

# MOTIVOS DETERMINANTES DE DESAGREGAÇÃO FAMILIAR E ESQUIZOFRENIA\*

Antônios I. Térzis \*\*

---

## RESUMO

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

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

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

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

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

---

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

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

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## MÉTODO E AMOSTRA

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

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

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

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

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

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

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

## RESULTADOS

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

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

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

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

TABELA I

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

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

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

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

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

QUANTIDADE

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

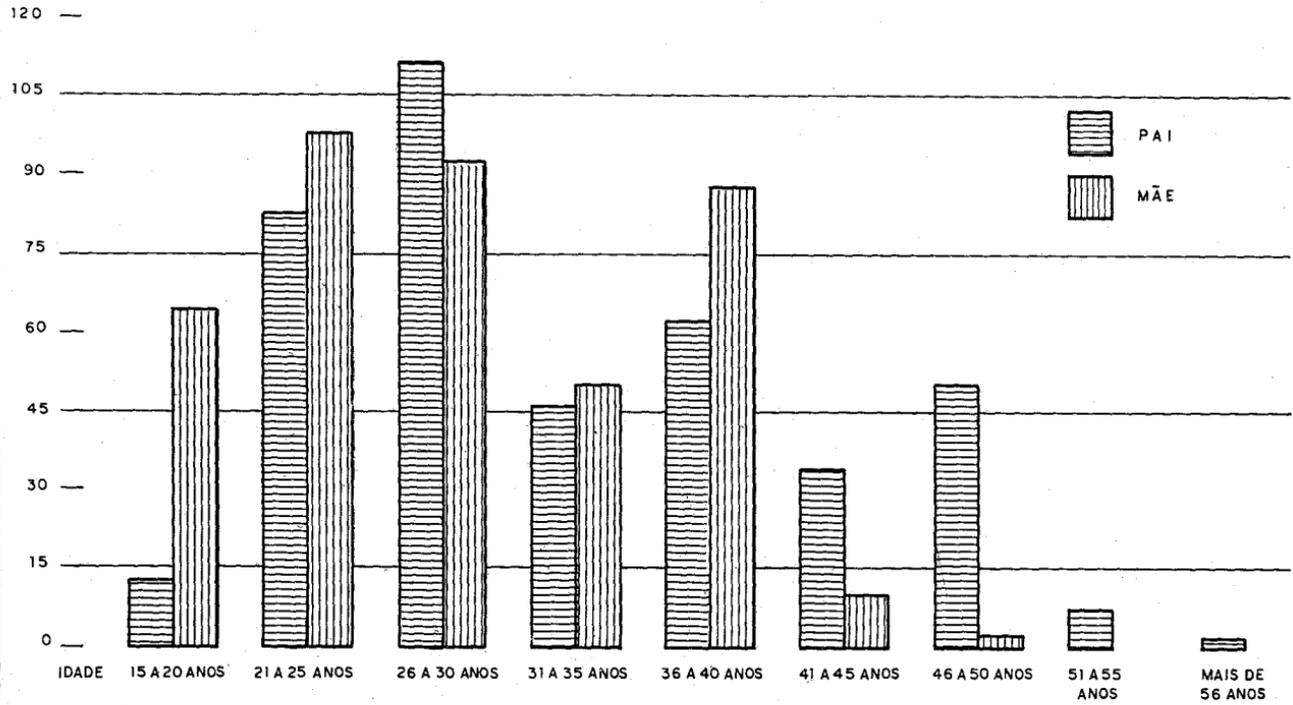


GRÁFICO Nº 01: IDADE DO PAI E DA MÃE POR OCASIÃO DO NASCIMENTO DO PACIENTE.

TABELA II

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

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

Sexo Masculino (Pai) — M = 32,8 anos

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

Sexo Feminino (Mãe) — M = 28,4 anos

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

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

### MOTIVOS DETERMINANTES DA DESAGREGAÇÃO FAMILIAR

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

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

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

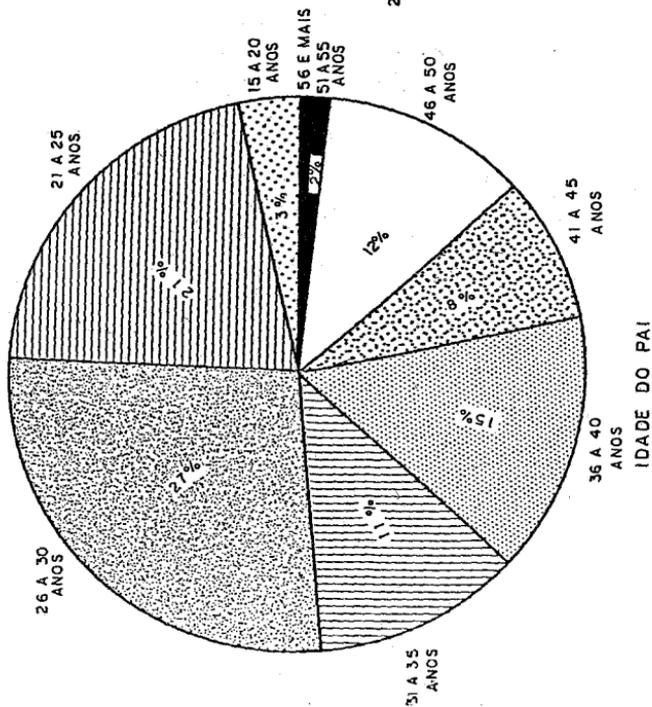
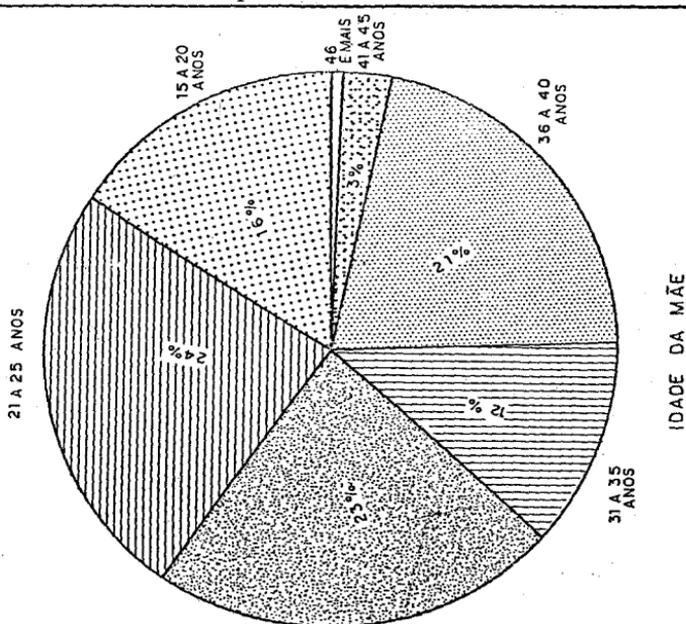


GRÁFICO N° 02 - PARTICIPAÇÃO PORCENTUAL DE CADA FAIXA DE IDADE NO TOTAL (POR SEXO).

## MOTIVO DETERMINANTE DA DESAGREGAÇÃO FAMILIAR

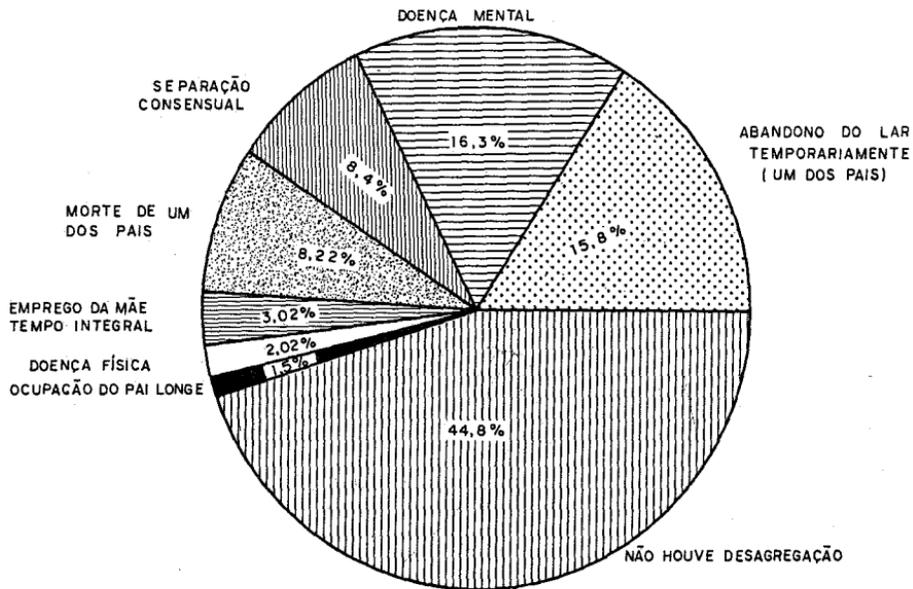


GRÁFICO N.º 03 PARTICIPAÇÃO PORCENTUAL DOS DIVERSOS MOTIVOS DE DESAGREGAÇÃO FAMILIAR (AMBOS OS SEXOS).

TABELA III

## Motivo Determinante da Desagregação Familiar

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

## IDADE DO PACIENTE NO MOMENTO DA DESAGREGAÇÃO

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

## DISCUSSÃO

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

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

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

IDADE DO PACIENTE NO MOMENTO DA DESAGREGAÇÃO

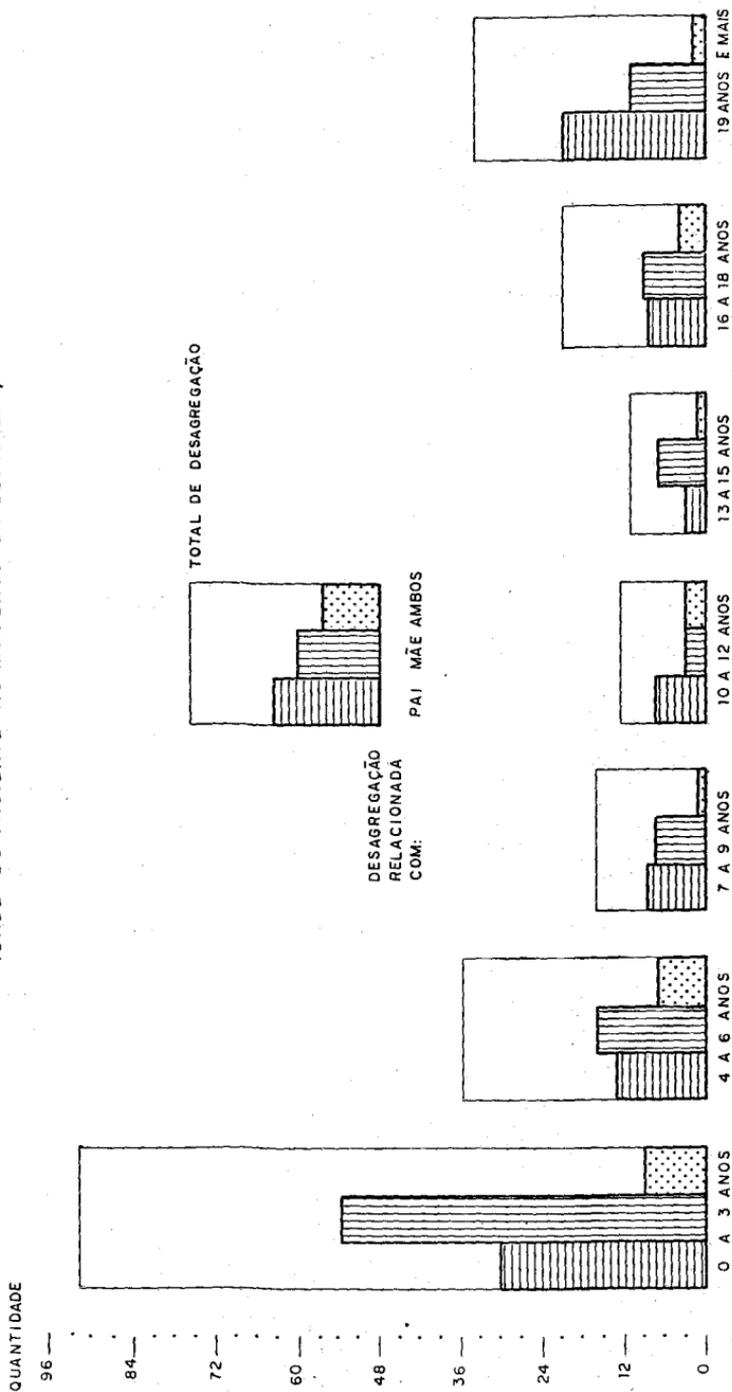


GRÁFICO N° 04 IDADE DO PACIENTE NO MOMENTO DA DESAGREGAÇÃO (AMBOS OS SEXOS).

Idade do Paciente no Momento da Desagregação Familiar

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

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

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

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

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

---

### ABSTRACT

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

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

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

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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



**MARELINHA**

**BRINQUEDOS PEDAGÓGICOS  
E ROUPAS INFANTIS**

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

**Rua General Osório, 1969 - Fone 53-1532**

**Cambuí - Campinas - SP**