectivos autores.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

Magnífico Reitor: Prof. Dr. HEITOR REGINA

Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos: Prof. Dr. EDUARDO JOSÉ PEREIRA COELHO

Vice-Reitor para Assuntos Administrativos: Prof. Dr. ANTONIO JOSÉ DE PINHO

Diretora do Instituto de Psicologia: Profa. DIANA TOSELLO LALONI

