MARIA AUXILIADORA DE SOUZA MARQUES

A DEPRESSÃO NA INTERAÇÃO FAMILIAR: Um estudo qualitativo da depressão na interação familiar

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CAMPO GRANDE – MS

2000

MARIA AUXILIADORA DE SOUZA MARQUES

A DEPRESSÃO NA INTERAÇÃO FAMILIAR : Um estudo qualitativo da depressão na interação familiar

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia – área de concentração: Saúde Mental e Sociedade da Universidade Católica Dom Bosco, para Exame de Qualificação de Mestrado, sob orientação da Profª Drª Lídia Straus.

CAMPO GRANDE – MS

2000

Ficha catalográfica

Marques, Maria Auxiliadora de Souza
A depressão na interação familiar: um estudo qualitativo das características dos mecanismos inter-relacionais e adaptativos / Maria Auxiliadora de Souza Marques; orientadora Lídia Straus. Campo Grande, 1999.
184 p.: il.+ anexos

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Mestrado em Psicologia
Orientadora: Lídia Straus
Bibliografia: p. 107 - 114

1.Depressão mental 2. Interação familiar I. Straus, Lídia II. Título

CDD – 615.8527

Bibliotecária responsável: Clélia Takie Nakahata Bezerra CRB 1/757

MARIA AUXILIADORA DE SOUZA MARQUES

BANCA EXAMINADORA

_____
Professora Doutora Maria Helena Pereira Franco Bromberg

_____
Professora Doutora Sônia Grubits

_____
Professora Doutora Lídia Straus

Dissertação defendida e aprovada em: ___/___/___

A minha filha Isabela, ao meu marido Sérgio e a minha família, que me acompanharam a cada passo com benevolência, apoio e carinho diante de minha ausência.

Com todo amor, sou grata.

AGRADECIMENTOS

À professora Lídia Straus, pela orientação deste trabalho. A liberdade para seguir meu caminho foi marcante em nosso contato. Também foi imprescindível a ajuda a integração dos meus desejos em idéias coerentes.

À amiga Ana Deise, que esteve sempre presente; no início quando não havia definido o tema de minha dissertação, e em todos os passos até chegar aqui. Valeu muito.

À professora Sônia Grubits, que se dispôs gentilmente a conversar comigo sobre seus trabalhos e a pontuar a importância de minha história em minha produção.

À professora Maria Helena Bromberg; pela ajuda na organização da linha de pensamento de meu trabalho; fez sentido.

Ao meu pai que através de seu interesse em se compreender e compreender as pessoas aproximou-se da Psicologia. Mesmo sem saber, me guiou a este caminho.

Ao meu tio Firmino. Incentivou-me; fez minha cabeça latejar com pensamentos nunca pensados.

Ao Mestre Dr. Salvador. Ver que o barro poderia virar um jarro, foi uma dádiva para mim; não só para me encantar comigo mesma, mas principalmente para existir um sentido além. Obrigada!

... “O viajante hábil não deixa rastro de sua passagem. O orador perfeito nada diz em que se possa encontrar falha. O exímio calculador não precisa fazer contas. O perito guardião tudo fecha sem necessidade de barras ou parafusos, e o que êle fecha é impossível abrir. Similarmente o sábio está sempre salvando os homens e a ninguém tenta salvar. Esta capacidade se denomina “ocultar a luz na atividade”. Portanto, o sábio é um Mestre para os não virtuosos, da mesma forma que o vulgar é o material que o sábio trabalha. Não amar o Mestre que nos auxilia, não venerar a quem nos presta serviço, é sinal de extrema confusão. Isto se chama Mistério completo e profundo.” (Lao Tsé)

SUMÁRIO

Pág.

LISTA DE FIGURAS viii
LISTA DE QUADROS ix
RESUMO x
ABSTRACT xi
PREFÁCIO xii

I- INTRODUÇÃO 19
1.1. Família 19
1.2. Teoria Geral dos Sistemas 35
1.3. Depressão 44
1.3.1. Delimitação do conceito 46
1.3.2. Classificação dos transtornos afetivos 48
1.3.3. Características gerais 50
1.3.4. Melancolia 54
1.3.5. Personalidade depressiva 57
1.4. Psicanálise 59

II- OBJETIVOS 71
2.1. Objetivo geral 71
2.2. Objetivos específicos 71

III- RECURSOS METOLÓGICOS 72
3.1. Apresentação e fundamentação do método 72
3.1.1. Sujeitos 75
3.1.1.1. Seleção de amostra 76
3.1.1.2. Considerações sobre a questão ética 77
3.1.2 Instrumentos utilizados 77
3.1.3. Procedimentos 81
3.2. Procedimento de análise 82

IV- RESULTADOS. 85
4.1. Caracterização da amostra 85
4.2. Análise e discussão das entrevistas 88
4.1.1. Família 1 88
4.1.2. Família 2 95
4.1.3. Família 3 102
4.1.4. Família 4 107
4.1.5. Família 5 111
4.3. Análise e discussão dos dados observados acerca de todas as famílias 117

V- CONSIDERAÇÕES FINAIS 128
VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 134
ANEXOS 142

LISTA DE FIGURAS

Figura n.º … **Pág.**

1. Desenho realizado pela paciente (família).....158

2. Desenho realizado pela filha mais velha da paciente (família 1).....159

3. Desenho realizado pelo atual marido (família 1).....160

4. Desenho realizado pela paciente (família 2).....174

5. Desenho realizado pelo atual marido (família 2).....175

6. Desenho realizado pelo filho da paciente (família 2).....176

7. Desenho realizado pela paciente (família 3).....186

8. Desenho realizado pela mãe da paciente (família 3).....187

9. Desenho realizado pela paciente (família 4).....197

10. Desenho realizado pelo filho da paciente (família 4).....198

11. Desenho realizado pelo atual marido (família 4).....199

12. Desenho realizado pelo paciente (família 5).....211

13. Desenho realizado pela esposa (família 5).....212

14. Desenho realizado pelo filho (família 5).....213

LISTA DE QUADROS

Quadros n.º **Pág.**

1. Quadro da composição familiar: família 1.....86

2. Quadro da composição familiar: família 2.....86

3. Quadro da composição familiar: família 3.....87

4. Quadro da composição familiar: família 4.....87

5. Quadro da composição familiar: família 5.....88

RESUMO

Este trabalho refere-se ao estudo da base interacional da família, quando ocorre nela um desvio ou uma interrupção no ciclo vital de expansão, no caso a Depressão. A amostra compõe-se de cinco pacientes ambulatoriais do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, diagnosticados pelos médicos residentes como depressivos. O referencial teórico para o procedimento de análise e discussão do material obtido, foi a Teoria Psicanalítica tendo em vista a compreensão psicodinâmica da interação familiar; a interação do grupo familiar, foi entendida a partir do referencial da teoria sistêmica. A análise das entrevistas, evidenciou a restrição e o isolamento marcante do depressivo e de outro lado, a não aceitação dos sintomas por parte dos familiares, como resultado de resistências à ruptura do idealizado. Observou-se não só através das entrevistas, como também dos desenhos da família, que a relação do deprimido com os objetos, caracterizou-se através da criação de um objeto fruto de sua própria imaginação, com a manipulação dos objetos reais; assim, consegue manter uma relação. Os familiares na convivência diária com o deprimido, encontra-se preso em um jogo sádico-masoquista, estimulado pelo depressivo nas pessoas circundantes, o que se configura em um interjogo entre o superego severo do depressivo e o superego dos familiares.

ABSTRACT

This paper refers to the study of the family relation basis, when something happens to it like a deviation or na interruption in the expansion of the vital circle, in the case, Depression. The sample is composed by five clinic patients of Santa Casa Psychiatry Service, where they were diagnosed by the resident doctors as depressed patients. The theoretical reference used to discuss and analyse the obtained sample was the Psychoanalysis Theory, always having in mind the psicodynamic comprehension of the familiar relation. The familiar group relation was undertood by the reference of the Sistematic Theory. The interviews analysis made evident the restriction and the outstanding isolation of the depressed, and, on the other hand, the non acceptation, from the family, of the symptoms as a result of resistences concerning to the rupture of what was idealized. It was also observed, not only from the interviews, but also by drawings made by the family, that the relationship between the depressed and the objects was made up by the criation of an object, a product of his or her imagination, with the manipulation of real, concrete objects; therefore, it may be possible to mantain a relationshep. The family members, in the daily acquaintence with the depressed find themselves confined to a sadistic-masochistic game, stimulated by the depressed person, invoving all the others aroud, what seems to be like an inter-game between the depressed's severe superego and the family's superego.

PREFÁCIO

Percebo que se faz necessário um estudo mais aprofundado da família como um todo. Como a família se define, as funções familiares, o seu ciclo vital, os processos que resultam em dificuldades como a doença mental; para tanto, há que se entender como se estabelece os tipos de relações objetais nessas famílias, a dinâmica subjacente aos conteúdos manifestos; neste sentido a teoria psicanalítica foi esclarecedora na forma como entende a personalidade, as relações objetais e as relações familiares. O estudo sobre a teoria sistêmica, parte do pressuposto de que a família é um sistema, assim, privilegiei uma parte de toda a teoria geral dos sistemas, que é a parte dedicada à psicologia. No que diz respeito à doença Depressão, considerei relevante, o esclarecimento de seu conceito, de suas características gerais, dos sintomas que acometem os pacientes, visto que sabemos o quanto é desagradável para o próprio paciente, como para os familiares essa vivência, e um entendimento sobre a personalidade do depressivo.

O propósito foi o de estudar a depressão na interação familiar; ou seja, diante desta problemática, como essa família reagirá? Como será a interação? Além de outras questões esclarecidas mais adiante. Não cabe neste estudo qualquer referência sobre a etiologia da Depressão, ou se já existiam anteriormente conflitos dentro desta família e suas causas. O que foi realizado foi um recorte, a partir do momento em que a Depressão surge dentro desta família e o que "fizeram" dela.

Os estudos sobre interação mostram que as forças psicológicas e sociais estão entrelaçadas: Homem e Sociedade. Ganhamos com o fato de não podermos mais diferenciar a psicologia do indivíduo e a psicologia grupal. A psicologia do indivíduo constitui uma função da relação entre as pessoas. Assim, o fenômeno psicológico dentro de

uma visão ampla e sistêmica se desenvolve na compreensão relacional dos fenômenos, na ótica da construção dos grupos.

A visão psiquiátrica de hoje abarca esta compreensão; a psicanálise com a teoria das relações objetais, a dinâmica entre as pessoas, a influência da família na construção da doença, ou mesmo no reforço desta, nos fizeram pensar na necessidade de se estudar este movimento. Em conseqüência disto, a família passou a ser objeto de estudo da Psicologia e da Psiquiatria; não se negava sua importância, mas os assuntos ligados ao social eram erroneamente atribuídos aos sociólogos e desconectados do tratamento do doente mental; hoje em dia essa divisão entre o psicológico e o cultural, entre o indivíduo e sua experiência social, a vida de grupo, é artificial e descartada.

A família ganhou uma ênfase maior como contribuição ao tratamento dos doentes mentais. Elas passam por um processo de desenvolvimento com o tempo e esse processo pode ser organizado desde o início, de modo que, o resultado seja uma perturbação do sistema familiar, ou até mesmo seu rompimento; nos dois casos, aparecerão o sofrimento e os sintomas psiquiátricos, mudará a dinâmica interna entre os membros dessa família. Na Psiquiatria e na Psicologia, parecia ser mais importante focalizar, tratar e afastar o indivíduo dito enfermo, do seu ambiente natural, ainda como reflexo da visão da Idade Média. No entanto, existem uma influência e interação entre o indivíduo e o seu meio; e o ambiente de maior proximidade e influência é a sua família. Mudar o foco do individual para os padrões de interação da família do indivíduo e trabalhar diretamente com a totalidade das forças que o influenciam é uma idéia lógica; é a consciência da interdependência da vida e das condições que a mantêm.

Nossa época está marcada pelo interesse comunitário no futuro da família; como ela hoje se constitui, os padrões de comunicação, os mitos, o rompimento dos vínculos afetivos, como também em relação às funções familiares: a relação conjugal, a paternidade, maternidade e os processos que resultam em dificuldades, como a doença mental. A tendência para estudar a família como um todo dinâmico, mais do que como a soma de suas partes, é consistente com a tendência da ciência contemporânea em não isolar os fenômenos, mas examinar as interações entre eles; também é a tendência em relação à doença mental.

Qualquer estudo que diga respeito ao homem indivíduo ou ao homem inserido em um grupo deverá passar pelas características particulares dos fatos, dos fenômenos ligadas aos processos de pensamentos do homem. Deste modo, o processo de investigação de qualquer grupo deve abarcar a mudança de representação social. O homem, ao longo dos anos, se modifica e é o que esperamos, visto que o contrário disto, a cristalização, leva o homem à estagnação, ao seu fim enquanto sujeito, enquanto objeto. Assim sendo, cada etapa dentro do processo evolutivo do homem é um momento de crise, que leva a um espaço de criação e de revolução.

A depressão vista à luz destas formulações será levada em consideração dentro da representação social como algo que pode ocorrer na vida de uma pessoa e que ao mesmo tempo é uma vivência grupal. Como é vista a depressão para este grupo; o grupo dos deprimidos, o grupo que observa os deprimidos, o grupo que cuida dos deprimidos. Dependendo do grupo, encontraremos representações sociais acerca da depressão muito diferenciadas. As condições de vida, a cultura na qual o deprimido esta inserido, a visão de doença associada à vida, tudo isso influenciará esta representação, influenciará a vida em grupo e, sem dúvida, a forma como deverá ser encaminhado o tratamento.

Como este tema é contemporâneo e de relevância para as ciências sociais e por partilhar basicamente deste ponto de vista, escolhi enfocar "Família e Depressão". Este interesse em particular, veio inicialmente, a partir da clínica. Atendi uma paciente deprimida no início de minha carreira profissional, o que foi significativo para o meu aprendizado no tratamento a pacientes mais regredidos. Chamou-me atenção a forma como esta paciente se fechava em seu mundo; sofria demasiadamente. O comportamento de seus familiares, inclusive o marido, era de imobilidade; não se preocupavam com o problema, não havia apoio; sempre a criticá-la. Essas dificuldades, repercutiram significativamente na forma como ela levava sua vida e na vida de seus filhos.

O meu interesse por esse assunto continuou; fiz um curso sobre família, que muito me auxiliou, clarificando a importância da teoria das relações objetais, da teoria geral dos sistemas e da compreensão da Psicanálise na dinâmica familiar. Família é um assunto abrangente e complexo; nos remete a muitos caminhos, mas vale a pena ter este contato, que de fora parece simples, mas quando "observado através de uma lupa", o que se configura é um imbricado de relações, onde o limite claro entre o eu e o outro se torna tênue.

Parto do princípio neste estudo, que as pessoas passam por mudanças na relação familiar desde o nascimento, próprias do desenvolvimento interacional entre seus membros e como grupo familiar em relação aos outros grupos. Quando há, nesse desenvolvimento natural, um desvio ou uma interrupção no ciclo vital de expansão, os membros desta família, assim como os outros grupos familiares, que mantêm contato com esta família, mudam sua forma de relação; isso se dá por conta da necessidade de uma nova adaptação a essa mudança; desta maneira, verificamos um novo padrão dinâmico; há uma organização desta "informação" dentro desses sistemas, uma absorção visando ao equilíbrio do grupo

natural como um todo mesmo que esta organização seja inclusive desfavorável à doença. Estas reações são próprias da passagem por momentos de crise dentro de um sistema. Também encontramos a utilização de mecanismos familiares criados em torno do membro "causador" da crise, razão pela qual este membro tem uma maior dificuldade de adaptação, de um modo geral, podendo não voltar a seu desenvolvimento normal.

Como foi dito, as pessoas mudam e mudam-se as famílias; este trabalho, refere-se ao estudo da Depressão na Interação Familiar, considerando a Depressão um fator que promoverá certamente transformações nas interações entre os membros da família.

Como referencial teórico para o procedimento de análise e discussão do material obtido, na perspectiva da análise qualitativa, ocupei-me da Teoria Psicanalítica, que ofertou condições para o estabelecimento de relações, no que se refere à dimensão inconsciente do comportamento, às relações de objeto internalizadas, os mecanismos defensivos, às ansiedades e ao tipo de funcionamento mental em interação com o grupo familiar. Faz-se necessário julgar a família como unidade. Ela é o ponto de interação entre o indivíduo e a sociedade e palco das trocas conscientes e também inconscientes, sendo participante ativa na vida emocional de seus membros. A investigação sobre as relações deve tomar em consideração os conteúdos latentes individuais envolvidos e não somente aquilo que é dito conscientemente. Neste intento, a entrevista de questões abertas e o Teste do Desenho da Família auxiliaram, apontando as fantasias de cada membro da família em relação ao grupo familiar.

Já em relação ao funcionamento do grupo familiar, a interação da mesma foi entendida em termos de que tudo ocorre de maneira ordenada.; ou seja, o comportamento expresso de cada membro da família influencia e é influenciado por todos os outros; a

análise das relações foi então, realizada dentro da visão sistêmica. A família é um sistema, possui uma ordenação dinâmica de peças e processos que subsistem dentro de uma interação mútua; funcionando em grupo como uma unidade, poderíamos perceber os movimentos de interinfluência deles.

Desta maneira, a Depressão que pode ocorrer em um componente, como também em mais de um, passa a "circular" entre os membros da família como um todo. Mesmo que essa doença tenha sido diagnosticada há pouco tempo, ainda assim, não se pode deixar de lado que a organização da personalidade dessa pessoa se iniciou no nascimento e foi se desenvolvendo e se estruturando ao longo dos anos. Os fenômenos psicológicos encontram-se em entidades individualizadas; assim, a personalidade individual é caracterizada por mecanismos de defesa pouco variáveis, por uma maneira seletiva de relação de objeto, por um grau dentro do desenvolvimento da libido, uma determinada função egóica e uma atitude mais ou menos fixada de modo repetitivo diante da realidade. Essa personalidade "organizada" dentro do grupo natural, cristaliza as relações na medida em que interage com os membros da família; a criança através das diversas fases de seu desenvolvimento, forma suas relações específicas com a mãe, depois há a relação com ambos os pais e mais tarde com os irmãos. O que ocorre é uma inter-relação em que as pessoas envolvidas têm estabelecido os seus objetos internos e que ao mesmo tempo são movidas, delineadas dentro de um propósito coerente ou não de suas partes complementares pelo objeto dito externo. Dentro deste campo determinado, existe uma gama considerável de possibilidades que podem emergir; depende da Personalidade da pessoa e conseqüentemente do vínculo que desenvolver em relação ao outro. É essa relação que delimita e define o campo de atuação da família.

É relevante lembrarmos que a família passa por diversos momentos naturais de crises próprias da evolução na vida familiar, passando pelo namoro, até a velhice, com todas as vicissitudes próprias da evolução em um grupo natural; não só as alterações decorrentes da personalidade individual ou do sistema grupal; isto permite uma percepção mais ampla de toda a complexidade emocional, pela qual passa a família. Aqui, serão enfatizadas as alterações em seu ciclo, que dizem respeito à doença Depressão e que pode levar a um desvio; esse desvio pode resultar no rompimento do processo natural da família, o que acaba acarretando sintomas psiquiátricos.

INTRODUÇÃO

Percebo que se faz necessário um estudo mais aprofundado da família como um todo. Como a família se define, as funções familiares, o seu ciclo vital, os processos que resultam em dificuldades como a doença mental; para tanto, há que se entender como se estabelece o tipo de relações objetais nestas famílias, a dinâmica subjacente aos conteúdos manifestos; neste sentido, a teoria psicanalítica foi esclarecedora na forma como entende a personalidade, as relações objetais e as relações familiares. O estudo sobre a teoria sistêmica, parte do pressuposto de que a família é um sistema, assim privilegiei uma parte de toda a teoria geral dos sistemas, que é a parte dedicada à psicologia. No que diz respeito à doença Depressão, considerei relevante o esclarecimento de seu conceito, de suas características gerais, dos sintomas que acometem os pacientes, visto que sabemos o quanto é desagradável para o próprio paciente, como para os familiares e um entendimento sobre a personalidade do depressivo.

O propósito foi o de estudar a depressão na interação familiar; ou seja, diante desta problemática, como esta família reagirá? Como será a interação? Além de outras questões esclarecidas mais adiante. Não cabe neste estudo qualquer referência sobre a etiologia da depressão, ou se já existiam anteriormente conflitos dentro desta família e suas causas. O que foi realizado foi um recorte, a partir do momento em que a Depressão surge dentro desta família e o que "fizeram" dela.

Os estudos sobre interação mostram que as forças psicológicas e sociais estão entrelaçadas: homem e sociedade. Ganhamos com o fato de não podermos mais diferenciar a psicologia do indivíduo e a psicologia grupal. A psicologia do indivíduo constitui uma função da relação entre as pessoas. Assim, o fenômeno psicológico dentro de uma visão ampla e sistêmica se desenvolve na compreensão relacional dos fenômenos, na ótica da construção dos grupos.

A visão psiquiátrica de hoje abarca esta compreensão; a psicanálise com a teoria das relações objetais, a dinâmica entre as pessoas, a influência da família na construção da doença, ou mesmo no reforço desta, nos fizeram pensar na necessidade de se estudar este movimento. Em conseqüência disto, a família passou a ser objeto de estudo da Psicologia e da Psiquiatria; não se negava sua importância, mas os assuntos ligados ao social eram erroneamente atribuídos aos sociólogos e desconectados do tratamento do doente mental; hoje em dia essa divisão entre o psicológico e o cultural, entre o indivíduo e sua experiência social, a vida de grupo, é artificial e descartada.

A família ganhou uma ênfase maior como contribuição ao tratamento dos doentes mentais. Elas passam por um processo de desenvolvimento com o tempo e este processo pode ser organizado desde o início, de modo que o resultado seja uma perturbação do sistema familiar, ou até mesmo seu rompimento; nos dois casos, aparecerão o sofrimento e os sintomas psiquiátricos e mudará a dinâmica interna entre os membros desta família. Na Psiquiatria e na Psicologia parecia ser mais importante focalizar, tratar e afastar o indivíduo, dito enfermo, do seu ambiente natural, ainda como reflexo da visão da Idade Média. No entanto, existe uma influência e interação entre o indivíduo e o seu meio; e o ambiente de maior proximidade e influência é a sua família. Mudar o foco do individual para os padrões de interação da família do indivíduo e trabalhar diretamente com a totalidade das forças que o influenciam é uma idéia lógica; é a consciência da interdependência da vida e das condições que a mantêm.

Nossa época está marcada pelo interesse comunitário no futuro da família; como ela hoje se constitui, os padrões de comunicação, os mitos, o rompimento dos vínculos afetivos, como também em relação às funções familiares: a relação conjugal, a paternidade, maternidade e os processos que resultam em dificuldades, como a doença mental. A tendência para estudar a família como um todo dinâmico, mais do que como a soma de suas partes, é consistente com a tendência da ciência contemporânea em não isolar os fenômenos, mas examinar as interações entre eles; também é a tendência em relação à doença mental.

Qualquer estudo que diga respeito ao homem indivíduo ou ao homem inserido em um grupo deverá passar pelas características particulares dos fatos, dos fenômenos ligadas aos processos de pensamentos do homem. Deste modo, o processo de investigação

de qualquer grupo deve abarcar a mudança de representação social. O homem, ao longo dos anos, se modifica e é o que esperamos, visto que o contrário disto, a cristalização, leva o homem à estagnação, ao seu fim enquanto sujeito, enquanto objeto. Assim sendo, cada etapa dentro do processo evolutivo do homem é um momento de crise, que leva a um espaço de criação e de revolução.

A depressão vista à luz destas formulações será levada em consideração dentro da representação social como algo que pode ocorrer na vida de uma pessoa e que ao mesmo tempo é uma vivência grupal. Como é vista a depressão para este grupo; o grupo dos deprimidos, o grupo que observa os deprimidos, o grupo que cuida dos deprimidos. Dependendo do grupo, encontraremos representações sociais acerca da depressão muito diferenciadas. As condições de vida, a cultura na qual o deprimido está inserido, a visão de doença associada à vida, tudo isso influenciará esta representação, influenciará a vida em grupo e, sem dúvida, a forma como deverá ser encaminhado o tratamento.

Como este tema é contemporâneo, de relevância para as ciências sociais e por partilhar basicamente deste ponto de vista, escolhi enfocar "Família e Depressão". Este interesse em particular, veio inicialmente, a partir da clínica. Atendi uma paciente deprimida no início de minha carreira profissional, que foi significativa para o meu aprendizado no tratamento a pacientes mais regredidos. Chamou-me atenção a forma como esta paciente se fechava em seu mundo, sofrendo a olhos vistos, e o comportamento de seus familiares, inclusive o marido; sem se preocuparem com o problema, sempre a criticá-la e também as repercussões na forma como ela levava sua vida e na vida de seus filhos.

O meu interesse por esse assunto continuou; fiz um curso sobre família, que muito me auxiliou, clarificando a importância da teoria das relações objetais, da teoria geral dos sistemas e da compreensão da Psicanálise na dinâmica familiar. Estudar família, é um assunto abrangente e complexo pois, nos remete a muitos caminhos, mas vale a pena ter este contato, que de fora parece simples, mas que observado através de uma lupa, o que se configura é um imbricado de relações, onde o limite claro entre o eu e o outro se torna tênue.

Parto do princípio dentro deste estudo de que as pessoas passam por mudanças na relação familiar, desde o nascimento, próprias do desenvolvimento interacional entre seus membros e como grupo familiar em relação aos outros grupos. Quando há, neste

desenvolvimento natural, um desvio ou uma interrupção no ciclo vital de expansão, os membros desta família, assim como os outros grupos familiares, que mantêm contato com esta família, mudam sua forma de relação, por conta da necessidade de uma nova adaptação a essa mudança; desta maneira, verificamos um novo padrão dinâmico; há uma organização desta "informação", dentro destes grupos, uma absorção visando ao equilíbrio do grupo natural como um todo, mesmo que esta organização seja inclusive desfavorável à doença. Estas reações são próprias da passagem por momentos de crise dentro de um sistema. Também encontramos a utilização de mecanismos familiares, criados em torno do membro "causador" da crise, razão pela qual este membro tem uma maior dificuldade de adaptação de um modo geral, podendo não voltar a seu desenvolvimento normal.

Como foi dito, as pessoas mudam e mudam-se as famílias; este trabalho, refere-se ao estudo da Depressão na Interação Familiar, considerando a Depressão um fator que promoverá certamente transformações nas interações entre os membros da família.

Como referencial teórico para o procedimento de análise e discussão do material obtido, na perspectiva da análise qualitativa, ocupei-me, como referencial teórico para a compreensão, a Teoria Psicanalítica, que ofertou condições para o estabelecimento de relações, no que se refere à dimensão inconsciente do comportamento, às relações de objeto internalizadas, os mecanismos defensivos, às ansiedades e ao tipo de funcionamento mental, em interação com o grupo familiar. Faz-se necessário julgar a família como unidade. Ela é o ponto de interação entre o indivíduo e a sociedade e palco das trocas conscientes e também inconscientes, sendo participante ativa na vida emocional de seus membros. A investigação sobre as relações deve tomar em consideração os conteúdos latentes individuais envolvidos e não somente aquilo que é dito conscientemente. Neste intento, a entrevista de questões abertas e o Teste do Desenho da Família auxiliaram, apontando as fantasias dos familiares em relação ao grupo familiar.

Já em relação ao funcionamento do grupo familiar, a interação da mesma foi entendida em termos de que tudo ocorre de maneira ordenada.; ou seja, o comportamento expresso de cada membro da família influencia e é influenciado por todos os outros; a análise das relações foi então, realizada dentro da visão sistêmica. A família é um sistema, possui uma ordenação dinâmica de peças e processos que subsistem dentro de uma interação mútua; funcionando em grupo, como uma unidade, poderíamos perceber os

movimentos de interinfluência deles.

Desta maneira, a Depressão que pode ocorrer em um componente, como também em mais de um, passa a "circular" entre os membros da família como um todo. Mesmo que essa doença tenha sido diagnosticada há pouco tempo, ainda assim, não se pode deixar de lado que a organização da personalidade desta pessoa se iniciou no nascimento e foi se desenvolvendo e se estruturando ao longo dos anos. Os fenômenos psicológicos encontram-se em entidades individualizadas; assim, a personalidade individual é caracterizada por mecanismos de defesa pouco variáveis, por uma maneira seletiva de relação de objeto, por um grau dentro do desenvolvimento da libido, uma determinada função egóica e uma atitude mais ou menos fixada de modo repetitivo diante da realidade. Esta personalidade "organizada" dentro do grupo natural, cristaliza as relações, na medida em que interage com os membros da família; a criança através das diversas fases de seu desenvolvimento, forma suas relações específicas com a mãe, depois há a relação com ambos os pais e mais tarde com os irmãos. O que ocorre é uma inter-relação em que as pessoas envolvidas têm estabelecido os seus objetos internos e que ao mesmo tempo são movidas, delineadas dentro de um propósito coerente ou não de suas partes complementares pelo objeto dito externo. Dentro deste campo determinado, existe uma gama considerável de possibilidades que podem emergir; depende da Personalidade da pessoa e conseqüentemente do vínculo que desenvolver em relação ao outro. É esta relação que delimita e define o campo de atuação da família.

É relevante lembrarmos que a família passa por diversos momentos naturais de crises, próprias da evolução na vida familiar, passando pelo namoro, até a velhice, com todas as vicissitudes próprias da evolução em um grupo natural; não só as alterações decorrentes da personalidade individual ou do sistema grupal; isto permite uma percepção mais ampla de toda a complexidade emocional, pela qual passa a família. Aqui, serão enfatizadas as alterações em seu ciclo, que dizem respeito à doença Depressão, que pode levar a um desvio, em que o resultado seja o rompimento do processo natural da família, o que acaba acarretando sintomas psiquiátricos.

CAPÍTULO 1

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 FAMÍLIA

O termo Família veio do latim *familus* (servente) e significava originariamente "conjunto de escravos e criados". A estrutura romana da família era regida pelo pai, que representava todos os poderes, inclusive a vida e a morte; o que se estendia não só a seus escravos, mas também aos seus filhos. Com o passar do tempo, esta estrutura se modificou, entretanto ainda encontramos a organização feita sob um tipo de vínculo que prevalece, que é o submetedor-submetido. Este vínculo central se desenvolve no grupo familiar, assentado em dois pilares básicos, e mantém uma relação de condicionamento. Os pilares se referem à continuidade da família, à inserção do grupo familiar em uma estrutura social, onde o vínculo submetedor-submetido é o modelo da interação nos grupos secundários (CALVO, 1973:16).

Família, fato natural, fato universal. "(...) união mais ou menos duradoura e socialmente aprovada de um homem, de uma mulher e dos seus filhos" (LÉVI-STRAUSS, 1956), a crença de que se trata de um facto natural impõe-se tanto mais que esta unidade social parecer ser, de facto, um fenômeno praticamente universal. Encontra-se tanto nos povos mais 'desenvolvidos' como nos mais 'primitivos' " (*apud* HÉRITIER, 1989, p. 81).

Coulanges (1864;30), escrevendo sobre a origem da família antiga, torna evidente que ela não estaria somente na geração ou no afeto natural; a irmã na família não se igualava a seu irmão e, além disso, outras disposições importantes das leis greco-romanas inspiravam o funcionamento familiar. A religião é o elo central das famílias antigas; foi ela que permitiu a autoridade paterna ou marital; não foi pelo nascimento, pelo sentimento ou pela força física que a família se constituiu, mas sim por um poder maior, o

poder do fogo sagrado e dos antepassados. A religião criou as regras, que passaram a fazer parte do sistema familiar; as crenças e o culto referentes aos mortos formavam a família antiga. Na antiga língua grega, "epístion", palavra que designava família, significava "aquilo que está junto do fogo sagrado". Deste modo, a família se constituía em um grupo de pessoas, que vivia dentro dos princípios do culto; então, a família antiga era mais uma associação religiosa do que uma associação natural.

O primeiro preceito fundado pela religião foi o casamento, uma cerimônia sagrada; conseqüentemente, esta união deveria seguir as regras dos atos religiosos e tinha um significado mais importante do que a união de sexos ou união pelo afeto, que era a união pelo culto ao fogo sagrado. A mulher casada poderia cultuar os mortos, mas deveria abandonar os seus antepassados. O casamento fazia com que a mulher se desligasse radicalmente da família original, das relações religiosas. Após o casamento, ela nascia novamente e passava ao lugar de filha de seu marido, aceitando completamente a família e a religião dele. O parentesco se pautava em função do culto e não do nascimento; o direito à propriedade estava associado à religião e, deste modo, cada família tinha o seu lar e os seus antepassados para cultuar; a família estaria vinculada ao altar e o altar ligado ao solo e à própria família; tendo seus deuses e seu culto, era razoável que também tivessem o seu lugar particular na terra, ou seja, a sua propriedade. O filho simplesmente recebia a herança, não podendo aceitá-la ou recusá-la; a herança é a propriedade e o culto, e recebê-los é uma obrigação e um direito.

A família dentro destes moldes deveria ter uma continuidade infinita, onde o culto religioso era passado a cada geração; a extinção de uma família não era aceitável e, quando isso acontecia, significava a ruína da religião, a privação dos antepassados, que não receberiam as oferendas dos parentes, sobrando-lhes somente a morada habitada pelos infelizes. O homem pertencia à família, não a si mesmo. Coulanges (1864:36) assinala:

> Família desaparecida é culto morto. É necessário imaginar essas famílias à luz da época em que as crenças ainda se não tinham alterado. Cada uma delas possui uma religião e deuses próprios, valioso repositório pelo qual deve velar. A maior desgraça temida por sua piedade está na interrupção de sua estirpe; porque então a sua religião desapareceria da terra, seu lar extinguir-se-ia, toda sua seqüência de mortos cairia no esquecimento e na miséria eternos. O grande interesse da vida humana consiste em continuar a descendência para com esta dar seqüência ao culto.

A família contemporânea é representada pela célula social fundada na união entre os cônjuges no casamento, onde as necessidades e os desejos do indivíduo e da espécie, como o desejo sexual, o desejo de reprodução, a necessidade de manter e de educar os filhos, impulsionam essa união. A família acaba sendo o sustentáculo da comunidade, onde se estabelecem todos os papéis: nas relações homem/mulher e, portanto, masculino e feminino, como símbolo, originando o passado, o presente e o futuro, representado pelas gerações. Diferente da família antiga, que tinha no casamento a obrigatoriedade e não o prazer, a satisfação de ter um filho, mais sim o dever de gerá-los, para a perpetuação da religião e, quando não fosse possível, por conta de esterilidade, poderia adotar um.

Não é certo que encontremos sempre esse par, homem-mulher, unidos conjugalmente; uma união estável, assim sendo, não podemos considerar esse quesito, como necessário e como natural. Nem mesmo quando existe uma ligação biológica, no caso mãe e filhos, podemos dizer que essa mãe deva assumir os cuidados a esse filho ou mesmo a sua educação. Estabelecer princípios que sejam universalmente aceitos para a definição do que seja uma família cairá no vazio, pois a vivência etnológica constitui prova em contrário. Temos, dentro de nossa história, vários tipos de casamentos e de sistema familiar, que não obedecem à ordem convencional, como a união conjugal entre pessoas de sexo diferente, a união entre pessoas vivas, que o genitor dos filhos seja o pai ou que pai, mãe e filhos constituam uma moradia e passem a educar os filhos e lhes deixem uma herança.

Sempre encontramos leis associadas à concepção de família. Essas leis passam pelo formato de casamento legal, pela proibição ao incesto, pela divisão das tarefas, conforme o sexo. Mas a interdição estruturante da família, que ocorre entre consangüíneos, se nos apresenta diversa, dependendo das sociedades universalizar essa leis. Héritier (1989: 89) afirma que:

> (...) em qualquer sociedade, o contrato de aliança entre grupos de consangüinidades regidos por uma regra de filiação constitui o fundamento mínimo de uma sociedade estável; o casamento é o instrumento deste contrato de aliança, as mulheres, as reprodutoras, constituem o material. Concebida desta maneira, a instituição familiar, que exige incessantemente a cooperação de grupos distintos de consangüinidade para reconstituir uma geração após outra (duas famílias devem cooperar para poderem fundar uma terceira), renova indefinidamente o contrato social. A família é o que permite à sociedade

> existir, funcionar, reproduzir-se. A família seria, assim, elemento indispensável à construção e à manutenção da vida em sociedade. E seria entendida como o 'conjunto das pessoas do mesmo sangue' (LITTRÉ), sendo que o reconhecimento do parentesco seria por meio da genealogia, sendo ela, real ou fictícia.

O que pude observar nesta revisão, foi a importância dada à família, como a responsável pela vida em sociedade; um elemento de ligação entre os outros membros. A perpetuação da família era então, o fundamental, independente do que ocorria, em toda situação eles criavam leis, que garantissem a existência da família. Mais atualmente, a família passou a ter uma existência um pouco diferenciada; não só servia como antes para a ligação aos outros grupos, como também e agora principalmente, para a volta aos seus próprios propósitos, aos seus próprios interesses, à hierarquização dentro deste grupo.

Percebe-se uma tendência entre os autores a considerar o desenvolvimento da família como sendo uniforme; tendo como ponto de referência os ancestrais antropóides do homem, até a época da civilização, nota-se uma predominância do monogamismo, ocupando o pai o lugar de maior destaque (WESTERMARK, *apud* ACKERMAN, 1986). De outro lado, a família pode se estruturar sobre uma base maternalista; o pai apresentaria, nesta estrutura, um papel transitório, de pouca evidência; Briffault e discípulos, citado por Ackerman (1986), são adeptos desta idéia.

Ackerman (1986) é um autor que teve um grande destaque neste trabalho sobre família, pois suas contribuições nesta área são muito significativas. Ele tem um estudo voltado para o funcionamento e tratamento de famílias, muito condizente com o que pude observar nas famílias estudadas neste trabalho.

Ackerman (1986) mesmo defende a idéia de que os vínculos familiares são compostos por uma fusão de fatores, como os biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. No aspecto biológico, a família perpetuaria a espécie. Já no psicológico, os elementos que integram a família estariam vinculados por uma mútua interdependência na busca de gratificação de suas necessidades afetivas. No econômico, se ligariam para garantir suas necessidades materiais.

Deste modo, há que se considerar a flexibilidade dentro da organização familiar. O casamento não é um ato sagrado, a perfeição dentro da família está longe de ser alcançada, além do que este não é um objetivo a ser atingido. A família é moldada pela

sociedade e não fundada por Deus. Entendemos esta família como sendo produto da evolução do Homem.

> "É uma unidade flexível que se adapta delicadamente às influências agindo sobre elas tanto de fora como de dentro. Em suas relações externas ela deve adaptar-se aos costumes e práticas predominantes e deve fazer ligações amplas e viáveis com forças radicais, religiosas, sociais e econômicas. Mas internamente a família deve também chegar a um acordo com as ligações biológicas básicas de homem e mulher e de mãe e filho". (ACKERMAN, 1986:30).

Crise na família antiga acontecia ligada ao fato de que ela poderia se extinguir; hoje a família em crise, tema bastante atual, passaria pelos diferentes formatos da sociedade humana. Nas famílias de consangüinidade e aliança exogâmica, encontramos rumos diferentes. Assim, nos casos onde existe muita importância no laço conjugal e na solidariedade entre os esposos, encontramos diminuída a importância dos laços de consangüinidade; deste modo, se ocorre alguma situação conflitiva, a solidariedade conjugal se sobrepõe à solidariedade parental. De outro lado, se o importante é o primado da consangüinidade, há limites específicos, direcionados aos direitos e obrigações conjugais, que, em situação de conflito, a solidariedade do sangue será prioritária à solidariedade conjugal, podendo chegar a um rompimento da união entre o casal. Héritier (1989) entende que a solidariedade consangüínea e a solidariedade conjugal podem vir a gerar uma mudança integral dos modos de pensamento e de vida, também da organização social e do modelo de sociedade.

Hoje é considerado como sendo família "pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos" (FERREIRA, 1986:755). Nota-se uma evidente mudança na percepção do que seria família, se comparado com os conceitos vistos anteriormente. Outro ponto de vista mais atualizado é o de Falceto (1993:147), que se refere à família como um organismo vivo, que possui um sistema aberto e, portanto, passível de transformações com o passar do tempo; "apesar de que nem nasce e nem morre, porque surge de famílias e se desfaz, transformando-se em novas famílias". Faz-se necessário julgar a família como unidade. Ela é o ponto de interação entre o indivíduo e a sociedade e palco das trocas conscientes e também inconscientes, sendo participante ativa na vida emocional de seus membros. A crise atual, gira em torno do

próprio ciclo de expansão vital da família, gira em torno dos conflitos ligados ao afetivo e ao social.

Na época em que vivemos, época da tecnologia, das inovações entre homem e mulher, o modelo de família conjugal, aquela necessária à constituição da sociedade e da cultura, pode não sobreviver de maneira integral como a temos. A influência nas sociedades ocidentais, da urbanização, do regime capitalista de produção, da competição profissional, da onipotência do Estado e da administração, estimulou as tensões atuais no interior da família. O que vemos é uma revolução sociocultural, que tem influenciado de maneira definitiva o formato da vida familiar, alterando os modelos pré-estabelecidos de Indivíduo, Família e Sociedade. Em conseqüência dessas mudanças, a visão do que seria saúde mental se modificou, tentando abarcar essas novas características do indivíduo, do grupo familiar, do grupo de amigos. Nossa época está marcada pelo interesse comunitário no futuro da família; como ela hoje se constitui, os padrões de comunicação, os mitos, o rompimento dos vínculos afetivos, como também em relação às funções familiares: a relação conjugal, a paternidade, maternidade e os processos que resultam em dificuldades, como a doença mental. Ackerman (1970) aponta a tendência para estudar a família como um todo dinâmico mais do que como a soma de suas partes; esse pensamento é consistente com a tendência da Ciência contemporânea em não isolar os fenômenos, mas examinar as interações entre eles; também é a tendência em relação à doença mental.

K. Menninger (*apud* ACKERMAN,1986:19) afirma que "saúde mental é o ajustamento dos seres humanos ao mundo e a cada pessoa com um máximo de eficácia e felicidade". Assim sendo, saúde mental não é uma qualidade estanque, independente do ambiente e de outras pessoas. Ackerman (1986:19) declara: "Teoricamente, saúde mental é o resultado do funcionamento pessoal equilibrado e criativo que preenche as necessidades do homem nas relações sociais. É o resultado de uma capacidade para o desempenho mais favorável do potencial do indivíduo para vida em grupo. (...) significa uma preocupação com o bem comum". Ackerman (1986:22) continua suas idéias, citando Jurgen Reusch:

> Hoje consideramos o indivíduo como um organismo vivo cujas relações sociais estão combinadas numa organização complexa, cujo mundo interior de experiências estão intimamente relacionado a suas ações sociais, e cuja soma possibilita materialmente suas várias atividades – tal concepção necessita de uma abordagem mais unitária do homem – que nos capacitará a representar eventos físicos, psicológicos e sociais dentro de um sistema de denotação. Se essa tarefa fosse bem sucedida,

> proporcionaria uma perspectiva inteiramente nova das complexas relações da mente, corpo e eventos sócio-econômicos e forneceria uma estrutura que consideraria simultaneamente o indivíduo e seu meio ambiente, tanto na saúde como na doença.

A tendência atual da abordagem de saúde mental é mais ampla, incluindo, além da própria personalidade individual, as dinâmicas do grupo familiar.

O estudo da personalidade individual possibilitou a visão de sintoma de forma menos taxativa e avaliada segundo a própria personalidade em questão; em alguns casos um sintoma terá efeitos benéficos em uma determinada pessoa e em outras terá efeitos desastrosos. Outro ponto apontado por Ackerman (1986) diz respeito ao reconhecimento de que o sintoma poderá ter efeitos diferenciados para a mesma pessoa ao longo de sua vida, abarcando épocas distintas e também em diferentes famílias ou mesmo situações grupais. Para esse autor, o problema se refere ao modo como a potencialidade integrativa do indivíduo trabalha com suas dificuldades e de que modo as relações familiares condicionam esse resultado. Ele continua seus pensamentos apontando os erros na avaliação do indivíduo:

> É a falha em avaliar o ambiente ou em obter o controle efetivo do mesmo que freqüentemente limita o resultado do tratamento psiquiátrico. Se um membro da família ingressa em uma terapia individual, quaisquer mudanças nas atitudes e comportamentos do paciente altera o comportamento recíproco de outros membros da família e, por sua vez, a mudança em seus comportamentos afeta a experiência do paciente primário. Por um breve espaço de tempo o foco crítico de conflito e ansiedade pode mover-se de um membro da família para outro ou tender primeiro para um casal da família e então para outro. O conflito em uma relação familiar pode ser parcialmente internalizado, ou o conflito interno pode ser parcialmente externalizado. Os padrões de conflito interpessoal dentro da família afetam as vicissitudes do controle do conflito internalizado. Diagnóstico e terapia individuais não podem isolados lidar com essas dificuldades ou promover o tipo de saúde mental que a turbulenta sociedade de hoje exige. (ACKERMAN, 1986:24).

Qualquer estudo que diga respeito ao homem indivíduo ou ao homem inserido em um grupo deverá passar pelas características particulares dos fatos, dos fenômenos ligados aos processos de pensamentos do homem. Deste modo, o processo de investigação de qualquer grupo deve abarcar a mudança de representação social (esse termo diz respeito à reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento; Durkheim usa o termo se referindo a categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade (*apud*, MINAYO1994:158-159)). O homem, ao longo dos

anos, se modifica, se transforma; é o que esperamos, visto que o contrário disto, a cristalização, leva o homem à estagnação, ao seu fim enquanto sujeito, enquanto objeto. Cada etapa dentro do processo evolutivo do homem é um momento de crise, que o leva a um espaço de criação e de revolução.

As constantes mudanças no ambiente é ameaçador; Ackerman (1986:17) cita três formas de defesas usadas pela pessoa quando suas relações com o ambiente resultam em perturbação:

> (...) a primeira linha de defesa é encontrar uma solução realística para o conflito, uma solução que preserve e intensifique o desenvolvimento pessoal. A segunda linha de defesa é a pessoa conter o conflito dentro de si enquanto busca uma solução efetiva. A terceira linha de defesa é o acting out irracional. A defesa final é o retrocesso emocional progressivo, conduzindo finalmente à desintegração da personalidade. Observamos nas tensões comuns entre pessoa e ambiente um deslocamento para a terceira linha de defesa: o acting out. Isso significa perigo.

A família passa por situações de tensão e conflito e também de tranqüilidade, sendo que essas situações não se restringem a um membro, mais afeta a todos os elementos que compõem a família. Quando em condições de tensão e conflitos, estes despertam o antagonismo, o ódio, ficando assim ameaçada a integridade familiar. Se em um clima de tranqüilidade, a confraternização domina o ambiente familiar, o que resulta em um ambiente harmônico.

Ackerman (1986: 32) compara a família a "uma membrana semipermeável, uma bolsa porosa". Este modelo permitiria o intercâmbio seletivo entre os membros da família e o mundo externo. Para ele, a "realidade" filtra-se através dos poros da bolsa, de forma seletiva, afetando os membros envolvidos de maneira pré-estabelecida pela quantidade da bolsa, sendo que a qualidade desse processo interno afeta também o mundo externo.

> Condições adversas dentro da bolsa ou no ambiente ao redor podem destruí-la, nesse caso os membros envolvidos perdem seu invólucro protetor. Condições externas ameaçadoras podem romper os poros da bolsa, dessa forma contraindo a bolsa e prendendo os membros mais firmemente dentro dela. Uma bolsa familiar dessa forma contraída e isolada do ambiente não pode executar suas funções normalmente ou sobreviver por muito tempo. condições externas favoráveis expandem a bolsa e promovem uma interação mais fluida com o mundo exterior. Tensão excessiva dentro da bolsa originando-se de um estado de desequilíbrio entre os membros envolvidos pode deformar a bolsa. A

> menos que o equilíbrio seja recuperado, a pressão interna acumulada poderá eventualmente romper a bolsa. (ACKERMAN, 1986:32).

Calvo (1973: 68) propõe um modelo de funcionamento familiar de maneira diferente de Ackerman (1986), ele absorve a idéia de modelo vincular em forma de trio; para ele, cada par funcionaria como um terceiro em relação ao grupo familiar de origem e o grupo familiar de origem seria o terceiro com respeito ao par em si mesmo.

Nomeia um terceiro que é de origem, e outro terceiro que seria o "terceiro prospectivo", representando o terceiro de origem o mito, e o terceiro prospectivo, o arquétipo. Reconhece como fazendo parte do esquema referencial vincular, em formato de trio, o casal e o grupo familiar, sendo que o terceiro possui uma constituição de terceiro incluído ou excluído.

O terceiro incluído pode apresentar-se como uma prolongação simbiótica do casal e, neste caso, o terceiro fusiona-se ao casal, tentando evitar a ruptura, imprescindível à diferenciação; vive, então, a ruptura como uma desintegração. Outra forma de se apresentar o terceiro incluído é através de uma atuação complementar. Assim, ele assume a função de receptor de mensagens do conflito básico do casal. A última forma que o terceiro incluído assume é a de par complementar. Aceita o papel de complementariedade, no que diz respeito ao aspecto deficitário do vínculo do casal parental, buscando o encobrimento da ruptura do par. O terceiro excluído não tem espaço no vínculo com os pais; parece que a inclusão do filho é vivida como uma ameaça ao vínculo dos pais, que vivem para si mesmos, ou que se ocupam demasiadamente com o trabalho, por exemplo, e vivem individualmente para si, camuflando a ruptura entre o casal. Outra forma de funcionamento do terceiro excluído é ser excluído mas não eliminado, é estar a serviço da intimidade do casal, sendo o acesso a esta intimidade direta, sem a presença de intermediários; ele aguarda o momento adequado para incluir-se na relação do casal.

As funções da família se resumiriam a duas; segundo Ackerman, garantir a sobrevivência física e construir a humanidade essencial do homem. Acrescenta, ainda, os objetivos sociais atendidos pela família moderna:

> 1 – o fornecimento de alimento, abrigo e outras necessidades materiais que sustentam a vida e protegem contra perigos externos, uma função melhor desempenhada sob condições de unidade e cooperação social; 2 – o fornecimento de uma união social que é a matriz para a ligação afetiva das relações familiares; 3 – a oportunidade de desenvolver uma

> identidade pessoal, ligada à identidade familiar, essa união de identidade proporcionando a integridade física e a força para enfrentar novas experiências; 4 - a padronização dos papéis sexuais, que preparam o caminho para maturidade e desempenho sexual; 5 – a educação dirigida à integração nos papéis sociais e à aceitação de responsabilidade social; 6 – o desenvolvimento da aprendizagem e o apoio à criatividade e iniciativa do indivíduo (ACKERMAN, 1986:32).

Ackerman (1986) difunde a idéia de que a criança, ao nascer, traria consigo o potencial herdado, entretanto, sua personalidade seria estruturada ao longo do tempo. A sua identidade individual e identidade familiar seriam estabelecidas pelos processos de união e diferenciação; ou seja, a identidade da criança é moldada aos poucos fora da unidade primária de mãe e criança, o que possibilita a percepção da diferença, sendo que é exatamente essa percepção que estimula a aprendizagem; com a ressalva de que a auto-estima do indivíduo tenha como base o laço de identificação. Esse processo se acentua novamente diante de uma nova construção familiar, ou seja, diante do casamento; assim, a identidade se fundirá nessa nova relação, levando a mudanças e novamente a ser diferenciada. Ackerman (1986) acentua a importância de que o novo casal só conseguirá uma identidade familiar nova e saudável, se ficar aberto a uma nova interação, fusão e rediferenciação de suas individualidades.

Não só o clima emocional da família passa por um processo de evolução constante, mas também a identidade individual. Esta ficará na dependência do apoio da identidade familiar; a identidade familiar precisa do apoio da identidade mais ampla, a comunidade. Isso funciona desta maneira por conta de que a família tem como propósito socializar a criança e ajudá-la na formação de sua identidade. Essa idéia nos leva a pensar em dois tipos de movimentos: um que passa de uma posição cômoda, confortável, que caracteriza a dependência infantil, para a posição de uma orientação mais amadurecida, a orientação adulta; outro que se orienta na onipotência infantil, para o lugar comum. As conquistas decorrentes dessas modificações são importantes, passam de um lugar de dependência para a independência; se, no primeiro momento, a criança, com a sua fantasia de onipotência, se vê no centro, no momento seguinte, ela deixa o centro e se posiciona na periferia. São processos que mostram a saúde emocional da criança; esses processos devem ocorrer de forma imperceptível e gradual. O comportamento desta família deve ser avaliado no contexto da experiência interpessoal ampla.

O comportamento da família é determinado pela configuração familiar, influenciando nos papéis executados pelo marido e esposa, pai, mãe e filho. Sendo que, deste modo, a família cria um modelo, onde os membros são moldados, com o fim de realizar suas funções, conciliando o passado com as expectativas atuais da função; os membros se adaptam ou então passam a modificar essas expectativas da função. Isso ocorre dentro de um processo contínuo, evoluindo com o passar do tempo, com o chegar de novas gerações. Além deste modelo passado, o aspecto da "transgeracionalidade", considerado por Zimerman (1999:103) pode ser um elemento complicador dentro da família:

> (...) cada um dos genitores da criança mantém a internalização de suas respectivas famílias originais com os correspondentes valores, estereótipos e conflitos. Há uma forte tendência no sentido de que os conflitos não resolvidos pelos pais da criança, com os seus respectivos pais originais, interiorizados (...) sejam reeditados nas pessoas dos filhos.

Observem o quanto é importante que o casal consiga realmente formar sua própria família, que se não conseguirem resolver seus conflitos anteriores, que pelo menos tentem criar uma família nova, a partir do casal.

Há a todo instante uma gama considerável de sentimentos que circulam entre os membros da família, sendo aqueles de graus e intensidades de todos os tipos. Ackerman (1986:33) pondera sobre o caráter emocional que dirige as relações entre dois membros de uma família; para ele teriam um desenvolvimento peculiarmente próprio, continuamente influenciado pelo colorido emocional que marca a família como um todo. "É a múltipla alteração de correntes e contracorrentes emocionais que define a atmosfera interpessoal única da família. É junto à experiência passada dessa atmosfera familiar, constantemente em fluxo, que a personalidade e reações sociais de uma criança se desenvolvem". Continua suas idéias, considerando a família como um tipo de unidade de troca:

> Os valores trocados são amor e bens materiais. Dentro da esfera familiar há um fluxo desses valores em todas as direções. Geralmente, entretanto, os pais são os doadores primários. Usando uma fórmula simples, as atitudes e ações emocionais de qualquer membro da família estão expressas em suas necessidades, em como ele procura satisfazê-las, no que ele está disposto a dar em troca, no que ele faz se não consegue satisfazê-las e em como ele responde às necessidades dos outros. Todo o processo de distribuição de gratificações na família é governado pelos pais, depende largamente deles se as expectativas de cada membro a partir de qualquer outro estão destinadas a ser razoavelmente satisfeitas. Na melhor das hipóteses, esse processo é de movimento suave, e

> prevalece uma atmosfera geral de amor e devoção mútuos. Se, entretanto, a atmosfera familiar é plena de desvios e mudanças repentinos, podem ocorrer sentimentos profundos de frustração, inevitavelmente acompanhados por ressentimento e hostilidade. O intercâmbio de sentimentos entre os membros da família gira em torno dessa oscilação entre amor e ódio.

Os sentimentos de amor e ódio, e o equilíbrio entre esses sentimentos, segundo Ackerman (1986), são moldados pelas atitudes dos pais e influenciados pelas atitudes e comportamentos dos filhos; são, então, sentimentos que circulam entre os membros. Conforme for a demonstração dos sentimentos dos pais pelos filhos, teremos o tom do clima emocional desta família.

Fica, assim, evidente que as relações familiares acabam tendo a função de regular o fluxo de emoção, "autorizando" ou "inibindo" a expressão emocional. Entre esses sentimentos, em que a família funciona como mediadora, está a ansiedade; a família tem o papel de diminuir ou aumentar a ansiedade. É na interação familiar que os conflitos são expressados, podendo contribuir de forma significativa na resolução, ou não, destes conflitos. Outro aspecto, conformado pela interação familiar, é a forma como se dará a recepção da fantasia e realidade; a interação poderá influenciar no juízo de realidade.

Berthoud (1998:140), consegue expressar o pensamento acima de maneira mais clara:

> (...) De certa forma, a dinâmica familiar traduz não só o sistema relacional do grupo como um todo, como também particulariza a experiência grupal na experiência de cada um, no sentido em que as vivências falam ao mesmo tempo das necessidades e capacidades relacionais de cada um.

Ackerman (1986:36-37) considera que a estabilidade familiar e de seus elementos, dependente:

> De um padrão delicado de equilíbrio e intercâmbio emocional. (...) Uma mudança na interação emocional de duas pessoas em uma determinada família altera os processos de interação de outros pares da família. Em uma relação triangular, um membro pode unir ou romper a unidade psíquica dos outros dois. Uma doença emocional pode integrar ou desintegrar uma relação familiar. A doença emocional de um membro pode completar a de um outro ou pode ter efeitos antagônicos. Algumas formas de doença podem ser compartilhadas por dois ou mais membros de uma família. Uma crise na vida da família pode ter efeitos penetrantes e de longo alcance sobre a saúde mental da família e de seus membros individuais.

Sugere como forma de investigação das inter-relações de comportamento individual e familiar, primeiro o formato dinâmico de grupo da família; segundo, o que diz respeito aos processos dinâmicos, que envolvem a integração emocional do indivíduo no desempenho de seu papel familiar; terceiro, o modo como se organiza internamente a personalidade e também o seu desenvolvimento histórico.

Calvo (1973) aponta a necessidade de um trabalho com os familiares, visando ao descobrimento dos sentimentos, dos vínculos em última instância, pré-estabelecidos, sejam eles fusionais ou discriminados, para que essa família se livre desse tipo de pacto, para se organizar de forma mais amadurecida.

Sobre o aspecto da organização interna da personalidade, será utilizada a teoria psicanalítica para abordar tal tema. A família foi descrita, até aqui, como uma instituição que detém sua própria cultura e que interage com o meio utilizando-se de seus próprios métodos para se relacionar com os problemas da vida. Os integrantes deste grupo familiar são constantemente influenciados em seus comportamentos e vivências por um imbricado de relações, onde, como indivíduo, ele faz parte (influencia e é influenciado). Por outro lado, esse mesmo indivíduo contém dentro de si um mundo interno, repleto de fantasias e conflitos, evidenciando, assim, o âmbito do inconsciente. A compreensão da percepção que a psicanálise tem sobre a família e os seus tratamentos serão abordados mais adiante, no capítulo que se refere à psicanálise.

A família é considerada aqui, como sendo um sistema, sendo assim, não pode ser entendida em termos de somatória de unidades, de reflexos e sensações. Há uma organização interdependente entre os familiares. A teoria geral dos sistemas, vem somar com sua teoria o entendimento sobre o tema família. Desta forma, passo a expor a teoria geral dos sistemas, sob o ponto de vista da psicologia. Faz-se valioso clarificar que a teoria geral dos sistemas, propõe-se a pensar sobre os elementos que fazem parte de um organismo, de um fenômeno, aplicando-se a qualquer ramo do conhecimento científico.

1.2. TEORIA GERAL DOS SISTEMAS

O interesse científico sobre os fenômenos é antigo, assim como a concepção de sistema aplicado ao conhecimento é de longa data. É reconhecida a existência de divergências no entendimento dos fenômenos, na apreensão dos fatos e dos acontecimentos

do mundo. Uma das hipóteses, aventadas, é a de que o indivíduo acaba limitado por sua própria perspectiva, que resulta em uma percepção incompleta acerca do que é visto e estudado. Ocorre também a falha em perceber o papel de cada um como um elemento que faz parte do sistema. Daí, necessita-se aprimorar não só a compreensão do sistema existente nos fenômenos, como também aceitar a participação e a relação que temos com o mundo que tentamos entender e descrever.

A tendência atual é a busca da compreensão e da descrição dos fenômenos, captados sem a interferência do observador, atento à neutralidade; para isso, o observador deveria se tornar passivo, neutro, negando o relacionamento que há entre o observador e o fenômeno. Não seria o observador parte do fenômeno que tenta descrever? É exatamente aí que começa a teoria dos sistemas e, como diz Woodworth (1976:X):

> Qualquer definição do que está 'lá fora' requer nos primeiros estágios uma definição de 'como eu me vejo' e de como encaro meu relacionamento com esse mundo. A teoria dos sistemas começa neste momento – não apenas olhando para a realidade, nem somente para o ego, como um observador desse mundo exterior. Ela nos força realmente a começar até o ponto de analisar a própria análise.

A noção de sistema parte do princípio de que os sistemas estão em toda parte. O campo do conhecimento é complexo, implica na busca de uma totalidade ou de sistematização. No campo da Psicologia, a concepção mecanicista influenciou de tal maneira, que o modelo de condicionamento, de estímulo-resposta, preponderava na visão de comportamento. A resposta condicionada é que tinha importância; o significado, o desejo, a motivação interna individual eram desconsiderados e até mesmo negados. Através de estudos da psicologia da Gestalt, essa visão comportamentalista deixou de ser absoluta e, então, o homem ganhou o status de um ser ativo, singular e considerado como uma personalidade individual, passível de reações produzidas por conflitos internos. Atualmente, estamos em uma busca da percepção do Homem de modo mais complexo, uma tentativa de entendê-lo em diversos contextos; a teoria dos sistemas ganhou espaço com isso e hoje contribui não só na psicologia como também na psiquiatria, nas ciências sociais, na biologia e em tantas outras áreas do conhecimento científico. A compreensão de um organismo e de seus elementos, sob o ponto de vista de sua totalidade, do funcionamento das subdivisões existentes neste organismo e poder examinar as finalidades que justificam o funcionamento desse organismo, nos possibilita uma nova perspectiva

para revolucionar a maneira tradicional de apreensão das coisas.

Buckley (1971) enfatiza o quanto a pesquisa moderna dos sistemas pode ajudar na criação de um quadro de referência, que esteja mais capacitado para analisar as complexidades e propriedades dinâmicas do sistema sociocultural. Em relação aos papéis dos esquemas de referência teóricos ou perspectivas na estruturação da investigação científica, ele pensa que há expressão de pouca fé e menosprezo aos quadros de referência ou aos modelos teóricos gerais, no que se refere à sociologia do conhecimento.

No passado, encontramos nomes ilustres, como Leibniz (filosofia natural), Nicolau de Cusa (coincidência dos opostos), Paracelso (medicina mística), Vico e Ibn-kaldun (percepção da história composta de sistemas culturais), Marx e Hegel. Segundo von Bertalanffy (1977), Kohler (1924) trilhou o caminho dos sistemas mas, ainda assim, seu trabalho foi restrito às Gestaltyen em física, nos fenômenos biológicos e psicológicos. Em 1927, Kohler comparou os sistemas inorgânicos com os sistemas orgânicos, buscando as propriedades mais gerais desses sistemas. Von Bertalanffy (1977) continua suas idéias, considerando a obra clássica de Lotka (1925) a que mais próxima ficou da Teoria Geral dos Sistemas, aceitando as comunidades como sistemas e o organismo individual como uma soma de células, indo mais além do que Kohler. Mas atualmente, por conta do progresso, da moderna tecnologia, surgiu a necessidade de uma nova forma de resolver os problemas teóricos das ciências biológicas e sociais e também os problemas práticos advindos da nova tecnologia.

Surgiu em diferentes continentes, uma nova tendência de pensamentos, o que nos indica que se tornou necessária uma nova forma de entender os fenômenos. Von Bertalanffy, na década de 1920, Whitehead em 1925 (mecanicismo orgânico), Cannon escreveram sobre homeostase em 1929 e 1932. Com o advento da Guerra, estas idéias ficaram adormecidas, surgindo após a Guerra, através de discussões, apresentações em conferências e simpósios. O impacto dessa nova forma de pensar os fenômenos foi grande; difícil a aceitação, sendo julgada como uma idéia fantástica mas, nem por isso, foi esquecida. Foi criada a Sociedade de Pesquisa Geral dos Sistemas (1954, em Palo Alto), em 1948 Norbert Wiener publicou o livro intitulado Cybernetics, em 1949, Shannon e Weaver escreveram a teoria da informação e, em 1947, Von Neumann e Morgenstern com a teoria dos jogos (*apud* Von BERTALANFFY, 1977).

Bertalanffy (1976:01) escreve sobre a teoria geral dos sistemas, apontando como objetivos a identificação das propriedades, dos princípios e leis próprios dos sistemas de um modo geral. Define sistema como sendo "(...) um complexo de elementos em interação, interação essa de natureza ordenada (não fortuita)". Considera a teoria geral dos sistemas interdisciplinar, podendo ser utilizada para qualquer tipo de fenômenos investigados nos vários ramos da pesquisa científica. É aplicada a "qualquer todo constituído por componentes em interação".

Os principais propósitos da teoria geral dos sistemas são segundo von Bertalanffy (1977:62):

> 1) Há uma tendência geral no sentido da integração nas várias ciências, naturais e sociais.
> 2) Esta integração parece centralizar-se em uma teoria geral dos sistemas.
> 3) Esta teoria pode ser um importante meio para alcançar uma teoria exata nos campos não físicos da ciência.
> 4) Desenvolvendo princípios unificadores que atravessam 'verticalmente' o universo das ciências individuais, esta teoria aproxima-nos da meta da unidade da ciência.
> 5) Isto pode conduzir à integração muito necessária na educação científica.

Rapoport (1976:21), quando se refere à Teoria Geral dos Sistemas, a entende sob o ponto de vista de uma perspectiva ou uma metodologia. Escreve ele:

> "A teoria geral dos sistemas conota uma perspectiva ou uma metodologia mais do que uma teoria no sentido reservado na ciência a esse termo. A característica mais marcante dessa perspectiva é, como seu nome indica, uma ênfase nos aspectos dos objetos ou eventos que derivam das propriedades gerais dos sistemas, mais do que de seu conteúdo específico. Nessas condições é claro que o poder e a fecundidade científica da teoria geral de sistema dependem da possibilidade, de fato, da existência de propriedades comuns a todos os sistemas (...)"

A influência da teoria dos sistemas na psicologia não é algo novo. Von Bertalanffy (1976) julga que as pré-concepções básicas, ou as categorias de teoria e também pesquisa psicológica, dentro do enfoque positivista-mecanicista-behaviorista, são suficientes, mas são insatisfatórias diante de uma abordagem mais ampla; para isso, a ciência de sistemas gerais seria mais eficiente.

Sob a ótica dos sistemas, o organismo e personalidade seriam mais atendidos em suas características individuais que fazem parte dos fenômenos da vida. Isso se aplica devido ao fato de que qualquer organismo é um sistema; é assim considerado por von

Bertalanffy (1976) pois, para ele, o organismo é um sistema, pois possui uma ordem dinâmica de peças e processos que subsistem em interação mútua. Do mesmo modo que os fenômenos psicológicos ocorrem em pessoas individualizadas, ou seja, em uma personalidade única. Allport (1962) fala-nos da personalidade como tendo as propriedades de um sistema. Sob o ponto de vista da psicopatologia, temos que ela é o resultado de uma disfunção mental, uma perturbação do sistema.

O organismo psicofísico funciona como um sistema aberto. Para von Bertalanffy (1976:05) sistema aberto é aquele "mantido em importação e exportação, em construção e destruição de componentes materiais, em contraste com os sistemas fechados da física convencional, sem intercâmbio de matéria com o meio". Os sistemas abertos apresentariam as seguintes características: 1) dentro de algumas circunstâncias, os sistemas abertos podem atingir um estado constante no tempo, mas isso não implica na parada do processo interno; 2) o estado de equilíbrio nos sistemas fechados é condicionado pelas circunstâncias iniciais; de outro lado, nos sistemas abertos, o estado de constância ocorre independentemente de tempo, independente das condições de inícios; fica na dependência somente das próprias condições encontradas no sistema. Esta característica é chamada de "eqüifinalidade"; 3) acontece, nos sistemas abertos, a produção de entropia, transporte de entropia. Podendo exibir processos antientrópicos e desenvolvimento na direção de estados de ordem, diferenciação e organização mais elevada.

Outro ponto interessante na visão do organismo vivo sob a ótica da teoria geral dos sistemas é a noção de que o organismo não depende exclusivamente de estímulos externos para ser ativado, ele pode ser ativo pelo que acontece intrinsecamente. Seguindo esta idéia, os estímulos externos modificam os processos já existentes num sistema autonomamente ativo. O comportamento natural acontece afora do esquema behaviorista de estímulo-resposta, excedendo a "redução das tensões ou a satisfação de necessidades em inúmeras atividades" (Von BERTALANFFY, 1976:07). Esse comportamento é feito pelo organismo interno, se satisfazendo através de sua própria realização.

O conceito de homeostase, há muito aplicado à psicologia, deixa de lado uma parte importante do comportamento do ser humano. Von Bertalanffy (1976:08) sugere que o esquema da homeostase não seria aplicável:

> a) a leis dinâmicas, que tem seu funcionamento como um todo; b) atividades espontâneas; c) a processos cuja meta é, não a redução, mas a

> criação de tensões; d) aos processos de crescimento, desenvolvimento, criação e similares. Podemos, também, dizer que a homeostase é imprópria como princípio explanatório de atividades humanas não utilitárias, isto é, que não sirvam às necessidades primárias de autopreservação e sobrevivência e seus derivados – como se dá, na verdade, com muitas manifestações culturais.

K. Menninger (1963, *apud* Von BERTALANFFY, 1976) assinalou que o progresso da doença mental é dependente de uma série de mecanismos de defesa, que se estabeleceriam a níveis homeostáticos cada vez mais baixos, até conservar-se somente a mais simples existência.

O princípio da diferenciação, observado no comportamento, na biologia, no processo de desenvolvimento do sistema nervoso, na psicologia, na cultura de um modo geral, se caracteriza pela possibilidade de transformar uma situação mais ampla e análoga, em uma situação mais específica e diferenciada; esse é o princípio comentado por Cowdry, 1955, (*apud* BERTALANFFY, 1976:08).

> sempre que ocorre o desenvolvimento, ele procede de um estado de globalidade e ausência de diferenciação relativa, para um estado de diferenciação, articulação e ordem hierárquica crescente, sendo que as funções de nossa mente, progridem de um estado "sincrético" para se distinguir, se diferenciar cada vez mais as suas funções. (WERNER,1957, apud BERTALANFFY, 1976:09).

Verifica-se que na doença mental, por exemplo, a psicose esquizofrênica, os sintomas indicam uma regressão; Von Bertalanffy (1976:09) chama atenção para as manifestações bizarras, entendendo-as "(...) como uma combinação arbitrária de elementos arcaicos entre si e com processos de pensamento mais sofisticados"; de outro lado, o que a criança experimenta, apesar de representar uma vivência primitiva, resulta em um universo organizado. O organismo não é uma máquina; se assim o fosse, não teria capacidade de reação diante de gama tão variada de estimulações advindas do mundo exterior; mas pode segundo Von Bertalanffy (1976), tornar-se máquina, entretanto, nunca totalmente. Para ele, o cérebro, a função mental, a centralização e a ordem hierárquica são realizados por superposição de camadas superiores, que por sua vez passaram a exercer a função de partes principais.

Continuando, do ponto de vista do organismo, não podemos traçar uma linha demarcatória de fronteira, a não ser aceitando-a como dinâmica. A distinção, no ser humano, do "eu" do "não-eu" (ego e self) se processa lentamente dentro de sua evolução,

coincidindo com a aquisição do processo simbólico. Von Bertalanffy (1976) acredita que o homem vive um mundo de símbolos, exceto quando precisa satisfazer imediatamente suas necessidades biológicas. Podemos, porém, encontrar, na doença mental, o homem que vive predominantemente em um mundo simbólico, rompido com a autoconservação de sua vida, dominado pelos símbolos que criou.

Para Berenstein (1988:47-69), quando consideramos a família do doente mental como um sistema, tomamos uma decisão dita por ele estratégica: "desenfocar o problema do individual. Os trabalhadores de saúde mental estão muito treinados pelo contato com casos individuais e com teorias e modelos derivados desses casos e que transferimos, consciente ou inconscientemente, a outros campos psicológicos já não individuais". Aponta ele que devemos considerar a família do doente mental como sendo um sistema com uma estrutura inconsciente. O inconsciente sob o ponto de vista sistêmico para ele se configura assim: "O inconsciente é reencontrado na consideração do grupo familiar como um sistema, uma vez que dissolvemos, como dizíamos no começo, a significação convencional da doença mental como um problema individual. Trata-se da passagem da 'família do dente mental' para 'a família e o doente mental'".

Quando enfoca a característica dos sistemas viventes, considera-os como sendo abertos:

> (...) e podem, neste sentido, estar abertos em relação a duas vertentes: de um lado para o mundo interno dos indivíduos que compõem o sistema familiar e a partir do qual trocam vivências e informação. Mas o grupo familiar também está aberto para o sistema social que lhe impõe suas normas e que determina alguns dos seus valores fundamentais. Podemos, porém, encontrar grupos familiares que se pensam a si mesmos como sistemas fechados e neles baseiam a sua estabilidade enquanto grupo, negando, desta forma, o significado da relação, tanto com o exterior quanto com o interior (BERENSTEIN, 1988: 49).

Neste sentido, Berenstein (1988:51) nos exemplifica o conceito de homeostase dentro da teoria geral dos sistemas, enfocando uma situação familiar:

> (...) numa família com um membro esquizofrênico, quando adquire uma forma de funcionamento não esquizofrênico, como resultado da terapia, contradizendo a imagem que o grupo familiar tem dele, isto pode determinar reações nos pais que procuram, inconscientemente, levá-lo à forma anterior, forçando-o, sem saber, à reassumir a forma de ser esquizofrênica para restabelecer um tipo de equilíbrio.

Estes são alguns conceitos teóricos da aplicação da teoria geral dos sistemas em psicologia.

Rodríguez e Arnold (1996:05) afirmam:

> (...) todo parece indicar que estamos frente a un nuevo cambio paradigmático – ya planteado en algunas disciplinas – que permitirá un desarrollo importante en el pensamiento y en la investigación científica. Por dos razones resulta interesante examinar los orígenes inmediatos de este intento: a) porque en sus obras se establecen distinciones conceptuales que facilitarán el camino para la introducción del sistemas en las ciencias humanas y sociales, y b) porque son a la vez reflexiones que acompañan la evolución miesma de las sociedades, el reflejo sociológico del incremento de lasociedad.

Entretanto, essa perspectiva sistêmica não agrada aos enciclopedistas baconianos, Diderot e Macquer (*apud* I. PRIGOGINE e I. STENGERS, 1993), que desconfiam de qualquer tipo de pensamento que favoreça a um caráter sistemático; questionam, pois, para eles, sugerir um sistema seria julgar de antemão a natureza. Outra crítica é a de que a teoria geral dos sistemas pode terminar em analogias sem significados.

Prigogine e Stengers (1993:182) aceitam que o conhecimento implique "(...) de maneira irredutível uma interação, uma comunicação com a natureza que pode ser idealizada, mas não eliminada. A dinâmica pensou poder fechar a sua descrição sobre si própria, expulsando qualquer referência ao que não é sistema". Podemos, através desse relato, perceber que não seria demais ser cuidadoso, quando se pensa em padronizar um tipo determinado de funcionamento tendo como referência uma teoria.

1.3 DEPRESSÃO

Como foi dito anteriormente, a família pode passar por um desvio de seu funcionamento "normal", e neste estudo, a doença Depressão representa esse desvio. É válido um aprofundamento sobre esta doença. A proposta é de destacar do estudo geral de Depressão, os aspectos relevantes para esta observação: Depressão na Interação Familiar, como a definição, características gerais, e características da personalidade depressiva.

Vallejo (1990) faz várias citações, onde nos mostra de maneira mais clara a história do conhecimento acumulado, em relação à Depressão. Assim, refere-se que, em 1586, Bright escreve o "Tratado de la melancolía", considerada a primeira monografia em inglês que não aceitava a idéia de que a causa da melancolia seria o pecado. BURTON, 1624, é defensor de uma etiologia multifatorial, composta de herança, carência afetiva na

infância e frustrações sexuais, em seu "Anatomía de la melancolía". O termo melancolia foi muito utilizado, era comum que usassem esse termo para se referir à síndrome depressiva. Já o termo mania foi usado pelos clássicos, para assinalar de forma indiferenciada um transtorno psicótico. Termina, assim, o período que se desdobra entre as épocas mais antigas e a metade do século XIX; esse período é marcado pela diferença entre mania e melancolia.

Os autores franceses descrevem em 1854 o caráter bipolar do transtorno afetivo: Falret, "folie circulaire" e Baillarger, "folie à double forme". Em 1862, Marcé contribui com duas designações: loucura de dupla forma para os acessos de mania-melancolia, separados por um intervalo de tempo bem delimitado e loucura circular para os acessos sem interrupção. Essas são posições encontradas tanto em Vallejo (1990), como em Paim (1980).

Em seu Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental, Pinel (século XIX) defende a idéia de que o juízo falso é a própria essência do transtorno melancólico. Esquirol atribui ao descenso do humor a essência do fenômeno patológico (*apud* VALLEJO, 1990).

Segundo Jellifre, 1931 (*apud* VALLEJO, 1990), o termo distimia foi criado por Kahlbaum, para designar uma variedade crônica da melancolia; também usou o termo ciclotimia para se referir ao transtorno que apresentava oscilações do estado de ânimo.

O final do século passado foi marcado pela idéia de que os transtornos afetivos são uma única enfermidade, são episódicos, recorrentes, de bom prognóstico e que o conceito de psicose maníaco-depressiva seria um transtorno endógeno.

1.3.1 Delimitação do conceito

Kraepelin (*apud* PAIM, 1980: 422) define a alteração psíquica maníaco-depressiva como sendo uma "psicose endógena, hereditária, caracterizada pela normalidade do estado de ânimo, anormalidade anímica da qual derivam os restantes sintomas, sem que a enfermidade seja de curso progressivo, nem jamais conduza à demência, intercalando-se entre suas fases períodos de remissão mais ou menos prolongados". Incluía neste conceito todos os casos de alterações afetivas: periódicas,

circulares, mania simples, os casos de melancolia, em sua maior parte e uma quantidade peqüena de síndromes amenciais. Para Paim (1980:422), incluiu

> (...) certos casos que apresentavam transtornos leves do estado de ânimo, algumas vezes periódicos e outras de duração prolongada, que deviam ser considerados como pródromos de outros estados mais graves e que, na realidade, manifestam uma gradação sucessiva até a disposição constitucional à enfermidade.

Os quadros tinham sintomas em comum; às vezes eram passageiros, variáveis ou assintomáticos, mas observava-se que sempre tinham algo a ver com a sintomatologia do maníaco-depressivo. Kurt Schneider (1976), que denomina a psicose maníaco-depressiva de ciclotimia, exclui os quadros permanentes, como os dos psicopatas hipertímicos e depressivos.

Paim (1980) observa que, ao longo do tempo, surgiram várias denominações às psicoses maníaco-depressivas: as mais antigas como ciclofrenia e psicose circular; outras mais atuais como a denominação de psicose afetiva por Eugen Bleuler, Oswald Bumke, constituição timopícnica, Hans Gruhle, alteração psíquica maníaco-depressiva.

Zimerman (1999:217) propõe uma distinção entre os termos tristeza, luto, melancolia, depressão subjacente e depressão melancólica. Tristeza, para ele, é indicativo de um estado de humor afetivo, que se pode encontrar ligado aos estados depressivos, ou não. Luto, refere-se à perda de um objeto; um período do qual a pessoa necessita, para elaborar essa perda; período esse natural na vida das pessoas de um modo geral. O termo melancolia é designado por Zimermam como resultado de uma introjeção do objeto que foi perdido, por qualquer motivo, não só pela morte de uma pessoa; essa introjeção se daria de forma ambivalente e caracterizada por grandes conflitos. Outro ponto é a posição depressiva, sustentada por Melanie Klein, representando um sistema de relações objetais e ansiedades ligada à perda do objeto, o que corresponderia ao segundo momento vivido pela criança. Zimerman diz: "(...) expressa uma constelação de relações objetais e ansiedades que constituem um estado psíquico no qual prevalece a tríade: objeto total (integração das suas partes dissociadas) – assunção da responsabilidade e de eventuais culpas – presença de sentimentos de consideração e de intentos de reparação frente aos objetos". A depressão subjacente às neuroses e psicoses, diz respeito a que "(...) todo indivíduo, em grau maior ou menor, é portador de núcleos melancólicos da personalidade". A depressão melancólica caracterizaria por variações quantitativas e qualitativas. Zimermam cita sintomas e sinais

clínicos: “baixa auto-estima, sentimento culposo sem causa definida, exacerbada intolerância a perdas e frustrações; alto nível de exigência consigo próprio, extrema submissão ao julgamento dos outros, sentimento de perda do amor e permanente estado de que há algum desejo inalcançável”.

Neste estudo, foi utilizado como base, o conceito de Depressão, segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 (1993: 85-87):

> Os transtornos depressivos são caracterizados, em geral, por hipotimia; as idéias delirantes, distorções do pensamento, alterações da percepção e hipoatividade, estão em consonância com a alteração do humor. Na depressão há forte risco de suicídio. A personalidade mantém-se integrada e em relativo contato com a realidade. A integridade dos nexos entre o pensar o sentir e o agir e mais a sintonia com a realidade distinguem as psicoses afetivas das esquizofrenias.

1.3.2 Classificação dos transtornos afetivos

1.3.2.1 Classificação Internacional das Doenças – 9 (1975 aprovada e 1978 introduzida)

Descreve nove divisões, excluindo o tipo esquizoafetivo, para classificar as formas psicóticas dos transtornos afetivos: sete na categoria de psicoses afetivas; são elas: psicoses maníaco-depressivas, do tipo maníaco, do tipo deprimido, do tipo circular, normalmente maníaco, do tipo circular, normalmente deprimido, do tipo circular, normalmente misto, do tipo circular, normalmente inespecífico e outros tipos e inespecíficos de psicoses maníaco-depressivas. Duas divisões para as psicoses orgânicas: tipo depressivo e tipo excitado.

1.3.2.2 Classificação Internacional das Doenças -10 (1988)

Vallejo (1990) acredita que esta revisão é mais valorosa do que a anterior (CID-9), por ter menos categorias e ser mais prática e realista.

Classifica-as em: Episódio maníaco: hipomania e mania com humor congruente e com humor incongruente. Episódio depressivo: intensidade leve ou moderada (sem sintomas biológicos e com sintomas biológicos) e severo (com sintomas biológicos, mas não psicóticos e com sintomas psicóticos, com humor congruente e sem humor congruente). Transtorno afetivo bipolar: episódio atual hipomaníaco ou maníaco, episódio atual depressivo, episódio atual misto e em remissão. Transtorno depressivo recorrente: de

intensidade leve ou moderada (sem sintomas biológicos e com sintomas biológicos) e severo (com sintomas biológicos, mas não psicóticos e com sintomas psicóticos, este com humor congruente e com humor incongruente). Estados afetivos persistentes: ciclotimia e distimia. Outros transtornos do humor (afetivos), que seriam outros episódios afetivos únicos, outros transtornos recorrentes afetivos e outros transtornos afetivos. Transtornos esquizoafetivos, do tipo esquizomaníaco e do tipo esquizodepressivo. Finalmente, transtorno afetivo não especificado.

1.3.2.3 DSM-III

Inaugura uma nova visão dos transtornos afetivos. Essas mudanças recaíram sobre o diagnóstico, que agora é multiaxial, marcado por cinco eixos, sendo eles: síndromes clínicas, transtornos de personalidade, enfermidades médicas, intensidade do estress psicossocial e nível de adaptação atual. Valoriza os transtornos do ponto de vista descritivos.

Transtornos afetivos: transtornos afetivos maiores (transtorno bipolar, que pode ser maníaco depressivo ou misto); Depressão maior (episódio simples ou recorrente, com melancolia ou sem, com traços psicóticos ou sem); Outros transtornos afetivos específicos (transtorno bipolar atípico e depressão atípica). Transtornos psicóticos não classificados em outras divisões: transtorno esquizoafetivo. Disfunções de adaptação: com estado de ânimo deprimido.

1.3.2.4 DSM-III-R

Apresenta mudanças em relação à DSM-III: transtornos bipolares, transtorno bipolar misto (maníaco, depressivo), Ciclotimia, transtorno bipolar não especificado, transtornos depressivos, Depressão maior, episódio único, recorrente, Distimia, transtorno depressivo não especificado.

Nesta nova classificação, verificamos mudanças dos termos de transtornos afetivos, para transtornos do estado de ânimo; a integração recai sobre a ausência ou presença de episódios hipomaníacos ou maníacos. As subclassificações aparecem modificadas. Os critérios diagnósticos do episódio depressivo maior e da distimia são reduzido de 13 para 6 sintomas. O DSM-III-R propõe a pesquisa sobre a melancolia, se há ausência ou presença dela.

1.3.3 Características Gerais

1.3.3.1 Constituição

Kretschmer (*apud* PAIM, 1980) concebe a depressão como característica da constituição pícnico-ciclotímica.

1.3.3.2 Fatores Psíquicos

Karl Abraham (1911) e S. Freud (1917) vêem a melancolia como o resultado de traumas da vida infantil, correspondendo à fase oral do desenvolvimento da libido. Os sintomas seriam o resultado da perda do objeto amado, reparação deste objeto de amor dentro do próprio eu e projeção. Hoje em dia, essas teorias são aceitas do ponto de vista psicodinâmico da depressão.

Gabbard (1998:156) contribui com a seguinte idéia: "(...) a etiologia da depressão severa envolve um composto de forças, incluindo estressores psicológicos, interpessoais, biológicos e ambientais que agem no cérebro. A patogênese, por outro lado, envolve a disfunção cerebral real em resposta às forças etiológicas".

A Depressão neurótica é conhecida também como distimia; o termo foi adotado pela escola americana, que o preferiu a Depressão neurótica; a alegação é de que, Depressão neurótica sugeria a existência de mecanismos dinâmicos.

O humor distímico foi pesquisado além das escolas americanas; esse conceito é aceito como uma forma de reação acentuada a determinadas situações ou a vivência de situações pessoais. Os sintomas são resultado de uma tristeza motivada (SCHNEIDER, 1970 *apud* GASTÓ 1990).

De acordo com Paim (1980;453), "a expressão neurose depressiva é empregada para designar os quadros depressivos produzidos por conflitos psíquicos. O conflito pode ser ocasionado por fatores externos, mas o desencadeamento dos sintomas está na dependência da disposição mórbida originária (predisposição a reagir com depressão)".

Os sintomas apontados por Paim (1980; 453) são:

> (...) consiste em tristeza, angústia, desânimo, desinteresse pela vida, crises de choro e insônia. São freqüentes as idéias, as tentativas e mesmo consumação do suicídio. Na depressão neurótica não se observam sintomas corporais acentuados, tais como anorexia, emagrecimento,

> constipação, impotência sexual ou frigidez, bem assim as crises de excitação ansiosa.

A sintomatologia incide sobre a afetividade, a cognição e a conduta. Em relação à afetividade, a disforia abarca uma grande quantidade de sentimentos e emoções, que geralmente têm curta duração ou intervalos.

1.3.3.3 Antecedentes Familiares

Os trabalhos apontam para o fato de que, se na história familiar encontrarmos depressão, o risco de adoecer de tal doença é duplicado ou triplicado.

1.3.3.4 Perda do "Objeto Amado"

Foram encontrados vários estudos em relação a este tema; essa investigação constante busca avaliar os fatores psicossociais e os que ajudam a manter a cronicidade do quadro depressivo. Essa tentativa pretende entender melhor as situações que envolvem a enfermidade, para controlar esses fatores e, enfim, diminuir a prevalência da Depressão.

Freud, em 1917, ao analisar a situação do luto e da melancolia, percebe que na melancolia o objeto perdido não é um objeto real, é um objeto pelo qual existe uma vinculação afetiva, uma relação de objeto internalizada. Zimermam (1999: 218-219) esclarece o que ocorre: "(...) o objeto perdido e o ego, em um processo que lembra o fenômeno da osmose, confundem-se entre si de tal sorte que o destino de um passa a ser o destino do outro". Continua sua exposição, chamando atenção para o fenômeno da perda: "A situação mais freqüente de perdas do ego é a que resulta de um jogo de intensas identificações projetivas que o indivíduo faz de seus aspectos positivos em outras pessoas por ele idealizadas, enquanto o seu próprio ego fica esvaziado e empobrecido". Destaca três níveis de perdas: perdas de objetos necessitados (e ambivalentemente, amados e odiados), perdas de objetos reasseguradores da auto-estima do indivíduo e perdas do ego.

Fenichel (1981:368), concorda com Freud, quando considera que a identificação seria condição geral para que o id possa abandonar os seus objetos. Acrescenta ainda, que para as pessoas normais, fica mais fácil diminuir os vínculos, através do processo de introjeção. Para ele, o luto se assenta em dois momentos: "O primeiro é o estabelecimento de uma introjeção; o segundo, o afrouxamento da vinculação ao objeto introjetado". Considera que o luto pode complicar-se ainda mais, até tornar-se patológico na seguinte situação:

> Quando a relação de quem sobrevive para com o objeto perdido tiver sido extremamente ambivalente, caso em que a introjeção adquire significado sádico; a incorporação nesta ocorrência, representa tentativa tanto de conservar o objeto amado quanto de destruir o objeto odiado. Se no primeiro plano houver significado hostil desta ordem, a introjeção criará novos sentimentos de culpa.

Resumidamente, Fenichel (1981) considera que o luto se caracterizaria pela introjeção ambivalente do objeto perdido: "(...) pela continuação, em relação ao introjetado, dos sentimentos que haviam sido dirigidos, em outros tempos, para o objeto e pela participação de sentimentos de culpa no decorrer de todo o processo".

1.3.3.5 Fatores Predisponentes

A definição de fatores predisponentes é descrita por Catalán (1990) como sendo os acontecimentos vitais que tenham origem na infância ou no período de adolescência, que podem predispor à depressão na idade adulta. São exemplos destes acontecimentos, traumas que resultem em conflitos afetivos, sendo que os traumas podem ser de duas origens: a fantasiosa e a real.

1.3.4 Melancolia

É uma forma particular de transtorno depressivo, que tinha lugar privilegiado nos séculos XVII e XVIII na Europa. A palavra Melancolia refere-se ao humor, à conduta e também à classe social. Já em nosso século, a Melancolia é sinônimo de Depressão, para os leigos.

Gastó (1990) refere-se à tristeza como sendo uma emoção que se experimenta em algumas circunstâncias; mas, por si só, a tristeza não definiria a enfermidade depressiva melancólica.

Para Gastó (1990) uma vez iniciada a Depressão, a sua natureza, ou seja, os signos, os sintomas e a duração, acha-se pré-formada; assim, não depende dos fatores desencadeantes nem da própria forma de ser do sujeito.

A Melancolia é caracterizada por alterações afetivas, cognitivas, emocionais, motoras e vegetativas. E no que diz respeito à Melancolias pré-senis, elas são relativamente fáceis e rapidamente solucionadas por tratamento biológico, como fármacos

antidepressivos ou eletrochoque. Quanto ao prognóstico, as formas que aparecem na senilidade, tem prognóstico mais sombrio, por conta de que podem aparecer outras enfermidades cerebrais degenerativas (GASTÓ, 1990).

1.3.4.1 Afetividade

Kraepelin, 1921, já se referia como sendo fundamentais na Melancolia os transtornos do afeto e do humor; quanto ao humor melancólico, este atenderia a uma qualidade distinta da tristeza habitual, seria independente da intensidade ou gravidade e teria duração variável. (*apud* GASTÓ, 1990:230).

1.3.4.2 Cognição

Os fenomenólogos clássicos pensam que os enfermos endógenos manifestam uma clara falta de sintonia com o tempo externo e que as alterações da memória, as alterações cognitivas e temporo-espacial são secundárias à patologia afetiva e, quando a patologia afetiva desaparece, desaparecem com ela as alterações da memória, da cognição e temporo-espacial. O pensamento ruminativo, é outra característica que está presente nos melancólicos. A alteração do pensamento existiria, mas as funções básicas estariam conservadas (GASTÓ, 1990).

Segundo Gastó (1990), o aspecto cognitivo é visto por Beck (1979) como primordial, sendo que o depressivo fica por conta da forma como processa as informações sobre ele mesmo, sobre os outros e sobre o mundo. O deprimido teria uma série de crenças irracionais, que o levariam a viver em um "mundo de ilusões", onde a frustração faz com que sinta desânimo e tristeza, que interferem na utilização acertada da cognição. Beck *apud* Gastó (1990:250) vai mais longe e cita três conceitos essenciais:

> Primeiro, el depresivo tiende a considerarse y considerar sus propias experiencias y su futuro de forma idiosincrásica y negativamente distorsionada. Segundo, el depresivo organiza sus pensamientos negativos en patrones estables y estructurados que pueden ser activados en momentos de extrema tensión. Y finalmente, el depressivo posee un procesamiento de la información alterado; sus errores de pensamiento sirven para perpetuar las propias visiones negativas que se contradicen com la evidencia.

Comparativamente, a conduta do depressivo não-melancólico, com a conduta de uma pessoa normal, não apresenta diferenças. Gastó (1990) afirma que o depressivo, especialmente o depressivo neurótico, pode ter sua conduta condicionada; ele aponta três

fatores em especial: o mal-estar subjetivo e cronificado, as relações interpessoais instáveis e a repetição de situações sociais desvantajosas.

1.3.4.3 Motricidade

Dentre outros sintomas, a motricidade do paciente melancólico seria sempre inibida ou agitada, sendo que a inibição prevaleceria em relação à agitação, mas poderiam coexistir num mesmo paciente a inibição e agitação. A inibição se correlacionaria com os delírios congruentes e com o humor de culpa ou ruína; em relação à agitação, ela se correlacionaria com delírios confusionais, como os hipocondríacos, persecutórios e deliróides (GASTÓ, 1990).

1.3.4.4 Sintomas Vegetativos

Podemos citar a insônia, a anorexia, perda do juízo, constipação, somatizações e variação diurna do humor; este considerado como sintoma próprio de endogenicidade. Algumas características são relevantes como a inibição motora matutina, que vai desaparecendo ao longo do dia; a variação diurna pode não ser citada, podendo desaparecer durante o episódio ou depender da profundidade dele (GASTÓ, 1990).

1.3.5 Personalidade Depressiva

Estudar a personalidade normal e patológica, já constitui uma dificuldade; o estudo da personalidade patológica é rodeado de controvérsias e se constitui em um assunto polêmico. Mesmo reconhecendo vários estudos a este respeito, ainda hoje não temos um perfil aceito; acho que não teremos esse perfil satisfatório a todos; isso pelo próprio obstáculo natural do tema, pelas diferentes escolas, pelos métodos, que nem sempre são normatizados, confiáveis e objetivos. Apesar destes entraves, não podemos deixar de confirmar a importância do estudo da personalidade para o auxílio à interpretação clínica; mais especificamente, estudar a personalidade depressiva representa um interesse do ponto de vista etiológico, patoplástico e prognóstico, como assinala Albiach (1990:351), que também nos traz uma definição de personalidade:

> El concepto de personalidad propriamente dicha se refiere a la totalidad de los rasgos mentales. La psicología de la personalidad trata de las diferencias individuales importantes que existen entre los sujetos, tratando principalmente de las características perdurables del individuo, es decir, de rasgos más que de estados.

Kaplan (1997) acrescenta à lista de associações as recaídas do paciente, sintomas depressivos de base nos estudos longitudinais, baixa educação, incapacidade física, mudança de residência, perda do trabalho, problemas monetários, anemia, hostilidade, rigidez, inflexibilidade com valores convencionais e também isolamento social. Sobre o aspecto do isolamento social, penso que às vezes isso ocorre de ambas as partes; no caso o paciente se isola e seus familiares se distanciam; é o que eu pessoalmente observo na clínica do tratamento ao depressivo. Talvez a questão seja como Viñar (1994:07) imagina: "Na busca tão necessária do 'nos', que define o próprio, o diferente é inquietante. O que fazer com o estranho e com a ruptura que ele provoca? Assinala, assim, o reconhecimento no outro, no caso aqui, no depressivo, sua aparência perturbadora e fobígena. Em outro momento diz: "(...) quando a questão sobre a identidade se coloca mais livremente: esta vacila entre a primeira pessoa do singular e a primeira pessoa do plural.(...)" Viñar (1994:12), interpretando as palavras de Cornelius Castoriadis, diz: "(...) as mesmas forças ou fatores que engendram as facetas saudáveis e fundantes de um perfil identitário contêm – ao menos potencialmente – a energia de rejeição e de exclusão, formas mais comuns de se tratar o diferente".

Encontramos, na história, vários autores que estudaram este tema, entre eles Freud (1917) [1915] e os seguidores de sua teoria psicoanalítica. Suas investigações, entretanto, foram limitadas à sua teoria metapsicológica e à falta de recursos tecnológicos no início do século. Um de seus seguidores - k. Abraham (1924) sugeriu a existência nos indivíduos melancólicos de dependência significativa aos objetos externos e, conseqüentemente, dificuldade em lidar com a separação e a perda, determinando a oralidade como característica predominante na personalidade depressiva.

Gabbard (1998:158), em uma tentativa de compreensão da psicodinâmica da Depressão e da mania, apóia-se na teoria kleiniana, para expressar suas idéias: "as pessoas deprimidas nunca superaram o luto depressivo, no qual a posição depressiva é reativada como resultado da perda do objeto amado, mas depois é superada e elaborada pelo restabelecimento da figura perdida como um objeto interno, bem como pela reinstalação dos pais bons no processo". Percebe-se que dentro desta concepção, a preocupação por parte do deprimido se destruiu o objeto bom, conseqüência de sua voracidade. Pode com isso, sentirem-se desvalorizados, por ter atacarem seus pais internos, transformando-os em

perseguidores. Verifica-se que os deprimidos, mantêm uma relação de objeto interna, resultado das características de sua personalidade.

Beck (1983) aponta como características dos deprimidos a imagem negativa e pessimista de si mesmos, do mundo e do futuro.

É relevante destacar como característico dos quadros depressivos o sentimento de culpa, resultado da pressão do superego dentro do aparelho psíquico. Zimermam (1999) cita seis fontes culpígenas, por conta de: "a) a um superego estruturado como sendo rígido, punitivo e todo-poderoso; b) ao ódio do ego contra o próprio id; c) às culpas imputadas pelos outros; d) á obtenção de êxitos; e) á descrença do ego em suas próprias capacidades reparatórias; f) à assunção das culpas de outros". Ele continua sua exposição, apontando que indivíduos que possuem um superego cruel acabam se protegendo por uma estruturada organização obsessiva.

1.4 PSICANÁLISE

Berenstein (1988: 83-87) pensa que Freud, quando relacionou vários tipos de causas recíprocas em função do sistema das séries complementares, estaria ele abrindo um caminho para uma causalidade estrutural:

> A combinação dos fatores congênitos e hereditários e as experiências infantis no ambiente familiar ou social determinavam a série da disposição, à qual, por influência dos motivos atuais ou desencadeantes, condicionados por sua vez pela disposição, determinavam o aparecimento do distúrbio mental. Desta forma, o criador da psicanálise antecipou uma causalidade estrutural no lugar da causalidade linear dominante na época e ainda vigente na atualidade. Os trabalhos de Freud contribuíram para dissolver a separação entre o sadio e o doente, o normal e o anormal. Através do conceito de sexualidade infantil, equiparou o sintoma neurótico ao desenvolvimento normal e seus obstáculos, com o que dissolveu uma cisão para estabelecer, na verdade, as diferenças sobre aquilo que tinham em comum". Em um outro momento referindo-se a organização dualista: "(...) Ao nível familiar, uma das metades é formada pelo doente e adota tal denominação e a outra metade, formada por sadios, que adotam efetivamente esta denominação. As duas metades formam uma oposição e constituem um sistema indissolúvel já que não se pode compreender um dos termos sem o outro.

A teoria psicanalítica entende que a cultura acaba infringindo proibições

morais, que no âmbito interno do indivíduo se traduzem em uma parte do superego. Também oferece a possibilidade de identificações com as idéias e realizações da cultura; os fenômenos coletivos expressados através de ritos, corporações, instituições, proporcionam a gratificação através das substituições.

A psicanálise parte do princípio de que existe um mundo interno, mas que uma parte deste mundo interno "evolui" mantendo um vínculo com a realidade externa. Nesta perspectiva, há uma introjeção do mundo circundante (e por que não dizer dos pais e irmãos). Mas sabe-se que mudanças na estrutura do sistema familiar não serão suficientes para promover uma alteração na organização de sua personalidade, necessitando uma compreensão de seu funcionamento e interpretação de seu significado; um desvelar dos objetos parciais internalizados e projeções dos pais em sua família da atualidade.

Box (1994) é uma das pessoas que trabalham com famílias, entendendo-as como um sistema, como um grupo dinâmico, mas tende a utilizar no tratamento de famílias a abordagem psicanalítica. Esse formato requer interpretações ativas dos mecanismos de projeções utilizados pelas famílias, viabilizando aos membros a percepção de tais mecanismos, levando-o a uma internalização, esta sim considerada chave essencial para a modificação de estruturas internas ou mesmo de relações objetais internas. Waddel (1994:32) expressa a posição do terapeuta de família com tal abordagem, da seguinte maneira: "O papel do terapeuta é permitir a compreensão do que está, e tem estado, acontecendo na mente individual por um lado – os mecanismos intrapsíquicos – e tomar consciência da natureza e funcionamento dos fenômenos do grupo por outro – os mecanismos interpsíquicos". Já Calvo (1973:74) vai mais além, assinalando que o objetivo mais ambicioso do terapeuta, é:

> (...) recrear una matriz relacional triangular centrada en la cooperación autónoma, versus la dependencia sometida; entendiendo el proceso de autonomía, máximo desarrollo de la discriminación, como un compromiso com los otros prójimos lejanos, es decir la solidaridad social, lo cual implica también poder diferenciar entre el proyecto individual, el proyecto común y la posibilidad de formularse propuestas de convivencia, necesariamente distintas a lo largo del tiempo. Esto se relaciona com una imagen de pareja en proceso y sin la mistificación del 'para siempre' como forma de sellar y soldar el vínculo definitivamente, imagen de antiproceso por excelencia.

Calvo (1973)lembra que seria o ideal atingir esse objetivo dentro do tratamento, entretanto, poucas vezes chega-se concretamente a este intento.

Berenstein (1988: 64) tenta entender o funcionamento familiar em torno do conflito, considerando a hipótese de que as situações conflitivas podem permanecer inconscientes, assim como também:

> (...) as que os indivíduos procuram resolver através de uma mudança na estrutura de seu aparelho psíquico, solução sempre possível, determinante da manutenção do conflito a nível inconsciente graças a que o desajuste é mantido na família através de mecanismos chamados homeostáticos, (...). Quando o conflito não pode ser resolvido por este meio, provoca uma transformação qualitativa das relações familiares e quando elas não agüentam, o conflito se manifesta como um ruptura, como pode ser, por exemplo, a tentativa de separação de um casal. Na primeira solução, aquela na qual o aparelho psíquico de um dos integrantes se modificou, o conflito familiar continuou subjacente e foi introduzida uma aparente solução. O conflito continuou, desta forma, sem ser percebido pela consciência dos integrantes do grupo familiar. Poderíamos dizer que a consciência de cada um dos indivíduos tem pontos de percepção de qualidades em comum, pelo qual um grupo de indivíduos, sobretudo se constitui um grupo familiar, aprenderam a perceber alguns aspectos e deixaram de perceber outros, quando são indícios que se referem a um sistema inconsciente no qual se mantém ligados como integrantes de uma estrutura.

Quando a família procura diretamente o profissional, o que é raro, pela dificuldade de perceberem que estão precisando de ajuda, ou quando há um encaminhamento, a queixa quase sempre é clara e explicita; o que se torna difícil é a determinação do que está mais além do que é apresentado. Dentro desta ótica, o trabalho é apoiado no manifesto, mas tentando entender os conteúdos latentes, funcionando ativamente dentro deste grupo. Waddel (1994: 35-36) nos auxilia neste ponto: "Um dos fatores mais importantes que foi clarificado pelo trabalho psicanalítico com famílias é a forma pela qual os mecanismos da mente individual encontram expressão em termos do grupo familiar, e como, ao tratar a família como um tipo de entidade ou unidade psíquica, os processos inconscientes podem ser revelados". A dinâmica familiar acaba assumindo a forma de "(...) conflitos do grupo (principalmente conjugais) colocados no indivíduo, que por razões de sua própria patologia consente com o papel que lhe é designado".

As idéias destes autores são o resultado da aplicação da teoria psicanalítica ao funcionamento mental. Dentro de uma família ou de um grupo, as pessoas possuem seu trabalho mental; e cada uma delas, é guiada pelo que Freud chamou de "determinismo psíquico"; Moore e Fine (1992:57), desvenda o significado: "Uma hipótese central da psicanálise que sustenta que nada na mente é arbitrário ou indeterminado; todos os atos e

eventos psíquicos possuem significados e causas; todos são determinados pelos acontecimentos psíquicos que ocorreram antes deles e podem ser entendidos nos termos de tais eventos". Os fenômenos externos, encontram-se representados dentro de nossa mente; mas os representantes dos objetos dentro de nossa mente, são na verdade, uma mistura, uma junção dos vários atributos do objeto externo. Assim, as relações objetais, que como esclarece Moore e Fine (1992:139), são "fenômenos psicológicos relacionados às representações dos objetos dentro da mente. (...) são influenciados pela fantasia inconsciente, que constitui um produto da história desenvolvimental do indivíduo".

Segundo a teoria psicanalítica, dentro de um grupo, familiar ou não, coexistem esse tipo de trabalho mental. O que faz com que haja relacionamento ou não, seriam primariamente, as necessidades. As necessidades dentro de uma família, variam de acordo com a personalidade de cada membro; sua atitude, seu comportamento, será guiado de acordo com essas necessidades. Esses desejos serão expressos através do comportamento manifesto, mas justificados pelos conteúdos latentes.

As relações que as pessoas estabelecem com o mundo são mistas, (lembremos aí das relações familiares) nos termos em que sempre usam, ao mesmo tempo, arranjos vinculares diversos, representando um vínculo que pode ser diferente com objetos animados e com objetos inanimados. Se partirmos do ponto de que o "visível" é sua conduta, meio pelo qual o vínculo interno se manifesta, entenderemos mais a respeito do funcionamento inconsciente desta pessoa. Tal conduta fica na dependência do que for mobilizado internamente pelo mundo externo; o que ocorre, então, é uma reação particular em face de um acontecimento produzindo um significado próprio, uma ponte entre o símbolo e o simbolizado inconscientemente. O simbolizado está em conexão direta com a história pessoal do paciente, o que resulta do fator constitucional, que seria o que a criança traz como herança genética e que evidentemente influencia o que se cria após o nascimento e que se dá através da relação com o objeto externo; percebe-se neste caso a importância da família. Esse processo, diz respeito a introjeção, onde a criança coloca o "fora" para "dentro".

Esta é a descrição de um vínculo primitivo que a criança tem com objetos primários, coincidindo com seu início de vida e implicando em uma relação de objeto interno. Tudo que realizamos em nosso psiquismo está sempre em relação com o outro e

visa eliminar uma tensão decorrente dos estímulos internos e externos. A gratificação está ligada aos traços de memória (desde cedo a libido[1] sofreu a "marca" de algum objeto pela introjeção) e vai se efetivar através de ações específicas apontando, assim, para a realidade e, portanto, pela satisfação de uma necessidade ou pela repetição alucinatória de percepções que foram resultantes de satisfação. A busca do objeto no real passa a ser direcionada por estas marcas, que unidas formam o desejo inconsciente. O desejo tem seu início com a falta e a percepção desta falta leva ao desprazer que rompe para o prazer a todo custo, como já foi dito; a pessoa busca, então, essa satisfação em outro lugar: "além da realidade". Nos pontos em que durante esse desenvolvimento infantil existirem perturbações, há possibilidades de fixações[2], onde suas impressões sensoriais parecem ter sofrido algum tipo de alteração, causando uma relação desses objetos com o conteúdo do pensamento, levando a pessoa a confundir os objetos reais com idéias primitivas. Em condições dinâmicas esses pontos de fixações podem, ou não, se atualizar no contato com o objeto externo; vai depender da mobilização dessas estruturas que ficaram fixas, estagnadas no desenvolvimento infantil: a valência interna. A visão do paciente pelo terapeuta deve, deste modo, incluir os objetos reais. Os conflitos com esses objetos podem dar origem à formação de sintomas, desordens comportamentais, que, no âmago, dizem respeito a conflitos do sujeito consigo mesmo. Esses objetos são escolhidos, desejados, e vincula-se a eles na tentativa de resolução destes conflitos, mesmo que de maneira deformada; tudo isto em função da vivência de satisfação, que na verdade se traduz em uma satisfação simbólica, nos remetendo, assim, ao mundo de fantasias, ao vínculo com o objeto interno, constituído na infância.

As fixações, ocorrem somente no transcorrer do desenvolvimento infantil; essas "marcas", permanecem e influenciam as relações posteriores. Entre os familiares, há possibilidades de um funcionamento repetido e compulsivo, sem que se dêem conta disso; estabelecem pactos, vínculos silenciosos, com o intuito de manter gratificações, mesmo que às custa da doença de algum membro explicitamente, ou de toda uma família, na surdina. O desejo do "outro", passa a fazer parte do "meu" desejo, "eu" me aposso de

---

[1] "Energia postulada por Freud como substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objecto (deslocamento dos investimentos), quanto ao alvo (sublimação, por exemplo) e quanto à fonte da excitação sexual (diversidade das zonas erógenas)." LAPLANCHE e PONTALIS. Vocabulário da Psicanálise. p. 343.

[2] Seria: "(...) o modo de inscrição de certos conteúdos representativos (experiênciask, imagos, fantasmas) que persistem no Inconsciente de forma inalterada e a que a pulsão permanece ligada." Idem, ibidem.p.251.

"você", sem que se tome consciência disso; aliás, essa forma de relacionamento, ocorre simultaneamente entre as duas ou mais pessoas pertencentes ao grupo familiar, e de forma inconsciente.

FENICHEL (1981:364) fala das fixações dentro do desenvolvimento infantil que ocorrem no depressivo:

> A analidade do deprimido não tenta reter o objeto, mas sim, a incorporar, mesmo que o objeto deva ser destruído para este fim. Abraham demonstrou que este tipo de analidade corresponde ao subtipo mais arcaico do estádio sádico-anal. Uma regressão ao nível anal mais arcaico é, evidentemente, passo decisivo. Com a perda parcial dos objetos que ocorre neste estádio, o paciente está livre de todo constrangimento e a sua libido regride mais ainda à oralidade e ao narcisismo.

Como dizem Moore e Fine (1992:190) "A experiência dolorosa da dentição, combinada com a nova experiência de descarregar frustração e raiva através do morder, parece inaugurar uma associação oral de vida inteira com certos modos de descarga sádica". Ou referindo-se às fezes: "A retenção da massa fecal para criar um sofrimento interno prazeroso e controlável representa uma nova escolha masoquista". Estes autores apóiam a idéia de Freud, de que o sadismo e o masoquismo existem conjuntamente, de forma inconsciente. Neste formato, o sádico consegue retirar prazer em machucar o objeto e também um prazer simultâneo, prazer masoquista vicariante, pelo fenômeno da identificação com esse objeto. As reações de ódio na relação aos objetos que promovem a frustração transforma-se em ódio contra o próprio ego do paciente deprimido. MOORE e FINE continuam: "O sádico pode também antever e provocar punição para seus prazeres sádicos. De modo semelhante, o masoquista pune seu atormentador por evocar-lhe sentimentos de culpa".

Independente das causas da doença Depressão, dinamicamente, verificou-se através de casos clínicos estudados por Fenichel (1981:364-365) que geralmente as vivências que antecipam a doença, configuram-se ou como uma perda da auto-estima, ou ainda uma perda de provisões. Segundo ele, na fenomenologia da depressão, o que mais se evidencia é uma perda maior ou menor da auto-estima: "A fórmula subjetiva será: 'Perdi tudo; agora o mundo está vazio', quando a perda a auto-estima resultar, sobretudo, de uma perda de provisões externas; ou será: 'Perdi tudo porque nada mereço', quando se segue, principalmente, a uma perda de provisões internas que venham do superego". É com os pacientes tentarem fazer com que as pessoas lhes restituam a auto-estima que foi perdida, e

que tentem eliminar os sentimentos de culpa levando as pessoas a lhes dar afeição. Assinala que: "É freqüente tentarem cativar os seus objetos pela forma característica dos maosquistas, exibindo a sua miséria e acusando os objetos de serem os causadores da desgraça".

Continuando suas queixas, o paciente deprimido, pensa que não tem valor e age como se tivesse perdido o seu ego; Fenichel (1981:370) diz que "concretamente, perdeu um objeto, de modo que ego e objeto são, de alguma forma, equiparados. O sadismo que, no passado se referia ao objeto, se terá, a esta altura voltado contra o ego". Isto foi observado por Freud, por conta das auto-recriminações dos pacientes deprimidos. Estas auto-recriminações, aparentemente sem sentido, como diz Fenichel, tinham significado:

> Se 'eu' fosse substituído pelo nome do objeto odiado. Originalmente, eram censuras dirigidas contra o objeto, de modo que a introjeção que está na base da depressão é, na verdade, o oposto do mecanismo de defesa da projeção: se as características más de um objeto, que não se ousam perceber porque se teme o ódio que suscitariam, são percebidas, pelo contrário, no ego mesmo do indivíduo. O paciente deprimido diz: 'Sou mau porque sou mentiroso', quando quer dizer: 'Estou zangado com X porque me mentiu'; ou 'Sou mau porque sou um assassino', quando quer dizer: 'Estou zangado com X. que me tratou mau, como se quisesse assassinar-me.

A introjeção, faz com que parte do ego do paciente torne-se o objeto. Assim, "O superego trata o ego da mesma forma que o paciente, inconscientemente, desejara tratar o objeto que se perdeu" (FENICHEL, 1981:371). O superego, apresenta-se como um poder que pode proteger e que pode punir.

Percebe-se, o quanto há o exercício de um superego tirânico, perverso e sentimentos de ambivalência no caso do depressivo. O sadismo coloca-se ao lado do superego e de outro lado, ataca o ego, pois ele foi modificado pela introjeção. O sadismo é uma forma de perversão, dentre as que Freud descreveu em 1905. Cogito que se faz necessário falar um pouco sobre o que seria sadismo e masoquismo, visto que esses fenômenos apareceram na análise dos casos dos pacientes deprimidos.

Moore e Fine (1992:148) definem perversão como um:

> comportamento sexual fixo e urgente considerado patológico porque se agasta na escolha objetal e/ou no objetivo da norma adulta aceita de relação genital heterossexual.(...) As perversões se caracteriza por

> fantasias, sexuais particulares, práticas masturbatória, instrumentos ou dispositivos sexuais auxiliares e/ou exigências especiais de um parceiro sexual. Exemplos típicos são o fetichismo, o trabestismo, o voyerismo, o exibicionismo, o sadomasoquismo e a pedofilia. A homossexualidade é com freqüência considerada uma variação normal, mas alguns tipos de homossexualismo conformam-se à definição de perversão que é aqui fornecida.

Para o momento, o estudo das formas de perversão ditas: sadismo e masoquismo, é o que interessa. Freud em 1905 (p.148-149), define sadismo como:

> O conceito de sadismo oscila, na linguagem corriqueira, desde uma atitude meramente ativa ou mesmo violenta para com o objeto sexual até uma satisfação exclusivamente condicionada pela sujeição e maus-tratos a ele infligidos. Num sentido estrito, somente este último caso extremo merece o nome de perversão". Em outro momento continua, falando sobre o masoquismo: "De maneira similar, a designação de 'masoquismo' abrange todas as atitudes passivas perante a vida sexual e o objeto sexual, a mais extrema das quais parece ser o condicionamento da satisfação ao padecimento de dor física ou anímica advinda do objeto sexual o masoquismo enquanto perversão parece distanciar-se mais do alvo sexual normal do que sua contrapartida". (...) É freqüente poder-se reconhecer que o masoquismo não é outra coisa senão uma continuação do sadismo que se volta contra a própria pessoa, que com isso assume, para começar, o lugar do objeto sexual.

Fenichel (1981:335-336) considera os masoquistas como indivíduos atingidos em sua capacidade de obtenção de orgasmo; a obtenção de orgasmo estaria transtornada pela angustia e pelo sentimento de culpa. Prossegue dizendo que:

> Os objetivos passivos acentuam-se em particular, na sexualidade de um indivíduo, em duas condições: depois que a hostilidade se voltou contra o próprio ego. De fato, mostra a experiência clínica que o masoquismo representa uma volta do sadismo contra o próprio "self" do indivíduo, isto é, contra si mesmo. Nos homens, a acentuação dos objetivos passivos, pré-requisito do desenvolvimento do masoquismo, resulta do desenvolvimento de desejos femininos.

Freud identificou que as fantasias aparecem como precursoras da perversão. Outro ponto de fundamental importância em suas observações sobre o sadismo e o masoquismo, é que são encontrados coexistindo em uma mesma pessoa e ao mesmo tempo. Continua ele:

> A particularidade mais notável dessa perversão reside, porém, em que suas formas ativa e passiva costumam encontrar-se untas numa mesma pessoa. Quem sente prazer em provocar dor no outro na relação sexual é também capaz de gozar, como prazer, de qualquer dor que possa extrair das relações sexuais. O sádico é sempre e ao mesmo tempo um masoquista, ainda que o aspecto ativo ou passivo da perversão possa ter-

> se desenvolvido nele com maior intensidade e represente sua atividade sexual predominante. (FREUD,1992:149).

Freud sustenta o plano de que nas perversões, algumas das tendências, revelam-se simetricamente como “pares de opostos”, sugerindo a existência simultânea de sentimentos, de desejos, de atitudes e propensões contrárias em relação ao externo, como pessoas, coisas ou mesmo quaisquer situações, advindas de seu mundo interno; ou seja, a ambivalência. Quando esses sentimentos conflitantes se intensificam, ganhando força, a ação é difícil de ser evitada, apesar de que a expressão desses sentimentos não é aceitável. Moore e Fine (1992), dizem que nessas situações, há uma manobra defensiva, que freqüentemente, leva à doença mental. Tal manobra defensiva é a repressão da ambivalência, o que resulta em que somente a um dos sentimentos é permitida a ascensão à consciência. Geralmente o sentimento de hostilidade é o reprimido, outras vezes, é a afeição.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Consiste em identificar algumas características de interação dos integrantes da família de pacientes deprimidos.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, analisar e discutir alguns mecanismos de interação utilizados pelos pacientes depressivos e por seus familiares;
- Verificar qual o significado da doença Depressão para a família como um todo.

CAPÍTULO 3

RECURSOS METODOLÓGICOS

3.1 APRESENTAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO MÉTODO

A proposta de investigar as relações familiares ocorre dentro de uma perspectiva qualitativa. Penso que os métodos, dentro da pesquisa qualitativa, devem ser construídos respeitando os "limites" do objeto, às vezes até ser desenvolvidos juntamente com a pesquisa em si; entretanto, não foi o que aconteceu com esta pesquisa. A natureza do objeto deve ser levada em consideração, quando da resolução do marco teórico conceitual e dos instrumentos que farão parte da coleta de dados. Não parte da escolha pessoal ou escolha pelas correntes de pensamento vigente no momento da pesquisa; parte, sim, de respeitarmos a natureza do fenômeno em questão. Assim, esta pesquisa, que trata da interação entre o paciente deprimido e seus familiares, versará sobre esta proposta.

O processo de investigação se dá apoiado em linhas de pensamentos, pois não se pode deixar de lado a integração entre a elaboração teórica e a elaboração da experiência no processo de construção do conhecimento científico. Neste prisma, a análise dos fenômenos faz parte da construção do conhecimento; a análise de suas características, sem perder de vista a realidade e a forma de encará-la. O que será analisado, como será a análise da realidade e a que realidade devemos nos referir, faz parte do pensamento do pesquisador. A análise da realidade dentro dos parâmetros de sistematicidade, comprobabilidade e especificidade, características do conhecimento científico, aparentemente impõe uma análise objetiva dos dados, descartando o subjetivo. O Positivismo Sociológico é o representante deste pensamento e se constitui ainda como pensamento dominante da ciência. Entende a realidade como resultado da percepção,

tentando se libertar dos valores e se ater às leis que regem os fenômenos. Mas, para chegarmos ao conhecimento dos fenômenos, o conhecimento deve partir do próprio conhecimento do Homem; e se negamos, descartamos características desse Homem, comprometemos o conhecimento de forma mais séria, do que rompermos com o compromisso de vê-lo como destituído de vida interior e analisado somente como fruto de uma observação distante, sem levar em conta a natureza do objeto a ser observado e a natureza do observador.

A Fenomenologia, que se propôs a ser uma ciência do subjetivo, dos fenômenos e dos objetos como objetos, analisando a consciência na sua intencionalidade, parte de uma concepção diferente do Positivismo, mas, sem dúvida alguma, continua analisando a realidade, mas a realidade revelada a partir do "verdadeiro eu"; vem possibilitar a revelação dos significados subjetivos implícitos do universo humano. Deixa de ser ciência por isso? Ou será ciência por isso? Ou teremos uma terceira alternativa, mais coerente, visando à soma dessas formas de construção do conhecimento científico?

Observa-se uma tendência a considerar como científicas somente as pesquisas quantitativas, sustentadas pelo Positivismo e a eleger como científica o que é fato; entretanto, como resolvemos as vicissitudes encontradas nas relações sociais? Observa-se um interesse cada vez maior pela qualidade de vida, pela busca do fenômeno psicológico dentro de uma visão mais ampla e sistêmica, que tem seu desenvolvimento, na compreensão relacional dos fenômenos, na ótica da construção dos grupos. No início, Francis Bacon tentava descrever a natureza em termos matemáticos, utilizando o conhecimento para dominar e tomar posse da natureza e Descartes, que desenvolveu o método analítico de raciocínio e preconizou que só devemos crer nas coisas conhecidas e que não sejam passíveis de dúvidas; adquirimos com esses grandes pensadores um grande avanço das ciências, mas também não podemos absolutizar essas idéias para todos os fenômenos. Tendo como objeto de estudo a Saúde, o longo caminho percorrido pelo predomínio da visão tecnocrática pôde ser mudado. Podemos hoje nos apoiar na Hermenêutica-Dialética, que aglutina em si um caminho de encontro entre as ciências sociais e a filosofia e tenta explicar e interpretar o pensamento, tenta analisar os fenômenos, entendendo-os dentro de uma perspectiva dinâmica e abrangente, assim, como a Fenomenologia, que observa e descreve o fenômeno, na tentativa de percebê-lo como se

dá nas condições cotidianas da vida; esses são exemplos de como podemos abordar de forma mais condizente o objeto que versa sobre o tema saúde; uma modificação atual na forma de perceber e analisar os fenômenos.

A construção de um pensamento, de uma idéia, passa, no meu modo de entender, pela flexibilidade, visando ao desenvolvimento da imaginação criadora. A aquisição e a formação de conhecimento a partir de si mesmo; um processo natural, onde a apreensão, o juízo e o raciocínio argumentativo de cada um fazendo parte deste conhecimento, tendo as informações externas como norteadoras de um trabalho, são premissas de minha pesquisa.

O Método Clínico-Qualitativo foi utilizado assim, buscando o conhecimento de diversos aspectos do funcionamento familiar do paciente deprimido. Este método permite conhecer a pessoa interagindo afetivamente com outra, no caso de nosso interesse, os familiares entre si e também a forma como interagem com o pesquisador. Este método tem-se revelado um relevante método científico para se chegar ao conhecimento e proporcionar discussões mais amplas sobre as características das pessoas dos grupos investigados.

Este método facilita a relação afetiva e pessoal entre o paciente e o entrevistador, pois privilegia a escuta da fala do paciente com toda sua expressão, seja ela verbal, ou não; a riqueza de palavras e entonações emocionais; permite também a verificação de todo o aparato do comportamento global do paciente, abrangendo os aspectos não-verbais, como sua postura física, mímica facial, gestos, etc.

3.2 SUJEITOS

Foram avaliados como sujeitos da presente pesquisa cinco famílias. Este número ficou vinculado ao critério de saturação de informações. Os sujeitos do Ambulatório de Psiquiatria da Santa Casa foram selecionados a partir de uma amostra casual de pacientes em atendimento naquele ambulatório. A população utilizada não foi uniforme quanto à faixa etária, nível intelectual e nível educacional, visto que o importante é verificar a dinâmica em relação à doença.

Critérios de inclusão:

a) Diagnóstico de Depressão - de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (Organização Mundial da Saúde); diagnóstico de Depressão reincidente ou mesmo cronificada;

b) Pacientes adultos (22 anos em diante) e sexo feminino;

c) Pacientes de qualquer nível escolar;

d) Pacientes que aceitaram vir com os familiares, fossem eles pais e irmãos, ou esposa (o) e filhos.

Critério de exclusão:

a) A família do sujeito a ser entrevistada não poderá ser de pais que sejam separados ou falecidos;

b) Pacientes que vieram sozinhos para a entrevista.

3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Os sujeitos desta pesquisa apresentaram os atributos necessários à busca do conhecimento proposto anteriormente à pesquisa. Houve uma preocupação quanto a quantidade de sujeitos a serem pesquisados, tendo em vista atender à exigência de reincidência das informações, podendo, assim, se definir em uma amostra representativa da problemática; e por conta do interesse em obter uma amostragem diversificada, o número de entrevistas foi além do propósito de saturação, buscando a apreensão de semelhanças e diferenças, foram escolhidas pessoas de sexos diferentes e de diferentes faixas etárias, no que se refere aos pacientes e os familiares. Este cuidado se deve ao desejo de informações que abarcassem o conjunto de experiências e expressões que atendessem aos objetivos desta pesquisa.

Os pacientes foram triados para inclusão ou não na amostra, na dependência de atender ao diagnóstico psiquiátrico de Depressão. Como já foi dito, todos os pacientes deveriam ser diagnosticados segundo os critérios determinados pela CID-I0. Este diagnóstico foi estabelecido por residentes em psiquiatria, que, por sua vez, foram

supervisionados por preceptores experientes, e encaminhados à pesquisa, através de sua indicação.

3.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A QUESTÃO ÉTICA

Tomou-se cuidado em relação ao local da realização das entrevistas; procurou-se utilizar o próprio ambiente de consultas e tratamento dos pacientes, para que tivessem um espaço conhecido, que lhe proporcionasse segurança e tranqüilidade. Outro aspecto atentado foi a escolha de uma sala onde pudéssemos ter condições adequadas de sigilo quanto à identidade deles e privacidade, visando a uma boa aliança, para a obtenção de informações.

Tendo consciência de que a capacidade de produzir e de se utilizar da aplicação do conhecimento nos é possibilitada através do método científico, entendo que seja prioritário assegurar ao homem, que é o beneficiário destas conquistas, uma forma de aquisição de conhecimento que lhes garanta o direito de se pronunciar sobre seu desejo, para que não sofra constrangimentos ou abusos. Tendo em vista esta idéia foi formalizado aos familiares antes da realização da entrevista, um termo de consentimento de participação de todos os familiares entrevistados.

3.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Na escolha dos instrumentos utilizados para esta pesquisa, levou-se em consideração a busca do aprofundamento sobre o objeto dentro de uma relação intersubjetiva. Deste modo, a entrevista permitiria, dentro de suas características, a configuração do campo da pesquisa em função deste objeto investigado. A técnica utilizada foi a da Entrevista Psicológica semidirigida de questões abertas, tendo como propósito a busca de informações que se referem diretamente às pessoas entrevistadas, ou seja, informações subjetivas, como a compreensão de suas atitudes, de valores e opiniões. A abordagem da entrevista foi sistêmica, ou seja, a família foi vista como uma unidade, um sistema, composta por partes em interação. Também foi utilizada a Entrevista Projetiva, no caso o teste do desenho da família, para que fosse possível identificar se a família projetada

no desenho, é a família real ou a família imaginária.

Vale ressaltar que em relação à entrevista, não havia um roteiro pré-estabelecido a ser seguido. As entrevistas realizadas, foram gravadas em fita cassete, com o propósito de conter as falas dos participantes na integra. O instrumento de pesquisa em anexo, foi criado com o intuito de sistematizar as informações colhidas.

A entrevista é um instrumento muito utilizado; a entrevista psicológica deve ser entendida aqui, como aponta Bleger (1993:09), "(...) como sendo aquela na qual se buscam objetivos psicológicos (investigação, diagnóstico, terapia, etc.)". Desta maneira, entendemos sua importância como forma de investigação e lembramos que, em qualquer tipo de entrevista, ocorre a ação da dinâmica psicológica.

No caso desta pesquisa, a entrevista semidirigida de questões abertas foi a privilegiada, por entendermos que ela nos auxiliaria de maneira mais satisfatória, pois possibilita uma investigação mais complexa e profunda da personalidade do entrevistado. A entrevista semidirigida permite uma informação não-estruturada, possibilitando a descrição do caso em sua individualidade, uma maior compreensão das especificidades próprias do grupo familiar e também a comparabilidade de diversos casos; isso só seria possível, dentro de uma situação de interação; sabemos de antemão que as relações com a entrevistadora poderiam afetar significativamente as informações, sendo um risco que poderia comprometer a objetividade da investigação, mas, por outro lado, somente dentro deste tipo de abordagem, intersubjetiva, as informações oferecidas pelo sujeito e seus familiares poderiam ser aprofundadas. O que buscamos, através da entrevista semidirigida, foi a obtenção de dados sobre o comportamento global da família durante a entrevista. Como assinala Bleger (1993), o comportamento total, incluindo o que retiramos, aplicando nossa função de escutar, vivenciar e de observar, de modo que abarque todo o comportamento dos entrevistados.

Em relação ao teste do desenho da família, a proposta de utilizar a técnica projetiva foi com o intuito de aprofundamento das informações que seriam recebidas, visto que, nos desenhos projetivos, as atividades psicomotoras do sujeito são fixadas no papel. Hammer (1991:01) nos lembra que "(...) a percepção consciente e inconsciente do sujeito em relação a si mesmo e às pessoas significativas do seu ambiente determina o conteúdo de seu desenho. Nesse tipo de expressão, os níveis inconscientes do sujeito tendem a

utilizar símbolos – símbolos cujos significados podem ser deslindados mediante o estudo e a compreensão dos sonhos, mitos, folclore, produções psicóticas etc". Desta forma, pode-se considerar as produções gráficas como mais um tipo de linguagem simbólica. Hammer sustenta a idéia de que os pacientes psiquiátricos freqüentemente podem se expressar com maior facilidade através do grafismo do que pela comunicação verbal. Cita Freud como o descobridor deste fenômeno, referindo-se às dificuldades que muitas vezes os pacientes sentem na comunicação verbal de seus sonhos. Freud afirma: "Poderia desenhá-lo, diz freqüentemente o sonhador, mas não sei como dizê-lo". Provavelmente isso ocorre pois, segundo Freud, sonhamos através de imagens e estas tornam-se mais importantes do que a palavra, ou o princípio regido pela realidade.

Hammer (1991:02) acrescenta que historicamente o homem desenhava, com o intuito de expressar seus sentimentos e ações. Diz: "Do homem das cavernas, ao longo do tempo, o homem – tanto o primitivo como o civilizado – tem expressado suas emoções, sentimentos, idéias religiosas e necessidades pela obra artística". O homem primitivo se expressava unicamente por desenhos, o homem civilizado conquistou o uso da linguagem escrita somente há cerca de dois mil anos, e as crianças primeiro desenham, para depois aprender a escrever os símbolos convencionados. Deste modo, pode-se considerar, como propõe Hammer, que a comunicação através dos desenhos se caracteriza como uma linguagem elementar ou básica, e continua:

> (...) nos desenhos projetivos, assim como nos sonhos, os conflitos inconscientes empregam com bastante facilidade a linguagem dos símbolos. Os desenhos, assim como a linguagem simbólica, alcançam níveis primitivos do sujeito. Freud e seus seguidores, fizeram com que não somente o clínico mas o artista e o público em geral tomassem consciência do fato de que o inconsciente se expressa em imagens simbólicas.

Naumburg (1955) acrescenta que a psicanálise tem pensado e demonstrado que a "intelectualização e o verbalismo exagerado da nossa cultura foram impostos sobre os níveis mais profundos e mais primitivos da nossa modalidade inconsciente de expressão por meio de imagens" (*apud* HAMMER, 1991:03).

Essa técnica permite marcar a relação peculiar da pessoa que desenha com seus pais e irmãos e também revelar a percepção que o paciente tem de si mesmo na família. Captará, assim, as projeções que a pessoa faz de suas percepções, de seus sentimentos e também das relações infantis com sua família. Obteremos a relação do paciente deprimido

com sua família através de sinais e símbolos, sem que eles estejam conscientes disso; o instrumento permite a visualização da realidade psíquica familiar, sem que ocorram constrangimentos entre os familiares.

A proposta inicial foi a de validação do instrumento de pesquisa, ou seja, a Entrevista Psicológica; nesta questão, buscamos observar, através de duas entrevistas piloto, a reação dos entrevistados, no que diz respeito ao tempo da entrevista, à clareza, complexidade, compreensão e objetividade das questões propostas. Neste item, tivemos algumas alterações nas perguntas já formuladas e o acréscimo de outras, por entendermos a necessidade de maior amplitude sobre determinado tema; quanto ao tempo, foi em média de 75 minutos. O teste do desenho da família em si já foi amplamente estudado por Corman (1961), Hammer (1991), porém foi também testado na entrevista piloto, pois queríamos observar a reação do grupo diante desta proposta; sabemos que as pessoas, de um modo geral, resistem inicialmente à execução de desenhos e, além disso, o procedimento seria em grupo. Em função desta observação, decidimos questionar os desenhos, em separado.

3.6 PROCEDIMENTOS

Após o encaminhamento pelos psiquiatras residentes, a entrevista era agendada com as secretárias do ambulatório e somente era realizada mediante a presença de pelo menos os pais e o sujeito ou a esposa (o) e filhos(as). Os pacientes agendados preenchiam os critérios predeterminados.

O procedimento inicial se dava através das apresentações e a apresentação da proposta de pesquisa, com o eventual consentimento por escrito do paciente e dos familiares. De início, procedíamos aplicando o teste projetivo do desenho da família em todos os presentes e, logo a seguir, encaminhávamos os questionamentos referentes aos desenhos. A entrevista semidirigida ocorria imediatamente após o término da aplicação da entrevista projetiva. As características, condições e os procedimentos técnicos em relação à entrevista seguiram as diretrizes assinaladas por Bleger, já comentadas anteriormente.

O assunto disparador da entrevista foi: o que pensam os familiares a respeito da Depressão. Em seguida, foi focalizada a relação familiar como um todo. Deliberadamente,

procurou-se não induzir as respostas dos entrevistados.

Especificamente, a entrevista obedeceu aos passos abaixo discriminados:

a) seleção dos pacientes segundo os critérios descritos anteriormente;

b) local reservado, visando à privacidade da relação;

c) apresentação mútua entrevistador-entrevistados, com estabelecimento do rapport e a explicação dos objetivos da entrevista;

d) garantia do sigilo quanto à identidade dos entrevistados, bem como demais cuidados éticos pertinentes;

e) gravação da entrevista em gravador de fita cassete, transcrita posteriormente;

f) aplicação do teste do desenho da família e questionamentos;

g) entrevista semidirigida.

3.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

A fase de análise ou tratamento do material é de fundamental importância dentro do processo de pesquisa. Queremos, agora, o entendimento sobre o fenômeno observado; ressalto aqui a sua importância, porque é o momento em que o pesquisador pensa sobre o que foi detectado, analisa de acordo com teorias pré-estabelecidas, teorias que possuem sua credibilidade no campo do conhecimento científico; mas corremos riscos na tentativa do uso de referenciais teóricos para o entendimento, pois podemos, ao invés de analisar, querer encaixar num modelo pré-determinado. De outra forma, solidificamos o achado, teorizando sobre ele. Minayo (1994:197), neste sentido, nos socorre lembrando-nos dos obstáculos à análise dos dados recolhidos no campo, ponderando sobre o que chama de "ilusão da transparência"; segundo ela, isso representa "o perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse nitidamente ao observador". Podemos também ser alvo do interesse pessoal "(...) mágico dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do essencial, a fidedignidade às significações presentes no material e referidas a relações sociais dinâmicas. Terceiro: dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo". Aponta ainda três objetivos a se atingir, quando da

análise do material recolhido: o que é percebido, deve ser averiguado, para que se tenha a firmeza na aceitação da interpretação; o que foi lido, é válido para aquele contexto? Será generalizável? Por último, a "integração das descobertas, que vão além da aparência, num quadro de referência da totalidade social no qual as mensagens se inserem".

No tratamento dos dados, a análise de conteúdo possibilitou uma melhor descrição dos conteúdos das mensagens emitidas pelo paciente e seus familiares, pois contém em si a capacidade de relacionar estruturas semânticas com as estruturas sociológicas do que foi expresso; relação significantes-significados. Dentro deste enfoque, os dados colhidos no conjunto das entrevistas realizadas passaram pelo processo de categorização. No esclarecimento deste processo, Bardin (1994:117) nos auxilia, definindo-o: "A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos". O critério usado foi o de categorização semântica, em categorias temáticas; deste modo, o agrupamento foi executado por conta da parte comum existente entre os elementos. Assim, o processo classificatório proveu, através da condensação, uma exposição mais compreensível dos dados colhidos. A categorização se deu em duas etapas: no princípio, a conduta adotada foi a de isolar os elementos e, então, classificá-los, atribuindo organização às mensagens.

Este tema, que versa sobre a saúde, prende-se à idéia de que as realidades sociais são edificadas nos significados; aqui, nos significados das mensagens do grupo investigado e através destes significados, que só poderão ser conformados, se nos aprofundarmos na linguagem indicativa da interação social. A Hermenêutica-Dialética, que aglutina em si um caminho de encontro entre as ciências sociais e a filosofia e tenta explicar e interpretar o pensamento, tenta analisar os fenômenos, entendendo-os dentro de uma perspectiva dinâmica e abrangente.

Tendo como premissa essas idéias, a continuação do trabalho se operou na tentativa de organizar o conhecimento acumulado através das teorias que fundamentaram essa pesquisa e a articulação com os resultados assimilados.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Conhecer a interação familiar do paciente deprimido implica a percepção dos mecanismos de interações-adaptativas,; esses mecanismos se constituem em vários tipos de manobras defensivas que foram usadas por esses pacientes e pelos familiares, implica no conhecimento da representação da doença Depressão para todos os membros da família. A busca deste conhecimento nos trouxe resultados bastante similares, quando da comparação das entrevistas, o que levou à saturação de informações com apenas cinco casos. Para tal, utilizei-me do processo de categorização temática, visando ao conhecimento das características deste grupo; segue abaixo esse procedimento.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os quadros a seguir apresentam uma caracterização da amostra dos pacientes que foram avaliados; essa caracterização será em termos de dados biográficos essenciais para a identificação; são eles: idade, estado civil, profissão ou ocupação e nível de escolaridade.

Quadro 1 - Família 01

FAMÍLIA 1	
Paciente	35 anos, amasiada há 1 ano, completou o 1≡ grau; profissão telefonista (atualmente não exerce nenhuma função).
Marido	35 anos, amasiado, trabalha como gerente de farmácia.
Filha	15 anos, estudante, é a mais velha de 3 irmãos; cuida da casa para a mãe.

Quadro 2 - Família 02

FAMÍLIA 2	
Paciente	40 anos, casada há 16 anos, 2≡ grau incompleto, profissão do lar.
Marido	37 anos, casado, trabalha em uma firma.
Filho	12 anos, estudante, é o mais novo dos 3 irmãos.

Quadro 3 - Família 03

FAMÍLIA 3	
Paciente	16 anos, solteira, 1º grau incompleto, profissão do lar.
Mãe	34 anos, casada, trabalha como empregada doméstica.
Filha	03 anos, é a mais nova dos 4 irmãos.

Quadro 4 - Família 04

FAMÍLIA 4	
Paciente	34 anos, desquitada e agora amasiada há 6 meses; completou a 4ª série do ensino fundamental, exerce a profissão de doméstica e manicura.
Marido	52 anos, amasiado, trabalha em uma firma.
Filho	8 anos, estudante, único filho, fruto do casamento anterior.

Quadro 5 - Família 05

FAMÍLIA 5	
Paciente	62 anos, casado, alfabetizado, trabalha como capataz de fazenda.
Esposa	60 anos, casada, trabalha, do lar.
Filho	39 anos, é o mais velho de 3 irmãos.

4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

As observações traduzidas nesta etapa dizem respeito ao grupo que fez parte das entrevistas, ou seja: a família e a observadora participante (visão sistêmica de entendimento de um grupo). Sob este ponto de vista, observei, mas fiz parte do grupo familiar, sob a ótica da totalidade, onde os integrantes estão inter-relacionados e interdependentes

4.2.1 Família 1

a) ENTREVISTA

Na primeira entrevista, apareceram três pessoas que se sentaram diante de mim, sendo que o marido e a esposa escolheram sentar-se mais distante em um sofá de dois lugares e a adolescente, filha somente da paciente, ficou mais distante; em um canto. O grupo não se posicionou em círculo. Logo após sentarmos a paciente retira-se dizendo que precisa ir ao banheiro; deixa-nos a esperá-la por algum tempo; cria uma situação de expectativa em mim. Confesso que a idéia de Depressão, influenciada por outros casos de consultório, fez com que eu ficasse em grande expectativa quanto ao retorno desta paciente.

O marido se apressou em me contar o que se passava antes que ela voltasse à sala, dizendo: "ela está muito nervosa"; tentando se desculpar por às vezes não conseguir entendê-la (fala apressadamente). Quando ela volta à sala ele se cala rapidamente querendo dar a impressão de que nós a esperávamos. Ela sempre altiva, e apesar de aguardar a apresentação e os questionamentos, era ela quem dominava a entrevista. Diante da tentativa antecipada do marido em dar respostas às perguntas, perguntas essas, que estavam sendo dirigidas à paciente, ela simplesmente as ignorava, começava a falar no momento que achava necessário; às vezes esperava que ele terminasse, mas não dava a impressão de que o estava aguardando, mas sim de que falaria quando quisesse; às vezes até o interrompia. O marido, o tempo todo acariciava seus ombros apoiando-a diante de suas falas. Ele portava-se como se estivesse diante de uma mulher muito frágil, que precisasse constantemente de seu apoio e proteção. Sua fala era a de quem precisava ser desculpado. E a paciente parecia não se importar; parecia que ele nem estava ali.

Outro aspecto bastante relevante, que me impressionou, foi a forma como a

paciente agia criando um clima de tensão nas relações do grupo; usava o marido no intuito de pressionar a filha; a menina, o tempo todo cabisbaixa, às vezes chorava e se desculpava com sua fala, ficando sempre do lado da mãe; ela a pressionava e a chantageava emocionalmente; era muito forte o poder que a mãe mantinha sobre a menina:

Paciente: **"Minhas filhas eu criei com amor e carinho, eu olho os retratos e vejo que sempre elas estavam arrumadas, enfeitadas, com fitinhas no cabelo. Sempre dei duro; eu não esperava, que elas fossem ficar assim. Eu deste jeito; eu trabalhava e deixava menos possível de trabalho para elas, mesmo com a dor na coluna lavava roupa. Elas só brigavam em casa. Essa aí (referindo-se a filha que está presente), batia nas irmãs. Agora está freqüentando a Igreja".**

Filha: **"Eu não entendia o que acontecia com minha mãe (fica cabisbaixa); (pausa) ela mudou muito; não mais dialoga e eu não queria aceitar o jeito dela. Só agora recentemente é que eu fiquei sabendo sobre a doença dela. É difícil para a gente aceitar sua mãe daquele jeito. Jogada em cima da cama, sem vontade para nada, sempre tendo que dizer que não está. E mudou muito; ela que cuidava de mim, depois eu é que tinha que levar para tomar banho, para comer. Antes ela era alegre, trabalhava. Hoje eu me arrependo de não ter compreendido, ajudado, de não ter cuidado das minhas irmãs".**

Marido: **"As irmãs delas tiveram que morar com o pai, por causa dela não cuidar direito das meninas".**

Filha: **"Ah! Doutora, foi muito ruim".**

Marido: **"Não tinha outro jeito, fica difícil para tomar contas delas, questão de que a T (paciente) não tem condições afetivas e agora sem trabalhar ficou sem condições financeiras também. É provisório".**

Filha: **"Mas a gente sabe que elas não se dão bem com a madrasta".**

Marido: **"Mas nós nos reunimos e conversamos e elas compreendem a situação".**

Em outro momento quanto falavam sobre a doença Depressão:

Paciente: **"As pessoas não aceitam; você passa a ser doente mental (pausa) não entendem o que você sente. Acham que é frescura".**

Marido: **"Eu por ter acesso a informações, estou acostumado a lidar com remédios, com pessoas assim, para mim foi normal, eu não tive dificuldade para assimilar. É claro que às vezes, a gente toca em pontos que não deveria, que magoa ela; a gente quer passar otimismo e falha, não percebe que magoa".**

Paciente: **"Ninguém imagina o que se sente. Não se tem vontade para nada. Eu não recebo ninguém em casa e eles não entendem".**

Filha: **"Chega gente lá em casa e ela nunca está. Minha amiga pergunta dela e toda vez ela não está. Ela já sabe me olha e falou para mim que tudo bem, que volta outro dia; ela entende. Mas, ninguém mais vai lá em casa; sempre que a gente tem que dizer que ela não está".**

Sobre a mudança no relacionamento entre eles:

Marido: **"A sim, até mesmo sexualmente, ela fica sem vontade pelo estado dela (olha para a enteada). A gente tem liberdade de comentar não tem nada para esconder deles (refere-se às filhas da paciente). E também, às vezes a gente perde a paciência, fala coisas que não devia. Isso dificulta mais os problemas. Muda muito a vida da pessoa; ela deixou de fazer tudo o que fazia antes".**

Filha: **"Ela é muito diferente; eu é que cuido dela agora, da casa, eu não sabia o que era, o que ela tinha. Sei que não devia ter sido egoísta, pensar só em mim e deixar as minhas irmãs de qualquer jeito. Mas, agora estou ajudando, agora compreendo".**

b) ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DESENHOS

b.1) Resultados quanto ao desenho da paciente:

1) Nível gráfico: traçado forte, implicando em liberação instintiva, impulsos fortes e energia.

2) Nível das estruturas formais: o desenho não reflete o esquema corporal de si mesma, entretanto, metaforicamente, o esquema é aceitável, indicando amadurecimento psíquico na execução das estruturas formais. Seu desenho é amplo, o que sugere uma necessidade de se estender, de fusionar-se nos objetos externos, no caso, o horizonte, caracterizado de fantasias (nuvens, montanha, sol, casa, acima da linha de solo).

3) Nível dos conteúdos: a figura de maior valência para a paciente é ela mesma, refletindo egocentrismo, atribuindo a si uma maior autoridade social; figura matriarcal e dominante, tentando ocupar todos os espaços. Ocorre a omissão do desenho do marido; parece que não o sente como pertencente à família. De um modo geral, o seu desenho da família implica em dois mundos. Um, que seria a realidade, a família real, onde a mãe é a figura dominante e o marido o excluído. Outro aspecto é o distanciamento entre a mãe (paciente) e as filhas, levando-nos a crer num afastamento afetivo entre elas, apesar de que, manifestamente, durante a entrevista, ser o contrário. Este aspecto, parece ser o da negação, em que não pode ver os aspectos egóicos indesejáveis, sendo então projetados para as figuras das filhas. Percebe-se uma tentativa de refúgio na fantasia, uma insatisfação em relação à vivência de realidade quanto à família; essa insatisfação é expressa através do desenho de um mundo acima da linha de solo, ao nível das nuvens e também, o desenho de flores, representando as pessoas. Evidencia-se o mecanismo de idealização, que a defende provavelmente de ansiedades depressivas. Esses mecanismos

estão ligados a um controle onipotente, e também à fantasia de ser detentora de um ego e de um objeto idealizado; tem capacidade de controlar e de manipular os objetos persecutórios (medo de sucumbir à doença novamente)

Figura 1 – Desenho realizado pela paciente da Família

b.2) Resultados quanto ao desenho da filha da paciente:

1) Nível gráfico: traçado forte, indicando liberação instintiva.
2) Nível das estruturas formais: exprime o esquema corporal adequado, indicando maturidade neste quesito.
3) Nível dos conteúdos: apresenta auto-estima rebaixada. Projeta-se no gato desenhado, identificando-se com ele. Esta identificação mostra seu distanciamento em relação aos demais componentes da família, implicando em sentimentos de rejeição; sente-se fora da família. Em relação ao contato com o ambiente, este não se estabelece diretamente. Não há uma aceitação do ambiente familiar. Apesar disso, há uma tendência positiva quanto aos familiares, principalmente a mãe; quanto ao padrasto, este é desvalorizado. Seu desenho reflete a utilização de defesas maníacas (preocupação em encher o desenho de objetos: casa, árvore, frutos, coqueiro, animais, flores); ela tenta evitar o temor de ser destruída internamente, o sentimento de vazio e também de carência; tenta se defender

contra a experiência de culpa vivenciada com a doença da mãe. A adolescente, teve grande necessidade de eleger objetos depositários e simbolizadores dos vínculos com as pessoas da família. A agressão, o descontentamento em relação ao padrasto e também a mãe, fica evidenciada através do deslocamento para a figura dos cachorros. Ela não gosta dos cães apesar da mãe e do padrasto não aceitarem seus sentimentos.

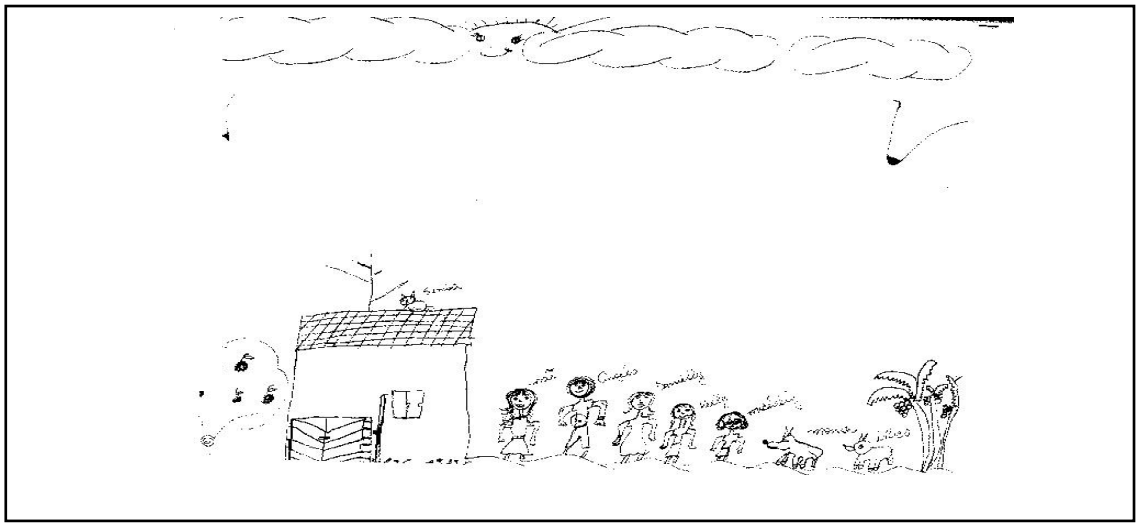


Figura 2 – Desenho realizado pela filha mais velha da paciente

b.3) Resultados quanto ao desenho do marido:

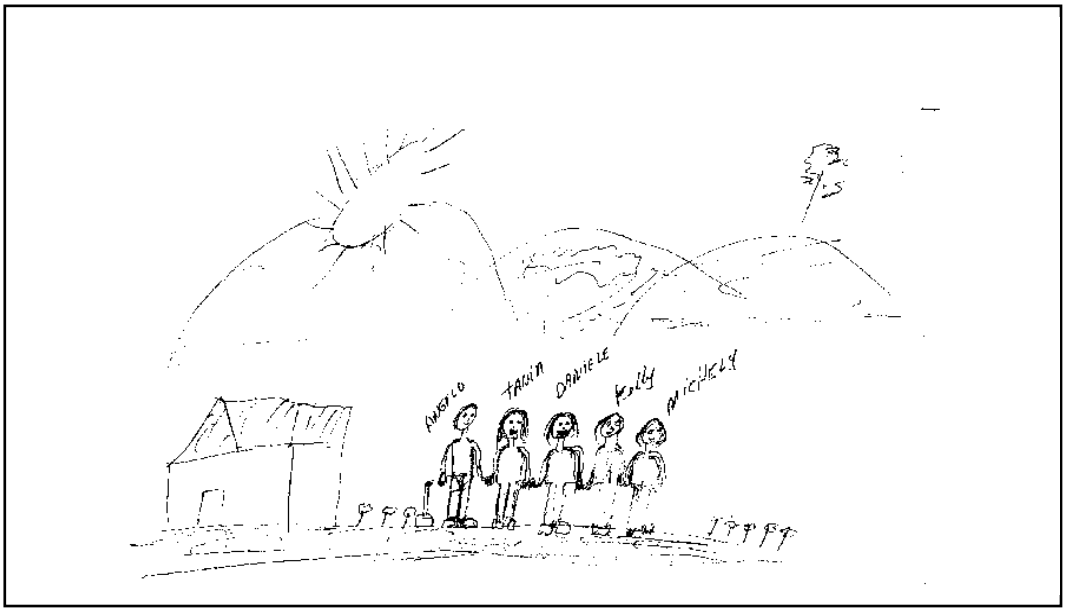


Figura 3 – Desenho realizado pelo atual marido da paciente

1) Nível gráfico: traçado fraco, indicando impulsos fracos e inibição instintiva.

2) Nível das estruturas formais: o desenho exprime o esquema corporal do sujeito, entretanto, é alterado conforme seus desejos: "fiz eu magro".

3) Nível dos conteúdos: faz a família do seu desejo, implicando em intimidade desejada por ele. Há uma valorização de si mesmo, até mesmo como uma forma de se proteger dos familiares que não o aceitam. Desenha um peso ao seu lado; este funcionaria como um protetor, algo firme que possa apoiá-lo. Possui desejos além da realidade, mas tenta afastar-se deles, do imaginário e de seus desejos. No entanto, há uma interferência em sua vida, visto que apresenta dificuldade de contato, evidenciando conflitos nas relações interpessoais.

Por parte da paciente deprimida, um desejo muito forte de se entregar às suas fantasias, de transformar a sua família no produto de suas fantasias, evidenciando a insatisfação do que se apresenta em termos familiares. Os familiares, de um modo geral, estão também insatisfeitos; a filha sente-se rejeitada, o marido excluído do contexto familiar, necessitando de proteção para permanecer nesta família. São sentimentos contraditórios dentro de um mesmo espaço; o fato de a paciente querer mudar sua família real, para a família imaginária, interfere significativamente no funcionamento familiar, desequilibrando as relações, criando uma tensão insuportável no grupo; provoca principalmente na filha, mecanismos primitivos de proteção para suportar os ataques de idealização por parte da mãe.

4.2.2. Família 2

a) ENTREVISTA

Com esta família, que me pareceu "perdida", a Depressão da esposa os levaram até ali, no entanto, confessaram que o problema desencadeante da doença é o relacionamento entre os dois; estão em um momento de questionamento sobre o casamento.

Paciente: **"Olha eu acho que faz muitos anos que estou com Depressão. Só que eu acho que agora foi a gotinha que faltava para explodir tudo. Faz muito tempo que eu venho chorando sozinha, não tenho vontade de conversar, não tenho vontade de sair. Muitas vezes tive vontade de morrer. Muitas vezes tive vontade de sumir." (...) "É que eu moro com a minha sogra, o meu cunhado falou muitas coisas, nós discutimos e tudo piorou. Eu fui procurar o meu sogro e a minha sogra para conversar e eles no momento não aceitaram**

conversar; acharam que eu estava tentando colocar meus problemas para eles resolverem e nós tivemos assim uma discussão, foi bastante feia. Eu tinha o meu sogro como mais que um pai para mim. (...) O E. (marido) não me deu apoio. Na hora da discussão, ele saiu, me largou só. (...) O E. é muito calado, ele não fala. Eu escrevi e falei para ele que eu queria solução para os nossos problemas. Ele falou que diante de tudo aquilo que tinha acontecido a melhor solução seria uma". Separação".

Marido: **"O problema da gente é desde que a gente se casou. O problema maior nosso é a relação sexual, não existe uma relação sexual perfeita entre a gente e isso gera insegurança tanto para mim quanto para ela. Só que eu acho que mais nela. O problema com meus pais, eu disse para ela que concordo mas, não da maneira que ela falou, foi para cutucar. Ela pois a mão na cara dele e falou duro, acusou coisas pesadas. Então ela achou que eu não estava dando apoio. Mas entendo que ela estava sob efeito da Depressão; ela agiu de uma maneira bem áspera e isso ela talvez seja comum, pois na casa dela todos são nervosos, são explosivos, mas ficam de bem de novo. Na minha casa não, é diferente. Ela se adaptou bem na minha família, agora o problema com os meus pais, isso prejudicou bastante. A gente praticamente está vivendo dentro da casa deles. Agora estou providenciando pára a gente sair da casa".**

Paciente: **"Ele me disse que eu fui muito áspera, eu até concordo, mas quando eu chego para você e falo que eu quero ter uma conversa, já tem tempo que eu venho falando. Qual é a sua reação? A gente sofre, ainda mais da maneira que eu estava. Chegou para mim e disse que não queria ouvir. Eu fiquei muito tempo calada. Todo mundo me magoava falava as coisas e deixava me machucar. Eu vou também, só que eu ainda tenho dificuldade de falar".**

Ouvindo as queixas desta paciente percebi que a forma como me comunicava o seu sofrimento poderia levar-me a sentir raiva de seu marido; ela se posicionava fortemente como uma vítima traída. Apesar de que segundo ela, realmente sofreu traição por parte do marido com uma amiga (psicóloga que estava tentando ajudá-los a resolver os problemas no casamento), tentava estabelecer uma relação de conteúdos inconscientes, onde eu teria que identificar quem seria o culpado, o inimigo e quem seria a vítima, o oprimido; ou seja, com que eu me identificaria: com a mulher traída ou com a psicóloga que queria ajudar?

Entretanto, apesar de seu discurso ser de lamentos, era um discurso carregado de sentimentos pesarosos; imprimia um peso muito grande, intenso, difícil de ser suportado; acho que essa forma de se manifestar provocava inicialmente pena da paciente, mas de forma subjacente, um desejo de distanciamento. Faz pensar o quanto o comportamento da paciente provocava um sentimento de impotência em quem estava em contato com ela; parecia que seu marido tentava provocar algo nela, transformá-la ou livrar-se dela. Da parte da paciente não havia suporte interno para tal mudança.

Paciente: **(...) "Eu casei com 24 anos, casei virgem, não conhecia nada, esperava que ele me passasse alguma coisa e ele nunca me passou nada. Depois que tudo explodiu, ele chegou a dizer**

que quando tinha relação comigo ele pensava na mulher, que é mãe do nosso filho mais velho. Nosso relacionamento nunca foi bom por causa disso: eu era inexperiente, não sabia de nada. E como ele pensava na outra ele nunca procurou a me ensinar nada. Era só papai-mamãe, como dizem. Ele faz e acabou. E aquilo me frustou muito, porque eu sonhava em fazer amor, era uma coisa muito diferente e para mim nunca era diferente, era sempre a mesma coisa. A gente tinha relação e ele virava para o canto, dormia porque relaxa e é gostoso, mas era gostoso para ele; eu chorava a noite inteira. Desde que nós casamos que eu venho com estes problemas e segurando sozinha. As gravidez veio muito seguida uma da outra, e os problemas financeiros sempre muito difíceis. Me preocupei de cuidar deles e esqueci que eu existia foi tarde. Eu me sinto uma empregada, lavadeira, passadeira, não me sinto amada e tantas outras coisas. Não sinto que a gente tem um lar. Quando eu casei porque eu queria ter uma família, um lar. E hoje vejo que a gente construiu um lar de areia. Cada dia que passa ele esta desmoronando. Eu não tenho me sentido forte o suficiente para resistir'..

Marido: **"Esta crise que ela teve agora, mais recente ajudou um pouco a unir a gente, eu me senti um pouco responsável por ela. Me sentia muito distante, sem interesse. Na Segunda vez que ela foi internada eu que trouxe ela aqui, eu dei todo apoio. Eu procurei fazer isso exatamente para demonstrar o meu interesse, não deixei faltar nada que ela queria, embora difícil para mim, mas eu sempre procurei atendê-la. Mas isso foi até bom."**

Entrevistadora: De que maneira?

Marido: **"Eu pude me achegar mais a ela, entendê-la mais. Acho que até as crianças sentiram também, porque tinha sempre ela preocupada em fazer comida. Fazer alguma coisa, tinha este tipo de preocupação."**

Filho: **"(...) Ela não fica mais brigando com a gente toda hora. Qualquer coisinha minha mãe brigava com a gente e agora ela não está assim; ela mudou um pouquinho.**

b) ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DESENHOS

b.1) Resultados quanto ao desenho da paciente:

1) Nível gráfico: traçado refletindo liberação instintiva e força interna.

2) Nível das estruturas formais: o desenho não exprime o esquema corporal da paciente, porém, reflete seu momento de confusão e angústia intensa.

3) Nível dos conteúdos: identifica-se com uma pessoa fugindo do ambiente, indicando desajuste em relação ao meio em que vive. Sente-se insegura, inadequada e deprimida. Evidencia necessidade de suporte; apresenta medo e falta de afirmação. Em relação aos familiares, expressa sentimentos negativos, como ódio, o que a faz desvalorizá-los. Seu desenho, produto de uma ação "irrefletida" (chorava e falava sobre a família; enquanto isso, rabiscava a folha a sua frente), entretanto inconsciente, foi resultado de depósitos de objetos rompidos em pequenos pedaços, confusos e perseguidores. Neste momento que está passando há uma angústia intensa e de caráter persecutório, produto de sua

relação familiar idealizada que não se concretizou em realidade. Mas, apesar da ansiedade acentuada, ela consegue diferenciar o mundo interno e o externo, o ego e o objeto.

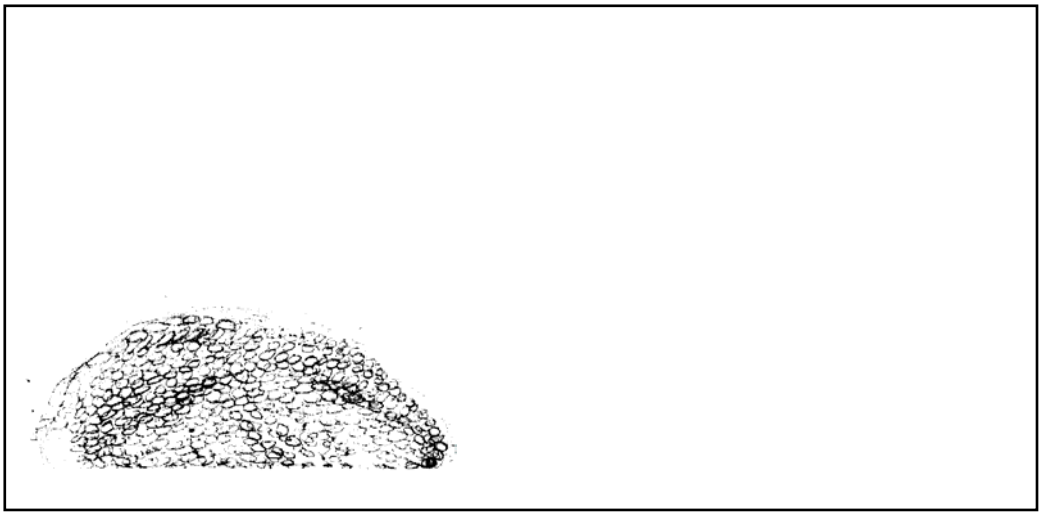


Figura 4 - Desenho realizado pela paciente

b.2) Resultados quanto ao desenho do filho da paciente:

1) Nível gráfico: traçado refletindo equilíbrio emocional.
2) Nível das estruturas formais: o desenho exprime o esquema corporal do sujeito.
3) Nível dos conteúdos: desenha uma família que não corresponde à realidade. Uma família que se diverte, que passeia, que expressa alegria e felicidade. Desejos de mudanças dentro do ambiente familiar. Percebe uma mãe com um status rebaixado em relação aos demais; coloca seu irmão como a figura de maior destaque, como sendo mais importante; o pai não se destaca dos demais como uma figura dominante. É perceptível um distanciamento entre os familiares, refletindo distanciamento afetivo; denota um grupo familiar desunido (as pessoas parecem que foram desenhadas individualmente); parece que não existe troca afetiva entre eles.

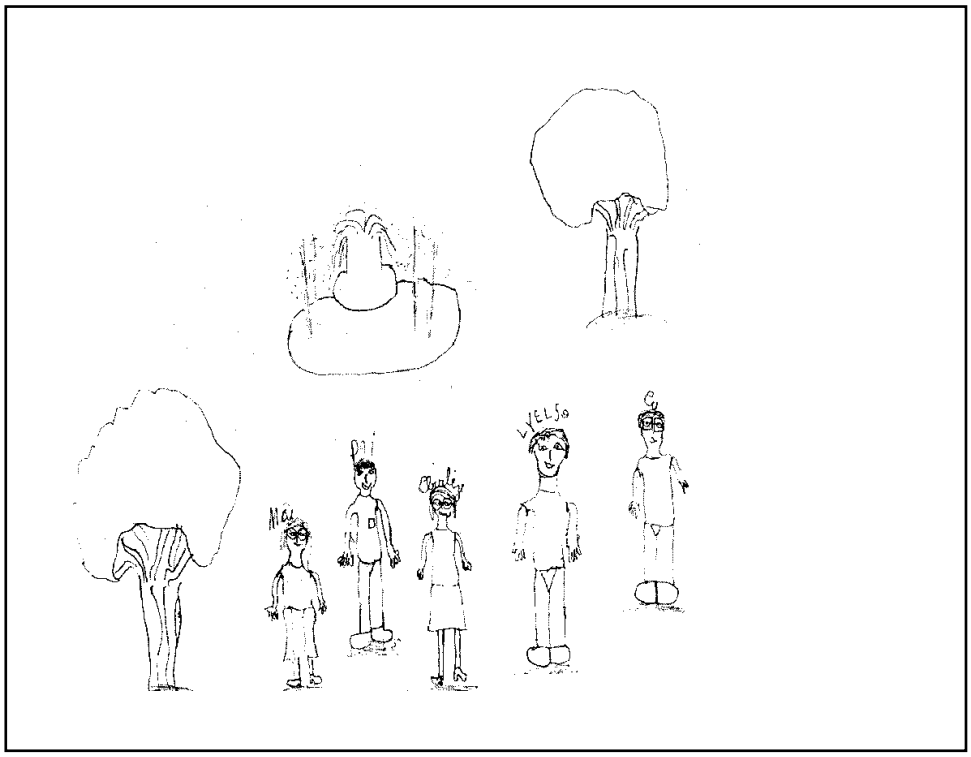


Figura 5 - Desenho realizado pelo atual marido da paciente

b.3) Resultados quanto ao desenho do marido da paciente:

1) Nível gráfico: traçado fraco, indicando impulsos débeis.

2) Nível das estruturas formais: esquema corporal primitivo, indicando imaturidade.

3) Nível dos conteúdos: Diante da proposta de desenhar uma família, desenha uma casa, montanha, árvore, um campo de futebol com pessoas jogando bola. O seu desejo está todo voltado para fora de casa, para fora do grupo familiar. O que mais se afigura neste aspecto é o seu distanciamento da família; há uma queixa implícita quanto à relação de sua família com o mundo e com as outras pessoas. Apresenta uma família enclausurada em casa, onde as pessoas estão distantes, como se o envolvimento com a vida não existisse; e de sua parte, não há interesse por essa família. Do outro lado, aponta a vida, a satisfação, os prazeres que o contato com os outros pode oferecer. É este contato que deseja; sonha com um mundo diferente do que sua família lhe oferece; está bastante insatisfeito. Quer mais, quer manter contato com os outros, está ávido por diversão. Apresenta necessidades de satisfação de tendências exibicionistas de poder e de masculinidade.

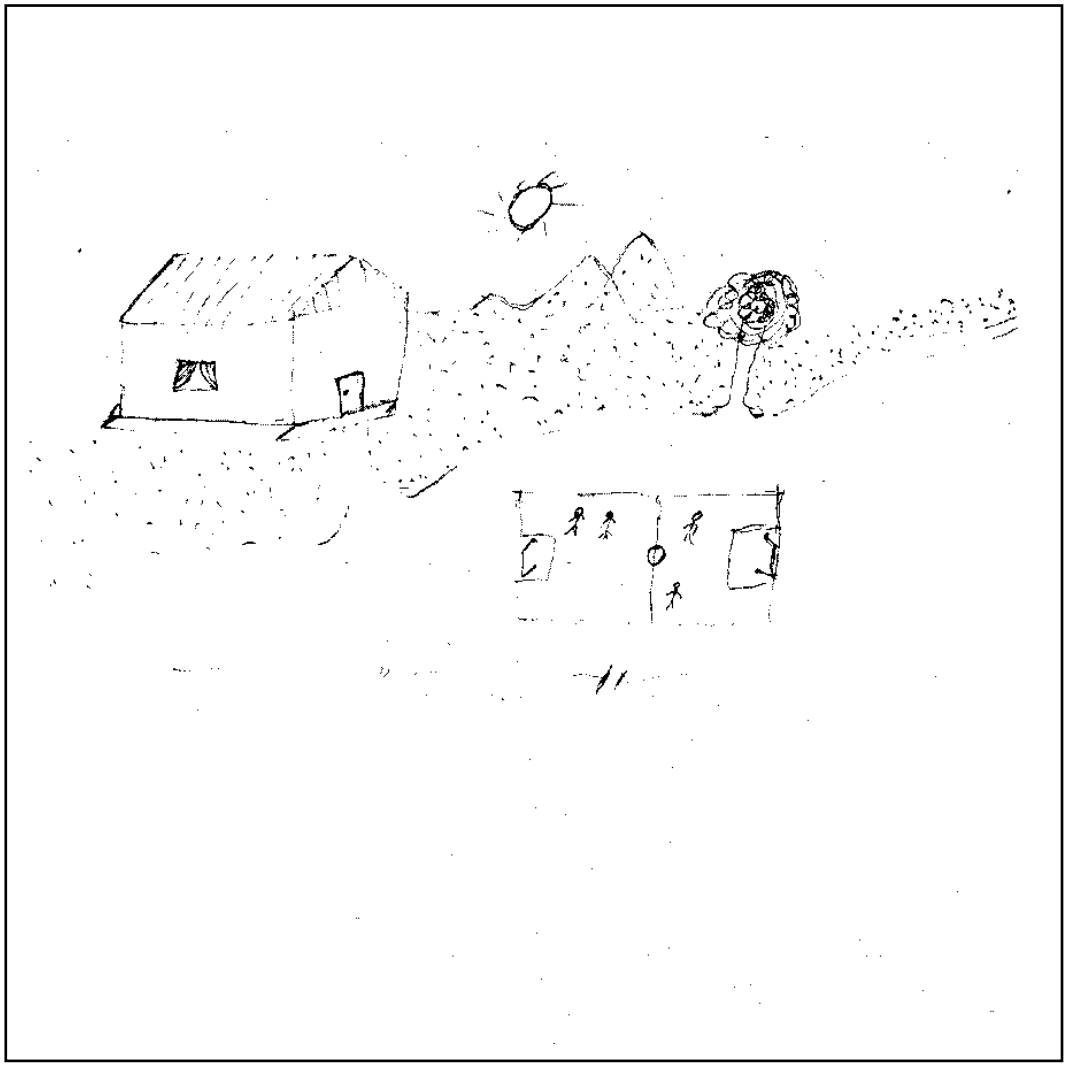


Figura 6 - Desenho realizado pelo filho da paciente

A paciente está desorganizada, confusa e insatisfeita. Fechada em seu mundo interfere nos sentimentos de cada membro, desequilibrando o núcleo familiar. A insatisfação apresentada pelos familiares foi a de distanciamento do mundo externo, de cerceamento por conta da paciente deprimida e um desejo muito intenso de obter prazer nas relações, nas ações. Por parte do marido não há interesse na família. É uma situação de bastante conflito, o que se caracteriza por um grupo familiar que não funciona como uma família, onde há trocas; o que parece, é que são pessoas vivendo juntas, no entanto, sem interesse mútuo. A esposa insatisfeita, denuncia a forma como se organiza esta família, ao mesmo tempo em que expõe seus desejos inconscientes de encontrar no marido o continente ideal para suas angústias (mecanismo de deslocamento em relação aos desejos

que envolviam ela e sua mãe de fato e que não foram elaborados). Enquanto a paciente acreditava que existia por parte do marido o desejo de sustê-la, ela aceitou a situação; mas depois não mais pode continuar com a idealização.

4.2.3 Família 3

a) ENTREVISTA

Esta família se apresenta em número de três pessoas, a mãe, a filha (paciente) e a irmã mais nova. A mãe logo inicia a fala, dizendo que a filha não está nada bem; fala rapidamente, logo após a minha apresentação. Expõe as dificuldades da filha, sempre voltadas para as conseqüências em sua própria vida. A filha não fala, permanece de cabeça baixa, sem levantar o olhar.

Mãe: **"Ela agora fica dependendo de mim (mostra-se irritada); eu trabalhava fora, e vivo agora tendo que matar o serviço para cuidar da casa, não tem condições, eu dependia dela para arrumar a casa, cuidar da irmã, agora só fica amuada em cima de uma cama, não quer nada com nada, está sobrecarregando, por causa que eu tenho que ficar em casa, fazer tudo, é tá difícil, não tem como eu ficar faltando o serviço; a patroa entende, mas não dá para faltar sempre, né? Daqui a pouco ela se enche, e eu preciso do emprego; o pai dela não dá conta de sustentar a casa. Tem dia que é boa, às vezes saio de casa, e quando ligo para saber como está, está dormindo, não acorda, aí tenho que largar tudo e ir lá fazer o almoço, cuidar da pequenininha. Agora tirando isso, ela era uma beleza, cuida muito bem da casa, da irmã pequena, né filha? (olha para a filha mais nova)".**

Mãe: **"O jeito de ser dela mudou. Ela era contente e agora ficou uma menina triste. Só levanta para comer, antes era brincalhona. Mudou tudo, já brigou com a vizinha, você vê, vizinha antiga, agora fizeram as pazes. (pausa) Agora ela ficou comigo em casa, ficava boa, boa, boa, o pai chegava e ela desmanchava a chorar. O que ele ia pensar, que eu to judiando da menina? Como é que eu vou explicar isso para ele. Eu quero bem minha filha, mas é só ele chegar e ela desanda a chorar".**

Mãe: **"Ela é esforçada, acho que vai dar conta de passar de ano, está se recuperando, não vai fia? Ela faltou muita aula, só ficava em cima da cama, não queria nada com nada, nem tomar banho ela aceitava, tem que brigar para ela levantar".**

Depois de muito reclamar do comportamento da filha ela abre uma brecha para que K. (a paciente) falar alguma coisa.

Mãe: **"Fala filha, a doutora quer saber o que acontece com você. Conta o que aconteceu".**

Ela permaneceu em silêncio; olhou para mim, mas sem continuou calada.

Mãe: **"Acho que tudo começou com esse casamento dela com o rapaz".**

Entrevistadora: "Ela se casou?".

Mãe: **"Tava com um cara, aí nós achamos melhor que ela juntasse logo com ele, do que ficar assim; não era mais virgem mesmo. Até fizemos um quartinho com cozinha do lado de casa para os dois, mas ele só quis saber de beber. Não sei parece que ela se arrependeu, se sentiu culpada, não pode falar nisso que chora, olha aí (a paciente começa a chorar). Ela diz que não queria magoar o pai. E agora o rapaz que não serve para nada, nem liga para ela. Agora ela está em casa de novo; fizemos largar".**

A menina parece que realmente está se sentindo muito culpada. E a mãe a ataca o tempo todo em que ocorre a entrevista. Mostra raiva nos gestos, quando fala com ela, exige que responda quando pergunto algo diretamente a ela; no entanto, a mãe sempre complementa a fala da paciente. Fica muito clara a irritação da mãe em relação à filha deprimida, que só estabelece contato por um momento durante toda a entrevista, quando está desenhando a irmã mais nova que está presente; ela sorri para a menina e diz que está desenhando ela. O restante do tempo ela chora ou permanece em silêncio.

A mãe conta que o pai é que a traz para as consultas e que ele é que é informado sobre como deve tratá-la. Ela afirma que não tem tempo para levar a filha, mas que veio desta vez, pois queria resolver esse problema logo. Conta também que a paciente piorou, pois não tomou a medicação; não continuaram com o tratamento.

Sobre os sentimentos da paciente, diz que: "Eu fiquei triste" (quando soube de seu problema). Sobre os sentimentos de seus familiares diz: "Eles ficaram tristes." Quanto ao tratamento falou: "Ajudou um pouco."

Mãe: **"É que ela melhorou, a doutora *** (residente), passou uns remédios para ela, só que acabou, e não veio pegar mais, e voltou tudo de novo, ficou assim, sem vontade para nada."**

A mãe não se prontificou a continuar o tratamento; queria vê-la melhor para que não mais atrapalhasse seu trabalho, seus interesses. Queria sim, resolver seu problema e não o da filha.

No término da entrevista a mãe novamente solicita que se resolva o problema da filha, que ela precisa muito dela.

b) ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DESENHOS

b.1) Resultados quanto ao desenho da paciente:

1) Nível gráfico: seu traçado reflete a existência de impulsos fortes e liberação instintiva.

2) Nível das estruturas formais: os desenhos exprimem o esquema corporal adequado.

3) Nível dos conteúdos: a família desenhada não demonstra ser a família desejada. A pessoa mais importante é colocada em primeiro lugar; esta seria a figura da mãe, que durante a entrevista a agrediu todo o tempo. Apesar de ter a mãe como a figura central da família fica evidentes seus conflitos em relação a ela; deste modo, prefere se posicionar, se proteger ao lado do pai. Sugere em seu desenho uma intimidade entre ela, o pai e a mãe: uma relação triangular e conflitiva, visto que a mãe é vista por ela como mais importante, mas fica distante dela, como se tivesse medo, como se sentisse ameaçada. A irmã mais nova é eleita a predileta, mas está distante de todos; está só. O que se percebe é que ela se identifica com essa irmã e, assim, permite projetar suas angústias sobre esta figura.

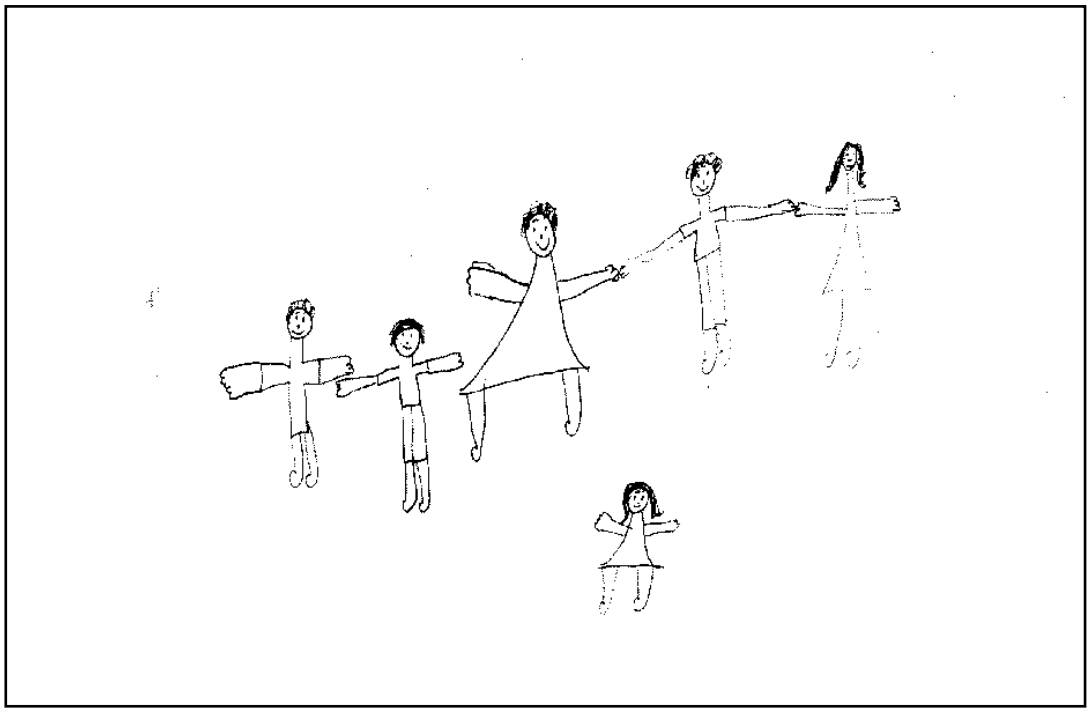


Figura 7 - Desenho realizado pela paciente

b.2) Resultados quanto ao desenho da mãe

1) Nível gráfico: traçado forte, implicando em impulsividade e liberação instintivas.

2) Nível das estruturas formais: o desenho exprime o esquema corporal do sujeito.

3) Nível dos conteúdos: a figura de maior valência apontada é a filha mais nova, evidenciando sentimentos de amor e afeição. As figuras depreciadas, desvalorizadas, na família são: a filha (paciente) e o marido; há uma expressão de sentimentos de desconsideração e ódio em relação a eles. De um modo geral, expressa seus sentimentos de insatisfação em relação à família e muitas dificuldades no relacionamento com o marido e a filha (paciente).

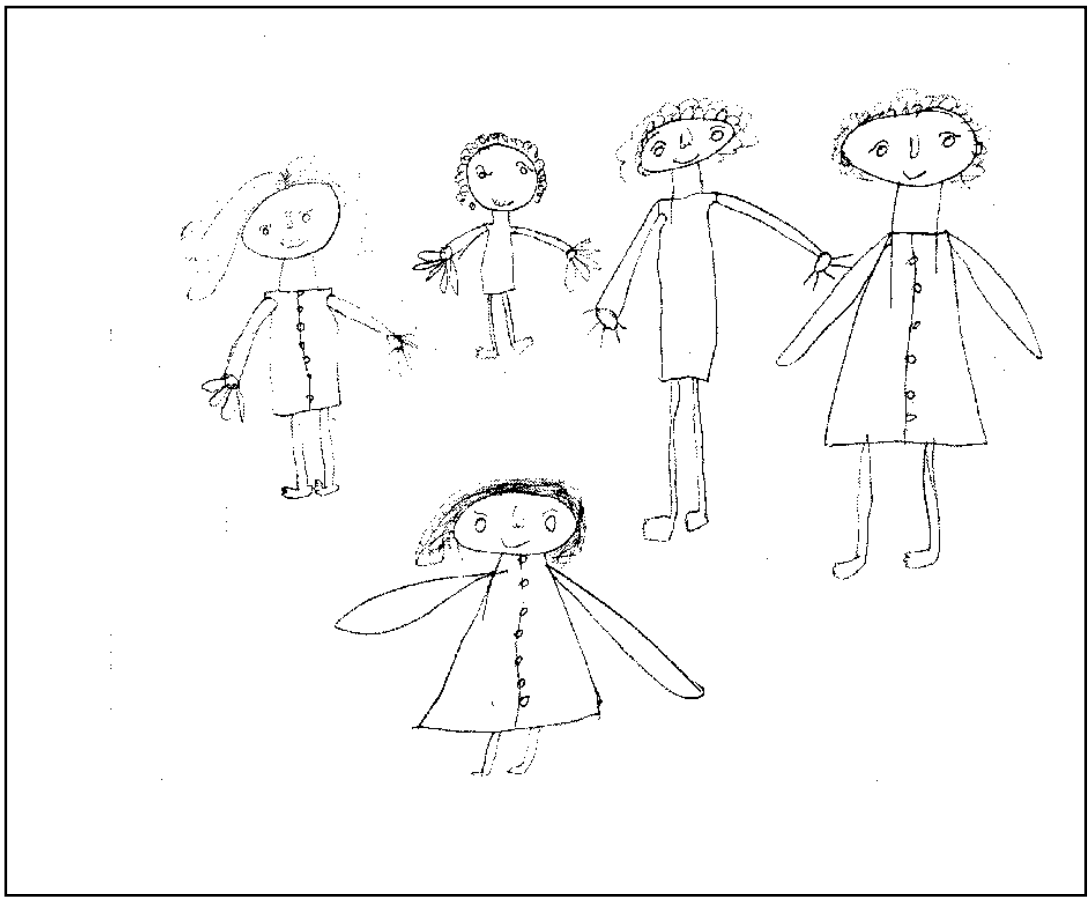


Figura 8 - Desenho realizado pela mãe da paciente

Parece haver um ponto de tensão bastante grande entre filha e mãe. Até onde se pode notar, esse ponto recai sobre a dependência da mãe em relação à força de trabalho da filha. A mãe é o ponto central deste grupo familiar; mostra-se dominadora, manipuladora e rancorosa em relação à filha deprimida. Penso que talvez a Depressão esteja sendo apenas um pretexto para os ataques da mãe a esta filha; é nítida uma competição, uma rivalidade entre elas. No contexto da adolescência, as questões edípicas afloram-se em demasia. Parece que esse acaba sendo o conflito principal desta relação mãe-filha-marido-pai, que

pelo que relatado, interfere também no restante da família.

4.2.4 Família 4

a) ENTREVISTA

A quarta família foi a que mais se diferenciou; era um casal que vivia junto há pouco tempo, ele mais velho do que ela. O marido mostrava-se sempre alegre, expansivo e ela tentava acompanhar o ritmo, mas sem sucesso; seu sorriso era sem conteúdo, vazio; parece que não havia ressonância interna. O marido fazendo piadas, buscando um contato, mas sem conseguir um contato mais afetivo; envolveu-se o restante da entrevista com o enteado em brincadeiras.

A paciente mostrou-se distante, envolvida somente com o filho, preocupada com o mesmo. Para isso, o trabalho parecia sua salvação. Não se dava conta de si mesma, do que sentia; vivia exclusivamente em função do filho.

Paciente: **"O dia que eu vim na médica. Há um mês. Nem sabia que estava doente. A gente se importa sempre em trabalhar, marretar, não tem tempo nem para pensar".**

Paciente: **"Eu fico deprimida, mas as pessoas não vê. Só quando eu estou sozinha é que vejo que eu preciso chorar".**

Paciente: **"Eu às vezes chorava e ele (filho) chorava; aí ele também começa a chorar sem ter motivo".**

Marido: **"Ela vivia muito sozinha, distante de todos. Parece que ela se solta mais tem mais para se soltar".**

b) ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DESENHOS

b.1) Resultados quanto ao desenho da paciente:

1) Nível gráfico: seu traçado indica impulsos refreados, timidez, doçura e inibição instintiva.

2) Nível das estruturas formais: seu desenho exprime o esquema corporal adequadamente.

3) Nível dos conteúdos: aponta a si mesma como sendo a figura central da família. Apesar de incluir o marido na família, este é visto com uma função definida, que é cuidar, proteger, substituir o pai de seu filho. Isso ocorre, pois há uma grande preocupação em relação a ele. Teme por sua adaptação e inter-relação com o meio. Tenta protegê-lo

como pode, ficando mais preocupada com ele do que consigo mesma. Mesmo existindo a presença do marido atual a paciente ainda permanece ligada, sobremaneira, a uma figura idealizada, que ainda acompanha o seu pensamento, fazendo com que não consiga se vincular ao que está ao seu redor (afetivamente).

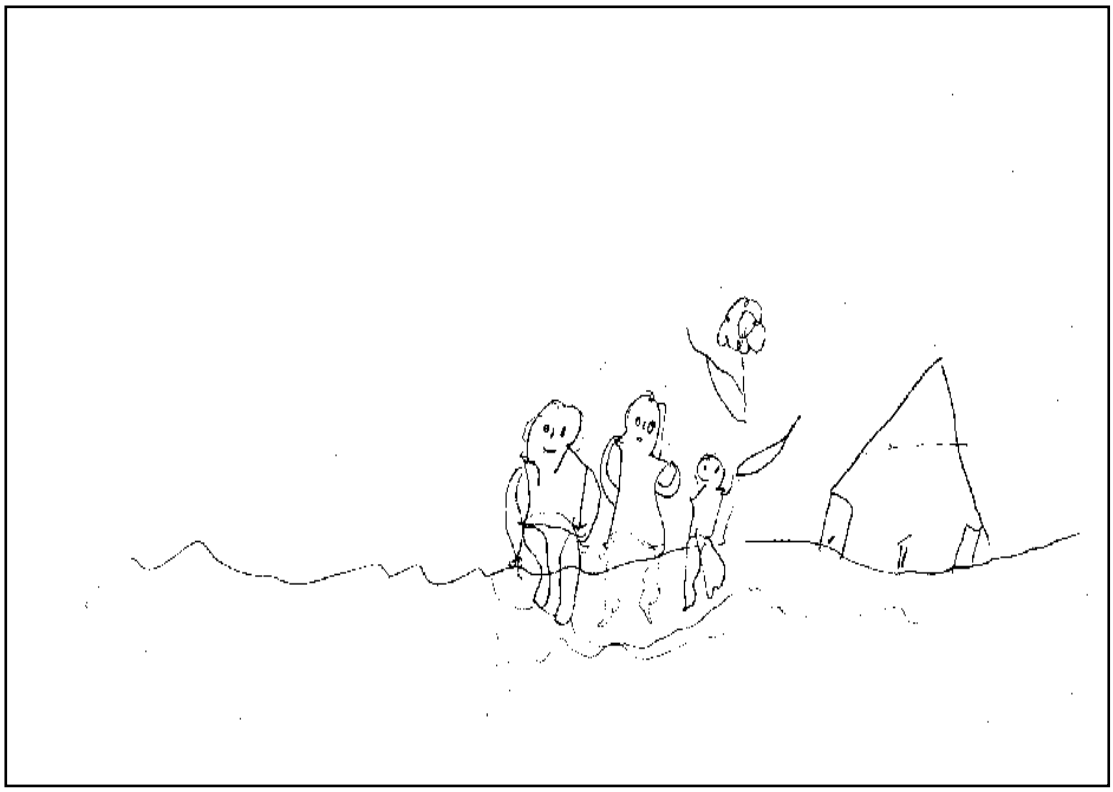


Figura 9 - Desenho realizado pela paciente

b.2) Resultados quanto ao desenho do filho:

1) Nível gráfico: traçado forte, percebendo-se liberação instintiva.

2) Nível das estruturas formais: há projeção de regressão no esquema corporal do sujeito; entende os demais, mais desenvolvidos do que ele.

3) Nível dos conteúdos: a vivência afetiva expressa um sentimento de estar de lado em relação ao casal. Percebe a mãe como estando "solta", necessitando de alguém que a proteja, que a "sustente". Ele aceita a presença do "tio"; acho que por perceber as inseguranças de sua mãe. No íntimo, percebe-se rivalidade em relação a seu padrasto.

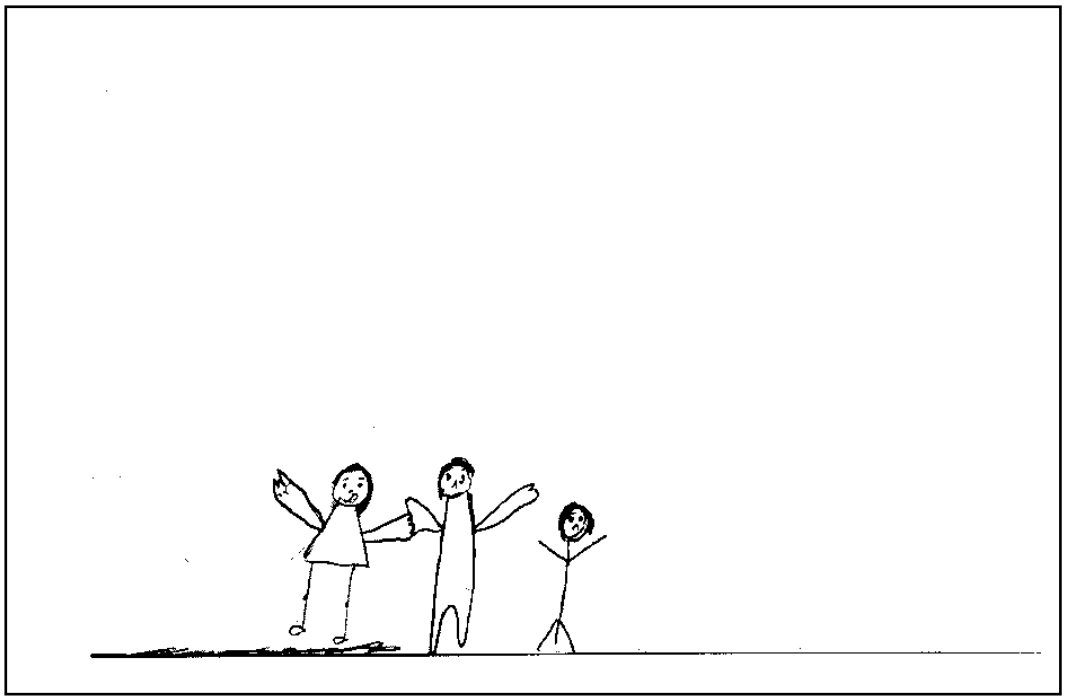


Figura 10 - Desenho realizado pelo filho da paciente

b.3) Resultados quanto ao desenho do marido:

1) Nível gráfico: traçado leve; indica medo de revelar seus problemas, inibição dos impulsos e sentimentos de inadequação.

2) Nível das estruturas formais: esquema corporal debilitado, sentimentos interferindo em seu desempenho; o que ocorre é que há censura significativa quanto à sexualidade.

3) Nível dos conteúdos: apresenta traços de imaturidade afetiva e desejos de não tomar conhecimento dos problemas do mundo e de si mesmo. Porém, coloca-se na família como protetor de todos. É perceptível a ambivalência neste caso, com tentativa de fuga, no sentido de se proteger. Em situações onde não consegue esta proteção, usa de artifícios indiretos, como forma de se manter tranqüilo; insere a bicicleta como que para poder estabelecer um vínculo com o garoto, ou seja, um vínculo indireto. Tem medo de se envolver mais afetivamente com alguém e assim, se frustrar. Coloca-se como protetor, parece que é a única forma que encontra para se permitir um envolvimento.

Demonstra medo de seus próprios impulsos sexuais e agressivos. Para não se enveredar pelo caminho dos impulsos, utiliza como medida defensiva a anulação.

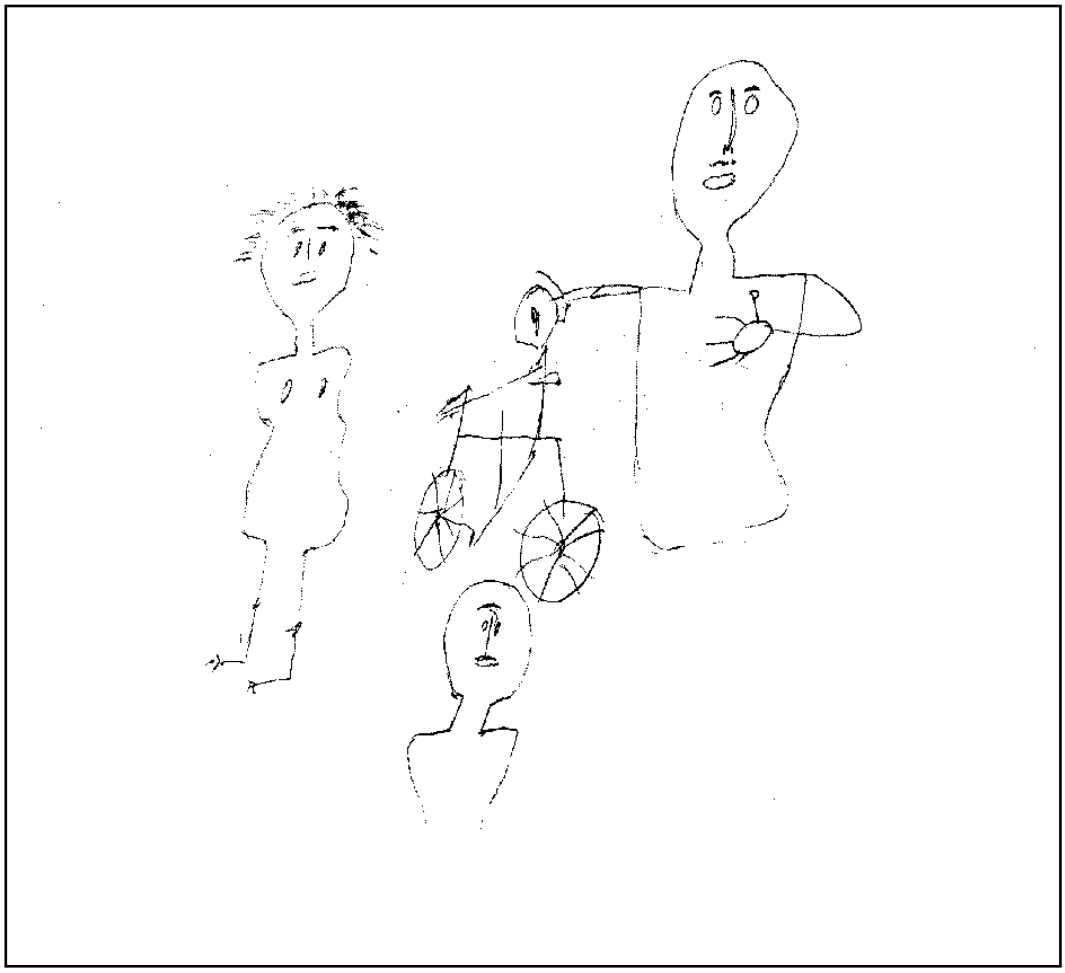


Figura 11 - Desenho realizado pelo atual marido da paciente

Nesta família, a mãe (paciente) coloca-se como figura central, mas sem preocupações consigo mesma e com sua situação (doença). Ela deposita todas as suas preocupações no filho. O que deseja para seu filho é a presença de um pai, como se isso fosse resolver suas preocupações em relação a ele; mas aparece o deslocamento de seus desejos sobre o filho; ela tem desejos de ter o pai de seu filho de volta ao lar; ainda está presa a esse desejo. Parece que o marido atual só existe como substituto paterno para esta criança. Ela por outro lado, não percebe a existência de sentimentos mais íntimos provavelmente ligados a desejos sexuais reprimidos.

Pelo lado do filho, ele também se preocupa com a mãe, acha que ela precisa de proteção, no caso o "tio". Esta família se configurou segundo as preocupações manifestas.

Interessante observar que a pessoa, no caso o marido/padrasto, vem atender às necessidades desta família; ele também se posiciona, parece que se percebe e aceita esse papel de pai dos dois; não se coloca na posição de marido. Temos uma configuração familiar articulada pela falta do marido "original", pai "real". A esposa deseja um homem, mas encobre seus desejos, ficando com um homem que funciona como um pai. O marido, apresenta muitos e intensos sentimentos ambivalentes, o que o levou a buscar essa situação de ser somente protetor-pai e não protetor-pai-homem.

4.2.5 Família 5

a) ENTREVISTA

O paciente mostra-se bastante disponível para a entrevista, dizendo que ele está bem melhor, que hoje consegue trabalhar, que antes não tinha ânimo para nada. Parece estar bastante agradecido ao médico que está lhe tratando; a todo instante fala em seu nome e dos benefícios da medicação.

Começamos a entrevista com o paciente falando sobre como se sentia, o início da doença, como ficou sabendo e como reagiu.

Paciente: **"Pensava em tratar para ficar bom. Queria muito".**

Sobre como seus familiares reagiram diante da situação ele responde:

"Reagiram bem, não me agrediam, mas não mexiam comigo. Largava para lá".

"Para a esposa foi muito ruim, era muito nervoso; traz conseqüências. Eles não entendia, agora é que entendem, pois viram o resultado. Tratava normal. Achava que tinha que trabalhar que não era nada. Falava para tratar mais achava que não tinha condições para fazer o tratamento sem pagamento. Aí que a filha de um amigo meu que é Psicóloga me falou o que eu tinha e onde podia tratar. Os outros acham que é preguiça, invenção para não trabalhar; que é moleza."

"Não tinha ânimo para nada sou desinquieto, não gostava de ficar parado. Não tinha vontade de conversar com ninguém. Agora melhorou, só não parou ainda o choro, sem nada eu às vezes ainda choro."

A esposa permaneceu em silêncio, escutando o paciente falar. O filho às vezes fazia algum comentário, lembrando alguma situação, complementando o que o pai falava.

Filho: **"Eu pensava ou saia para trabalhar e não conversava com ele; ele lá parado, ele não tinha ânimo, eu achava que tinha que tratar. Ficava lá distante da gente, o dia inteiro sentado na cadeira".**

Filho: **"Principalmente não podia falar nada com ele, que ele esbravejava, brigava, xingava. Ficava uma arara. Quieto, sentava, não ia em lugar nenhum. Se perguntava se queria ir em tal lugar, respondia: não, vai se quiser você, você vai. Não tinha nada que falava que ele concordava, mas quando bebia ficava alegre, extrovertido. No outro dia era a mesma coisa".**

Depois de algum tempo a esposa conta o que sentia: **"A gente incomodava, mas não entendia do assunto; a gente tem poucos recursos, fica tudo mais difícil né?"**

Neste momento, o filho conta que a mãe está com câncer e que está fazendo tratamento. Antes moravam em outra cidade e lá um médico diagnosticou câncer no útero de sua mãe. O procedimento médico foi o de retirada do aparelho reprodutor. Depois de algum tempo o câncer voltou. O filho justifica o comportamento mais silenciado e distante da mãe, que sente dores. O paciente interrompe dizendo: **"Eu digo que se eu tivesse continuado lá em *** (cidade que antes moravam) eu tinha morrido e ela também".**

Foi uma entrevista com plena colaboração de todos. Penso que a situação da família, que passa por uma situação de doença da mãe com câncer, o retorno deste câncer e no intervalo a Depressão do marido, está difícil e denotando muita fragilidade; é isso que vejo: Todos envolvidos nesse momento em busca de uma união. O clima era de tranqüilidade e colaboração. Um solidário com o outro.

b)ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DESENHOS

b.1) Resultados quanto ao desenho do paciente:

1) Nível gráfico: traçado firme, refletindo impulsos fortes, comportamento audacioso, liberação instintiva, às vezes chegando à violência.

2) Nível das estruturas formais: há evidências de expressão adequada do esquema corporal do sujeito.

3) Nível dos conteúdos: o paciente se vê diferente dos demais, como se não pertencesse à família. Coloca-se como sendo afetivamente a figura de maior importância; há um grande investimento em si mesmo. De outro lado, apresenta imaturidade, fuga e ausência de relação com o meio e busca de controles sexuais, pois é uma pessoa

erotizada, que se sente culpada por desejos sexuais e agressividade.

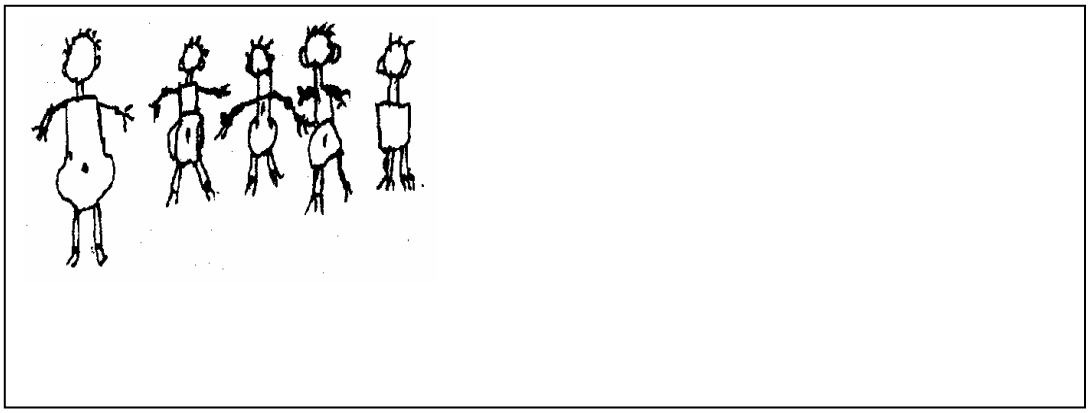


Figura 12 - Desenho realizado pelo paciente

b.2) Resultados quanto ao desenho da esposa:

1) Nível gráfico: traçado evidenciando equilíbrio mental.

2) Nível das estruturas formais: o desenho reflete amadurecimento quanto ao esquema corporal.

3) Nível dos conteúdos: inicialmente há uma valorização de si mesma e desvalorização do marido. O valor é dado à figura feminina; em relação às figuras masculinas, estas, são desvalorizadas; são vistas como dependentes do sexo feminino. Há agressividade nas relações.

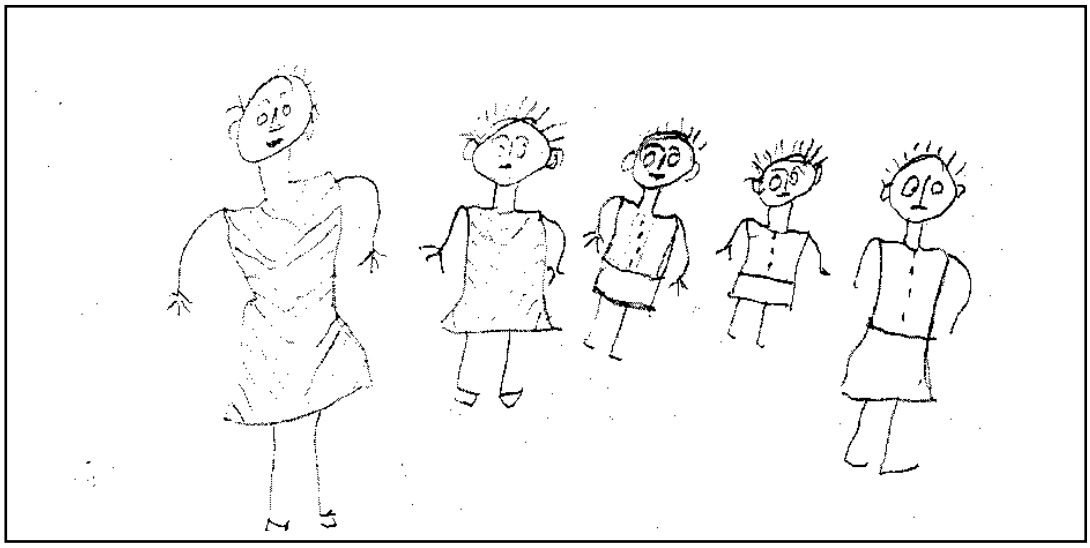


Figura 13 - Desenho realizado pela esposa do paciente

b.3) Resultados quanto ao desenho do filho:

1) Nível gráfico: impulsos fortes e liberação instintiva.

2) Nível das estruturas formais: há expressão do esquema corporal de si mesmo, confirmando amadurecimento neste nível.

3) Nível dos conteúdos: a família desejada não é a realizada; está no momento, ainda sentindo-se na família original, por conta de que a sua mulher o abandonou. Mas, ele ainda tem o desejo de recuperar sua família. A figura mais investida é o filho que teve com uma mulher que o abandonou e sua mãe, que é vista como a figura de autoridade dentro da família. Os componentes dessa família, estão distanciados, mostrando um contato afetivo distanciado, apresentando dificuldades de manter contato externo.

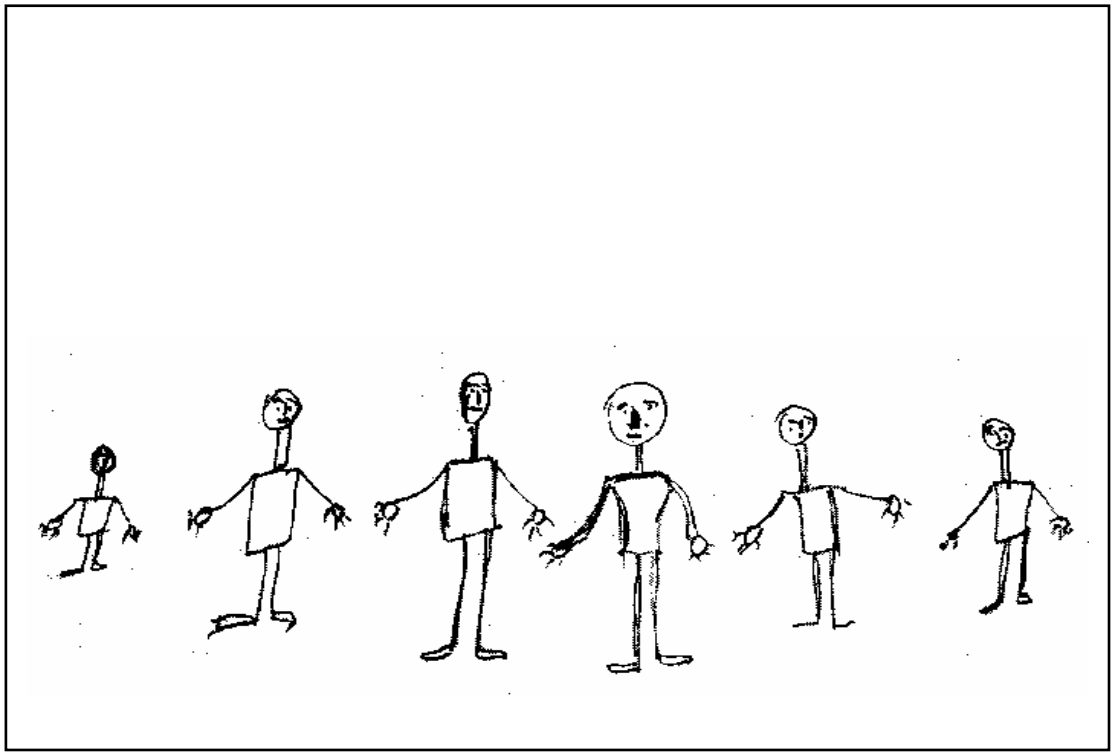


Figura 14 - Desenho realizado pelo filho da paciente

Os desenhos articulados por esses familiares é significativo de conflito dentro do âmbito familiar. Há uma presença muito marcante da mãe dentro desta família. Por sua vez, essa mãe é a figura de maior autoridade e dominância no grupo. A mãe desconsidera o marido e o filho enquanto figuras masculinas; os entendem como seres dependentes dela e

isso gera conflitos tanto com o marido como com o filho, que tenta se afirmar, mas que encontra dificuldades. Para esse filho as coisas tornam-se piores por conta de sua deficiência física (pernas tortas e estatura baixa); ele tem um maior prejuízo na sua auto-estima, que tenta compensar por intelectualização; o fato da mãe não fornecer prestigio a seu gênero sexual, cria conflitos quanto a sua pessoa (Ele é quem lembra a mãe de que ela não desenhou o pai). O marido, muito egocêntrico, está absorto a seus problemas, a seus desejos sexuais que lhe trazem culpa; outras vezes, é seu guia, sendo nestes momentos bastante instintivo. Essas características estão neste momento encobertas pela Depressão. Ele está no lugar que sua mulher deseja e seu filho abomina.

Apesar de todos estes conflitos dentro deste grupo familiar, eles estão vivendo um momento diferenciado, um momento de trégua, de apoio uns aos outros. Estão muito fragilizados, o marido deprimido, a mãe com câncer, o filho desempregado, sem mulher e com um grande sentimento de menos valia. A mãe toda poderosa adoece novamente, mas continua lutando pela melhora; o marido debilitado, desvalorizado pela mulher como homem, antes mesmo da Depressão, ganha o estatus de igualdade: os dois estão doentes, homem e mulher; o filho da a impressão de que também se beneficiou com essa situação. O sofrimento de todos, abriu um espaço para a comunicação entre eles; um movimento diferente dentro de tantos conflitos permeando as relações desse grupo familiar..

4.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS OBSERVADOS ACERCA DE TODAS AS FAMÍLIAS

4.3.1 Dados observados acerca do diagnóstico de Depressão

Por meio dos dados colhidos no que diz respeito ao quanto de tempo que tinham conhecimento do diagnóstico de sua doença, observou-se que, apesar de fazerem ‘referência à percepção de que não estavam bem já há muito tempo só entender sobre o que se passava há pouco tempo, em média três meses e meio.

Esta observação é comentada com veemência por parte das pessoas investigadas; imediatamente, quando feita a questão, percebeu-se alteração na tonalidade da voz e na expressão facial; as respostas nos três casos investigados foram extensas, onde,

em suas falas, não se detiveram em dar uma resposta direta.

O diagnóstico foi dado aos pacientes em quatro casos, diretamente pelo médico; apenas em um dos casos foi dado por um amigo, entretanto, verificou-se que esse amigo é um profissional Psicólogo.

Quando questionados sobre a reação diante do diagnóstico, notou-se uma variedade de reações. Porém, são reações que podem ser classificadas como afetivas.

É interessante observar o espaço de tempo que levaram as pessoas deprimidas a procurar ajuda e, então, ter ciência de seu problema; apesar da referência de que há muito tempo não estavam bem, somente há pouco tempo procuraram o entendimento, o tratamento da problemática. Faz com que pensemos. Sabe-se que o deprimido sofre de uma tristeza patológica e que o seu desconforto é muito grande, no entanto, a busca por algum tipo de solução é demorada, visto o que foi observado.

Pensei em falar sobre essas particularidades, por achar relevante. Do ponto de vista do paciente, que sofre desta enfermidade, verificamos que ele não estava bem há tempos, mas que não foi em busca de uma solução e que o diagnóstico era apenas uma constatação do que já percebia de certa forma anteriormente. Por outro lado, o que acontecia com os familiares que percebiam as alterações de comportamento do membro da família? E também quando procuraram ajuda foi depois de muito tempo. Faz com que questionemos a relação do doente com a percepção de si mesmo e dos familiares.

Observou-se que, dos cinco casos investigados, uma paciente procurou diretamente pelo serviço. Em uma entrevista, verificou-se que a paciente, uma adolescente, começou a apresentar a doença há cerca de seis meses e que não se observou qualquer fase anterior em que estivesse deprimida; chama a atenção, neste caso, que a busca pelo tratamento surgiu por parte da mãe da paciente; ela justifica sua ação, por necessitar dos serviços desta filha, que é a mais velha de seus filhos e que cuida da casa e dos irmãos para a mãe; incluindo o fato de que a irmã menor tem três anos de idade e que, desde o nascimento, é a paciente quem exerce a função de mãe. Outro fato observado é que esta entrevista foi o único momento de participação desta mãe no tratamento da filha; o pai é que sempre a acompanhou ao médico. Noutro caso analisado, uma profissional é quem fez a indicação para a família do deprimido procurar ajuda, indicando o local. Já no terceiro caso, a mulher de seu irmão é quem percebe que ela não estava bem e é quem a leva para o

serviço de psiquiatria. Isso, de certa forma, também foi evidenciado pela quarta paciente; indicam o serviço a ela, pois se queixava de uma dor de cabeça constante, que atrapalhava o seu desempenho no trabalho.

Tendo consciência, no caso do paciente, sobre a sua dinâmica interna, que dificulta qualquer tipo de ação, encontramos uma justificativa. Na fenomenologia da Depressão, verificamos uma acentuada perda da auto-estima, reforçada por uma perda do abastecimento interno advindo do superego. É notável como se relacionam com as pessoas à sua volta; sempre esperando que lhes restituam a auto-estima que se perdeu. Como Fenichel (1981) já nós auxiliou anteriormente, fica realmente evidente que o paciente busca conquistar, cativar as pessoas circundantes, através de uma atitude masoquista. Esse fenômeno é observado com mais clareza nos depressivos neuróticos; já nos psicóticos, não quer dizer que não exista, mas essa atitude se dirige mais para os objetos internalizados. Mas, de um modo geral, os deprimidos buscam extirpar os sentimentos de culpa, perseverando em uma relação onde os objetos devem lhes dar afeição.

Essa dinâmica exposta ajuda-nos a entender a causa de os deprimidos não procurarem ajuda para os seus infortúnios; pensemos, então, no fato observado em relação aos familiares, que, segundo os próprios, perceberam mudanças no comportamento do deprimido, mas demoraram a procurar auxílio. Em um dos casos investigados (Família 3), percebe-se que a mãe, pessoa que se mostra como sendo a "forte" da família, decide que a filha deve procurar por tratamento, pois não toma mais conta da casa e dos irmãos; tornam-se secundários os motivos reais de procura, no caso o sofrimento da filha. Em outro momento, a mãe reclama, visto que a filha, além de tudo, brigou com a vizinha, amiga de anos da família. O que justifica em relação à demora para levar o paciente deprimido para o tratamento, por parte da família, é um desconforto geral em relação ao drama vivido pelo depressivo.

Outro dado observado foi a presença marcante, em todos os casos investigados, da rejeição ao deprimido, por parte das pessoas de modo geral; apesar de que não tenha sido dito verbalmente pelos familiares esse sentimento, pode-se notar que, de forma latente, era um sentimento corrente entre os familiares.

Dá a impressão de um afastamento por parte do depressivo, por não se sentir entendido e do lado dos familiares, vizinhos e amigos, um descontentamento, um

movimento de crítica manifesta, que sustenta por trás a rejeição ao sofrimento alheio. Como se até tivessem que negá-lo, para poder conviver com ele. Indo um pouco mais longe, seria importante averiguar o quanto a percepção desse sofrimento remete a pessoa a se colocar no lugar da outra e o quanto é suportável essa vivência; o medo de seu próprio sofrimento seria uma possibilidade, que justificaria tal rejeição; o medo de sua "própria loucura"?

Viñar (1994) citado anteriormente, vem ao nosso auxílio nesta questão, quando buscamos o "nós", tentamos nos salvaguardar do que é diferente. Há o assinalamento do reconhecimento no outro, no caso aqui, no depressivo, de sua aparência perturbadora e fobígena. Aparece outro traço, apontado por Viñar (1994), que a identidade se abala entre a primeira pessoa do singular e a primeira do plural. Uma vacilação entre o "eu e o nós", que nos faz perseverar no decorrer de nossas vidas, em torno de um ponto inconcluso, sobre nossa identidade, que se transforma, mas nunca se fecha em um círculo completo, pleno. Surgem as perguntas, quem sou? Quem somos? Diante da ruptura que o estranho nos provoca.

4.3.2 O relacionamento

O questionamento foi feito, visando ao entendimento sobre como a doença interferiu no relacionamento dos familiares de um modo geral.

Todas as respostas foram indicativas de que a doença interferiu no relacionamento familiar, não só do ponto de vista do paciente, como também, de forma maciça, na opinião do restante dos componentes das famílias.

Noutros casos, acusam a aproximação do paciente em relação a eles, a dependência e a culpa (família 1, família 2 e família 3). Somente em dois dos casos evidenciou-se o afastamento do paciente em relação à família. (família 4 e família 5). E, mesmo assim, esse afastamento também é mobilizador de sentimentos em todos os membros do grupo.

De uma parte do grupo familiar (excluindo o paciente), nota-se um sentimento ligado à culpa, às vezes de forma manifesta, às vezes latente:

Em um caso especificamente (família 1), ficou bastante evidente um forte sentimento de culpa, por uma parte do grupo familiar; no caso o marido e a filha; a filha

principalmente estava se dedicando a freqüentar a Igreja, a rezar, a pedir a Deus o perdão pelos seus pecados. Agia em relação à mãe quase como se pedisse penitência, como se ela fosse o Deus todo poderoso. E o superego da mãe, metaforicamente, cavalgava sobre o ego da filha (FENICHEL, 1981).

Outra família (família 2) relata que houve uma aproximação entre eles e que a depressão foi conseqüência dos problemas conjugais:

Outros aspectos investigados foram as mudanças observadas pelos familiares no deprimido, que coincidiram com o início da doença. A isso, todos puderam visualizar mudanças no comportamento dos pacientes em questão.

Quando os pacientes foram questionados sobre como as pessoas deveriam tratá-los após o início da doença, dois destes pacientes gostariam que continuassem a tratá-los como sempre foi (família 2 e família 4); os outros três concordaram que as pessoas deveriam ser mais compreensivas quanto a seu problema (família 1, 3 e 5).

Para se discutir estes aspectos, deve-se partir do pressuposto de que a existência da família se caracteriza dentro de um campo dinâmico, onde atuam fatores conscientes e inconscientes e levar em consideração que a criança, desde muito cedo, recebe passivamente a ascendência do outro, como os familiares; isso se configura em um interjogo, onde o infante também funciona como agente de transformações no outro e na totalidade da dinâmica familiar.

O aspecto da "transgeracionalidade", considerado por Zimerman (1999), onde ele deixa claro a marca da internalização da família dos pais da criança, e a expectativa de que os conflitos não resolvidos pelos pais dessas crianças com seu pais (no caso os avós da criança), estejam ainda no convívio com estas crianças, nas interações, reeditando conflitos. Este aspecto faz pensar sobre as relações mais "íntimas" entre os familiares, os propósitos, os desejos, enfim, até que ponto não existe uma relação calcada em incumbir o "outro" a exercer o papel desejado; quando esse "outro" não responde à função atribuída a ele, como irá configurar-se este relacionamento? Em um momento da fala de uma paciente, há queixas em relação ao desempenho de sua mãe, de seu marido, de sua filha; há decepção.

O grupo natural não é estático, passa sim por constantes mutações, onde perpassa, nesta vivência de grupo, uma trama de necessidades, de expectativas

insatisfeitas, de desejos mal-resolvidos, pactos silenciosos, processos defensivos diante do estranho, do diferente, do não-dito, o que possibilita os mal-entendidos, determinando um outro padrão de comunicação.

Os pacientes deprimidos caracterizados através de vinhetas de suas falas, cobram de forma direta ou velada, pela afeição dos familiares, tendem a acusar os familiares de não os amarem e sustentam uma relação sádica para com os outros. Por um lado sentem-se as piores pessoas do mundo, mostrando submissão, de outro lado, era perceptível o domínio do ambiente de entrevista, às vezes, expressado através de um sadismo latente. Este ponto é entendido pela característica de ambivalência presente nas relações estabelecidas; o deprimido não tem condições de amar a si, como também não pode amar as pessoas.

Em um primeiro momento, parece que o deprimido sucumbe a tal ponto que não existem mais provisões narcísicas capazes de aplacar o sofrimento; sob este ponto de vista, necessita arduamente de provisões, de atenção por parte dos familiares; até sentem que não são odiados suficientemente. O discurso nas entrevistas, sobre o início da Depressão, é mais ou menos nesta linha; depois, quando já recebem atenção, a situação se inverte, sendo exercitado sobre as mesmas pessoas que deveriam anteriormente oferecer atenção e carinho, o sadismo. O ódio subjacente aflora nas entrelinhas do discurso do depressivo. Parece que se afloram aspectos infantis como quando Moore e Fine (1992) nos esclareceu antecedentemente sobre o prazer oral sádico ou anal masoquista, inaugurado na infância. Verifica-se que a idéia proposta por Freud, discutida antes, de que inconscientemente, o sadismo e o masoquismo existem conjuntamente. Como se diante da frustração proporcionada por uma parte do grupo familiar, o ódio é voltado para dentro do paciente deprimido e isso se constitui um prazer. Percebe-se um campo de forças, onde o depressivo atuou como sádico e o restante da família como masoquista, sendo que este formato de relação se estabeleceu na maior parte das entrevistas; constatou-se, apenas em um dos grupos familiares, a atitude masoquista por parte do paciente depressiva e sádica do lado do familiar. Nesta condição, observou-se que este foi o único caso em que a paciente estava em franca crise depressiva.

O que se nota é que os papéis se invertem, na medida em que o paciente melhora, ou o restante do grupo familiar piora; difícil ter a noção exata do que acontece; se

um provoca o outro primeiro e o leva a mudança; penso que acontece ao mesmo tempo, como uma espiral em constante movimento, um retroalimentando o outro. De qualquer maneira, as lutas encetadas contra os objetos externos continuam a batalha dentro do ego do paciente, através do mecanismo de introjeção dos objetos frustrantes; sabe-se que este processo aparece nos familiares também; e, assim, fica a questão: será que os restantes dos familiares possuem esse mesmo tipo de relação objetal, possuem a mesma característica de personalidade no trato aos objetos? Ou será mais prudente imaginarmos que o deprimido quase que "prende" o outro em sua trama afetiva, através do sentimento de culpa? As entrevistas puderam esclarecer que não havia uma característica dominante no restante dos grupos, ligada à depressão; o que se observou foram personalidades diferenciadas.

Os deprimidos parecem possuir uma idéia, que seria a de viver para a outra pessoa (aspecto manifesto); mas também, há o momento de uma defesa maníaca, onde os papéis se invertem e os familiares é que passam a ser os dominados.

Funcionam como um grupo, reagem como um grupo; um grupo bastante complexo. Um sistema onde vários integrantes estão em constante interação e interação de natureza ordenada como podemos ver nesses casos estudados.

4.3.3 O Tratamento

Das cinco entrevistas realizadas, uma parte do grupo familiar (os pacientes deprimidos), um considerou o tratamento como ótimo (família 4); os outros três avaliaram como bom (família1, família2 e família5). A outra parte se posicionaram de forma a entender o tratamento como sendo ótimo, em três casos (família3, família4 e família5); e como sendo bom, em dois casos (família1, família2).

Quanto à medicação, todos os pacientes concordam que a medicação auxilia na melhora deles. Dois acham que ajudou um pouco em sua melhora (família1 e família3) e três pensam que ajudou muito em sua melhora (família 2, família 4, família 5). Do restante do grupo, 3 consideram que a medicação ajuda muito na melhora do paciente (família 1, família 4, família 5). Os outros dois acham que ajuda um pouco na melhora (família 2, família 3).

Sobre sugestões que poderiam dar, no sentido de melhorar o atendimento médico e a atenção em geral dada aos doentes com Depressão, dois pacientes responderam

que não sabem (família 2, família 3); os demais (família1, 4 e 5) acham que está muito bom o que é oferecido.

Os familiares foram questionados, ainda, sobre seus sentimentos em relação ao contato do médico com eles. Diante desta questão, em dois casos investigados, a opinião é a de que são informados sobre a situação do familiar doente (família1 e 2). Nos outros casos observados, dois familiares não acompanharam o paciente à consulta, portanto não tiveram contato direto com o médico (família 4 e 5). Em um outro caso, o familiar sentiu que o contato com o médico o estimulou a ajudar o paciente deprimido (família 3).

É relevante ressaltar que alguns não tomam a medicação como deveriam, param o tratamento por um tempo, quando sentem melhora; voltam a piorar e buscam novamente a medicação. Existe uma dificuldade muito presente dos pacientes observados: acham que o tratamento é bom, auxilia na melhora, no entanto, resistem a concluir o tratamento pois isso implica em dedicação, um cuidado pessoal constante, o enfrentamento dos efeitos colaterais e o pensamento de que a medicação é muito forte. É perceptível que se relacionam com a medicação de forma mágica, como se fossem ficar curados e que a Depressão passará como uma dor-de-cabeça, quando tomamos um analgésico. Atribuem um poder muito grande ao médico e, por conta disso, geralmente se decepcionam, pois não percebem e não se relacionam com a realidade externa e, sim, com os seus desejos.

4.3.4 Avaliação do desempenho em diversas áreas: escolar, profissional e outras atividades

Dois pacientes consideraram péssimo seu rendimento geral, isso significando que praticamente não faz mais as atividades que anteriormente à doença fazia (família 1, e 5). Em um caso aceita que seu rendimento é regular; alega que, com esforço, consegue realizar ainda alguma atividade (família 3). A doença não interferiu no desempenho após a doença, em outros dois casos, sendo que consideram seu rendimento bom, pois continuam realizando as atividades (família 2 e 4).

É notável o poder de persistência do depressivo, mesmo atingido em sua volição. O superego é caracterizado por uma rigidez extrema. A idéia de Fenichel (1981) explicitada anteriormente, em relação a isso, se confirma nestes casos. A dominância na personalidade do depressivo recai sobre o superego. O ego, desta maneira, fica absolutamente subjugado ao superego. O depressivo se obriga a executar as atividades,

apesar de não ter força para tal, em função do desejo de não ser recriminado pelos outros; vai a busca da restituição da auto-estima, sendo o que ele imagina que o outro deseja. A auto-recriminação é constante, como que para mostrar, ao outro e ao seu próprio superego, que levou a sério as acusações e exigências dele. A pressão e a luta contra essa pressão, tentando atender ao superego, são constantes e desgastantes para o aparelho psíquico; só cessam pelo estresse mental, pelo sentimento de vazio. Em alguns casos, os pacientes conseguiram reagir, continuar suas atividades, outros já sucumbiram, se viram desesperançados, o estresse dentro do aparelho psíquico, se instalou.

4.3.5 Análise dos desenhos das famílias

A análise do desenho da família tem seu objetivo no desejo de conhecer a situação dos membros das famílias dentro do seu meio familiar e o que vê neste meio. E, especificamente, conhecer a relação estabelecida entre os familiares.

Foram percebidos de modo geral, dificuldades no âmbito do relacionamento familiar, conflitos e o desejo de ter outra família, ou de executar mudanças na família que possuem.

Nos desenhos dos grupos familiares, em todos os casos, aparecem conflitos relacionados aos outros membros das famílias, e o desejo latente de transformar relações e até mesmo de ter outra família; no caso, uma que condiz mais com os desejos inconscientes. Este desejo variou de intensidade de um caso para outro. Há, de um jeito ou de outro, por motivos diferentes, a expressão de insatisfação quanto à família autêntica. A produção imaginária difere significativamente da família real, mostrando que as tendências próprias dos familiares são tentar transformar a visão do real. O desejo de transformação da família real na família imaginária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É perceptível, no discurso dos familiares, a descrença dos demais dos mesmos em relação ao que estão passando. Inicialmente a própria família do deprimido não aceita seus sintomas, nega, diz que vai passar...isso demonstra a dificuldade de aceitação da doença no âmbito familiar, o que deveria partir primordialmente de uma aceitação pessoal. Os vizinhos, os parentes e amigos costumam classificar os sentimentos dos deprimidos como "frescura", muitas vezes desconsiderando o seu estado, como uma doença. Ainda persiste a visão da doença como sendo somente física; acho que, por defesa, quanto ao desconhecido mundo mental; aquilo que é visível e que, se possível, possa ser extirpado, tirando um pedaço do órgão lesado, é o que é mais passível de aceitação - o "inimigo é eliminado". A família, então, sente-se discriminada, isolada do convívio com os demais; já não é bem-vinda às reuniões sociais; enfim, é isolada, outras vezes se isola, até como uma forma de proteção. É o que escutei nas entrevistas realizadas.

A dificuldade de percepção, aceitação e a busca de ajuda existem e persistem, por conta de que há uma resistência por parte não só dos familiares, mas também do próprio deprimido; é difícil para esse grupo se organizar diante de uma situação, como foi observado, que mobiliza conteúdos internos de fantasias, muitas vezes conflitivas e que "tira" a pessoa do mundo que ela "construiu" para viver, mesmo que a tendência familiar seja a de "construção" da doença mental dentro do sistema. Parece que os pacientes deprimidos se sentem invadidos, pelas próprias projeções, que antes foram insuportáveis; o fenômeno depressão suscita *"o retorno"* de suas incapacidades, de suas fantasias não realizadas, de sua atuação neste grupo, de si mesmo negado. A "realidade" era filtrada seletivamente com o intuito de proteção diante de condições externas, que fossem ameaçadoras; esse mecanismo é muito característico nas relações do deprimido com sua família. É um interjogo entre os membros; todos pactuados nesse mecanismo em busca de não destruir esse sistema. Entretanto, percebe-se que essa família fica imobilizada,

engessada em si mesma, perdendo suas funções e adoecendo cada vez mais.

O conflito familiar sobrevive às custas desse pacto; assim, o deprimido parece que deve agir segundo o que os familiares desprezam e reprimem em si mesmos. Desse modo, recebe a punição e adoece cada vez mais, como uma maneira de aliviar nos outros os próprios conflitos e castigos que deveria merecer. Nesse interjogo, o deprimido permite ao familiar, de um modo geral, uma gratificação vicariante e com a vantagem de ficar liberado da culpa e autopunição, pelas suas próprias fantasias. Essa dinâmica parece existir como resultado da relação dele com os membros da família; não que se justifique a depressão em si por conta deste interjogo; esse aspecto não foi foco do estudo, mas observa-se essa dinâmica familiar. Parece que, para manter essa forma relacional, os familiares alteram sua percepção do que está acontecendo com o deprimido mediante negações, evitações e uma reinterpretação do conteúdo. Como foi visto, neste caso, os familiares, parentes e amigos ou negavam ou evitavam e, quando entravam em contato, entendiam como "frescura". Pensam sobre a realidade e, assim, não permitem que a contradição entre o que desejam e o que se apresenta os atormente; no fundo, uma tentativa de não se perceberem.

Nas famílias pesquisadas, a situação ficou insustentável e o deprimido teve que obter algum tipo de ajuda; como já foi dito, às vezes essa ajuda veio por parte dos familiares, às vezes por parentes ou amigos. O fato é que esses chegaram a um tratamento médico. Isso não significa, como pudemos acompanhar pelo relato das famílias, que se aceitou o sofrimento do outro ou que já não havia mais negação, pois se observou que o interjogo continuou, mas de forma invertida. Melhor dizendo, "as peças no tabuleiro" assumiram as posições que antes pertenciam ao outro; no caso, o papel exercido, antes pela família, agora passa a ser desempenhado pelo depressivo e vice-versa. A configuração continua a mesma, entretanto, agora o deprimido passa a exigir dos familiares a atenção devida, imputando a eles, a culpa pelo seu estado. É o que se evidencia, visto que o depressivo mantém agora o domínio sobre a situação; é perceptível a relação de controle exercida por ele, o clima de tensão entre os familiares.

Quando há a perda real de uma pessoa querida, a reação é de luto. No caso da melancolia, o objeto perdido pode não ser real, na maioria das vezes, não o é; então, trata-se de uma reação a uma relação objetal emocional. O deprimido busca no outro um

substituto, para o objeto perdido, um representante, por assim dizer, de si mesmo; e nesse processo, a fusão é uma tendência das relações depressivas. A tentativa de fusionamento provoca a destruição do outro real; é seu aniquilamento que o ajuda a "aprisionar", em si mesmo, o outro, a realidade, do mesmo jeito que o destitui de sua própria vontade e características particulares, "roubando" seus sentimentos e atribuindo a eles os seus próprios. É o que observou-se nesta situação familiar; o deprimido, com sua dinâmica, provoca no outro uma espécie de aprisionamento; mobiliza no outro uma resposta inevitável, já que o outro, como ocorre com todos, está em busca de satisfações. O contato da mãe com o bebê possibilita que a necessidade seja atendida e, dessa relação, surge a comunicação, a realização de desejos; é neste sentido que não dá para ser indiferente, pois não faz parte da realidade humana bastar-se a si mesmo. Enfatizando a exemplificação retornamos a Ulisses[3], quando chega à região das Sereias, em que pede para seus homens prenderem-no junto ao mastro, com laços bem apertados, evitando, assim, de ser enfeitiçado por seu canto divinal.

Ulisses diz:

> "Assim elas cantavam, e suas magníficas vozes inundavam-me o coração com o desejo de as ouvir, de sorte que, com um movimento das sobrancelhas, ordenei aos companheiros que me soltassem; eles, porém, curvados sobre os remos, continuavam remando; mas, imediatamente, Perímedes e Euríloco, tendo-se levantado, prenderam-me com laços mais numerosos e os apertaram com mais força".

As Sereias enfeitiçam-no, com a promessa de maravilhas, e Ulisses é salvo dos seus próprios desejos, salvo de si mesmo, pelas cordas atadas ao seu corpo. O encontro de Ulisses com o seu desejo, com o si mesmo, vivencia essa fusão; é a plenitude total e o aniquilamento total. Esta seria uma situação de enfeitiçamento pela Sereia, ou melhor dizendo, pelo desejo narcísico de sentir-se inteiro. É-se "salvo", pela dependência em relação aos outros. Vale este exemplo, para que se tenha uma idéia sobre a rede de aprisionamento, de atração inevitável que se pode observar na interação do deprimido com sua família. É possível que é esse desejo primitivo de cada um de nós, que abre o espaço para tal relação.

É assim que o deprimido mantém sua relação com os objetos, no caso, com sua

---

[3] Refere-se a uma parte da viagem de Ulisses. Homero. Odisséia. p. 114-5

família; criando uma relação fruto de sua própria imaginação e manipulando os objetos reais, para poder manter-se no contato. O restante do grupo familiar, convivendo com o deprimido, acaba preso ao fusionamento, configurando-se em um jogo sádico-masoquista. Inicialmente, *sádico* por parte dos familiares e *masoquista* por parte do depressivo; depois, há uma inversão de papéis, onde o *sádico* passa a ser o depressivo e a família, *masoquista*. Parece um mecanismo de relação que acaba sendo estimulado pelo depressivo nas pessoas circundantes. É como se o superego severo do melancólico o castigasse pela culpa de ele ter demonstrado agressão em relação aos objetos amados e estimulasse, assim, o superego das pessoas à sua volta, neste mesmo processo interno; os familiares parece que ficam presos, através de seu próprio superego. Perseveram em uma trama afetiva, onde um já não se distingue do outro, onde um complementa o outro, onde um se apropria do outro.

O material projetivo evidenciou significativas dificuldades no relacionamento familiar; foram percebidos conflitos, e o desejo de ter outra família ou mesmo de criar mudanças na família que possuem. Há uma insatisfação quanto à família autêntica, sendo que a produção imaginária diferencia-se consideravelmente da família real.

Pensando em todas as entrevistas, depois de algum tempo, foi curioso perceber em mim um envolvimento significativo com o drama familiar; percebi-me, em alguns momentos, bastante penalizada em relação aos sentimentos expressos pela família como um todo. O sentimento que eu poderia descrever seria o de turbilhão; um sentimento de posse de meus sentimentos, de absorção. Acredito que essa sensação foi o resultado das atuações existentes neste contexto familiar; atuações de sentimentos, fantasias, conflitos e defesas inconscientes, que foram reproduzidos diante da observadora. Essas atuações são, com certeza, frutos das características pessoais de cada um, mas expressadas à luz das dificuldades do paciente deprimido, ganhando o formato do tipo de relação imposta por eles e "aceita" pelo restante do grupo familiar. Era reproduzida a essência da "loucura" interna do depressivo, quando os familiares eram "aprisionados" pelos seus próprios conflitos nessa relação de objeto interno imposta. No decorrer das entrevistas, variando a intensidade, os meus "sentimentos foram apropriados" pelos familiares. Acho que isso foi possível, pelo crescimento de uma aliança deles em relação a entrevistador/psicóloga; ser psicóloga não era esquecido durante o contato, pois apontavam uma expectativa de que eu pudesse fazer algo. Essa expectativa às vezes era expressa diretamente em forma de perguntas ou de insinuações. Apesar do contexto ser o de uma entrevista, onde o objeto de

estudo era a família como um todo, dinamicamente, o entrevistador torna-se objeto dos familiares, predisposto a ser “atraído” diferentemente por cada um.

O que se observa é indicativo de mudança significativa na representação social do indivíduo deprimido e da família como um todo. A doença mental é assustadora e não fica centrada exclusivamente em uma única pessoa, como vimos; pode desorganizar a família como um todo, o que vai exigir um período de adaptação a essa “nova” condição; ou seja, uma restauração do relacionamento do paciente deprimido com a família e da família com o paciente deprimido, uma reorganização na dinâmica familiar. Nesta perspectiva é de importância fundamental alcançar um entendimento mais abrangente do indivíduo depressivo que chega ao tratamento, e como se construiu a sua realidade dentro do contexto familiar; penso ser fundamental, nos resultados dos tratamentos, um contato com os familiares, visto que é ali que mais intensamente é exercitada a problemática do depressivo. Creio que a melhora poderia acontecer se a família, como um todo, sofresse uma intervenção. Dificilmente, sem acompanhamento, eles conseguiriam se reorganizar e conviver de forma mais harmoniosa.

A divulgação deste material junto ao Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, com o propósito de esclarecimento, para implementação das ações dos médicos e psicoterapeutas, visando a prevenção e a educação, faz parte das conseqüências deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, K. Sobre a exploración y el tratamiento Psicoanalítico de la psicosis maníaca-depressiva y estados análogos (1911). *In*: *Psicoanalisis de la melancolia*. Buenos Aires: APA, 1948.

_____. *Teoria psicanalítica da libido.* Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ACKERMAN, N. W. *Teoría y práctica de la psicoterapia familiar*. Buenos Aires: Proteo, 1970.

_____. *Diagnóstico e tratamento das relações familiares.* Trad. de Maria Crist*In*a R. Goulart. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ALBIACH. *In*:VALLEJO R.; FERRER, J.; GASTÓ, C. *Transtornos afectivos:* Ansiedad y Depresion. Rio de Janeiro: Salvat Editores S.A., 1990.

ALLPORT, G. W. *Desenvolvimento da Personalidade*. Coleção Cairoscopio: Herder, 1962.

ANOHIN, P.K.; BERTALANFFY, Von L.; RAPOPORT, A.; MACKENZIE W.J.M.; THOMPSON, J. D. *Teoria dos sistemas*. Série Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1976.

BARDIN, L. *Análise do Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

BEATTIE, J. *Introdução à antropologia social:* objetivos, métodos e realizações da antropologia social. Trad. de Heloísa Rodrigues Fernandes. São Paulo: Nacional, Editora da USP, 1971.

BECK, A. et alli. *Terapia cognitiva da depressão.* Trad. de Sandra Costa. Porto Alegre,

Artes Médicas, 1997.

BERENSTEIN, I. *Família e doença mental*. Trad. de Adriana Friedmann. São Paulo : Editora Escuta, 1988.

BERTALANFFY, L. V. *Teoria geral dos sistemas.* Trad. de Francisco M. Guimarães. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. Teoria geral dos sistemas: aplicação à psicologia. *In:* BERTALANFFY, L. Von et alli. *Teoria dos Sistemas*. Trad. Maria da Graça Lustosa Becskeházy. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1976.

BERTHOUD, C. M. E. Vínculos duradouros...vínculos que se transformam e se rompem...Enfim... Vínculos humanos!. *In:* BERTHOUD, C. M. E.; BROMBERG, M. H. P. F.; COELHO, M. R. M *Ensaios sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. 2. ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1998.

BION, W. R. (1952). *Dinâmica de grupo:* uma revisão - temas de psicanálise aplicada. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

_____ (1957). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. *In*: SPILIUS, E. B. ed. Melanie Klein *Hoje:* desenvolvimento da teoria e da técnica. Trad. Bel*In*da Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro : Imago, vol. I, 1991.

_____ (1959). Ataques ao Elo de Ligação. *In*: SPILIUS, E. B. ed. Melanie Klein *Hoje:* desenvolvimento da teoria e da técnica. Trad. de Bel*In*da Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, vol. I, 1991.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia:* entrevista e grupos. 6.ed. São Paulo : Mart*In*s Fontes, 1993.

BOLLAS, C. *A sombra do objeto:* psicanálise do conhecido não-pensado. Trad. Rosa Maria Bergallo. Rio de Janeiro : Imago, 1992.

BOX, S. Espaço para pensar sobre famílias. *In*: BOX, S. et al. (org.). *Psicoterapias com Famílias:* uma abordagem psicanalítica. Trad. Solange Glock Bellegard. São Paulo: Casa

do Psicólogo, 1994.

BUCHER, R. *Depressão e melancolia*: estrutura e classificação dos estados depressivos. Rio de Janeiro: Zahar , Psiche, 1979.

BUCKLEY, W. F. (1921). *A Sociologia e a moderna teoria dos sistemas.* Trad de Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Cultrix, 1971.

CERVENY, C. M. De O.; BERTHOUD, C. M. E. *Família e ciclo vital:* nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CALVO, I M.; DIMANT, F.; SPOLANSKY, T. *Pareja y familia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1973.

CAMPOS, D. M. De Souza. *O teste do desenho como Instrumento de diagnóstico da personalidade*. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

CATALÁN. *In*:VALLEJO R.; FERRER, J.; GASTÓ, C. *Transtornos afectivos:* Ansiedad y Depresion. Rio de Janeiro: Salvat Editores S.A., 1990.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Coordenação e Organização Mundial da Saúde. Ttrad do Prof. Dr. Dorgival Cetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 85-88.

CORMAN, L. (1961). *O teste do desenho de família.* Trad. Walter H. Geenen. São Paulo: Mestre Jou, 1979.

COULANGES, F. *A Cidade antiga.* Trad. Jonas Camargo Leite e Eduardo Fonseca. Coleção Universidade de bolso. Ediouro/11493, s.l., editora Tecnoprint S. A, textos orig*In*ais 1864.

CUNHA, J.A.; FREITAS, N. K.; RAYMUNDO, M. da G. *Psicodiagnóstico-R***.** 4. ed. Rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DOBZHANSKY, T. *O homem em evolução*. Trad Josef Manasterski. 2.ed. São

Paulo: Editora da Universidade de São Paulo e Editora Polígono, 1968.

ERIKSON, Erik H. *Identidade junventude e crise.* Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FALCETO, O. G. Psicoterapia Familiar. *In*: CORIDOLI, A. V. *Psicoterapias* - abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 147

FENICHEL, O. *Teoria psicanalítica das neuroses.* Trad. Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro/ São Paulo: Atheneu, 1981.

FERREIRA, A B.de H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.* 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, G**.** *O Príncipe e os Insanos.* São Paulo: Cortez, 1988. p. 83- 99.

FLAHERTY, J. A.; CHANNON, R. A.; DAVIS, J. M. *Psiquiatria:* diagnóstico e tratamento. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FREUD, S (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1980, p. 127-161.

_____ (1910). Um tipo especial de Escolha de Objeto feita pelos Homens. *In*: *Edição standard brasileira das obras completas de Segmund Freud.* vol. XI, 1980. Rio de Janeiro: Imago, p. 149-157.

_____ (1911). Formulações sobre os dois Pr*In*cípios do Funcionamento Mental. *In*: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____ (1915). Os *In*st*In*tos e suas Vicissitudes. *In*: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____ (1917 /1915). Luto e Melancolia. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* 2.ed. vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

GASTÓ, C. *In*:VALLEJO R.; FERRER, J.; GASTÓ, C. *Transtornos afectivos:* Ansiedad y Depresion. Rio de Janeiro: Salvat Editores S.A., 1990.

GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica:* baseado no DSM-IV. Trad. de Luciana N. de A. Jorge e Maria Rita Secco Hofmeister. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

HALEY, J. *Uncommon Therapy*. s.n.t.

HAMMER, E. F. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos.* Trad. Eva Nick. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

HÉRITIER, F. Família. *In*: *Enciclopédia Einaudi.* Vol. 20. Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1989. (Parentesco).

HOMERO. *Odisséia.* Trad. Antônio P*In*to de Carvalho. São Paulo: Abril Cultural, 1981.

KAPLAN, H. I. ; SADOCK, B. J. ; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria:* ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Trad. Dayse Batista. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KEHL, M. R. A Mínima Diferença. Mascul*In*o e Fem*InIn*o na Cultura. *In*: ROPPA Daniela (org.). *Anuário de Psicanálise 1992/93.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns Mecanismos Esquizóides. *In*: *Os progressos da psicanálise.* 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

_____ (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. *In*:. *Inveja e Gratidão.* Trad. E. Mallet Rocha, L. P. Chaves e colaboradores. 4. ed. Inglês. vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 85-118.

LADRIÉRE, V. *A articulação dos sentidos*. São Paulo: EPU, EDUSP, 1977.

LADVOCAT, Cyntia. *O Fracasso (?) em Terapia Familiar:* um enfoque sistêmico. n. 1/2. Rio de Janeiro: Boletim Científico -SPRJ, 1990.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise.* São Paulo: Mart*in*s Fontes, 1986.

LAKATUS, E. M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos da metodologia científica*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LOUZÃ NETO, M. R. *Convivendo com a esquizofrenia:* um guia para pacientes e familiares. São Paulo: Lemos Editorial, 1996.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – D.S.M. – IV. *Trad. de Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.*

MENEZES, J. O Social é Seara da Psicanálise?. *In: Boletim de Psicanálise:* Revista Pulsional, n. 71, ano VIII. São Paulo: ed. Escuta, 1995.

MILLS, W. *A Imaginação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em Saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec,1994.

MINUCHIN, S. *Families of the Slums.* New York: Basic Books, 1967.

MOORE, B. E. e FINE, B. D. *Termos e conceitos psicanalíticos*. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

OCAMPOS, D. M. S.; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G. de. *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. Trad. Miriam Felzenszwalb. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

PAIM, I. (1912). *Tratado de Clínica Psiquiátrica*. 2ª ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

PICHON-RIVIÈRE, E. *Teoria do Vínculo.* São Paulo Martins Fontes, 1982.

PRIGOG*IN*E, I.; STENGERS, I. Sistema. *In*: *Enciclopédia Einaudi.* vol. 26. Artes Gráficas Ltda. Para Imprensa Nacional – Casa da Moeda, maio, 1993.

RAPOPORT, A. Aspectos matemáticos da análise geral dos sistemas. *In*: BERTALANFFY, L. von et al. *Teoria dos sistemas*. Trad. Maria da Graça Lustosa Becskeházy. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1976.

RICHTER, Horst Eberhard. *A família como paciente:* a origem, a natureza e o tratamento de conflitos conjugais e familiares. Trad. Margarida Maria C. Oliva. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

RODRIGUES, D.; ARNOLD, M. *Sociedad y teoría de sistemas.* Excerpta n° 8. Capítulo I. Chile: Universidad de Chile/Facultad de Ciências Sociales, 1996.

SÁ JUNIOR, L. S. de M. *Psicopatologia e propedêutica*. Rio de Janeiro / São Paulo: Atheneu, 1984.

_____. SOUZA, Juberty A. *O serviço de psiquiatria da sociedade beneficente (Santa Casa) de Campo Grande – MS*. s.n.t. p.16.

SCHNEIDER, K. *Psicopatologia clínica.* São Paulo : Mestre Jou, 1976.

SHIRAKAWA, I. *O Ajustamento social na esquizofrenia.* 2.ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1992.

TSÉ, Lao. *O Livro do caminho perfeito.* Trad. e adaptação, prefácio e comentários: Murillo Nunes de Azevedo. São Paulo: Editora Pensamento,1993.

VALLEJO R.; FERRER, J.; GASTÓ, C. *Transtornos afectivos:* Ansiedad y Depresion. Rio de Janeiro : Salvat Editores S.A., 1990.

VIÑAR, M. O Reconhecimento do Próximo. *In***:** *Percurso,* n. 13 – 2/1994.

WADDEL, Margot. A família e sua d*In*âmica. *In*: BOX Sally et.al. (orgs). *Psicoterapias com famílias:* uma abordagem psicanalítica. Trad. Solange Glock Bellegard. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1994.

WOODWORTH, W. P. Perspectivas sobre a teoria dos sistemas. *In*: ANOHIN,P.K. et.al. *Teoria dos sistemas.* Trad. Maria da Graça L. Becskeházy. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 1976, Série Ciências Sociais.

WYETH. *Família:* entendendo a depressão e o seu impacto nos relacionamentos. Revisado por Ian H. Gotlib, Ph.D.; Jeffrey E. Kelsey, M.D., Ph.D.; Susan Panico. Serviço educacional oferecido por WYETH-AYERST Laboratories-Sclos. s.n.t.

ZIMERMAN, D. *Fundamentos psicanalíticos:* teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____ , R.G. n._____ declaro consentir em participar da pesquisa científica intitulada A DEPRESSÃO NA INTERAÇÃO FAMILIAR, de autoria da aluna do curso de Mestrado em Saúde Mental e Sociedade, da UCDB, Maria Auxiliadora de Souza Marques, sob a orientação da Prof. Dra. Lídia Straus, do departamento de Psicologia da UNICAMP.

Tenho ciência de que minha participação consistirá numa entrevista que concederei à referida aluna, com o objetivo de conhecer aspectos de vida pessoal relacionados com as repercussões psicológicas e sociais provocadas pelo problema de saúde, Depressão. As respostas serão gravadas em fita cassete, também com a concordância do entrevistado, para posterior transcrição em microcomputador. As gravações serão devidamente apagadas em tempo oportuno.

A identidade da pessoa entrevistada será de conhecimento apenas da autora da pesquisa e do professor orientador. Os dados que puderem identificar os pacientes participantes serão omitidos quando da apresentação do trabalho em eventos científicos, publicações em periódicos ou em qualquer outro âmbito.

Os resultados da pesquisa estarão posteriormente à disposição do entrevistado, caso seja de seu interesse.

ENTREVISTADO (A): Nome:

_____

Assinatura:

FAMILIARES: Nome:

_____

Assinatura:

Nome:

_____

Assinatura:

:

Nome:

_____

Assinatura:

ENTREVISTADORA:

Nome:

_____

Assinatura:

Campo Grande, _____ de _____ de 1999.

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DA PESQUISA

A DEPRESSÃO NA INTERAÇÃO FAMILIAR

Entrevista nº:_____ Data: ___ / ___ / ___
Local: _____
Duração em minutos: _____
Horário de início: _____

PARTE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

1.Nome completo: _____

2.Data de nascimento: ____ / ____ / _____ Idade em anos completos: _____

3.Naturalidade/nacionalidade: _____

4.Endereço: _____

5. Procedência: _____Há quanto tempo: _____

6. Grau de escolaridade:

7. Estado civil e situação conjugal: _____Há quanto tempo: _____

8. Grupo familiar atual (pessoas que compartilham a casa):

9. Profissão/ ocupação/ há quanto tempo/ atividades anteriores:

10. Atividade de lazer:

11. Religião (denominação) e religiosidade (práticas):

12. Outros dados relevantes:

PARTE 2 – ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS

13. Falando a respeito de seu problema de saúde, há quanto tempo você sabe do diagnóstico?

14. Como lhe foi comunicado?
( ) diretamente pelo médico
( ) por algum familiar. Quem?
( ) por um estranho

15. Como você reagiu?
( ) não deu importância
( ) não entendeu
( ) pensou em fazer algo a respeito. O quê?
( ) ficou desesperada, desorientada, perdida
( ) pensou em morrer
( ) outro

16. Com relação à sua família, como sua doença interferiu no relacionamento:

- com seus pais e irmãos? Como eles têm reagido?
- Com seus filhos? Como eles têm reagido?

17. Como você avalia o andamento de seu rendimento escolar e/ou profissional e outras atividades que costumava fazer?
( ) péssimo (praticamente não faz mais as atividades que anteriormente à doença fazia)
( ) regular (com esforço, consegue realizar ainda alguma atividade)
( ) bom (continua realizando as atividades, sem que a doença interferisse)
( ) ótimo (houve melhora de seu rendimento após o início da doença)

18. Tem tido momentos de distração e lazer?
( ) nunca
( ) raramente
( ) às vezes
( ) freqüentemente
( ) sempre

19. Como você acha que as pessoas deveriam tratá-lo(a) após o início da doença?
( ) deveriam ignorá-lo (a)
( ) deveriam continuar a tratá-lo (a) como sempre foi
( ) deveriam ter maior compreensão quanto a seu problema
( ) deveriam dar maior atenção a você
( ) deveriam cuidar, protegê-lo (a), ficar sempre junto a você

20. Como você avalia o tratamento médico realizado até agora?
( ) péssimo
( ) regular
( ) bom
( ) ótimo

21. O que pensa sobre a medicação?
( ) o prejudica
( ) não fez diferença toma-la
( ) ajudou um pouco em sua melhora
( ) ajudou muito em sua melhora
( ) outro

22. Que sugestões você gostaria de dar no sentido de melhorar o atendimento médico e a atenção em geral dados aos doentes com Depressão?

23. Gostaria de contar mais alguma coisa sobre o problema e as questões que conversamos ou gostaria de fazer alguma pergunta?

Perguntas aos familiares

24. Com relação à doença de seu filho (a) (esposo (a) ou pai/mãe), como esta doença interferiu no relacionamento entre você e o *** (paciente)?

( ) fez com que ele (a) afastasse de você
( ) fez com que se aproximasse de você
( ) fez com que se tornasse dependente
( ) fez com que você se sentisse culpado
( ) outro

25. Quais as mudanças que vocês podem apontar no *** (deprimido), que coincida com o início da doença?

26. Como avaliam o tratamento médico realizado até agora? Sentem-no:

( ) péssimo
( ) regular
( ) bom
( ) ótimo

27. No que diz respeito ao contato do médico com a família, como se sentem?

( ) negligenciados
( ) apenas como acompanhante
( ) informados sobre a situação do familiar doente
( ) contato que lhe estimulasse a ajuda ao familiar doente
( ) outro

28. O que pensa sobre a medicação?

( ) prejudica
( ) não fez diferença
( ) ajuda um pouco na melhora do paciente
( ) ajuda muito na melhora do paciente
( ) outro

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS

A DEPRESSÃO NA INTERAÇÃO FAMILIAR
Paciente 01

Entrevista nº: 01 **Data**:23.03.98
Local: Ambulatório de Psiquiatria – Santa Casa **Duração em minutos**:137
Horário de início: 9:15

PARTE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

1. Nome completo: T.A.C. da S.
2.Data de nascimento: 13.08.62 **Idade em anos completos**: 35 anos
3.Naturalidade/nacionalidade: Campo Grande/ brasileira
4.Endereço: Rua ***.
5. Procedência: São Paulo **Há quanto tempo**: 6 anos
6. Grau de escolaridade: 1º grau completo
7. Estado civil e situação conjugal: amasiada **Há quanto tempo:** 1 ano
8. Grupo familiar atual (pessoas que compartilham a casa):

Marido: 35 anos
Paciente: 35 anos
Filhos: três filhas, sendo que a mais velha com 15 anos a Segunda com 12 anos e a terceira com 10; sendo que as duas mais novas moram atualmente com o pai (segundo marido da paciente).
Visita: M..

9. Profissão/ ocupação/ há quanto tempo/ atividades anteriores:
Anteriormente trabalhava em um escritório, atualmente em um serviço de telemensagens

10. Atividade de lazer:
Cultivar rosas, antes gostava de sair.

11. Religião (denominação) e religiosidade (práticas):
Foi batizada na Católica; aos 16 anos freqüentou a Presbiteriana e atualmente é Kardecista.

12. Outros dados relevantes:
O marido é gerente de farmácia. Ele é o terceiro marido da paciente. As filhas são do segundo casamento.
Compareceram à entrevista a paciente, o marido e a filha mais velha.
O início da manifestação da doença, foi em setembro de 1996.

Assim que sentamos para o início da entrevista, a paciente diz que vai ao banheiro; o marido se põe a falar que "ela é muito nervosa, às vezes, a gente não entende o que se passa com ela e acaba magoando." Assim que a paciente retorna à sala, ele se cala momentaneamente.

PARTE 2 – ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS

13. Falando a respeito de seu problema de saúde, há quanto tempo você sabe do diagnóstico?
O marido começa a responder, apesar de que a pergunta foi formulada para a paciente.

Marido: "foi difícil".

Esposa logo em seguida: "De Depressão, você falou?" (dirigindo-se a entrevistadora)

Entrevistadora: sim.

Paciente: "Foi ruim, antes ia em outro médico, não quero falar mal de ninguém, mas ele dormia na minha frente (pausa), em novembro é que a Doutora *** (residente), me falou; sabe, é ruim de mais."

Entrevistadora: O que foi ruim?

Paciente: "As pessoas não aceitam."

Filha: "Eles acham que é frescura."

Paciente: "As pessoas não aceitam; você passa a ser doente mental (pausa) não entendem o que você sente. Acham que é frescura".

Marido: "Eu por ter acesso a informações, estou acostumado a lidar com remédios, com pessoas assim, para mim foi normal, eu não tive dificuldade para assimilar. É claro que às vezes, a gente toca em pontos que não deveria, que magoa ela; a gente quer passar otimismo e falha, não percebe que magoa."

Paciente: "Ninguém imagina o que se sente. Não se tem vontade para nada. Eu não recebo ninguém em casa, eles não entendem".

Filha: "Chega gente lá em casa, e ela nunca está. Minha amiga pergunta dela e toda vez ela não está. Ela já sabe, me olha e falou para mim que tudo bem, que volta outro dia; ela entende. Mas ninguém mais vai lá em casa, sempre que a gente tem que dizer que ela não está".

14. Como lhe foi comunicado?

(x) diretamente pelo médico

( ) por algum familiar. Quem?
( ) por um estranho

Paciente: “Foi o médico anterior”.

15. Como você reagiu?
( ) não deu importância
( ) não entendeu
( ) pensou em fazer algo a respeito. O quê?
(x) ficou desesperada, desorientada, perdida
( ) pensou em morrer
( ) outro

paciente: “A forma como ele trata a gente, fala friamente, sem dar importância ao que você sente. Eu fiquei desesperada e não sabia o que fazer.”

16. Com relação à sua família, como sua doença interferiu no relacionamento: com seus pais, irmãos e cônjuge? Como eles têm reagido?

Paciente: “Minha mãe principalmente, não me apoiou em momento algum. A religião, eu acho que ajuda a gente, falo para minha mãe que agora quero freqüentar mais. O meu pai não participa, só olha de longe, mas eles não me apoiam, minhas irmãs, me recriminam.”

A paciente continua o relato, lembrando que em seus casamentos, não foi apoiada pela família, que seus ex-maridos, sempre a maltrataram”.

Com seus filhos? Como eles têm reagido?

Paciente: “Minhas filhas, eu criei com amor e carinho, eu olho os retratos e vejo que sempre elas estavam arrumadas, enfeitadas, com fitinhas no cabelo. Sempre dei duro, eu não esperava, que elas fossem ficar assim. Eu deste jeito, eu trabalhava e deixava menos possível de trabalho para elas, mesmo com a dor na coluna lavava roupa. Elas só brigavam em casa. Essa ai (referindo-se a filha que está presente), batia nas irmãs. Agora está freqüentando a Igreja.”

Filha: “Eu não entendia o que acontecia com minha mãe (fica cabisbaixa); (pausa) ela mudou muito; não mais dialoga e eu não queria aceitar o jeito dela. Só agora recentemente é que eu fiquei sabendo sobre a doença dela. É difícil para a gente aceitar sua mãe daquele jeito. Jogada em cima da cama, sem vontade para nada, sempre tendo que dizer que não está. E mudou muito, ela que cuidava de mim, depois eu é que tinha que levar para tomar banho, para comer. Antes ela era alegre, trabalhava. Hoje eu me arrependo de não ter compreendido, ajudado, de não ter cuidado das minhas irmãs.”

Marido: “As irmãs delas tiveram que morar com o pai, por causa dela não cuidar direito das meninas.”

Filha: “Ah! Doutora, foi muito ruim.”

Marido: “Não tinha outro jeito, fica difícil para tomar contas delas, questão de que a T (paciente) não tem condições afetivas e agora sem trabalhar, ficou sem condições financeiras também. É provisório.”

Filha: “Mas a gente sabe que elas não se dão bem com a madrasta.”

Marido: “Mas nós nos reunimos e conversamos elas compreendem a situação.”

17. Como você avalia o andamento de seu rendimento escolar e/ou profissional e outras atividades que costumava fazer?

(x) péssimo (praticamente não faz mais as atividades que anteriormente à doença fazia)
( ) regular (com esforço, consegue realizar ainda alguma atividade)
( ) bom (continua realizando as atividades, sem que a doença interferisse)
( ) ótimo (houve melhora de seu rendimento após o início da doença)

Paciente: “Meu trabalho sempre exigiu muito de mim, você tem que interpretar as mensagens; às vezes de aniversário, pode ser de morte; é namorado que deseja reconciliação; é pesado, há uma exigência emocional muito grande. Eu era a mais solicitada, as pessoas gostavam de minha voz, do jeito que falava. Isso às vezes criou situações difíceis com minhas colegas de trabalho (fala dos desentendimentos das colegas com ela por causa disso). Eu sempre me dediquei a tudo que eu fizesse (fala do trabalho anterior, sobre o quanto se dedicava). Nesse trabalho eu tinha que compor todas as mensagens, dava muito trabalho, mas eu gostava; mas é difícil entrar em contato com os sentimentos dos outros, interpretá-los. Eu não tinha mais força para continuar. As pessoas estranhavam, sempre me viam otimista, alegre e enfrentando a via, agora eu fico só em cima de uma cama.”

Marido: “Agora ela só fica em casa; ela está assim, para poder se recuperar.”

18. Tem tido momentos de distração e lazer?

( ) nunca
( ) raramente
(x) às vezes
( ) freqüentemente
( ) sempre

Paciente: “Às vezes eu fico lá com minhas rosas.”

19. Como você acha que as pessoas deveriam tratá-lo(a) após o início da doença?

( ) deveriam ignorá-lo (a)
( ) deveriam continuar a tratá-lo (a) como sempre foi
(x) deveriam ter maior compreensão quanto a seu problema
( ) deveriam dar maior atenção a você
( ) deveriam cuidar, protegê-lo (a), ficar sempre junto a você

Paciente: “Acho que as pessoas tinham que tentar compreender o que se passa com a gente; que não é fácil viver assim, a gente não escolhe. Eu queria estar diferente, vivendo, trabalhando. Se elas pudessem se colocar no lugar dos outros e tentar entender, seria muito bom para a gente.”

Marido: “É uma discriminação muito grande, ninguém aceita, só há um julgamento.”

20. Como você avalia o tratamento médico realizado até agora?

( ) péssimo
( ) regular
(x) bom
( ) ótimo

Paciente: “Está bom. Agora eu estou me recuperando, a doutora está me acompanhando.”

21. O que pensa sobre a medicação?

( ) o prejudica
( ) não fez diferença toma-la
(x) ajudou um pouco em sua melhora
( ) ajudou muito em sua melhora
( ) outro

Paciente: “Está me ajudando, ele (se referindo ao marido), é que não concorda muito.”
Marido: “A gente conhece e se preocupa; mas ela não está tomando calmante e tranqüilizantes. Eu na minha função, sei que os psicotrópicos são fortes e a gente se preocupa.”

22. Que sugestões você gostaria de dar no sentido de melhorar o atendimento médico e a atenção em geral dados aos doentes com Depressão?
Paciente: “Está bom, eles tratam bem a gente, ouve o seu problema, isso ajuda muito.”

23. Gostaria de contar mais alguma coisa sobre o problema e as questões que conversamos ou gostaria de fazer alguma pergunta?
Paciente: “Não.”

<u>Perguntas aos familiares</u>

24. Com relação à doença de seu filho (a) (esposo (a) ou pai/mãe), como esta doença interferiu no relacionamento entre você e o * (paciente)?**

(x) fez com que ele (a) afastasse de você
( ) fez com que se aproximasse de você
(x) fez com que se tornasse dependente
(x) fez com que você se sentisse culpado

( ) outro

Marido: “A sim, até mesmo sexualmente, ela fica sem vontade pelo estado dela (olha para a enteada). A gente tem liberdade de comentar não tem nada para esconder deles (refere-se às filhas da paciente). E também, às vezes a gente perde a paciência, fala coisas que não devia. Isso dificulta mais os problemas. Muda muito a vida da pessoa, ela deixou de fazer tudo o que fazia antes.”

Filha: “Ela é muito diferente, eu é que cuido dela agora, da casa, eu não sabia o que era, o que ela tinha. Sei que não devia ter sido egoísta, pensar só em mim e deixar as minhas irmãs de qualquer jeito. Mas agora estou ajudando, agora compreendo.”

25. Quais as mudanças que vocês podem apontar no * (deprimido), que coincida com o início da doença?**

Marido: “Ela já não sorria mais, ficava amuada em um canto, em cima da cama, não queria conversar, só chorava.”

Filha: “Ela sempre não estava para ninguém. Eu vivia dando desculpas, depois não tomava banho, só chorava.

26. Como avaliam o tratamento médico realizado até agora? Sentem-no:

( ) péssimo
( ) regular
(x) bom
( ) ótimo

27. No que diz respeito ao contato do médico com a família, como se sentem?

( ) negligenciados
( ) apenas como acompanhante
(x) informados sobre a situação do familiar doente
( ) contato que lhe estimulasse a ajuda ao familiar doente
( ) outro

28. O que pensa sobre a medicação?

( ) prejudica
( ) não fez diferença
( ) ajuda um pouco na melhora do paciente
(x) ajuda muito na melhora do paciente
( ) outro

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome:_____

a) <u>Observações acerca do desenho</u>:

1) Quais são as pessoas desenhadas?

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?

3) Quem foi omitido?

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?

5) Há alguma figura em destaque?

6) Expressão das figuras desenhadas?

7) Objetos, ou outros desenhados?

8) Figura riscada, retocada?

9) Há algum aspecto em particular?

b) <u>Questionário</u>:

1)Qual é o melhor de todos em sua família?

2) Qual é o pior?

3) Qual é o mais infeliz?

4) Qual é o menos infeliz?

5) Quem, você prefere nesta família?

Nome: Paciente

a)<u>Observações acerca do desenho</u>:
"A D. (filha) está olhando meu desenho."

1)Quais são as pessoas desenhadas?
"As flores são as minhas três filhas."

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
"Foi a flor maior".

3) Quem foi omitido?
O marido.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
A mãe (flor maior), está mais separada em relação às filhas (flores menores).

5) Há alguma figura em destaque?
Não.

6) Expressão das figuras desenhadas?
Não.

7) Objetos, ou outros desenhados?
Sim: casa, paisagem, sol, nuvens.

8) Figura riscada, retocada?
Não.

9) Há algum aspecto em particular?
Montanha, sol, coqueiros e casa, na mesma altura das nuvens.

b)<u>Questionário</u>:

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
"A pequenininha."

2) Qual é o pior?
"Não é pior, mas a D.(filha que está presente) não me ajudou quando eu precisei."

3) Qual é o mais infeliz?
"Eu sempre fui alegre, agora é que estou assim."

4) Qual é o menos infeliz?
"Agora é a pequenininha."

5) Quem, você prefere nesta família?
"As minhas filhas, todas."

Nome: Filha

a)<u>Observações acerca do desenho</u>:

“Eles estão feios (referindo-se às pessoas). A minha mãe está gorda aqui.”

A filha desenha os cachorros da família e o gato, que é desenhado por último. Mostra para a mãe e o marido e eles tentam mostrar para a garota que ela tem que gostar dos cachorros. Ela não gosta por causa do gato dela (simba).

1)Quais são as pessoas desenhadas?
Todas as pessoas da família, incluindo animais.

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
A mãe.

3) Quem foi omitido?
Todos foram desenhados.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
Somente o gato da menina está distante, em cima do telhado.

5) Há alguma figura em destaque?
O gato simba, está distante.

6) Expressão das figuras desenhadas?
Estão sorrindo.

7) Objetos, ou outros desenhados?
Árvore, casa, animais.

8) Figura riscada, retocada?
A figura da mãe, do padrasto (onde aumenta sua barriga após o término do desenhos) e a irmã mais nova.

9) Há algum aspecto em particular?
O gato simba, que está longe dos outros.
b)<u>Questionário:</u>

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
“É a minha mãe.”

2) Qual é o pior?
“A mona (cachorra).”

3) Qual é o mais infeliz?
“É a minha mãe.”

4) Qual é o menos infeliz?
“Acho que é a M. (irmã mais nova).”

5) Quem, você prefere nesta família?
"São todos."

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: marido

a)<u>Observações acerca do desenho</u>:
"É difícil desenhar, faz tanto tempo que não pego em um lápis para fazer desenho."

"Fiz eu magro."

1)Quais são as pessoas desenhadas?
Marido, a paciente, as três enteadas, sendo que a primeira a ser desenhada é a que está presente na entrevista, depois as outras duas.

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
Ele próprio.

3) Quem foi omitido?
Sem omissões

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
Estão juntas.

5) Há alguma figura em destaque?
Não se evidencia figura em destaque

6) Expressão das figuras desenhadas?
"Estão alegres."

7) Objetos, ou outros desenhados?
Do lado do desenho da figura de A.(marido), ele desenha um peso. "Desses de marcar um espaço, para não estacionarem."

8) Figura riscada, retocada?
Todas as figuras foram retocadas e a montanha riscada.

9) Há algum aspecto em particular?
Somente o peso desenhado.

b)<u>Questionário</u>:

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
"Acredito que a T. (paciente), ela era muito alegre."

2) Qual é o pior?
“Não tem piores.”

3) Qual é o mais infeliz?
“Hoje está sendo ela (olha para T.).”

4) Qual é o menos infeliz?
“Comparativamente, eu e a D. (enteada).”

5) Quem, você prefere nesta família?
“Todos são iguais.”

APÊNDICE 4

DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

1. Nome completo: T.A.C. da S**.**

2.Data de nascimento: 13.08.62 **Idade em anos completos**: 35 anos

3.Naturalidade/nacionalidade: Campo Grande/ brasileira

4.Endereço: Rua ***.

5. Procedência: São Paulo **Há quanto tempo**: 6 anos

6. Grau de escolaridade: 1º grau completo

7. Estado civil e situação conjugal: amasiada **Há quanto tempo:** 1 ano

A) Data da primeira consulta: 07/10/97

B) Anotações do médico (a) que realizou o primeiro atendimento:

"Apresentou alterações de comportamento com quadro depressivo, tendo sido internada. Porém, teve alta a pedido da família. A família atribuiu seu problema a problema espiritual.."

Histórico: " Apresenta insônia de conciliação, inapetência, cefaléia, choro fácil, ansiedade e intensa angústia; apatia, isolamento social e irritabilidade."

Diagnóstico: "Depressão."

C) Evolução do caso:

Esta paciente é medicada e continua o tratamento. Obteve melhora sintomática; as queixas apresentadas, diminuíram, mas continuou por longo tempo reclamando por não conseguir voltar ainda ao trabalho. A paciente continuou seu tratamento com outro residente que manteve a mesma conduta em relação à paciente. Seu quadro até o momento é estável.

Entrevista nº:02 **Data**: 17.04.98

Local: Ambulatório de Psiquiatria – Santa Casa **Duração em minutos**: 105
Horário de início: 9:00 h.

PARTE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

1.Nome completo: M.L.M. de S**.**
2.Data de nascimento: 21.12.57 **Idade em anos completos:** 40 anos
3.Naturalidade/nacionalidade: Campo Grande/brasileira
4.Endereço: Av. ***.
5.Procedência: anteriormente moravam em um sítio, no Município de Campo Grande
Há quanto tempo: 4 anos
6. Grau de escolaridade: 2º grau incompleto
7. Estado civil e situação conjugal: casada **Há quanto tempo:** 16 anos
8. Grupo familiar atual (pessoas que compartilham a casa):

M.L (paciente)
E.M. de S., 37 anos (marido)
Filhos:
L.M. de S., 15 anos
E.M. de S., 14 anos
E.M. de S., 12 anos.

9. Profissão/ ocupação/ há quanto tempo/ atividades anteriores:
Anteriormente, tinha uma confecção de roupas íntimas; atualmente, é do lar.

10. **Atividade de lazer:**
Freqüentam a Igreja.

11. Religião (denominação) e religiosidade (práticas):
Batista.

12. Outros dados relevantes:
Compareceram a entrevista, a paciente, o marido e o filho menor, de 12 anos de idade.

PARTE 2 – ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS

13. Falando a respeito de seu problema de saúde, há quanto tempo você sabe do diagnóstico?

Paciente: "Olha eu acho que faz muitos anos que estou com Depressão. Só que eu acho que agora foi a gotinha que faltava para explodir tudo. Faz muito tempo que eu venho chorando

sozinha, não tenho vontade de conversar, não tenho vontade de sair. Muitas vezes tive vontade de morrer. Muitas vezes tive vontade de sumir.”

Entrevistadora: E sobre o diagnóstico de Depressão, quando ficou sabendo?

Paciente: "Vai fazer 2 meses que aconteceram uns problemas."

Entrevistadora: O que aconteceu?

"É que eu moro com a minha sogra, o meu cunhado falou muitas coisas, nós discutimos e tudo piorou. Eu fui procurar o meu sogro e a minha sogra para conversar e eles no momento não aceitaram conversar, acharam que eu estava tentando colocar meus problemas para eles resolverem e nós tivemos assim uma discussão, foi bastante feia. Eu tinha o meu sogro como mais que um pai para mim. E as coisas que ele me falou me machucou bastante. A gente sempre se deu muito bem. Foi num Sábado de noite. No Domingo de manhã eles levantaram e foram embora sem tomar café da manhã, sem dar tchau. O E. (marido) não me deu apoio. Na hora da discussão, ele saiu, me largou só. Nós tivemos esta conversa na casa da minha cunhada e quando cheguei em casa ele também não conversou comigo. Eu chorei a noite inteira. No Domingo de manhã ele foi a Igreja, eu fiquei. Eu escrevi algumas coisas que precisavam ser resolvidas, e que a gente tem muita dificuldade em enfrentar. O E. é muito calado, ele não fala. Eu escrevi e falei para ele que eu queria solução para os nossos problemas. Ele falou que diante de tudo aquilo que tinha acontecido a melhor solução seria uma separação. Ai coloquei diante de nossos filhos e ai eu sai para ver se eu conseguia dinheiro para ir viajar, só que eu ia levar só a minha filha comigo, ela é deficiente, e ia deixar os meninos com ele. Na Segunda de manhã já estava pronta para sair e meu irmão passou lá com minha cunhada e eu pedi para ela me deixar na rodoviária. Ela falou muito nervosa e que ela iria me trazer ao médico dela para ele me dar um calmante, aí ela me trouxe aqui. O doutor *** (residente), foi muito atencioso comigo ele me internou, fiquei 4 dias internada. Ele proibiu visita do E., era para me visitar quem eu quisesse. Mas eu não agüentei ficar os 5 dias internada, pedi para sair antes. Disse para eu ir para outra casa, não para minha; fui para a casa da minha irmã, fiquei uma semana lá e depois voltei para casa. Depois me deu outra crise, fiquei muito nervosa e voltei para cá e fiquei internada 21 dias."

Entrevistadora: Qual o problema entre você e seu cunhado?

Paciente: "Eu achava que ele tinha que me aceitar mais. Então eu fui levar para a minha sogra conversar com ele, e eles levaram para um outro lado, eles não entenderam, aí eu acho que tudo desmoronou, mas era coisa que já acontecia a muito tempo."

Marido: "O problema da gente é desde que a gente se casou. O problema maior nosso é a relação sexual, não existe uma relação sexual perfeita entre a gente e isso gera insegurança tanto para mim quanto para ela. Só que eu acho que mais nela. O problema com meus pais, eu disse para ela que concordo mas, não da maneira que ela falou, foi para cutucar. Ela pois a mão na cara dele e falou duro, acusou coisas pesada. Então ela achou que eu não estava dando apoio. Mas entendo que ela estava sob efeito da Depressão; ela agiu de uma maneira bem áspera e isso ela talvez seja comum, pois na casa dela todos são nervosos, são explosivos, mas ficam de bem de novo. Na minha casa não, é diferente. Ela se adaptou

bem na minha família, agora o problema com os meus pais, isso prejudicou bastante. A gente praticamente está vivendo dentro da casa deles. Agora estou providenciando pára a gente sair da casa."

Paciente: "Ele me disse que eu fui muito áspera, eu até concordo, mas quando eu chego para você e falo que eu quero ter uma conversa, já tem tempo que eu venho falando. Qual é a sua reação? A gente sofre, ainda mais da maneira que eu estava. Chegou para mim e disse que não queria ouvir. Eu fiquei muito tempo calada. Todo mundo me magoava falava as coisas e deixava me machucar. Eu vou também, só que eu ainda tenho dificuldade de falar."

14. Como lhe foi comunicado?

(x) diretamente pelo médico
( ) por algum familiar. Quem?
( ) por um estranho

15. Como você reagiu?

( ) não deu importância
( ) não entendeu
( ) pensou em fazer algo a respeito. O quê?
( ) ficou desesperada, desorientada, perdida
( ) pensou em morrer
(x) outro

Paciente: "Eu sabia que eu não estava bem fazia tempo, só confirmei o que já sentia antes."

16. Com relação à sua família, como sua doença interferiu no relacionamento: com seus pais, irmãos e cônjuge? Como eles têm reagido?

Paciente: "Não teve nada, não mudou, minha família me ajuda. Eu acho que o maior problema da minha doença, não é a família do meu marido, não é a minha família, eu acho que é entre nós dois.

Entrevistadora: A Depressão interferiu no relacionamento de vocês dois ou você quer dizer que ela é conseqüência deste relacionamento?

Paciente: "Ela conseqüência do nosso relacionamento que a gente sempre vive."

Marido: "Eu concordo com ela, o problema é nosso. Nunca tivemos uma relação pessoal sadia. Eu não sei se era eu que cobrava muito dela. Toda vez que tínhamos uma relação sexual, ela sempre chorando. Quando eu sentia na relação, ela não sentia nada, nada. Praticamente 80 a 90% das vezes ela não tinha prazer nenhum e a nossa relação era 1 vez por mês, isso me causou problemas, me deixava frustado, chateado e isso foi me martelando. Eu acredito que por causa disso, aquele afeto que a gente tinha um pelo outro caiu por terra, acabou, não existe mais. Hoje em dia eu acho difícil chegar para ela e fazer um carinho para mim é uma pessoa estranha, é difícil mas a realidade é esta mesma porque eu tinha medo de chegar de noite e procurar; 90% ela falava não. Por outro lado, ela sentia

mal, usada como objeto. Por várias vezes eu procurei pessoas para ver se era eu que estava agindo errado; pessoas mais idosas, pessoas da Igreja. Eu via os meus colegas chegarem e dizerem que tinham tido uma noite excelente com suas esposas. Me senti como um adolescente, muitas vezes tinha que me masturbar e isso me machucava bastante. Nunca saí de casa, nunca procurei outras mulheres. Aconteceu uma vez que estive em Porto Velho, estive com uma mulher lá, mas isto me prejudicou muito e tive de ocultar para ela. Pedi perdão, mas a partir daquela vez, parece que piorou mais. Depois larguei. Aí ela se sentiu desprezada porque eu não procurava mais."

Paciente: "Tem uma mulher que eu não sei se ela já era da área de Psicologia, que se propõe a nos ajudar. É muito difícil eu conseguir me abrir com alguém, mas ela eu consegui, contei toda a minha vida, tudo o que aconteceu, eu confiei nela. Chegou uma época que ela se afastou totalmente de mim, mas não se afastou do meu marido, continuava conversando e as coisas cada vez pior. Como ele estava estudando, só chegava em casa 11 horas da noite. Aí, o que uma mulher pensa quando o marido não vem para casa com tudo o que aconteceu. Chamei para conversar e ele falou que não gostava mais de mim, que não tinha tesão; só que ele continuou conversando com esta mulher; então eu ouvi que ele tinha uma amante e que era esta mulher. Muitas vezes ele foi conversar com ela, não sei se eles telefonavam, se ela ia buscar ele no trabalho. Ela vinha e deixava ele na metade do caminho. Ela sendo a amiga, a pessoa que eu confiei largava na metade do caminho. Você vai pensar o que? Que alguma coisa estava errada. E várias pessoas viram eles juntos, Um dia resolvi segui-lo; falei que tinha acabado, que não queria conversar, se quem era importante se a família dele ou ela? Ele falou que era a família. Acho muito feio o que eu fiz em segui-los porque eu acho que acaba a confiança, o respeito. E ele foi no consultório dela. Eu fui lá e eles estavam conversando. Falei para ele que eles me traíram, foi muito chato, eu dei um tapa nela. Fui embora para casa e falei para os meus filhos que eu tinha pego o pai deles com outra mulher. O marido dela disse que proibiu ela de falar comigo; trair envolve tudo, não é só sexual. Eu casei com 24 anos, casei virgem, não conhecia nada, esperava que ele me passasse alguma coisa e ele nunca me passou nada. Depois que tudo explodiu, ele chegou a dizer que quando tinha relação comigo ele pensava na mulher, que é mãe do nosso filho mais velho. Nosso relacionamento nunca foi bom por causa disso: eu era inexperiente, não sabia de nada. E como ele pensava na outra ele nunca procurou a me ensinar nada. Era só papai-mamãe, como dizem. Ele faz e acabou. E aquilo me frustou muito, porque eu sonhava em fazer amor, era uma coisa muito diferente e para mim nunca era diferente, era sempre a mesma coisa. A gente tinha relação e ele virava para o canto, dormia porque relaxa e é gostoso, mas era gostoso para ele; eu chorava a noite inteira. Desde que nós casamos que eu venho com estes problemas e segurando sozinha. As gravidez veio muito seguida uma da outra, e os problemas financeiros sempre muito difíceis. Me preocupei de cuidar deles e esqueci que eu existia foi tarde. Eu me sinto uma empregada, lavadeira, passadeira, não me sinto amada e tantas outras coisas. Não sinto que a gente tem um lar. Quando eu casei porque eu queria Ter uma família, um lar. E hoje vejo que a gente construiu um lar de areia. Cada dia que passa ele esta desmoronando. Eu não tenho me sentido forte o suficiente para resistir."

Paciente: "Não teve nada, não mudou, minha família me ajuda. Eu acho que o maior problema da minha doença, não é a família do meu marido, não é a minha família, eu acho que é entre nós dois."

Com seus filhos? Como eles têm reagido?

Paciente: "Mudou bastante, sempre me vê chorando e pergunta o que foi. Agora que eles estão sabendo o que está acontecendo. Falava que estava chorando por nada, que a mamãe é boba. Agora eles já estão sabendo."

Entrevistadora: Depois que eles ficaram sabendo da Depressão, mudou alguma coisa?

Paciente: "Não, acho que, não sei, parece que eu não faço falta para eles. Parece que quando eu estou longe as coisas saem melhor, tanto para o pai quanto para os filhos. Penso que a maneira que eu fico. Quando eu não estou em casa eles ficam mais a vontade. Parece que eu não faço falta. Eu já disse isso para eles. Algumas vezes eu pensei em suicídio, mas hoje não penso. Às vezes eu tenho vontade de morrer, mas sem tirar a minha vida. Só tenho vontade de morrer."

17. Como você avalia o andamento de seu rendimento escolar e/ou profissional e outras atividades que costumava fazer?

( ) péssimo (praticamente não faz mais as atividades que anteriormente à doença fazia)
( ) regular (com esforço, consegue realizar ainda alguma atividade)
(x) bom (continua realizando as atividades, sem que a doença interferisse)
( ) ótimo (houve melhora de seu rendimento após o início da doença)

Paciente: "Eu não conseguia trabalhar fora de casa, só em casa. Por causa dos filhos, era muito pequenos. Não tínhamos condições de pagar empregada. A minha filha que é deficiente. Penso que o que vou ganhar lá fora, não compensa. Em casa trabalho normalmente."

18. Tem tido momentos de distração e lazer?

( ) nunca
(x) raramente
( ) às vezes
( ) freqüentemente
( ) sempre

Paciente: "O problema do lazer, é mais financeiramente, porque tudo o que vai fazer tem que Ter algum dinheiro. Tudo é muito difícil. Falta um pouco de lazer, as crianças têm uma cobrança muito grande. Quando a gente saí, vai para a casa de um parente e às vezes acaba voltando pior do que foi."

19. Como você acha que as pessoas deveriam tratá-lo(a) após o início da doença?

( ) deveriam ignorá-lo (a)
(x) deveriam continuar a tratá-lo (a) como sempre foi
( ) deveriam ter maior compreensão quanto a seu problema
( ) deveriam dar maior atenção a você
( ) deveriam cuidar, protegê-lo (a), ficar sempre junto a você

Paciente: "Eles têm me tratado normal. Que eu tenho que dar a volta por cima, que procurar sair dessa, tenho que entender que todo mundo passa por problemas."

Entrevistadora: Você acha então que eles te apoiam?

Paciente: "Acho que sim."

Entrevistadora: Eles tratam da Depressão como se você pudesse sair disso, sempre mostrando um caminho lá na frente. Você sente acolhida com este apoio que eles lhe dão?

Paciente: "As vezes sim, às vezes não. Não sei explicar."

20. Como você avalia o tratamento médico realizado até agora?

( ) péssimo
( ) regular
(x) bom
( ) ótimo

Paciente: "Tem horas que parece que não vai dar certo, parece que tudo vai desabar. É difícil, às vezes eu tinha medo de voltar e ficar internada novamente. Quando eu ficava nervosa, eu não tinha apetite, mas eu comia, diminui a minha comida, mas ficar sem comer, só quando eu ficava muito nervosa. Dormir, eu fiquei muitas noites sem dormir. E quando dormia era aquele sono agitado, pesadelos. Mas acho que melhorei, que o tratamento está bom."

21. O que pensa sobre a medicação?

( ) o prejudica
( ) não fez diferença toma-la
( ) ajudou um pouco em sua melhora
(x) ajudou muito em sua melhora
( ) outro

Paciente: "Da outra vez não foi bom, porque o outro remédio que eu estava tomando era três vezes ao dia e ele prendeu meu intestino. Depois que eu vim pela segunda vez, foi exatamente por causa do medicamento, eu passei muito mal. O doutor mudou a medicação. Eu quase pedi para parar com a medicação. Eu estava até me sentindo mais tranqüila, mas depois que ele me mandou parar com o primeiro medicamento, eu fiquei muito nervosa. Agora não, está bom."

22. Que sugestões você gostaria de dar no sentido de melhorar o atendimento médico e a atenção em geral dados aos doentes com Depressão?

Paciente: “Não sei.”

23. Gostaria de contar mais alguma coisa sobre o problema e as questões que conversamos ou gostaria de fazer alguma pergunta?

Marido: "Ela tem uma preocupação muito grande com a casa, é até excessiva. Tem que estar tudo arrumado, roupa passada. Muitas vezes eu convidava ela para sair e ela pedia para terminar de passar um paninho na cozinha, essas coisas terminava sete da noite, ai eu falava não vamos sair mais."

Paciente: "Eu acho que é aí que entra a família. Quando a gente tem uma empregada, ela faz tudo. A gente não se preocupa, mas quando é só a gente para fazer, eu acho que a colaboração de todos, a casa permanece limpa, organizada e a gente ia viver em harmonia. Só que não é assim."

<u>Perguntas aos familiares</u>

24. Com relação à doença de seu filho (a) (esposo (a) ou pai/mãe), como esta doença interferiu no relacionamento entre você e o * (paciente)?**

( ) fez com que ele (a) afastasse de você
(x) fez com que se aproximasse de você
( ) fez com que se tornasse dependente
( ) fez com que você se sentisse culpado
( ) outro

Marido: "Esta crise que ela teve agora, mais recente ajudou um pouco a unir a gente, eu me senti um pouco responsável por ela. Me sentia muito distante, sem interesse. Na Segunda vez que ela foi internada eu que trouxe ela aqui, eu dei todo apoio. Eu procurei fazer isso exatamente para demonstrar o meu interesse, não deixei faltar nada que ela queria, embora difícil para mim, mas eu sempre procurei atendê-la. Mas isso foi até bom."

Entrevistadora: De que maneira?

Marido: "Eu pude me achegar mais a ela, entendê-la mais. Acho que até as crianças sentiram também, porque tinha sempre ela preocupada em fazer comida. Fazer alguma coisa, tinha este tipo de preocupação."

Entrevistadora: E. (filho), como você se sente?

E. (filho): "Não sei como falar."

Entrevistadora: Fale do jeito que você sentir.

Filho: "Quando eu via ela chorando pensava que estava acontecendo alguma coisa entre ela e o pai. Que podia ser briga ou alguma coisa."

Entrevistadora: Você percebeu sua mãe diferente de um tempo para cá ou não?

Filho: "Um pouquinho. Ela não fica mais brigando com a gente toda hora. Qualquer coisinha minha mãe brigava com a gente e agora ela não está assim, ela mudou um pouquinho.

25. Quais as mudanças que vocês podem apontar no * (deprimido), que coincida com o início da doença?**

Marido: "Ela ficou muito nervosa, falava coisas ásperas, e chorava muito."

26. Como avaliam o tratamento médico realizado até agora? Sentem-no:

( ) péssimo
( ) regular
(x) bom
( ) ótimo

27. No que diz respeito ao contato do médico com a família, como se sentem?

( ) negligenciados
( ) apenas como acompanhante
(x) informados sobre a situação do familiar doente
( ) contato que lhe estimulasse a ajuda ao familiar doente
( ) outro

28. O que pensa sobre a medicação?

( ) prejudica
( ) não fez diferença
(x) ajuda um pouco na melhora do paciente
( ) ajuda muito na melhora do paciente
( ) outro

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: paciente

a) <u>Observações acerca do desenho</u>:
"Acho que é este desenho mesmo."

Marido: "Parece um abacaxi."

Paciente: "Abacaxi difícil de descascar."

1) Quais são as pessoas desenhadas?
Não foram desenhadas pessoas.

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
Não foi desenhado pessoas.

3) Quem foi omitido?
Todos.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
Sem percepção direta, apenas, por interpretação do desenho.

5) Há alguma figura em destaque?
Idem à anterior.

6) Expressão das figuras desenhadas?
Idem.

7) Objetos, ou outros desenhados?
Idem.

8) Figura riscada, retocada?
Idem.

9) Há algum aspecto em particular?
Foi riscando enquanto chorava, batendo com o lápis na folha em branco.

b) <u>Questionário</u>:

1) Qual é o melhor de todos em sua família?
"Gosto de todos eles."

2) Qual é o pior?
"Não tem o pior, o melhor."

3) Qual é o mais infeliz?
"Acho que está sendo eu."

4) Qual é o menos infeliz?
"Não sei."

5) Quem, você prefere nesta família?
"Não tenho preferência."

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: Marido

a)<u>Observações acerca do desenho</u>:
"É uma família, aqui tem a casa, do outro lado tem um campinho de futebol, tem gente jogando só."

1) Quais são as pessoas desenhadas?
"Não desenhei a minha família, só a casa."

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
Idem

3) Quem foi omitido?
Todos.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
Não desenhou pessoas da família.

5) Há alguma figura em destaque?
Não.

6) Expressão das figuras desenhadas?
Não aparece.

7) Objetos, ou outros desenhados?
Foram desenhadas outras pessoas, jogando futebol.

8) Figura riscada, retocada?
Não apresentou

9) Há algum aspecto em particular?
Onde há pessoas, fica distante da casa, de onde a família ficaria.

b) <u>Questionário</u>:

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
"Não tem."

2) Qual é o pior?
"Também não tem."

3) Qual é o mais infeliz?
"Acho que estamos todos infelizes."

4) Qual é o menos infeliz?
"Não sei."

5) Quem, você prefere nesta família?

“Não tenho preferência por nenhum, todos são iguais.”

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: filho

a) <u>Observações acerca do desenho</u>:
Nenhuma.

1)Quais são as pessoas desenhadas?
Todos da família os familiares.

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
O irmão L. (quarto na posição, da esquerda para a direita).

3) Quem foi omitido?
Nenhum.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
Separadas.

5) Há alguma figura em destaque?
Não.

6) Expressão das figuras desenhadas?
Alegres.

7) Objetos, ou outros desenhados?
Paisagem.

8) Figura riscada, retocada?
Não.

9) Há algum aspecto em particular?
A paisagem à volta das pessoas, de certa forma distante.

b) <u>Questionário</u>:

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
“Minha mãe e meu pai.”

2) Qual é o pior?
“Não sei.”

3) Qual é o mais infeliz?

“Não sei.”

4) Qual é o menos infeliz?
“Não sei.”

5) Quem, você prefere nesta família?
“Os meus pais.”

APÊNDICE 5
DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

1.Nome completo: M.L.M. de S**.**

2.Data de nascimento: 21.12.57 **Idade em anos completos:** 40 anos

3.Naturalidade/nacionalidade: Campo Grande/brasileira

4.Endereço: Av. ***.

5.Procedência: anteriormente moravam em um sítio, no Município de Campo Grande

Há quanto tempo: 4 anos

6. Grau de escolaridade: 2º grau incompleto

7. Estado civil e situação conjugal: casada **Há quanto tempo:** 16 anos

A) Data da primeira consulta: 19/01/98

B) Anotações do médico (a) que realizou o primeiro atendimento:

"Paciente apresentando quadro de sintomas depressivos, como anedonia, tristeza imotivada, insônia. Há vários anos dificuldades no relacionamento conjugal. Marido refere que se casou com ela gostando de outra mulher; o mesmo ultimamente segundo ela relata, a trata com indiferença; há dois dias ocorreu um desentendimento com familiares de seu marido."

"Mãe faleceu de A.V.C.. irmãos hipotensos. Nega doença mental na família. Nega suicídio. Irmão alcoólatra. Nega epilepsia."

Diagnóstico: "Depressão"

C)Evolução do caso:

A paciente foi internada, pois estava muito nervosa e abatida. Apresentava angústia intensa. Após alta, voltou a ser internada novamente; continuou seu tratamento, com melhora do quadro.

A DEPRESSÃO NA INTERAÇÃO FAMILIAR

Entrevista nº: 03 **Data**: 17.06.99
Local: Ambulatório de Psiquiatria – Santa Casa **Duração em minutos**: 110
Horário de início: 8:30 h**.**

PARTE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

1.Nome completo: K.F. dos S.
2.Data de nascimento: 14.07.82 **Idade em anos completos:**16 anos
3.Naturalidade/nacionalidade: Ivinhema/brasileira
4.Endereço: Rua dos ***
5. Procedência: Ivinhema **Há quanto tempo**: 8 anos
6. Grau de escolaridade: 1º grau incompleto
7.Estado civil e situação conjugal: solteira **Há quanto tempo**: 6 meses
8. Grupo familiar atual (pessoas que compartilham a casa):

D., 12 anos, J., 7 anos, K., 3 anos, D.46 anos (pai), A.34 anos (mãe) e a K. (paciente)

9. Profissão/ ocupação/ há quanto tempo/ atividades anteriores:
Trabalha em casa.

10. Atividade de lazer:
Brinca com a irmã, escuta música, vai a festas, freqüentam a Igreja e a catequese.

11. Religião (denominação) e religiosidade (práticas):
Católica.

12. Outros dados relevantes:
Apresentam-se para a entrevista, a paciente, a mãe e a filha mais nova.

PARTE 2 – ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS

13. Falando a respeito de seu problema de saúde, há quanto tempo você sabe do diagnóstico?
"Mais ou menos 6 meses."

14. Como lhe foi comunicado?

(x) diretamente pelo médico
( ) por algum familiar. Quem?
( ) por um estranho

15. Como você reagiu?

( ) não deu importância
( ) não entendeu
( ) pensou em fazer algo a respeito. O quê?
( ) ficou desesperada, desorientada, perdida
( ) pensou em morrer
(x) outro

Paciente: "Eu fiquei triste".

16. Com relação à sua família, como sua doença interferiu no relacionamento: com seus pais e irmãos? Como eles têm reagido?

Paciente: "Eles ficaram tristes".

Com seus filhos? Como eles têm reagido?

Não tem filhos.

Com seu cônjuge/parceiro (a)? Como ele (a) tem reagido?
Paciente: "Ele não liga para mim."

17. Como você avalia o andamento de seu rendimento escolar e/ou profissional e outras atividades que costumava fazer?

( ) péssimo (praticamente não faz mais as atividades que anteriormente à doença fazia)
(x) regular (com esforço, consegue realizar ainda alguma atividade)
( ) bom (continua realizando as atividades, sem que a doença interferisse)
( ) ótimo (houve melhora de seu rendimento após o início da doença)

Mãe: "Ela é esforçada, acho que vai dar conta de passar, está se recuperando, não vai fia? Ela faltou muita aula, só ficava em cima da cama, não queria nada com nada, nem tomar banho ela aceitava, tem que brigar para ela levantar."

18. Tem tido momentos de distração e lazer?

(x) nunca
( ) raramente
( ) às vezes
( ) freqüentemente
( ) sempre

Mãe: "Quando ela fica assim, não faz nada, só fica deitada."

19. Como você acha que as pessoas deveriam tratá-lo(a) após o início da doença?

( ) deveriam ignorá-lo (a)
( ) deveriam continuar a tratá-lo (a) como sempre foi
(x) deveriam ter maior compreensão quanto a seu problema
( ) deveriam dar maior atenção a você
( ) deveriam cuidar, protegê-lo (a), ficar sempre junto a você

20. Como você avalia o tratamento médico realizado até agora?

( ) péssimo
( ) regular
(x) bom
( ) ótimo

21. O que pensa sobre a medicação?

( ) o prejudica
( ) não fez diferença toma-la
(x) ajudou um pouco em sua melhora
( ) ajudou muito em sua melhora
( ) outro

Paciente: "Ajudou um pouco."
Mãe: "É que ela melhorou, a doutora *** (residente), passou uns remédios para ela, só que acabou, e não veio pegar mais, ela voltou tudo de novo, ficou assim, sem vontade para nada."

22. Que sugestões você gostaria de dar no sentido de melhorar o atendimento médico e a atenção em geral dados aos doentes com Depressão?
Paciente: "Não."

23. Gostaria de contar mais alguma coisa sobre o problema e as questões que conversamos ou gostaria de fazer alguma pergunta?
Paciente: "É que sinto muita dor de cabeça.".

<u>Perguntas aos familiares</u>

24. Com relação à doença de seu filho (a) (esposo (a) ou pai/mãe), como esta doença interferiu no relacionamento entre você e o * (paciente)?**

( ) fez com que ele (a) afastasse de você
( ) fez com que se aproximasse de você
(x) fez com que se tornasse dependente
( ) fez com que você se sentisse culpado
( ) outro

Mãe: “Ela agora fica dependendo de mim (mostra-se irritada); eu trabalhava fora, e vivo agora tendo que matar o serviço para cuidar da casa, não tem condições, eu dependia dela para arrumar a casa, cuidar da irmã, agora só fica amuada em cima de uma cama, não quer nada com nada, está sobrecarregando, por causa que eu tenho que ficar em casa, fazer tudo, é tá difícil, não tem como eu ficar faltando o serviço; a patroa entende, mas não dá para faltar sempre né? Daqui a pouco ela se enche, e eu preciso do emprego; o pai dela não dá conta de sustentar a casa. Tem dia que é boa, às vezes saio de casa, e quando ligo para saber como está, está dormindo, não acorda, aí tenho que largar tudo e ir lá fazer o almoço, cuidar da pequenininha. Agora tirando isso, ela era uma beleza, cuida muito bem da casa, da irmã pequena, né filha? (olha para a filha mais nova).”

25. Quais as mudanças que vocês podem apontar no * (deprimido), que coincida com o início da doença?**

Mãe: “O jeito de ser dela mudou. Ela era contente e agora ficou uma menina triste. Só levanta para comer, antes era brincalhona. Mudou tudo, já brigou com a vizinha, você vê, vizinha antiga, agora fizeram as pazes. (pausa) Agora ela ficou comigo em casa, ficava boa, boa, boa, o pai chegava e ela desmanchava a chorar. O que ele ia pensar, que eu tô judiando da menina? Como é que eu vou explicar isso para ele. Eu quero bem minha filha, mas é só ele chegar e ela desanda a chorar.”

Mãe: “Acho que tudo começou com esse casamento dela com o rapaz.

Entrevistadora: “Ela se casou?

Mãe: “Tava com um cara, aí nós achamos melhor que ela juntasse logo com ele, do que ficar assim; não era mais virgem mesmo. Até fizemos um quartinho com cozinha do lado de casa para os dois, mas ele só quis saber de beber. Não sei parece que ela se arrependeu, se sentiu culpada, não pode falar nisso que chora, olha aí (a paciente começa a chorar). Ela diz que não queria magoar o pai. E agora o rapaz que não serve para nada, nem liga para ela. Agora ela está em casa de novo; fizemos largar.”

26. Como avaliam o tratamento médico realizado até agora? Sentem-no:

( ) péssimo
( ) regular
( ) bom
(x) ótimo

27. No que diz respeito ao contato do médico com a família, como se sentem?

( ) negligenciados
( ) apenas como acompanhante
( ) informados sobre a situação do familiar doente
(x) contato que lhe estimulasse a ajuda ao familiar doente
( ) outro

Mãe: “Eu mesmo, só estou vindo hoje, o pai é que acompanhou ela na médica, mas acho que ajuda sim, eles ajudam, explicam como é a doença, explica como cuidar dela.”

28. O que pensa sobre a medicação?

( ) prejudica
( ) não fez diferença
(x) ajuda um pouco na melhora do paciente
( ) ajuda muito na melhora do paciente
( ) outro

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: Paciente

a) <u>Observações acerca do desenho</u>:

A paciente só fala quando desenha a irmã mais nova: “Olha é você (sorri para a irmã).”

1) Quais são as pessoas desenhadas?
“D., J., a mãe, o pai, eu a K. (irmã mais nova).”

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
A mãe, depois o pai.

3) Quem foi omitido?
Não houve omissão

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
“Estão juntos.”
Estão na maioria juntas, somente K. (irmã mais nova) está separada.

5) Há alguma figura em destaque?
A K. (irmão mais nova), pelo afastamento dos demais

6) Expressão das figuras desenhadas?
“D., raiva, o J. está alegre (sorri, a irmã K. sorri junto), a mãe está alegre (pausa), um pouquinho triste, o pai triste (dá ênfase), a K. (irmã mais nova) feliz, alegre (sorri novamente).”

7) Objetos, ou outros desenhados?
Não.

8) Figura riscada, retocada?
Não.

9) Há algum aspecto em particular?

Figuras desenhadas de braços abertos.

b)<u>Questionário</u>:

1) Qual é o melhor de todos em sua família?
"A minha mãe e o meu pai."

2) Qual é o pior?
"Nenhum."

3) Qual é o mais infeliz?
"Acho que está sendo eu."

4) Qual é o menos infeliz?
"Acho que está sendo a K. (irmã mais nova)"

5) Quem, você prefere nesta família?
"Todos."

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: Mãe

a) Observações acerca do desenho:
Quando desenha a filha mais nova diz: "nasceu sem a gente querer (sorri para a filha). Faz tempo que eu não estudo. (pausa) tenho que fazer todos eles? " Respondo que do jeito que achar melhor. Olha para o desenho da paciente e diz: "Que esquisito (referindo-se ao desenho que a filha executa). O meu saiu maior."

1)Quais são as pessoas desenhadas?
K. (filha mais nova), J., D., A, D. (marido).

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
K. (filha mais nova).

3) Quem foi omitido?
K. (a paciente).

Quando questionada sobre a omissão, responde: "é seis lá em casa (conta as figuras desenhadas), só desenhei 5. Tá faltando essa (aponta para K. (paciente), mas não lhe acrescenta ao desenho).

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
Estão separadas, em especial o pai.

5) Há alguma figura em destaque?
A figura do pai, pelo afastamento dos demais.

6) Expressão das figuras desenhadas?
Fala logo após olhar um a um

K. (filha mais nova) - "alegre"
J.- "alegre"
D. – "raiva"
A. (ela mesma) – "triste por causa da minha filha"
D. (marido) – "preocupado"

7) Objetos, ou outros desenhados?
Não

8) Figura riscada, retocada?
Não.

9) Há algum aspecto em particular?
Não.

b) <u>Questionário</u>:

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
"Meu marido e a K. (filha mais nova). D. também; é inteligente, mas é nervoso."

2) Qual é o pior?
"Nenhum."

3) Qual é o mais infeliz?
"Sempre quem estava boa, era a K. (paciente), era feliz, agora desmorona."

4) Qual é o menos infeliz?
"Nenhum."

5) Quem, você prefere nesta família?
"Todos eles." Pausa e continua: "O D. (filho) é que está fazendo tudo em casa."

APÊNDICE 6
DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DO PRONTUÁRIO DOS PACIENTES

1.Nome completo: K.F. dos S.

2.Data de nascimento: 14.07.82 **Idade em anos completos:**16 anos

3.Naturalidade/nacionalidade: Ivinhema/brasileira

4.Endereço: Rua dos ***

5. Procedência: Ivinhema **Há quanto tempo**: 8 anos

6. Grau de escolaridade: 1° grau incompleto

7.Estado civil e situação conjugal: solteira **Há quanto tempo**: 6 meses

A) Data da primeira consulta: 06/04/99

B) Anotações do médico (a) que realizou o primeiro atendimento:

"Paciente relata tristeza, insônia e inapetência há 4 meses, com piora há 2 meses após separação conjugal. Refere ideação suicida. Não tem disposição para trabalhar ou estudar."

"Tio Esquizofrênico paranóide há 10 anos. Nega Depressão na família. Menarca aos 13 anos. Início de atividade sexual ao s 15 anos."

Diagnóstico: "Depressão Apática."

C)Evolução do caso:

A paciente apresentou melhora do quadro, voltou a trabalhar e estudar. Após, não compareceu às consultas. O pai a acompanhou até o ambulatório, com intenção de buscar receita para a medicação. Às vezes a paciente apresenta quadro de hipomania por conta da medicação. Os familiares não seguem o tratamento como devia. Deixam de trazer a menina para continuar com a medicação.

A DEPRESSÃO NA INTERAÇÃO FAMILIAR

Entrevista nº: 04 **Data**: 07.07.99
Local: Ambulatório de Psiquiatria da Santa Casa **Duração em minutos**: 135
Horário de início: 8:50

PARTE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

1.Nome completo: N.F.C.
2.Data de nascimento: 20.05.65 **Idade em anos completos**: 34 anos
3.Naturalidade/nacionalidade: Camapuã/MS - brasileira
4.Endereço: Rua ***
5. Procedência: Camapuã **Há quanto tempo**: 5 anos
6.Grau de escolaridade: 4º série (primário**).**
7. Estado civil e situação conjugal: Desquitada/amasiada **Há quanto tempo**: 6 meses
8. Grupo familiar atual (pessoas que compartilham a casa):

J. L. (8 anos). Marido A. F. de S. (52 anos)

9. Profissão/ ocupação/ há quanto tempo/ atividades anteriores:
Doméstica, há 10 anos. Manicure.

10. Atividade de lazer:
Ir à Igreja.

11. Religião (denominação) e religiosidade (práticas):
É Católica, mas está freqüentando Igreja de "crente".

12. Outros dados relevantes:
O marido faz parte da família há pouco tempo (seis meses).

PARTE 2 – ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS

13. Falando a respeito de seu problema de saúde, há quanto tempo você sabe do diagnóstico?
Paciente: "O dia que eu vim na médica. Há um mês. Nem sabia que estava doente. A gente se importa sempre em trabalhar, marretar, não tem tempo nem para pensar."

14. Como lhe foi comunicado?

(x) diretamente pelo médico
( ) por algum familiar. Quem?
( ) por um estranho

15. Como você reagiu?

( ) não deu importância
( ) não entendeu
( ) pensou em fazer algo a respeito. O quê?
( ) ficou desesperada, desorientada, perdida
( ) pensou em morrer
(x) outro

Paciente: "Não pensei em nada"

16. Com relação à sua família, como sua doença interferiu no relacionamento: com seus pais e irmãos? Como eles têm reagido?

Paciente: "Eu fico deprimida mas as pessoas não vê. Só quando eu estou sozinha é que vejo que eu preciso chorar."

Com seus filhos? Como eles têm reagido?

Paciente: "Eu as vezes chorava e ele chorava aí ele também começa a chorar sem ter motivo".

Com seu cônjuge/parceiro (a)? Como ele (a) tem reagido?
Paciente: "Ele não fala nada."

17. Como você avalia o andamento de seu rendimento escolar e/ou profissional e outras atividades que costumava fazer?

( ) péssimo (praticamente não faz mais as atividades que anteriormente à doença fazia)
( ) regular (com esforço, consegue realizar ainda alguma atividade)
(x) bom (continua realizando as atividades, sem que a doença interferisse)
( ) ótimo (houve melhora de seu rendimento após o início da doença)

18. Tem tido momentos de distração e lazer?

( ) nunca
(x) raramente
( ) às vezes
( ) freqüentemente
( ) sempre

19. Como você acha que as pessoas deveriam tratá-lo(a) após o início da doença?

( ) deveriam ignorá-lo (a)
(x) deveriam continuar a tratá-lo (a) como sempre foi
( ) deveriam ter maior compreensão quanto a seu problema
( ) deveriam dar maior atenção a você
( ) deveriam cuidar, protegê-lo (a), ficar sempre junto a você

20. Como você avalia o tratamento médico realizado até agora?

( ) péssimo
( ) regular
( ) bom
(x) ótimo

Paciente: "Ótimo."

21. O que pensa sobre a medicação?

( ) o prejudica
( ) não fez diferença toma-la
( ) ajudou um pouco em sua melhora
(x) ajudou muito em sua melhora
( ) outro

Paciente: "Ajudou muito".

22. Que sugestões você gostaria de dar no sentido de melhorar o atendimento médico e a atenção em geral dados aos doentes com Depressão?
Paciente: "Acho que está muito bom. Não tenho o que reclamar."

23. Gostaria de contar mais alguma coisa sobre o problema e as questões que conversamos ou gostaria de fazer alguma pergunta?
Paciente: "Acho que está bom."

<u>Perguntas aos familiares</u>

24. Com relação à doença de seu filho (a) (esposo (a) ou pai/mãe), como esta doença interferiu no relacionamento entre você e o * (paciente)?**

( ) fez com que ele (a) afastasse de você
( ) fez com que se aproximasse de você
( ) fez com que se tornasse dependente
( ) fez com que você se sentisse culpado
(x) outro

Marido: "Não existiu."

25. Quais as mudanças que vocês podem apontar no * (deprimido), que coincida com o início da doença?**
Marido: "Ela vivia muito sozinha, distante de todos. Parece que ela se solta mais tem mais para se soltar."

26. Como avaliam o tratamento médico realizado até agora? Sentem-no:

( ) péssimo
( ) regular
( ) bom
(x) ótimo

27. No que diz respeito ao contato do médico com a família, como se sentem?

( ) negligenciados
( ) apenas como acompanhante
( ) informados sobre a situação do familiar doente
( ) contato que lhe estimulasse a ajuda ao familiar doente
(x) outro

Marido: "Eu na verdade, não participei diretamente."

28. O que pensa sobre a medicação?

( ) prejudica
( ) não fez diferença
( ) ajuda um pouco na melhora do paciente
(x) ajuda muito na melhora do paciente
( ) outro

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: paciente

a)Observações acerca do desenho:
Queixa-se de ter que desenhar, acha que não é capaz.

1)Quais são as pessoas desenhadas?
O atual marido, ela e o filho.

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
Ela.

3) Quem foi omitido?.
Ninguém.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
Estão juntas.

5) Há alguma figura em destaque?
A flor desenhada ao lado do filho.

6) Expressão das figuras desenhadas?
"Estão todos alegres. Lá em casa quase não tem tristeza."

7) Objetos, ou outros desenhados?
Casa e flor. Refere-se à casa como sendo a dela.

8) Figura riscada, retocada?
Não.

9) Há algum aspecto em particular?
Chama atenção o tamanho da flor.

b)<u>Questionário:</u>

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
"O meu filho é o mais importante, mas toda minha família é legal."

2) Qual é o pior?
"Não sei. Acho que não tem nenhum pior."

3) Qual é o mais infeliz?
"O meu filho, que fica chateado por causa do pai distante."

4) Qual é o menos infeliz?
"É o meu marido."

5) Quem, você prefere nesta família?
"Meu filho."

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: Filho

a)<u>Observações acerca do desenho:</u>
Nenhuma.

1)Quais são as pessoas desenhadas?
A mãe, o tio (no caso o marido de sua mãe) e ele próprio.

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
A mãe.

3) Quem foi omitido?.
Nenhum.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
"O meu tio está segurando a mão da minha mãe e a minha mãe a do tio."

5) Há alguma figura em destaque?
Não.

6) Expressão das figuras desenhadas?
"Estão todos alegres, porque eu vou comprar um revolver de brinquedo quando sair daqui."

7) Objetos, ou outros desenhados?
Não.

8) Figura riscada, retocada?
A figura do tio está retocada.

9) Há algum aspecto em particular?
Todos estão de braços erguidos.

b)<u>Questionário:</u>

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
"Sou eu."

2) Qual é o pior?
"O tio."

3) Qual é o mais infeliz?
"A minha mãe."

4) Qual é o menos infeliz?
"Sou eu."

5) Quem, você prefere nesta família?
"A mãe."

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: Marido

a)<u>Observações acerca do desenho</u>:
Fala de imediato que desenhara ele com a mão sobre a cabeça do enteado.

1)Quais são as pessoas desenhadas?
A esposa, o enteado e ele próprio.

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
A esposa.

3) Quem foi omitido?
Nenhum.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
"Estão juntos."

5) Há alguma figura em destaque?
Ele desiste de fazer a si mesmo (abaixo da bicicleta) continuando em cima.

6) Expressão das figuras desenhadas?
"Estão alegres."

7) Objetos, ou outros desenhados?
Desenho que desistiu de fazer: "Não deu certo, vou fazer aqui em cima."

8) Figura riscada, retocada?
Não.

9) Há algum aspecto em particular?
Esposa sem braços. Ele com uma mão no coração e a outra na cabeça no enteado.

b)<u>Questionário:</u>

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
“N. (esposa).”

2) Qual é o pior?
“Sou eu.”

3) Qual é o mais infeliz?
“O J. L. (enteado)”

4) Qual é o menos infeliz?
“Sou eu.”

5) Quem, você prefere nesta família?
“Não, prefiro os dois igual.”

APÊNDICE 7

DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DO PRONTUÁRIO DOS PACIENTES

1.Nome completo: N.F.C.

2.Data de nascimento: 20.05.65 **Idade em anos completos**: 34 anos

3.Naturalidade/nacionalidade: Camapuã/MS - brasileira

4.Endereço: Rua ***

5. Procedência: Camapuã **Há quanto tempo**: 5 anos

6.Grau de escolaridade: 4ª série (primário**).**

7. Estado civil e situação conjugal: Desquitada/amasiada **Há quanto tempo**: 6 meses

A) Data da primeira consulta: 24/06/99

B) Anotações do médico (a) que realizou o primeiro atendimento:

"Há mais ou menos 5 anos para ca, tem apresentado nervosismo, ansiedade, tristeza, choro fácil, cefaléia, dor em nuca, insônia inermediária."

"A cefaléia não remite com o uso de analgésico comum."

"Relata que às vezes não sente vontade de fazer as coisas, não tem um motivo aparente que a deixe triste."

"Nega uso de bebida, álcool, fumo."

Diagnóstico: "Depressão Endógena."

C)Evolução do caso:

A paciente melhorou a dor na nuca e voltou a sentir vontade de trabalhar. Continua o tratamento assiduamente.

A DEPRESSÃO NA INTERAÇÃO FAMILIAR

Entrevista nº: 05 **Data**: 24.07.99
Local: Ambulatório de Psiquiatria **Duração em minutos**:127
Horário de início:8:00

PARTE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

1.Nome completo: W.L.N
2.Data de nascimento: 31.08.37 **Idade em anos completos**: 62 anos
3.Naturalidade/nacionalidade: Águas Claras-MS/brasileiro
4.Endereço: Estância ***
5. Procedência: Camapuã **Há quanto tempo:** 1 ano e 5 meses
6. Grau de escolaridade: alfabetizado
7. Estado civil e situação conjugal: casado**Há quanto tempo**:37 anos
8. Grupo familiar atual (pessoas que compartilham a casa):

Esposa- C. 60 anos, filho – W.com 39 anos e o neto: Mateus de 5 anos.

9. Profissão/ ocupação/ há quanto tempo/ atividades anteriores:
Peão

10. Atividade de lazer:
Nada.

11. Religião (denominação) e religiosidade (práticas):
Católica.

12. Outros dados relevantes:

PARTE 2 – ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS

13. Falando a respeito de seu problema de saúde, há quanto tempo você sabe do diagnóstico?
"1 ano e 9 meses."

14. Como lhe foi comunicado?

(x) diretamente pelo médico
( ) por algum familiar. Quem?
( ) por um estranho

15. Como você reagiu?

( ) não deu importância
( ) não entendeu
(x) pensou em fazer algo a respeito. O quê?
( ) ficou desesperada, desorientada, perdida
( ) pensou em morrer
( ) outro

"Pensava em tratar para ficar bom. Queria muito."

16. Com relação à sua família, como sua doença interferiu no relacionamento: com seus pais e irmãos? Como eles têm reagido?

"Não participaram."

Com seus filhos? Como eles têm reagido?

"Reagiram bem, não me agrediam, mas não mexiam comigo. Largava para lá."

Com seu cônjuge/parceiro (a)? Como ele (a) tem reagido?

"Para a esposa foi muito ruim, era muito nervoso; traz conseqüências. Eles não entendia, agora é que entendem, pois viram o resultado. Tratava normal. Achava que tinha que trabalhar que não era nada. Falava para tratar mais achava que não tinha condições para fazer o tratamento sem pagamento. Aí que a filha de um amigo meu que é Psicóloga me falou o que eu tinha e onde podia tratar. Os outros acham que é preguiça, invenção para não trabalhar; que é moleza."

17. Como você avalia o andamento de seu rendimento escolar e/ou profissional e outras atividades que costumava fazer?

(x) péssimo (praticamente não faz mais as atividades que anteriormente à doença fazia)
( ) regular (com esforço, consegue realizar ainda alguma atividade)
( ) bom (continua realizando as atividades, sem que a doença interferisse)
( ) ótimo (houve melhora de seu rendimento após o início da doença)

18. Tem tido momentos de distração e lazer?

( ) nunca
(x) raramente
( ) às vezes
( ) freqüentemente
( ) sempre

"Antes, tudo para mim era ruim".

19. Como você acha que as pessoas deveriam tratá-lo(a) após o início da doença?

( ) deveriam ignorá-lo (a)
( ) deveriam continuar a tratá-lo (a) como sempre foi
(x) deveriam ter maior compreensão quanto a seu problema
( ) deveriam dar maior atenção a você
( ) deveriam cuidar, protegê-lo (a), ficar sempre junto a você

20. Como você avalia o tratamento médico realizado até agora?

( ) péssimo
( ) regular
(x) bom
( ) ótimo

21. O que pensa sobre a medicação?

( ) o prejudica
( ) não fez diferença toma-la
( ) ajudou um pouco em sua melhora
(x) ajudou muito em sua melhora
( ) outro

"Ajudou muito para eu melhorar".

22. Que sugestões você gostaria de dar no sentido de melhorar o atendimento médico e a atenção em geral dados aos doentes com Depressão?
"Atende bem. Não tem sugestão".

23. Gostaria de contar mais alguma coisa sobre o problema e as questões que conversamos ou gostaria de fazer alguma pergunta?

"Não tinha ânimo para nada sou desinquieto, não gostava de ficar parado. Não tinha vontade de conversar com ninguém. Agora melhorou, só não parou ainda o choro, sem nada eu às vezes ainda choro."

<u>Perguntas aos familiares</u>

24. Com relação à doença de seu filho (a) (esposo (a) ou pai/mãe), como esta doença interferiu no relacionamento entre você e o * (paciente)?**

(x) fez com que ele (a) afastasse de você
( ) fez com que se aproximasse de você
( ) fez com que se tornasse dependente
( ) fez com que você se sentisse culpado
( ) outro

Filho: “Eu pensava ou saia para trabalhar e não conversava com ele; ele lá parado, ele não tinha ânimo, eu achava que tinha que tratar. Ficava lá distante da gente, o dia inteiro sentado na cadeira.”

25. Quais as mudanças que vocês podem apontar no * (deprimido), que coincida com o início da doença?**
Filho: “Principalmente não podia falar nada com ele, que ele esbravejava, brigava, xingava. Ficava uma arara. Quieto, sentava, não ia em lugar nenhum. Se perguntava se queria ir em tal lugar, respondia: não, vai se quiser você, você vai. Não tinha nada que falava que ele concordava, mas quando bebei ficava alegre, extrovertido. No outro dia era a mesma coisa.”

Mãe: “A gente incomodava, mas não entendia do assunto; a gente tem poucos recursos, fica tudo mais difícil né?”

26. Como avaliam o tratamento médico realizado até agora? Sentem-no:

( ) péssimo
( ) regular
( ) bom
(x) ótimo

27. No que diz respeito ao contato do médico com a família, como se sentem?

( ) negligenciados
( ) apenas como acompanhante
( ) informados sobre a situação do familiar doente
( ) contato que lhe estimulasse a ajuda ao familiar doente
(x) outro

Esposa: “Ele foi sozinho, com o amigo dele. Mas acho que eles cuidam bem”.

28. O que pensa sobre a medicação?

( ) prejudica
( ) não fez diferença
( ) ajuda um pouco na melhora do paciente
(x) ajuda muito na melhora do paciente
( ) outro

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: (paciente)

a)<u>Observações acerca do desenho:</u>
Disse que não saberia fazer, mas logo começou a desenhar.

1)Quais são as pessoas desenhadas?
Toda a família: "W. (paciente), C. (esposa), C., W. e o W. (todos filhos, sendo a primeira mulher)."
Neste momento o filho W., questiona o pai sobre o seu filho que ficou de fora do desenho, ele respondeu que: "o seu filho é família sua e está é a minha."

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
Ele próprio

3) Quem foi omitido?
Nenhum.

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
"Estão separadas."

5) Há alguma figura em destaque?
Não.

6) Expressão das figuras desenhadas?
"Estão mais ou menos bem."

7) Objetos, ou outros desenhados?
Não.

8) Figura riscada, retocada?
Não.

9) Há algum aspecto em particular?
As figuras parecem que estão de costas, quando questionado, respondeu que estão de frente.

b)<u>Questionário</u>:

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
"São iguais."

2) Qual é o pior?
"Não tem, são iguais."

3) Qual é o mais infeliz?
"É o W. (filho que está presente na entrevista), que tem defeito físico."
4) Qual é o menos infeliz?
"W. (filho mais novo)."

5) Quem, você prefere nesta família?
"Não tem preferência."

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: Esposa

a)<u>Observações acerca do desenho</u>:
Achou difícil desenhar.

1)Quais são as pessoas desenhadas?
"Eu, C. (filha), W. (filho), W. (filho), W. (paciente)."

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
"Eu".

3) Quem foi omitido?
O Marido. O filho mais velho (W.) que estava presente é que aponta a omissão para a mãe. Quando começou a desenhar, ela disse: "vou por o W.(paciente) aqui do outro lado, como eu." O filho diz: "mãe, a senhora está fazendo igual a senhora mesmo!"

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
"Estão juntas."

5) Há alguma figura em destaque?
A figura que representa a C. (a própria desenhista) e que foi desenhada primeiramente.

6) Expressão das figuras desenhadas?
"Não sei."

7) Objetos, ou outros desenhados?
Não.

8) Figura riscada, retocada?
Não

9) Há algum aspecto em particular?
Os homens não são caracteristicamente definidos.

b)<u>Questionário:</u>

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
"Todos."
2) Qual é o pior?
"Não tem."

3) Qual é o mais infeliz?
"Nenhum."

4) Qual é o menos infeliz?

“Não sei, o W. (filho mais novo) está com a esposa, o W. (filho mais velho) quer ter e não tem.”

5) Quem, você prefere nesta família?
“Todos.”

ANÁLISE DO DESENHO DA FAMÍLIA

Nome: Filho

a)<u>Observações acerca do desenho:</u>
Nenhuma.

1)Quais são as pessoas desenhadas?
“M. (seu filho), W. (ele próprio), W. (pai), mãe, C. (irmã), W. (irmão).”

2) Qual foi a primeira pessoa desenhada?
“M., seu filho.”

3) Quem foi omitido?
“Não faltou ninguém.”

4) As pessoas estão junto ou separadas? Alguém em particular?
“Estão separadas.”

5) Há alguma figura em destaque?
A figura da mãe.

6) Expressão das figuras desenhadas?
“Regular, não adianta falar que está bem. O meu irmão ganhava um salário, agora cortou um pouco. A irmã, está pelejando; eu estou aqui esperando, aguardando um emprego.”

7) Objetos, ou outros desenhados?
Não.

8) Figura riscada, retocada?
Figura mais marcada, retocada, a da mãe.

9) Há algum aspecto em particular?
Não.

b)<u>Questionário:</u>

1)Qual é o melhor de todos em sua família?
“Todos são iguais.”

2) Qual é o pior?

“Não tem.”

3) Qual é o mais infeliz?
“Sou eu, larguei da mulher, desempregado, é difícil.”

4) Qual é o menos infeliz?
“Acho que é a minha irmã. Tem marido, filho e mora no que é dela.”

5) Quem, você prefere nesta família?
“Não tem preferência.”

DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DO PRONTUÁRIO DOS PACIENTES

1.Nome completo: W.L.N

2.Data de nascimento: 31.08.37 **Idade em anos completos**: 62 anos

3.Naturalidade/nacionalidade: Águas Claras-MS/brasileiro

4.Endereço: Estância ***

5. Procedência: Camapuã **Há quanto tempo:** 1 ano e 5 meses

6. Grau de escolaridade: alfabetizado

7. Estado civil e situação conjugal: casado**Há quanto tempo**:37 anos

A) Data da primeira consulta: 01/09/98

B) Anotações do médico (a) que realizou o primeiro atendimento:

“Nervosismo há mais ou menos 2 anos. Paciente vem apresentando incontinência emocional (choro imotivado, labilidade de humor, irritabilidade a qualquer estímulo), cefaléia ociptal latejante, de forte intensidade, sem melhora com uso de analgésicos.”

“Procurou neurologista que receitou Strugeron sem melhora. Refere períodos de inquietação, dispnéia, parestesia em mmss, sensação de fraqueza, desânimo. Insônia terminal, sono interrompido. Sobrinho epiléptico. E.E.G. normal, E.C.G. normal.”

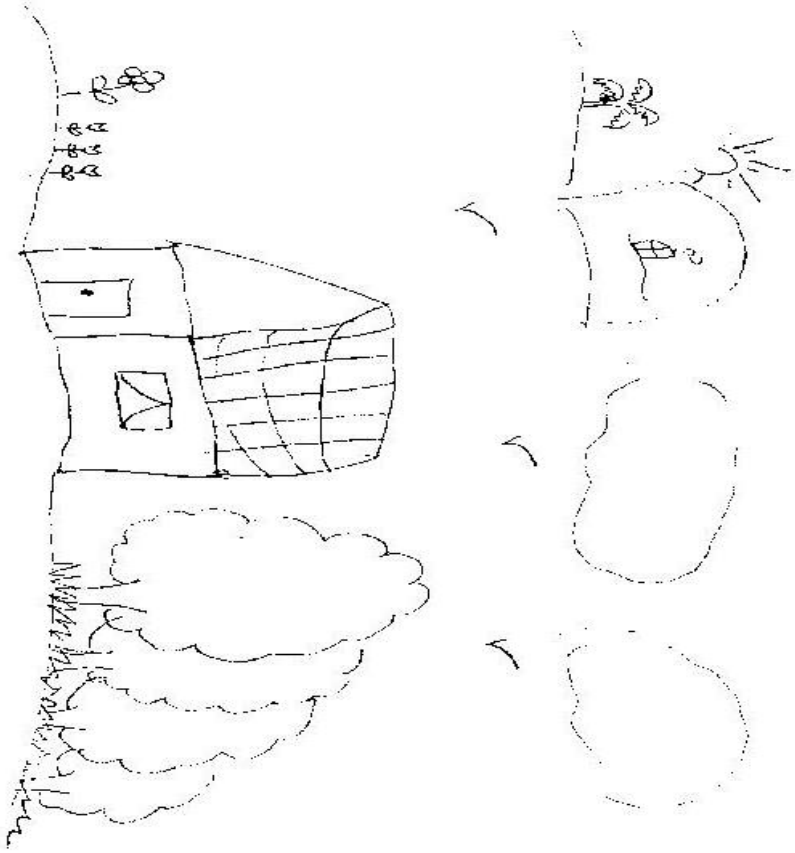
Diagnóstico: “Depressão.”

C) Evolução do caso:

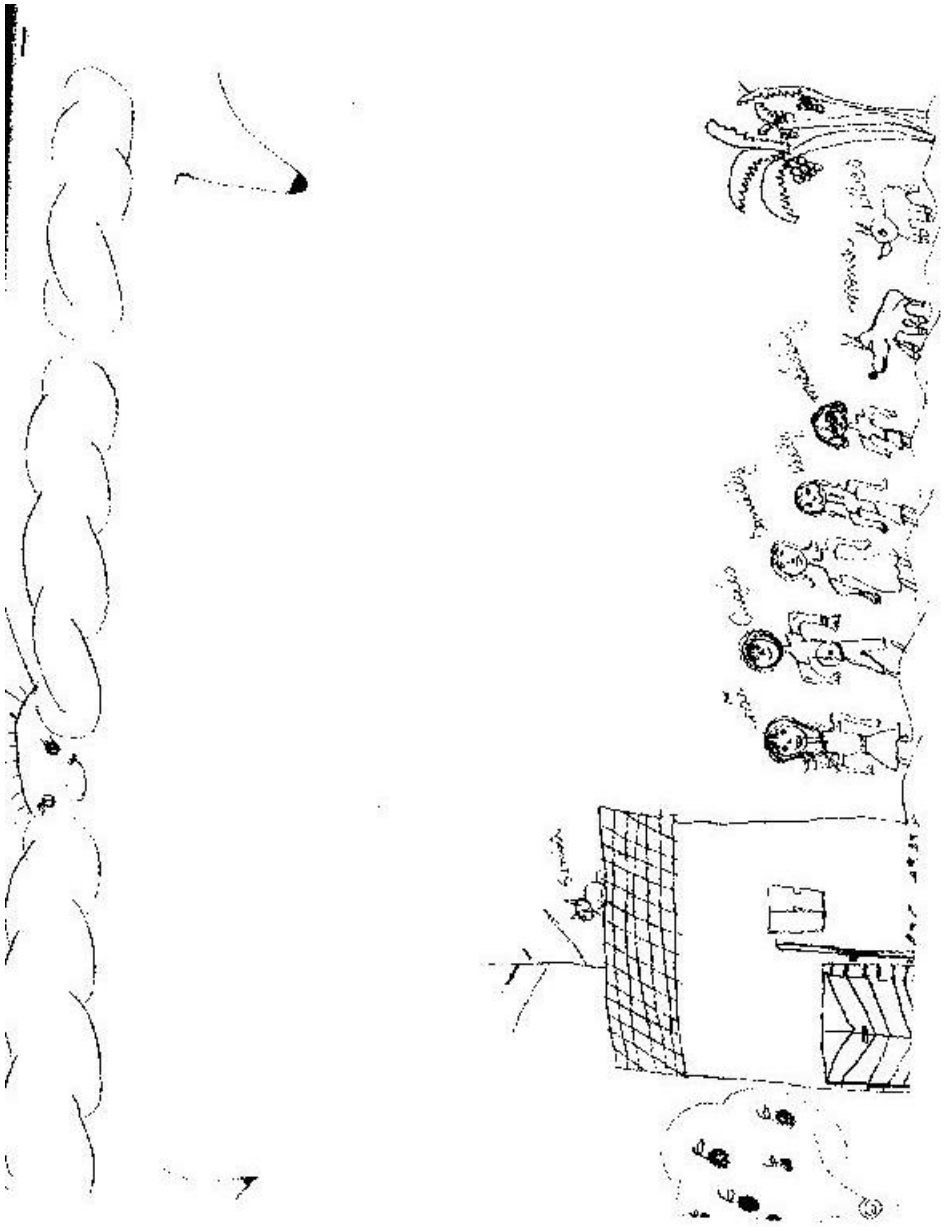
Paciente apresenta melhora significativa dos sintomas. Comparece às consultas, mostrando disposição e referindo melhora de sua qualidade de vida. Persiste o choro fácil, que o incomoda e é motivo de repetições sobre esse tema nas consultas.

ANEXOS

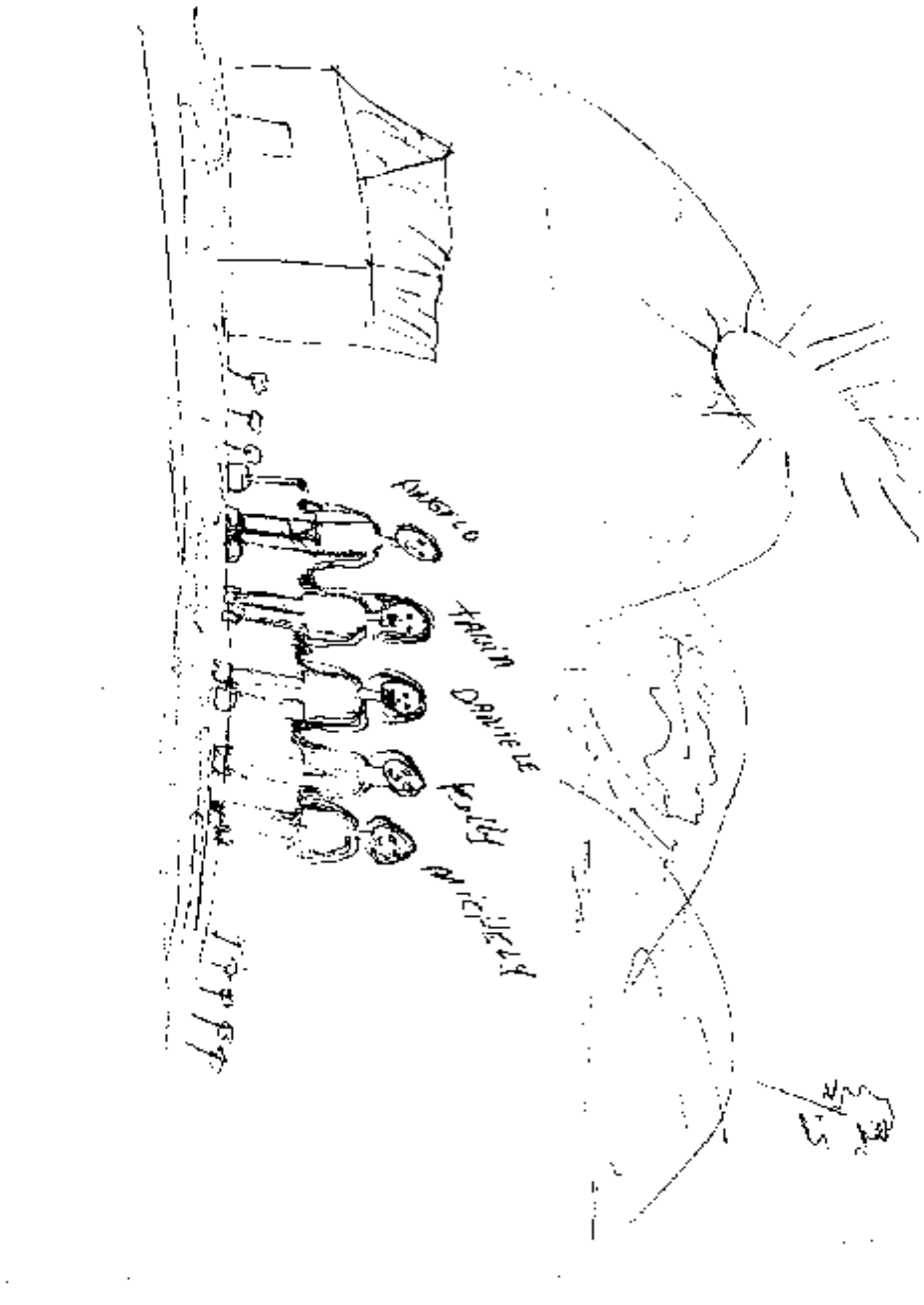
ANEXO 1
DESENHOS: Família 1



Desenho realizado pela paciente (tamanho original)



Desenho realizado pela filha mais velha da paciente (tamanho original)

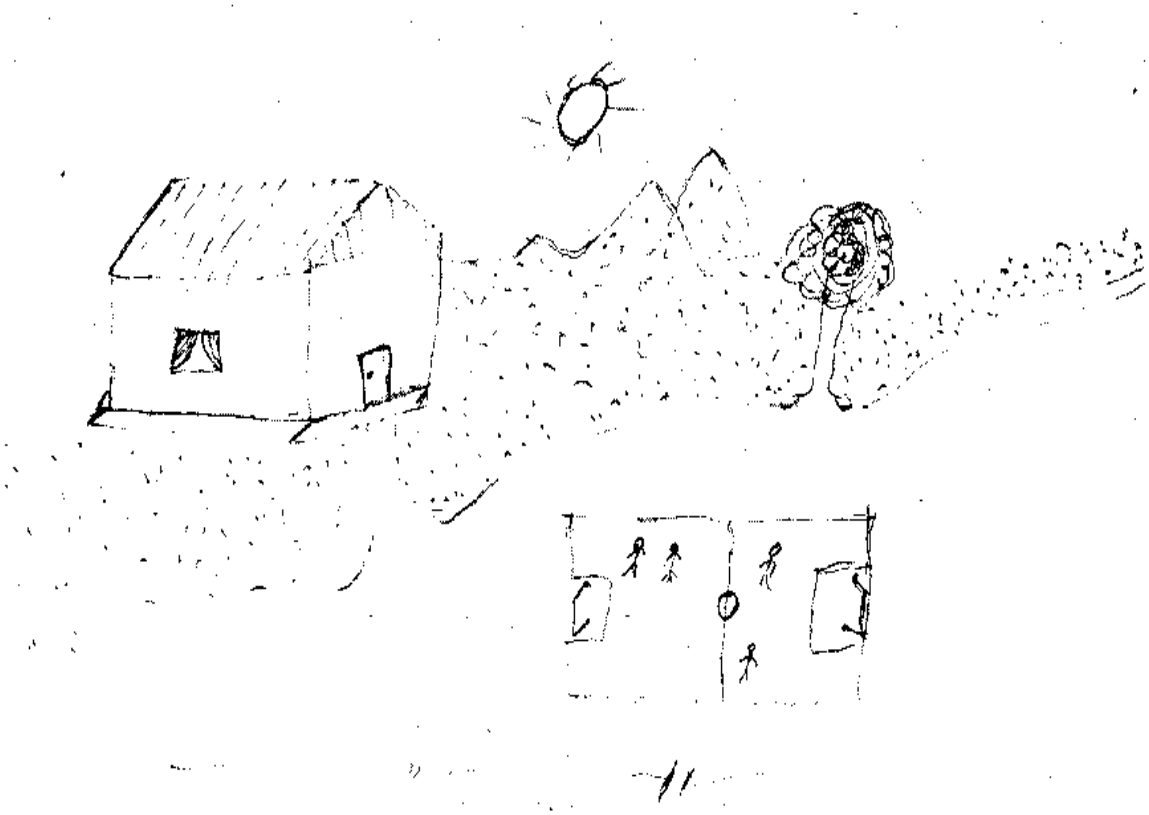


Desenho realizado pelo atual marido da paciente (tamanho original)

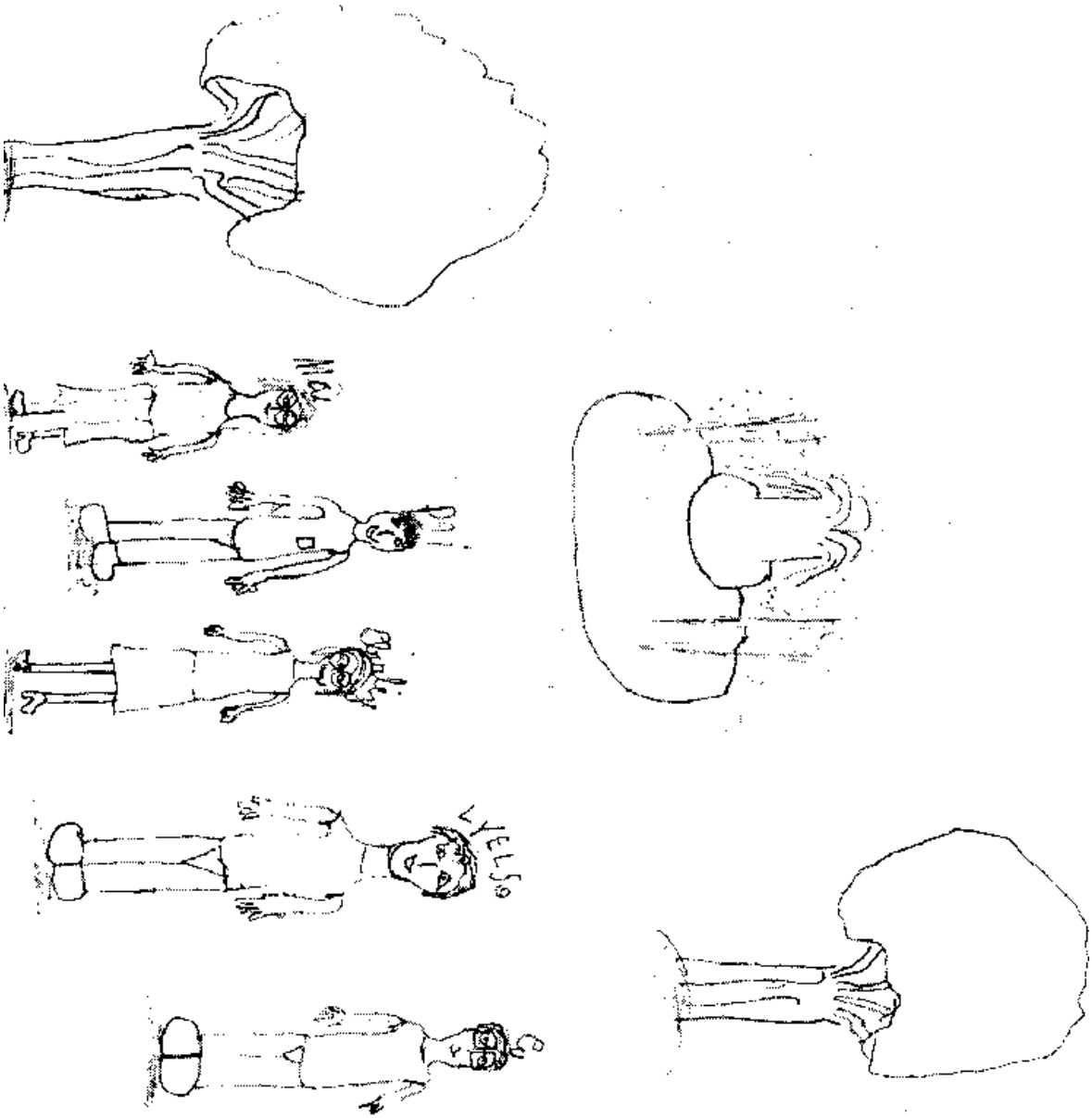
ANEXO 2

DESENHOS: Família 2

Desenho realizado pela paciente (tamanho original)



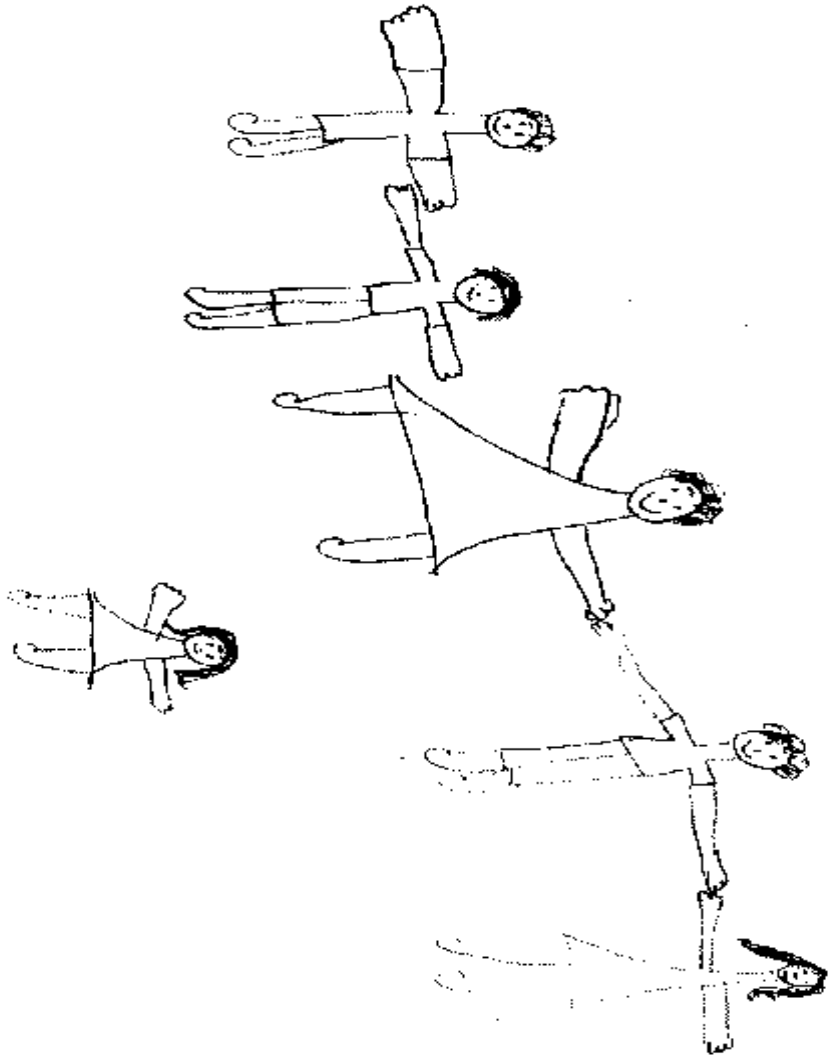
Desenho realizado pelo atual marido da paciente (tamanho original)



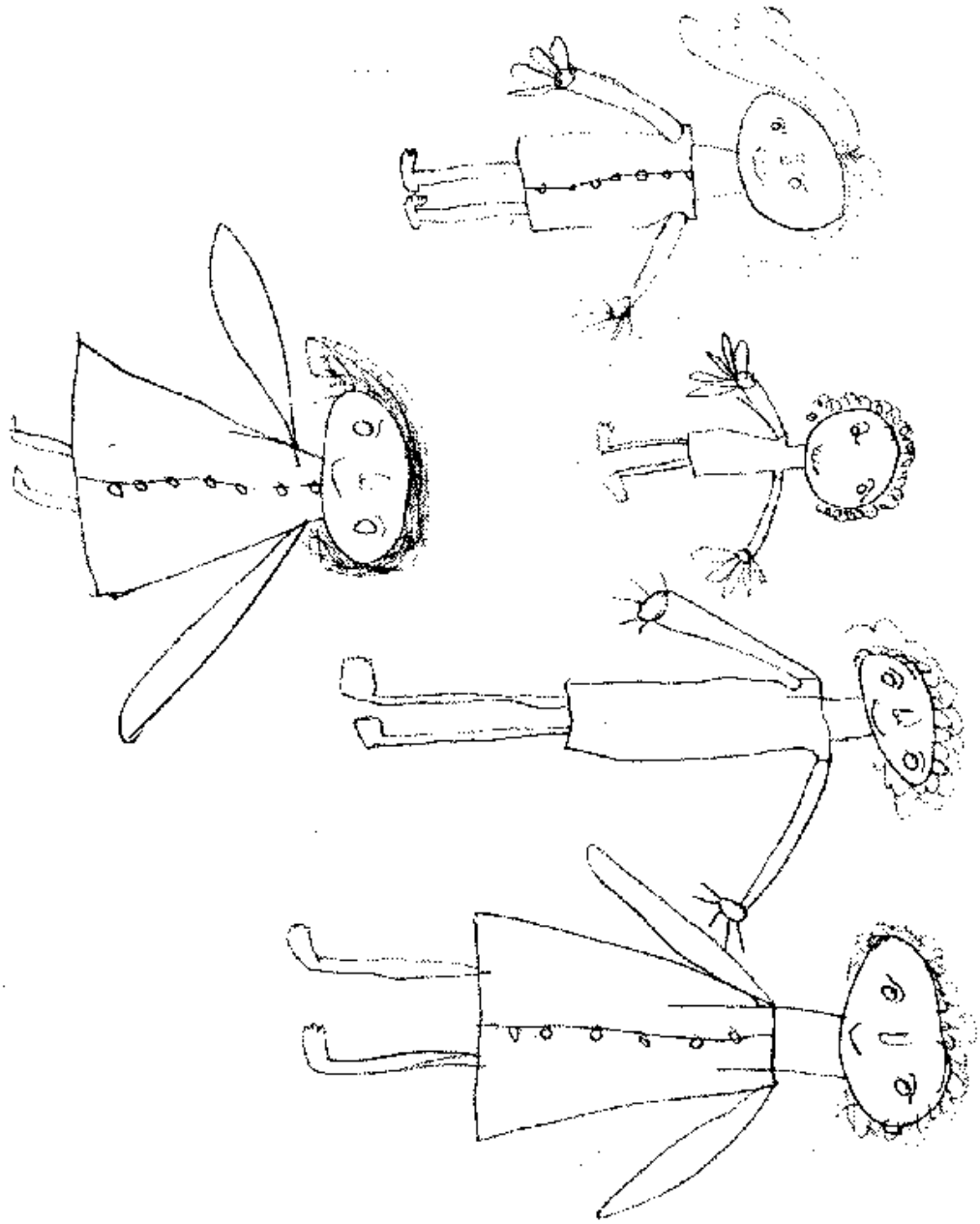
Desenho realizado pelo filho da paciente (tamanho original)

ANEXO 3

DESENHOS: Família 3



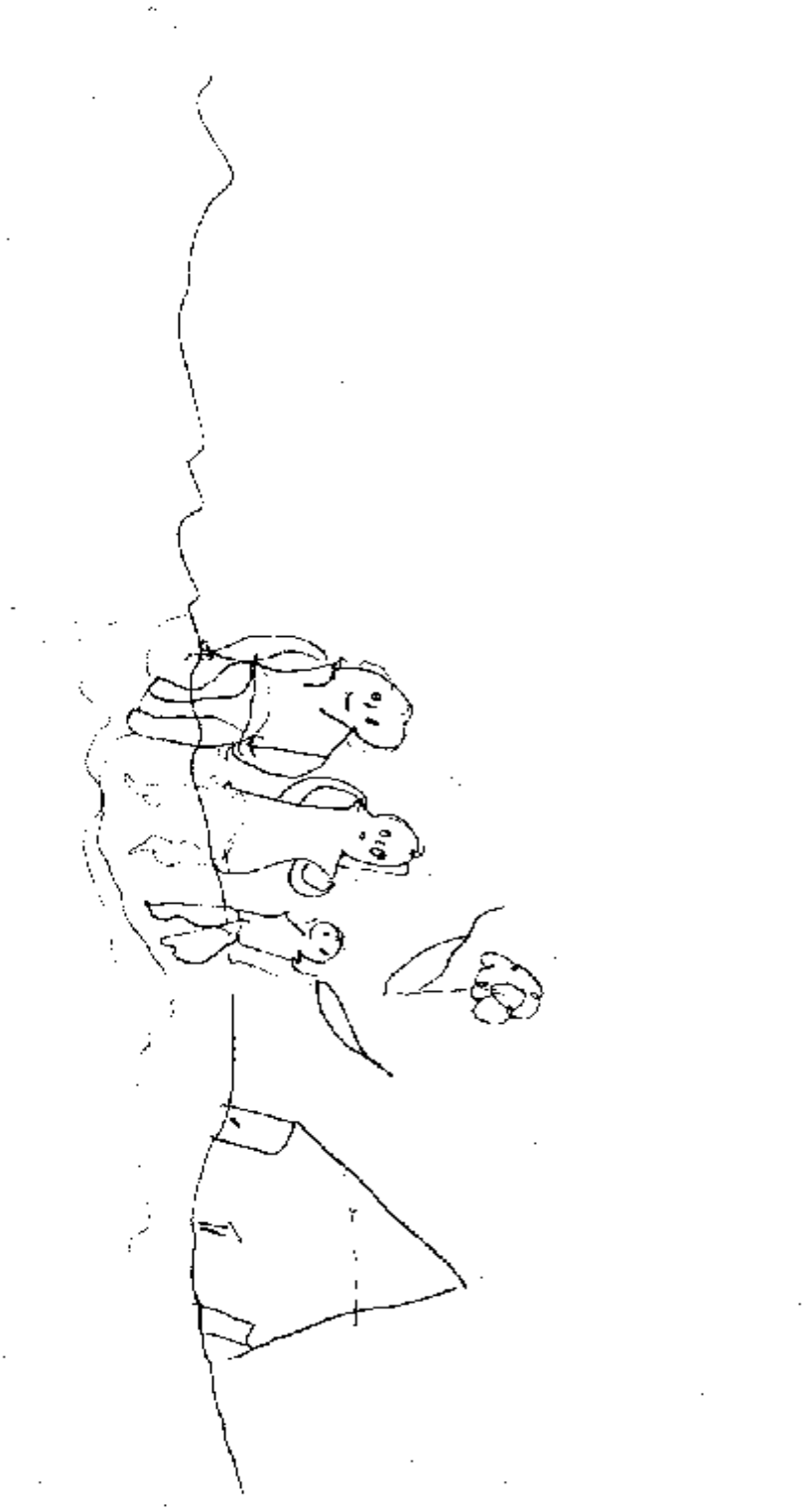
Desenho realizado pela paciente (tamanho original)



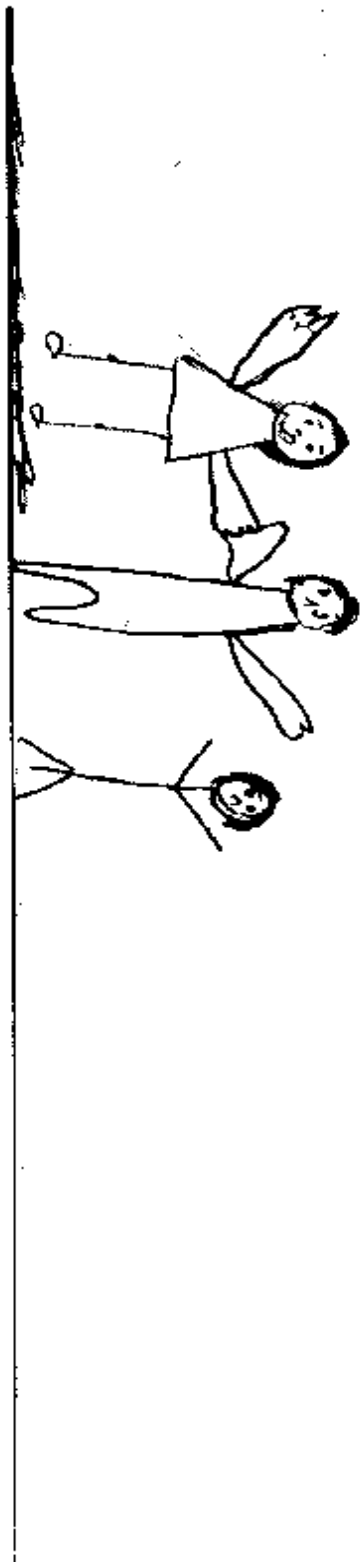
Desenho realizado pela mãe da paciente (tamanho original)

ANEXO 4

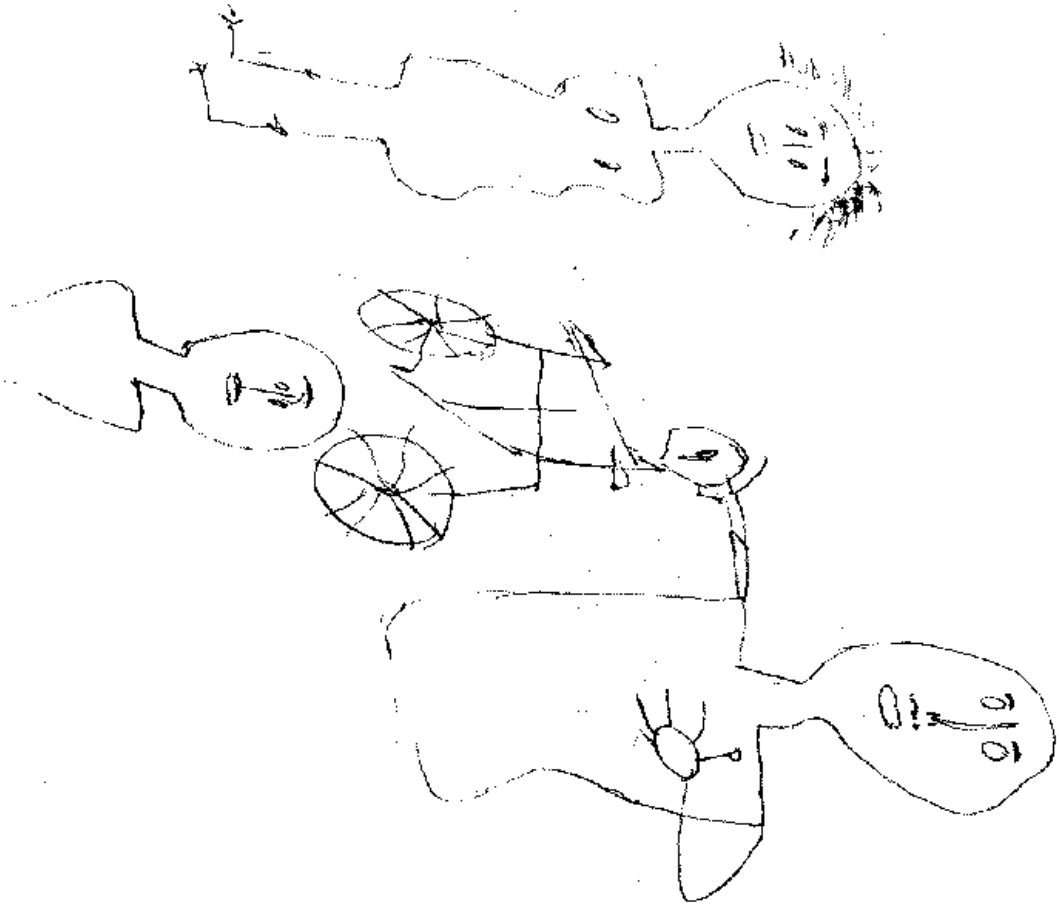
DESENHOS: Família 4



Desenho realizado pela paciente (tamanho original)



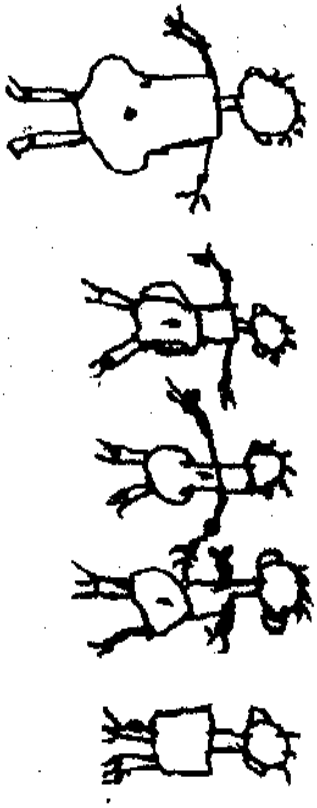
Desenho realizado pelo filho da paciente (tamanho original)



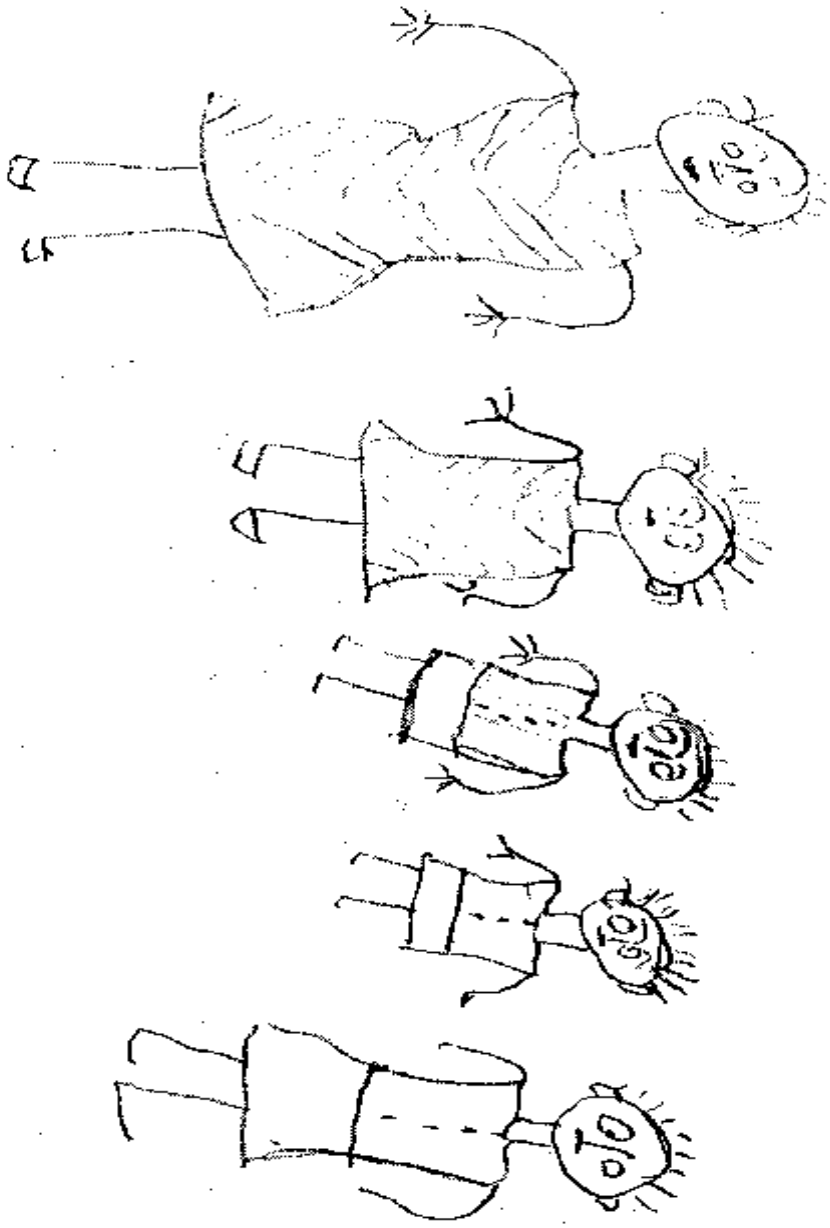
Desenho realizado pelo atual marido da paciente (tamanho original)

ANEXO 5

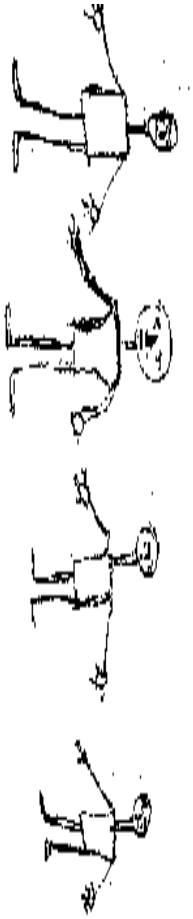
DESENHOS: Família 5



Desenho realizado pelo paciente (tamanho original)



Desenho realizado pela esposa do paciente (tamanho original)



Desenho realizado pelo filho do paciente (tamanho original)